

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perilaku Perawat Dalam Pembuangan Sampah Medis

1. Konsep Perilaku

Berdasarkan dari segi biologis, perilaku adalah kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan, oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua mahluk hidup mulai dari tumbuh – tumbuhan, hewan sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Perilaku manusia pada hakekatnya adalah tindakan atau aktifitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain berbicara, berjalan menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya (Notoatmojo, 2007).

Skinner (dalam Notoadmodjo, 2007), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organism, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori skinner ini disebut “S-O-R” atau *Stimulus Organisme Respons*. Skinner membedakan adanya dua respons.

- a. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *electing stimulation* karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap.
- b. *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforce*, karena memperkuat respons.

Berdasarkan sifatnya, perilaku kesehatan menurut Siswanto (2007) dibagi menjadi dua yaitu:

a. Perilaku Sesuai

Perilaku dikatakan sehat jika perilaku tersebut merupakan respons yang sesuai serta membuat individu menjadi lebih berkembang dan matang.

b. Perilaku Tidak Sesuai

Perilaku dianggap bergangguan atau tidak sehat bila perilaku tersebut sudah tidak lagi sesuai atau adaptif dengan situasi yang sedang dihadapi bahkan membuat individu menjadi semakin mengerut dan terhambat.

2. Ciri-Ciri Perilaku

Notoadmodjo (2007) menyebutkan bahwa perilaku manusia mempunyai ciri-ciri yakni :

- a. Perilaku itu sendiri kasatmata, tetapi penyebab terjadinya perilaku secara langsung mungkin tidak dapat di amati;
- b. Perilaku mengenal berbagai tingkatan, yaitu perilaku sederhana dan stereotip, seperti perilaku binatang bersel satu ; perilaku kompleks seperti sosial manusia; perilaku sederhana, seperti reflex, tetapi ada juga yang melibatkan proses mental biologis yang tinggi;
- c. Perilaku bervariasi dengan klasifikasi; kognitif, afektif, dan psikomotorik, yang menunjuk pada sifat rasional, emosional dan gerakan fisik dalam berperilaku.

3. Faktor Penyebab Perilaku

Teori Bloom (1980), menyebutkan perilaku sebagai suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku terbagi menjadi 3 tingkat ranah perilaku yaitu:

a. Pengetahuan (knowledge)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimiliki.

1) Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarak, 2007).

Notoadmodjo (2007), menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap sesuatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Lebih lanjut Noto admodjo mengemukakan sebelum seseorang berperilaku, individu tersebut harus mengerti terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya.

2) Tahap Pengetahuan

Notoadmodjo (2007), menyatakan bahwa pengetahuan dapat terjadi oleh seseorang dengan melalui beberapa tahap:

a) *Awarner* (kesadaran)

Kesadaran adalah suatu iteraksi seseorang yang disadari ditempat dan waktu tertentu serta pada lingkungan sosial tertentu guna tercapainya suatu tujuan.

b) *Interest* (tertarik)

Interest adalah keinginan seseorang untuk melakukan sesuatu dengan melakukan aksi atau pelakuan apapun agar keinginannya dapat terpenuhi.

c) *Evaluation* (menimbang-nimbang)

Menimbang-nimbang adalah suatu proses berfikir tentang baik-buruknya suatu kreativitas yang mengantarkan seseorang mencapai cita-cita

d) *Trial* (mencoba)

Mencoba adalah sebuah proses usaha secara terus pada sesuatu yang telah diamati atau diteliti seseorang.

e) *Adoption* (adaptasi)

Adaptasi adalah hubungan sosial antara sesama manusia baik dari kebudayaan, dan lingkungannya.

3) Tingkatan Pengetahuan

Pengukuran tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara langsung atau dengan angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari responden atau subjek penelitian. Kedalaman pengetahuan responden yang ingin diukur atau diketahui, dapat disesuaikan dengan tingkat pengetahuan dari responden (Notoadmodjo, 2003)

Tingkat pengetahuan dibagi menjadi 3 kategori menurut Notoadmodjo (2007) yaitu :

- a) Baik, apabila skor jawaban responden $> 75\%$ dari nilai tertinggi.
- b) Sedang, apabila skor jawaban responden $60\%-75\%$ dari nilai tertinggi
- c) Kurang, apabila skor jawaban responden $< 60\%$ dari nilai tertinggi.

a. Sikap (*attitude*)

1) Pengertian

Menurut *Oxford Advanced Learner Dictionary* mencantumkan bahwa sikap (*attitude*) berasal dari bahasa Italia *attitudine* yaitu “*Manner of placing or holding the body, dan way of feeling, thinking or behaving*”. Campbell (1950) dalam buku Notoadmodjo (2010) mengemukakan bahwa sikap adalah “*A syndrome of response consistency with regard to social objects*”. Artinya sikap adalah sekumpulan respon yang konsisten terhadap obyek sosial. Notoadmodjo (2010) mengemukakan bahwa sikap (*attitude*) adalah merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek.

Menurut Eagle dan Chaiken (1993) dalam buku A. Wawan dan Dewi M. (2010) mengemukakan bahwa sikap dapat diposisikan sebagai hasil evaluasi terhadap obyek sikap yang diekspresikan ke

dalam proses-proses kognitif, afektif (emosi) dan perilaku. Dari definisi-definisi di atas menunjukkan bahwa secara garis besar sikap terdiri dari komponen kognitif (ide yang umumnya berkaitan dengan pembicaraan dan dipelajari), perilaku (cenderung mempengaruhi respon sesuai dan tidak sesuai) dan emosi (menyebabkan respon-respon yang konsisten).

2) Ciri-ciri Sikap

Ciri-ciri sikap menurut Heri Purwanto (1998) dalam buku Notoadmodjo (2010) adalah: a. Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungannya dengan obyeknya. b. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu. c. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu obyek. Dengan kata lain sikap itu terbentuk, dipelajari, atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu obyek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas. d. Obyek sikap itu merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut. e. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan sikap dan kecakapan-kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki orang.

3) Tingkatan Sikap

Menurut Wawan dan Dewi (2010), sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

- a) Menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).
- b) Merespon (*responding*) diartikan memberikan jawaban apabila memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang

diberikan. Terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang tersebut menerima ide itu.

- c) Menghargai (*valuing*) diartikan dengan mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- d) Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi.

b. Tindakan atau praktek

Praktek dipimpin adalah melakukan sesuatu tetapi masih menggunakan panduan. Sedangkan praktek secara mekanisme adalah melakukan sesuatu hal secara otomatis.

Dikutip oleh Notoatmodjo (2007), bahwa aplikasi atau tindakan akan terjadi apabila seseorang sudah memahami suatu objek yang dimaksud. Pembuangan sampah medis tidak pada tempat ada kaitannya dengan perilaku Perawat dalam membuang sampah medis. Menurut Green dalam Notoadmojo (2007) Perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu : 1) faktor predisposisi seperti karakteristik individu. 2) faktor *reinforcing*/memperkuat berupa kebijakan yang tertulis dan motivasi petugas. 3) faktor *enabling*/pendukung yang merupakan dukungan dalam bentuk sarana dan prasarana fasilitas kesehatan.

a. Faktor Predisposing

Merupakan faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang, seperti pengetahuan, pendidikan, dan motivasi.

b. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarak, 2007). Notoadmodjo (2007), menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan

hasil dari tahu dan ini terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap sesuatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Lebih lanjut Notoadmojo mengemukakan sebelum seseorang berperilaku, individu tersebut harus mengerti terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya.

c. Pendidikan

Pendapat Notoadmojo (2005), bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mengembangkan pengetahuan dan kemampuan sehingga individu tersebut dapat berdiri sendiri. Pendidikan yang tinggi dapat memungkinkan individu dapat dengan mudah menyerap informasi melalui hasil proses belajar dari untung dan rugi dari suatu perilaku yang dilakukan oleh individu, sehingga individu tersebut dapat memilih perilaku yang lebih memberikan keuntungan terkait kesehatan mereka.

d. Motivasi

Wicaksono (2013), menyebutkan motivasi merupakan hasil faktor internal dan faktor eksternal dan bukan hasil eksternal saja. Hal yang tersirat dari motivasi adalah gerakan untuk memenuhi suatu kebutuhan atau untuk mencapai suatu tujuan. Wicaksono melanjutkan dalam hasil penelitiannya, Responden memiliki semangat dan motivasi yang tinggi untuk sembuh sehingga menerapkan perilaku yang sehat untuk mencegah terjadinya Retinopati Diabetik atau bahkan komplikasi yang lain.

b. Faktor-Faktor Pendukung

Faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya Puskesmas, rumah sakit, makanan bergizi, alat kesehatan yang tersedia, dan sebagainya.

c. Faktor-Faktor Pendorong

Faktor ini mendorong dan memperkuat terjadinya perilaku seperti Dukungan Sosial dan tingkat ekonomi. Kadang-kadang meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Perlu adanya contoh-contoh perilaku sehat dari lingkungan sosial individu, seperti petugas kesehatan atau petugas lain, keluarga, kelompok, masyarakat dan sebagainya.

1) Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku individu. Notoadmojo (2007), menyebutkan bahwa buruknya perilaku penderita penyakit kronis dapat disebabkan oleh faktor interpersonal, yaitu dukungan sosial. Pendapat ini diperkuat pernyataan Sarafino (dalam Lubis, 2006), bahwa dukungan instrumental akan lebih bernilai apabila individu menghadapi peristiwa sifatnya dapat dikendalikan.

2) Tingkat Ekonomi

Notoadmojo (2007), status ekonomi terbukti berbanding lurus dengan tingkat pendidikan individu yang pernah ditempuh, yang berarti semakin tinggi tingkat pendapatan maka status pendidikan akan semakin tinggi. Pendidikan yang tinggi dapat memungkinkan individu dapat dengan mudah menyerap informasi melalui hasil proses belajar dari untung dan rugi dari suatu perilaku yang dilakukan oleh individu.

4) Faktor Penyebab Perilaku

Pengukuran perilaku pada penelitian ini adalah dengan menggunakan metode observasi atau pengamatan perilaku perawat dalam pembuangan sampah Rumah sakit yang telah dilakukan selama pelaksanaan penelitian. Perilaku dikatakan sesuai atau wajar bila perilaku tersebut merupakan respons yang sesuai/adaptif serta membuat individu menjadi lebih berkembang dan matang serta sesuai dengan standar pembuangan atau pewadahan sampah rumah sakit yang telah ditetapkan. Sedangkan perilaku

dianggap bergangguan atau tidak sesuai bila perilaku tersebut sudah tidak lagi sesuai atau adaptif dengan situasi yang sedang dihadapi bahkan membuat individu atau kelompok menjadi semakin mengkerut dan terhambat (Siswanto, 2007). Pengukuran perilaku efektif dilaksanakan dengan cara pengamatan sebanyak 3-5 kali pengukuran. Subjek diobservasi pada periode waktu tertentu yang relatif pendek, dan perilaku yang diperoleh dipandang sebagai sampel dari perilaku yang biasa terjadi (Arlington, 1943)

B. Sampah Rumah Sakit

1. Pengertian

Kementerian Kesehatan (2016) menyebutkan sampah atau sampah rumah sakit adalah sampah yang dihasilkan oleh seluruh kegiatan rumah sakit, sampah terbanyak adalah sampah infeksius yang memerlukan penanganan khusus. Diharapkan seluruh staf dan masyarakat rumah sakit mengetahui & menerapkan prosedur penanganan dengan jelas & sesuai kaidah yang ditetapkan. Menerapkan prosedur penanganan sampah perlu dukungan pihak manajemen rumah sakit. Sampah rumah sakit harus dikendalikan karena sampah merupakan sumber penularan penyakit infeksi.

Adisasmito (2007), memberikan definisi pembuangan sampah rumah sakit sebagai upaya dan kegiatan melaksanakan klasifikasi sampah rumah sakit dan menempatkan sampah tersebut ke dalam tempat yang disesuaikan dengan klasifikasi sampah. Sudiharti (2012), pembuangan sampah adalah pemilahan dan pewadahan dimulai dari sumber yang menghasilkan sampah yaitu perawat. Pemilahan sampah yaitu memisahkan berbagai jenis sampah menurut jenis komponen, konsentrasi atau keadaannya, sehingga dapat mempermudah dalam pengemasan. Pewadahan dengan pelabelan merupakan sistem pengkodean warna di mana sampah harus disimpan pada plastik saat pemilahan sampah.

2. Tujuan

Tujuan pengendalian sampah adalah sebagai berikut: (Kemenkes, 2016)

- a. Melindungi pengelola sampah dari cedera yang tidak disengaja
- b. Mencegah tempat berkembang biak hewan pembawa penyakit
- c. Mencegah penyebaran infeksi ke pasien, personil rumah sakit, petugas pengelola sampah dan masyarakat sekitar.

Pengendalian sampah yang baik dan benar akan meningkatkan citra rumah sakit dan juga dapat mengurangi biaya yang tinggi dan pasien serta masyarakat sekitar rumah sakit merasa aman dan nyaman.

3. Klasifikasi Sampah Rumah Sakit

Kemenkes, (2016), mengemukakan bahwa sampah rumah sakit dikategorikan menjadi:

a. Sampah klinis

Sampah infeksius adalah sampah yang berasal dari pelayanan medis, perawatan/ perawatan gigi, laboratorium, farmasi atau semua benda yang sudah terkontaminasi dengan darah, cairan/ jaringan tubuh, Dressing bedah, kasa, verband, kateter, plester, masker, sarung tangan dan semua sampah yang terkontaminasi dgn cairan tubuh pasien sampah laboratorium & kultur jaringan infeksi , organ & jaringan manusia, material infeksi dari pasien yang diisolasi , sampah sisa dressing luka .

b. Sampah Domestik

Sampah domestik adalah sampah rumah tangga dan yang tidak terkontaminasi dengan darah, cairan tubuh pasien. Kertas, plastik, kardus, kayu, kaleng, sisa makanan atau sampah yang tidak terkontaminasi bahan cairan tubuh pasien.

c. Sampah benda tajam

Sampah benda tajam adalah semua benda yang mempunyai permukaan tajam dan dapat melukai atau memotong jaringan permukaan kulit atau bagian tubuh sehingga menyebabkan luka. Jarum suntik, pisau cukur, stilet, pecahan ampul, objek gelas, sampah yang memiliki permukaan/ujung yang tajam, Benda tajam yang terkontaminasi cairan

tubuh pasien misalnya: spuit dengan jarum, surgikal blades, pecahan ampul.

d. Sampah cair

Sampah cair adalah semua sampah rumah sakit yang berbentuk cairan.

4. Pengelolaan Sampah Rumah Sakit

a. Pengelolaan Sampah Padat

Untuk memudahkan mengenal sampah yang akan dimusnahkan, maka perlu dilakukan penggolongan sampah. Pelaksanaan Pengelolaan Dalam pelaksanaan pengelolaan sampah klinis perlu dilakukan pemisahan dan pengurangan, penampungan, pengangkutan, dan pengelolaan sampah pendahuluan: (Kemenkes, 2016)

1) Pemisahan dan Pengurangan

Pengembangan strategi pengelolaan sampah, alur sampah harus diidentifikasi dan dipilah-pilah. Reduksi volume sampah, hendaknya merupakan proses yang kontinyu. Pilah-pilah dan reduksi volume sampah klinis merupakan persyaratan penting untuk petugas pembuangan sampah, petugas emergensi, dan masyarakat. Pilah-pilah dan reduksi volume sampah hendaknya mempertimbangkan sebagai berikut:

- a) Kelancaran penanganan dan penampungan sampah,
- b) Pengurangan jumlah sampah yang memerlukan perlakuan khusus, dengan pemisahan sampah B3 dan non B3,
- c) Diusahakan sedapat mungkin menggunakan bahan kimia non B3,
- d) Pengemasan dan pemberian label yang jelas dari berbagai jenis sampah untuk mengurangi biaya, tenaga kerja dan pembuangan.

Pemisahan sampah berbahaya dari semua sampah pada tempat penghasil adalah kunci pembuangan yang baik. Dengan sampah berada dalam kantong atau kontainer yang sama untuk penyimpanan, pengangkutan, dan pembuangan akan mengurangi kemungkinan kesalahan petugas dan penanganannya.

Pengenalan berbagai jenis sampah agar lebih mudah dibuang adalah dengan cara menggunakan kantong berkode, yang umumnya menggunakan kode warna. Namun penggunaan kode tersebut perlu perhatian, supaya jangan sampai menimbulkan kebingungan dengan sistem lain yang mungkin juga menggunakan kode warna, misalnya kode warna untuk kantong linen. Sekarang belum ada standarisasi secara nasional untuk penggunaan kode warna ini. Semula kode standar hanya diusulkan untuk 3 golongan sampah yang paling berbahaya :

- a) Sampah infeksius, yaitu dengan kantong berwarna kuning dengan simbol biohazard yang telah dikenal secara internasional berwarna hitam.
- b) Sampah sitotoksik, dengan kantong berwarna ungu dengan simbol sampah sitotoksik,
- c) Sampah radioaktif, kantong berwarna merah dengan simbol radioaktif yang telah dikenal pula secara internasional.

2) Penampungan

Sampah klinis hendaknya diangkut sesering mungkin sesuai dengan kebutuhan. Sementara menunggu pengangkutan untuk dibawa ke incinerator atau pengangkutan oleh dinas kebersihan, sampah tersebut hendaknya disimpan dalam kontainer yang memenuhi syarat, diletakan pada tempat kering/mudah dikeringkan, lantai yang tidak rembes, aman dari orang-orang yang tidak bertanggungjawab, dan terjangkau oleh kendaraan pengumpul sampah (bila mungkin).

Sampah yang tidak berbahaya dengan penanganan pendahuluan dapat ditampung bersama sampah lain sambil menunggu pengangkutan.

Pemadatan adalah cara yang efisien dalam penyimpanan sampah yang bisa dibuang dengan *land-fill*. Namun, pemadatan tidak boleh dilakukan untuk sampah infeksius dan sampah benda tajam.

3) Pengangkutan

Transportasi sampah klinis dilakukan dengan menggunakan kereta atau troli yang didesain sedemikian rupa sehingga:

- a) Permukaan harus licin, rata, dan tidak tembus,
- b) Tidak menjadi sarang serangga,
- c) Mudah dibersihkan dan dikeringkan,
- d) Sampah tidak menempel pada alat angkut,
- e) Sampah mudah diisikan, diikat dan dituang kembali.

4) Pengelolaan

a) Golongan A

Dressing bedah yang kotor, swab dan sampah lain yang terkontaminasi dari ruang pengobatan hendaknya ditampung pada bak penampungan sampah klinis yang mudah dijangkau atau bak sampah yang dilengkapi dengan pelapis pada tempat produksi sampah. kantong plastik tersebut hendaknya diambil paling sedikit satu hari sekali atau bila tiga perempat penuh. Kemudian diikat dengan kuat bila tiga perempat penuh atau sebelum jadwal pengumpulan sampah. Isi kantong tidak boleh sampai longgar pada saat pengangkutan dari bak ke bak. Sampah kemudian hendaknya dibuang sebagai berikut:

- Sampah dari unit haemodialisis : sampah hendaknya dimusnahkan dengan incinerator.
- Sampah dari unit lain : sampah hendaknya dimusnahkan dengan incinerator.
- Prosedur yang digunakan untuk penyakit infeksi harus disetujui oleh pimpinan yang bertanggung jawab, Kepala Bagian Sanitasi, dan Dinas Kesehatan setempat.
- Semua jaringan tubuh, plasenta dan lain-lain hendaknya dtampung pada bak sampah klinis atau kantong lain yang tepat kemudian dimusnahkan dengan incinerator.

b) Golongan B

- Syringe, jarum, dan catridgeges, hendaknya dibuang dengan keadaan tertutup.
- Sampah ini hendaknya ditampung dalam bak tahan benda tajam yang bilamana penuh hendaknya diikat dan ditampung didalam bak sampah klinis sebelum diangkut dan dimasukkan dengan incinerator.

Pengelolaan sampah medis padat sesuai kategorinya di tabulasikan sebagai berikut:

Tabel 2.1 Jenis Wadah dan Label Sampah Medis Padat

No	Kategori	Warna Kontainer/ Kantong Plastik	Lambang
1	Radioaktif	Merah	
2	Sangat infeksius	Kuning	
3	Sampah infeksius, patologi dan Anatomi	Kuning	
4	Sitotoksis	Ungu	
5	Sampah kimia dan farmasi	Coklat	-

Sumber: Kepmenkes RI No. 1204/2004

a. Pengelolaan Sampah Cair

Sampah cair rumah sakit mengandung bermacam-macam mikroorganisme, bahan-bahan organik dan anorganik. Penanganan awal sampah cair yang dilaksanakan oleh Petugas diklasifikasikan sesuai dengan jenis sampah cair sebagai berikut:

- 1) *Secreta* : ke dalam *Spoel Hoek*
- 2) Sisa Cairan Infus : ke dalam *Spoel Hoek*

- 3) Sisa obat cair : ke dalam *Spoel Hoek*
- 4) *Feces* dan urine : ke dalam *closet* lalu gelontor dengan banyak air/ air yang mengalir, hindari cipratan dengan menggunakan jarak yang aman.

5. Prosedur Pembuangan Sampah

Prosedur pembuangan sampah dijelaskan dalam Standar Prosedur Operasional (SPO) Pengelolaan Sampah Infeksius dan Cairan Tubuh RSN Diponegoro sebagai berikut:

a. Penanganan

- 1) Gunakan Alat Perlindungan Diri (APD) ketika menangani limbah (misalnya sarung tangan dan sepatu pelindung tertutup)
- 2) Identifikasi Limbah (padat, cair, tajam, infeksius, non infeksius)
- 3) Pemisahan
Pemisahan dimulai dari awal penghasil limbah:
 - a) Pisahkan limbah sesuai dengan jenis limbah
 - b) Tempatkan limbah sesuai dengan jenisnya
 - c) Limbah cair segera dibuang ke wastafel di *spoelhoek*
- 4) Labeling
 - a) Limbah padat infeksius: plastik kantong kuning atau kantong warna lain tapi diikat tali warna kuning
 - b) Limbah padat tidak tajam kaca: plastic kantong kuning dengan labeling botol kaca
 - c) Limbah padat non infeksius: plastik kantong warna hitam
 - d) Limbah benda tajam: wadah tahan tusuk dan air
 - e) Kantong pembuangan diberi label biohazard atau sesuai jenis limbah
- 5) Packing
 - a) Tempatkan dalam wadah limbah tertutup
 - b) Tutup mudah dibuka, sebaiknya bisa dengan menggunakan kaki
 - c) Kontainer dalam keadaan bersih
 - d) Kontainer terbuat dari bahan yang kuat, ringan dan tidak berkarat

- e) Tempatkan setiap kontainer limbah pada jarak 10 – 20 meter
 - f) Ikat limbah jika sudah terisi 3/4 penuh
 - g) Kontainer limbah harus dicuci setiap hari.
 - h) Untuk limbah terkontaminasi, pakailah wadah plastik atau disepuh logam dengan tutup yang rapat.
 - i) Tempatkan wadah limbah dekat dengan lokasi terjadinya limbah itu dan mudah dicapai oleh pemakai (mengangkat-angkat limbah kemana-mana meningkatkan risiko infeksi pada pembawanya).
 - j) Peralatan yang dipakai untuk mengumpulkan dan mengangkat limbah tidak boleh dipakai untuk keperluan lain di klinik atau rumah sakit.
 - k) Cuci semua wadah limbah dengan larutan pembersih disinfektan (larutan klorin 0,5% + sabun) dan bilas teratur dengan air.
 - l) Jika mungkin, gunakan wadah terpisah untuk limbah yang akan dibakar dan yang tidak akan dibakar sebelum dibuang. Langkah ini akan menghindarkan petugas dari memisahkan limbah dengan tangan kemudian.
- 6) Cuci tangan atau gunakan penggosok tangan antiseptik berbahan dasar alkohol tanpa air setelah melepaskan sarung tangan apabila menangani limbah.

b. Pembuangan

- 1) Pembuangan limbah terkontaminasi yang benar meliputi:
 - a) Menuangkan cairan atau limbah basah ke sistem pembuangan kotoran tertutup.
 - b) Insenerasi (pembakaran) untuk menghancurkan bahan-bahan sekaligus mikroorganismenya. (Ini merupakan metode terbaik untuk pembuangan limbah terkontaminasi. Pembakaran juga akan mengurangi volume limbah dan memastikan bahwa bahan-bahan tersebut tidak dipakai ulang).
 - c) Mengubur limbah terkontaminasi agar tidak disentuh lagi.

C. Pengertian Perawat

Perawat (*nurse*) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Menurut Nursalam (2009), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tahun 2013 mendefinisikan perawat sebagai adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan professional keperawatan, dan diberi kewenangan untuk melaksanakan peran serta fungsinya. Perawat adalah suatu profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantu memenuhinya. Teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien.

Undang-Undang nomor 38 tahun 2014 mendefinisikan perawat sebagai seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Berdasarkan pengertian di atas disimpulkan Perawat adalah seorang tenaga kesehatan profesional yang melaksanakan tugas asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

1. Tim dalam Praktik Keperawatan

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2013) menyebutkan asuhan keperawatan dilakukan melalui tindakan keperawatan mandiri dan atau kolaborasi oleh tim Keperawatan (Perawat Ahli Madya, Ners dan Ners Spesialis) maupun dengan tim Kesehatan lainnya. Dalam pelaksanaannya,

tindakan oleh tim Keperawatan dilakukan sesuai dengan batasan Kewenangan dan Kompetensi masing-masing jenis tenaga Perawat.

a. Perawat Ahli Madya

Mampu menguasai sains keperawatan dasar; melakukan asuhan keperawatan yang telah direncanakan secara terampil dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk memenuhi kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual secara holistik dan berdasarkan pada standar asuhan keperawatan, standar prosedur operasional; memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; mampu bekerjasama dengan tim keperawatan.

b. Ners

Mampu menguasai sains keperawatan lanjut; mengelola asuhan keperawatan secara terampil dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk memenuhi kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual secara holistik dan berdasarkan pada standar asuhan keperawatan serta standar prosedur operasional; memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; menggunakan hasil riset; Mampu bekerjasama dengan tim keperawatan maupun dengan tim kesehatan lain.

c. Ners Spesialis

Mampu menguasai sains keperawatan lanjut; mengelola asuhan keperawatan secara terampil dan inovatif dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk memenuhi kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual secara holistic dan berdasarkan pada standar asuhan keperawatan serta standar prosedur operasional; memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; melakukan riset berbasis bukti klinik dalam menjawab permasalahan sains, teknologi dalam bidang spesialisasinya; mampu bekerja sama dengan tim keperawatan lain (Perawat Peneliti/doctoral keperawatan) dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain. Dengan semakin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan termasuk ilmu keperawatan, dimana diperlukan kemampuan kepakaran yang lebih tinggi dalam mengatasi masalah

keperawatan yang lebih kompleks, maka diperlukan peran Ners Spesialis yang dapat berfungsi sebagai pusat rujukan bagi tenaga keperawatan dibawahnya. Pengakuan sebagai pusat rujukan keperawatan ditunjukkan melalui kemampuan sebagai Ners Konsultan.

d. Ners Manajer

Ners Manajer mampu menerapkan konsep, prinsip, teori manajemen dalam proses pelayanan keperawatan dengan melaksanakan fungsi-fungsi manajemen keperawatan, meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengerakan dan pengendalian sumber-sumber dalam organisasi dalam meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja. Ners Manajer berperan dalam pengelolaan pelayanan keperawatan yang mencakup level bawah (*Front line manager*), level tengah (*Middle Manager*), dan level puncak (*Top Manager*)

2. Peran Perawat

PPNI (2013) menyebutkan peran perawat secara umum adalah memberi pelayanan/asuhan (*care provider*), pemimpin kelompok (*community leader*), pendidik (*educator*), pengelola (*manager*) dan peneliti (*researcher*).

a. Pemberi asuhan (*Care provider*)

Perawat menerapkan keterampilan berfikir kritis dan pendekatan sistem untuk penyelesaian masalah serta pembuatan keputusan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik berlandaskan etik profesi dan aspek legal.

b. Pemimpin Kelompok (*Community leader*)

Perawat menjalankan kepemimpinan di berbagai komunitas, baik komunitas profesi maupun komunitas sosial.

c. Pendidik (*Educator*)

Perawat salah satunya menjadi role model dalam membuang sampah.

d. Pengelola (*Manager*)

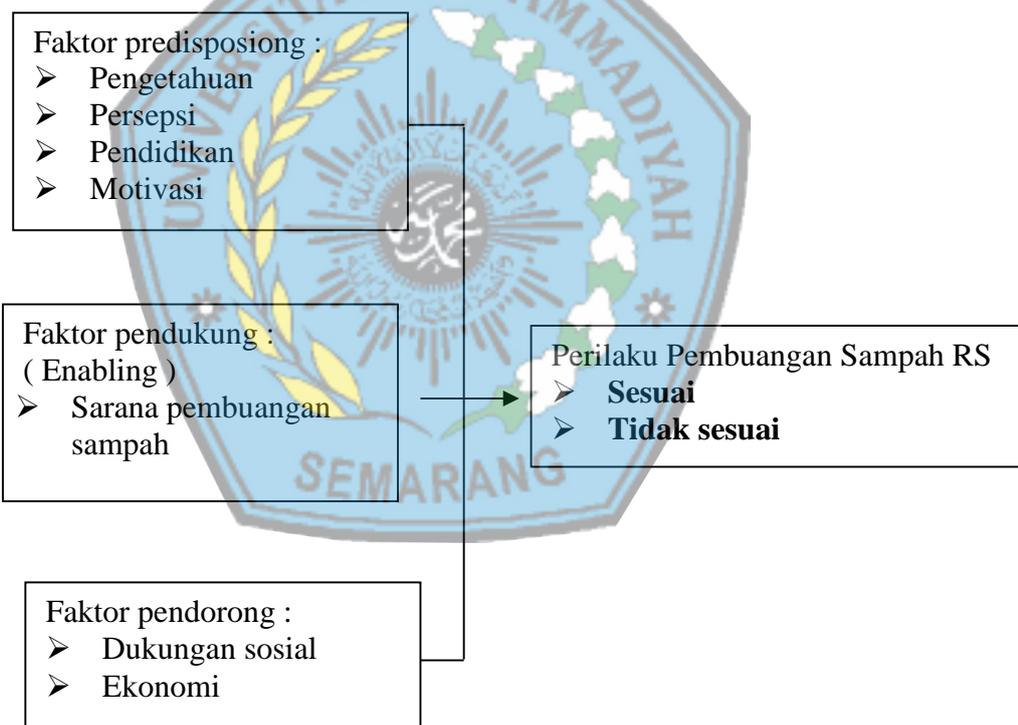
Perawat mengaplikasikan kepemimpinan dan manajemen keperawatan dalam asuhan klien.

e. Peneliti (*Researcher*)

Perawat melakukan penelitian keperawatan dengan cara menumbuhkan keingintahuan dalam mencari jawaban terhadap fenomena keperawatan dan kesehatan yang terjadi dan menerapkan hasil kajian dalam upaya dalam mewujudkan praktik berbasis bukti (*Evidence Based Nursing Practice*).

D. Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian ini sebagai berikut :



Skema 2.1. Kerangka Teori Modifikasi L. Green (1980) dalam Notoadmodjo (2007) dan Siswanto (2007)