

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit adalah sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Menurut *American Hospital Association*, 1974, “Rumah sakit merupakan suatu organisasi medis profesional yang terorganisir serta sarana prasarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang di derita oleh pasien” (Rustiyanto E, 2011). Pelayanan kesehatan di rumah sakit diselenggarakan secara terpadu untuk mencapai pelayanan kesehatan paripurna yaitu pelayanan yang cepat, akurat, manusiawi, serta aman dan nyaman. Pelayanan di rumah sakit selain menghasilkan produk layanan kesehatan juga menghasilkan limbah produk layanan, baik medis maupun non medis (domestik) (Kemenkes, 2015).

Limbah medis adalah limbah yang dihasilkan dari kegiatan pelayanan kesehatan. Jenis limbah medis yang

dihasilkan dapat membahayakan dan menyebabkan gangguan kesehatan terutama pada saat pengumpulan, penampungan, penanganan, pengangkutan dan pembuangan serta pemusnahan (WHO, 2015). Kategori limbah rumah sakit yang beresiko terhadap kesehatan yaitu limbah infeksius (15% - 25%) dari jumlah limbah rumah sakit. Jenis limbah infeksius yang beresiko diantaranya adalah limbah benda tajam (1%), limbah bagian tubuh manusia (1%), limbah obat-obatan dan kimiawi (3%), limbah radioaktif dan racun (<1%). Benda tajam tidak hanya dapat menyebabkan luka gores maupun luka tusuk, tapi juga dapat menginfeksi luka jika terkontaminasi patogen (Pruss, 2005). Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi mengharuskan para medis dan petugas kesehatan disetiap unit pelayanan untuk menggunakan alat kesehatan *disposable* (sekali pakai) serta penggunaan *auto disposable syringe* (alat suntik sekali pakai yang tidak dapat dipakai kembali), sehingga meningkatkan jumlah limbah medis benda tajam di pelayanan kesehatan (Biro Umum dan Humas Setjen Depkes RI, 2003).

Unit pelayanan di rumah sakit penghasil limbah medis terdiri dari Instalasi gawat darurat (IGD), rawat jalan, rawat inap, pelayanan penunjang dan pelayanan khusus. IGD merupakan salah satu unit pelayanan penghasil limbah terbanyak, karena merupakan pelayanan pertolongan pertama di Rumah Sakit. Kategori limbah medis di IGD adalah jarum suntik, *sputum*, botol infus, *handsocon*, selang infus, masker. Penelitian oleh Tobiri (2015), rata-rata limbah medis yang dihasilkan di IGD per/bulan 83 kg dengan total limbah medis yang dihasilkan selama 1 tahun adalah 1146,3 kg dari 6 unit penghasil limbah. Pertambahan jumlah kunjungan di IGD meningkatkan jumlah limbah medis infeksius serta meningkatkan resiko *Healthcare Associated Infections* (HAIs) pada petugas kesehatan (To'Biri, 2015). Kecelakaan kerja pada petugas kesehatan dapat terjadi kapan saja yang dapat menyebabkan penyakit pada petugas. Proses infeksi dimulai dari kontak langsung agen penyakit dengan tubuh manusia melalui pembuluh darah yang terbuka serta penularan melalui udara. Perawat memiliki resiko untuk mengalami infeksi, karena pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien

lebih sering dibandingkan tenaga kesehatan lainnya (Anies, 2010). Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2000, kasus infeksi akibat tusukan jarum yang terkontaminasi adalah: (1) infeksi virus hepatitis B sebanyak 21 juta (32% dari semua infeksi baru), (2) infeksi virus hepatitis C sebanyak 2 juta (40% dari semua infeksi baru), (3) infeksi virus HIV sebanyak 260 ribu (5% dari seluruh infeksi baru) (WHO, 2015). Kementerian kesehatan telah mengatur regulasi untuk mengurangi resiko kecelakaan kerja pada petugas kesehatan (Kepmenkes, 2014). Upaya rumah sakit dengan menyiapkan perangkat lunak yang berupa peraturan-peraturan, pedoman dan kebijakan yang mengatur pengelolaan limbah medis serta sarana prasana pengelolaan limbah medis (Pruss, 2005).

Penelitian Anozie. OB, *et al.* (2016) di Nigeria Tenggara pada 59 fasilitas kesehatan dengan hasil 40% (24 fakes) telah menerima pelatihan pengelolaan limbah medis, 1,9% (3 fakes) menerapkan pembuangan limbah sesuai standar prosedur, 100% (59 fakes) telah menyediakan fasilitas pembuangan limbah medis disetiap ruangan, 1,9% (3 fakes) menyediakan asuransi keselamatan kerja, dan 55,6% (33 fakes)

menyediakan alat perlindungan diri dan vaksinasi pada karyawan (Anozie et al., 2017). Penelitian lain yang dilakukan Pandey. A, et al. (2014) menunjukkan bahwa pada 90% *Health Care Personnel* (HPC) hanya 30-35% yang melakukan prosedur pengelolaan *Bio-Medical Waste* (BMW). 55% petugas tidak melakukan pemisahan limbah medis dengan benar (Pandey et al., 2016). Asumsi dari hasil penelitian tersebut bahwa secara keseluruhan fasilitas kesehatan telah melakukan pelatihan pengelolaan limbah medis, namun sebagian besar tidak menerapkan pengelolaan limbah medis sesuai prosedur. Penelitian lain yang dilakukan untuk mengkaji lebih dalam masalah pada petugas kesehatan dalam pengelolaan limbah medis oleh Kumar. R, Somrongthong. R, Jamil. A tahun 2016 di Pakistan dengan melakukan pelatihan pada petugas kesehatan dengan hasil, terjadi peningkatan pengetahuan 5,7, peningkatan sikap 6,8 dan peningkatan perilaku 3,5 setelah melakukan pelatihan pengelolaan limbah medis (Kumar et al., 2016).

Berdasarkan kriteria *World Heart Organization* (WHO) pengelolaan limbah medis di Indonesia mencapai 23,3%,

melakukan pewadahan 20,5% dan pengangkutan 72,7%. Rumah sakit yang melakukan pengelolaan limbah cair sebesar 53,4% dan 51,1% melakukan pengelolaan dengan instalasi IPAL atau *septic tanc* (Shalihat and Sahuri, 2015). Hasil pelaporan kesehatan Indonesia oleh Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (2014), rumah sakit di Indonesia berjumlah 2.228 dengan jumlah tempat tidur 278.450. Seluruh rumah sakit dapat menghasilkan limbah medis 833.355 ton/hari (Kementrian Kesehatan RI, 2010). Rumah Sakit di Daerah Istimewa Yogyakarta berjumlah 78 Rumah Sakit dengan penjabaran Kulon Progo 8 rumah sakit, Bantul 16 rumah sakit, Gunung Kidul 1 rumah sakit, Sleman 28 rumah sakit dan Kota Yogyakarta 21 rumah sakit, pada 51 rumah sakit telah melakukan pengolahan sesuai dengan standar. Fasilitas pelayanan kesehatan di Daerah Istimewah Yogyakarta yang berada jauh dari pusat kota, menyebabkan jasa pihak ketiga mengambil limbah > 2 x 24 jam.

Jumlah limbah medis yang dihasilkan fasilitas pelayanan kesehatan di Daerah Istimewah Yogyakarta pada 78 rumah sakit perhari 3.761 kg, dengan pejabaran Kulon Progo 279,78

kg, Bantul 724,8 kg, Gunung Kidul 205 kg, Sleman 1725.6 kg dan Kota Yogyakarta 1106.2 kg. Bantul merupakan kabupaten penghasil limbah terbanyak dengan 16 rumah sakit dengan jumlah penduduk 927.181 jiwa. Bantul dengan kunjungan pasien ke fasilitas kesehatan tertinggi kedua setelah kota Yogyakarta, kunjungan rawat jalan 899.720 dan rawat inap 81,109. Rumah sakit umum PKU Muhammadiyah Bantul merupakan RS tipe C dengan 137 TT dan BOR 70.3 % tertinggi dari rumah yang ada di kabupaten Bantul. Tingginya kunjungan akan berbanding lurus dengan peningkatan jumlah limbah medis yang dihasilkan, sehingga akan meningkatkan resiko infeksi baik kepada petugas kesehatan, pasien, pengunjung bahkan masyarakat yang tinggal disekitar rumah sakit. Studi pendahuluan di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul, wawancara kepada manajer Instalasi Prasarana Rumah Sakit (IPRS). Pengolahan limbah medis di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul menggunakan jasa pihak ke tiga. Jumlah limbah medis di PKU Muhammadiyah Bantul pada bulan september 3.937 kg. Limbah medis maupun limbah umum dari setiap ruangan dikumpulkan 2 kali sehari oleh

petugas kebersihan dan tidak dilakukan pemeriksaan kembali saat dikumpulkan di ruang penyimpanan sementara. Pihak ketiga melakukan pengambilan limbah medis 1 kali sehari pada sore hari. Pihak Rumah Sakit belum melakukan pengkajian per unit terhadap perilaku petugas (perawat) saat pemilahan limbah medis di ruangan, sehingga tidak diketahui apakah petugas kesehatan khususnya perawat telah melakukan pengelolaan sesuai dengan standar prosedur.

Pengkajian perlu dilakukan pada pengelolaan limbah medis oleh perawat untuk mengetahui resiko infeksi yang dapat terjadi pada petugas kesehatan. Evaluasi pengelolaan limbah medis oleh perawat di IGD dapat dijadikan penilaian terhadap kinerja pengelolaan limbah medis. Berdasarkan uraian latar belakang diatas sehingga peneliti melakukan penelitian tentang “Evaluasi Pengelolaan Limbah Medis oleh Perawat di Ruang IGD RSUD Muhammadiyah Bantul”.

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana Pengelolaan Limbah Medis oleh Perawat di Ruang IGD RSUD Muhammadiyah Bantul” ?

C. Tinjauan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengevaluasi pengelolaan limbah medis oleh perawat di ruang IGD RSUD Muhammadiyah Bantul.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui proses pengelolaan limbah medis oleh perawat di ruang IGD RSUD Muhammadiyah Bantul.
- b. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi proses pengelolaan limbah medis oleh perawat di ruang IGD RSUD Muhammadiyah Bantul.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek teoritis

Sebagai bahan bacaan dan saran perbaikan bagi institusi pendidikan serta sebagai landasan penelitian pada penelitian lanjutan tentang pelaksanaan pengelolaan limbah medis serta faktor-faktor yang mempengaruhi pengelolaan limbah medis oleh perawat.

2. Aspek praktisi

Sebagai bahan ukur kinerja dari perawat dan dijadikan pedoman acuan untuk melakukan perubahan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku pengelolaan limbah medis.