

HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN KETERSEDIAAN FASILITAS DENGAN PRAKTIK PETUGAS PENGUMPUL LIMBAH MEDIS DI RUMAH SAKIT UMUM CUT MEUTIA KABUPATEN ACEH UTARA TAHUN 2015

Elfrida Santy Purba¹Cut Khairunnisa^{2*}

¹Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh
Jln. H.Meunasah Uteunkot Cunda Lhokseumawe, 24352

*Corresponding Author : icut_nisa@yahoo.com

Abstrak

Rumah Sakit merupakan sebuah industri jasa yang memberikan pelayanan kepada masyarakat, dalam pelaksanaan pelayanan, Rumah Sakit dapat memberikan dampak positif dan negatif kepada masyarakat dan lingkungannya. Dampak negatif berupa adanya limbah medis yang dihasilkan. Limbah medis merupakan bahan yang memerlukan penanganan yang baik. Pengelolaan limbah medis harus sesuai prosedur tetap. Namun, dalam praktiknya pengelolaan limbah medis kurang mendapat perhatian dan kurang menjalankan sesuai prosedur tetap yang ada sehingga dapat menjadi kontribusi sumber penyebaran kuman di RSUD Cut Meutia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan pengetahuan, sikap dan ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis. Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional study. Sampel penelitian adalah 35 petugas pengumpul limbah medis dengan metode total sampling. Pengambilan data menggunakan kuesioner. Analisa data dilakukan secara univariat dan bivariat berupa uji chi-square. Hasil penelitian menunjukkan p value > α artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis.

Kata kunci : Pengetahuan, Sikap, Praktik Petugas

RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND THE AVAILABILITY OF FACILITIES WITH THE PRACTICE OF MEDICAL WASTE COLLECTOR INCUT MEUTIA HOSPITAL ACEH UTARA DISTRICT IN 2015

Abstract

Hospital is a service industry that provides services to the community, the Hospital can provide positive and negative effects to society and the environment. The negative impact is medical waste. Medical waste is a material that requires the good handling. The management of medical waste should be based on procedure. However, the practice of management medical waste got less attention and did not based on procedure so the medical waste can be the source of dernal spreading in hospital. This study aims to investigate the relationship between knowledge, attitude, and facilities provide with the practice of medical waste collection workers. This study is a descriptive analytic research with cross Sectional Study. The study population was all the officer collecting medical waste in hospitals Cut Meutia with a total number of 35 people by sampling. Retrieval of data using questionnaires. Data analysis was done using univariate and bivariate a chi-square. The result of the study test showed $p \text{ value} > \alpha$ that there isn't relationship between knowledge, attitude and facilities provide with the practice of medical waste collection workers.

Keywords : Knowledge, Attitude, Practice Officer

PENDAHULUAN

Rumah Sakit sebagai sebuah industri jasa yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dalam pelaksanaan operasionalnya dapat menimbulkan dampak negatif baik terhadap lingkungan maupun manusia yang berhubungan dengan limbah medis yang dihasilkan.¹ Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor :1204/Menkes/SK/X/2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit merupakan tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat sehingga dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan.²

Untuk mencegah risiko dan gangguan kesehatan bagi lingkungan dan manusia diperlukan penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit. Penanganan limbah rumah sakit merupakan salah satu pencegahan tersebut. Penanganan limbah perlu diperhatikan, karena limbah yang mengandung bahan berbahaya dan/atau beracun yang karena sifat dan/atau konsentrasinya, baik secara langsung maupun tidak langsung dapat merusak dan/atau mencemaran lingkungan hidup dan/atau membahayakan kesehatan manusia apabila pengelolaan limbahnya tidak dikelola dengan baik sesuai dengan prinsip-prinsip pengelolaan lingkungan secara menyeluruh.³ Penanganan limbah yang tidak sesuai dengan Kepmenkes RI No. 1204 tahun 2004, misalnya tidak dilakukan pemisahan antara limbah medis dengan non medis, tempat penampungan sampah di masing-masing ruangan tidak memenuhi standar, petugas pengumpul limbah medis tidak memakai Alat Pelindung Diri (APD), pengangkutan limbah medis menuju ke tempat pembuangan sementara menggunakan troli/gerobak terbuka, jalur yang digunakan

adalah jalur umum yang biasa digunakan untuk pasien dan pengunjung rumah sakit, tidak ada label baik di tempat sampah maupun di troli.²

Penanganan limbah medis yang tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial (IN) disebut juga Hospital Acquired Infection atau Hospital Associated Infection adalah infeksi yang terjadi di rumah sakit, atau disebabkan oleh kuman yang didapat selama berada di rumah sakit. Kasus infeksi nosokomial atau infeksi yang terjadi ketika pasien dirawat di rumah sakit di seluruh dunia rata-rata sembilan persen dari 1,4 juta pasien rawat inap. Meski di Indonesia data akurat tentang angka kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit belum ada, tetapi kasus ini menjadi masalah serius.⁴ Pasien yang mendapatkan infeksi nosokomial dapat melalui dirinya sendiri, petugas yang merawat di rumah sakit, pasien-pasien yang dirawat ditempat/ruangan yang sama rumah sakit tersebut, peralatan rumah sakit, peralatan makanan yang disediakan rumah sakit maupun yang didapatnya dari luar rumah sakit dan yang menjadi faktor penunjang untuk terjadinya infeksi nosokomial adalah faktor lingkungan, yang tergolong ke dalamnya adalah air, bahan yang harus dibuang atau limbah, dan udara.⁵

Petugas pengumpul limbah medis memiliki risiko tinggi terhadap infeksi nosokomial, dikarenakan bersentuhan langsung pada proses pengumpulan dan pengelolaan limbah tersebut. Menurut penelitian terdahulu yang dilakukan Muhamad Ardaris Alhudri Tahun 2012, terdapat 17 ruangan dari 23 ruang yang tidak memenuhi syarat dalam pemisahan sampah medis di Rumah Sakit Cut Meutia. Hal ini sangat berkaitan dengan pola perilaku petugas yang kurang memperhatikan aspek sanitasi lingkungan rumah sakit.⁶

Perilaku didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap dari individu. Apabila penerimaan perilaku didasari oleh kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut bersikap langgeng (*long lasting*) dan begitu sebaliknya.⁷ Hal ini menyebabkan ada hubungan antara perilaku petugas dengan kejadian kasus nosokomial. Petugas pengumpul limbah harus dapat berperilaku sesuai dengan standar persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit yang berlaku.¹

Berdasarkan survei data awal, Rumah Sakit Umum Cut Meutia setiap harinya menghasilkan produksi limbah medis sekitar 50 sampai 60 kg/hari. Penanganan limbah medis di Rumah Sakit Umum Cut Meutia dilakukan oleh petugas pengumpul/pengelolaan limbah medis. Berdasarkan observasi dan wawancara awal dengan petugas di Instalasi Pemeliharaan Sanitasi Lingkungan (IPSL) RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara, didapatkan data 23 ruangan yang menjadi sumber sampah medis rumah sakit, yaitu terdiri dari berbagai ruangan antara lain ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD), ruang Operation Komer (OK), unit hemodialisa, ruang bersalin dan nifas, ruang paru, ruang anak, ruang rawat inap penyakit dalam pria dan wanita serta Intensive care unit (ICU).

Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut tentunya menghasilkan seperti jarum suntik, kasa perban, kapas suntik, ampul, infusan, jaringan tubuh, sarung tangan dan masih banyak yang lainnya. Hasil limbah tersebut jika tidak ditangani dengan serius mendatangkan risiko yang cukup berbahaya seperti terjadi infeksi pada karyawan maupun pasien dalam jangka waktu panjang.¹ Berdasarkan hal tersebut maka peneliti ingin mengetahui hubungan pengetahuan, sikap dan ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis di Rumah Sakit Umum Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara tahun 2015.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional study*). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh petugas pengumpul limbah medis di Rumah Sakit Umum Cut Meutia yang berjumlah 35 orang, pengambilan sampel dilakukan secara *total sampling*. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner.

Hasil Penelitian

Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini menggambarkan variabel usia, pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, fasilitas dan praktik yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase.

1. Distribusi usia petugas pengumpul limbah medis

Hasil penelitian dari 35 petugas pengumpul limbah medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara didapatkan data distribusi frekuensi usia seperti yang tertera pada tabel 1

Tabel 1. Distribusi usia petugas pengumpul limbah medis

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
10-19 tahun	1	2,9
20 - 29 tahun	15	42,9
30 - 39 tahun	14	40
40 - 49 tahun	4	11,4
≥ 50 tahun	1	2,9
Total	35	100

Sumber: Data primer, 2015

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 35 petugas pengumpul limbah medis paling banyak usia 20-29 tahun yaitu

sebanyak 15 orang (42,9%) dan paling sedikit usia 10-19 tahun dan ≥ 50 tahun yaitu masing-masing sebanyak 1 orang (2,9%).

2. Distribusi pendidikan petugas pengumpul limbah medis

Hasil penelitian dari 35 petugas pengumpul limbah medis di RSU

CutMeutia Kabupaten Aceh Utara didapatkan data distribusi frekuensi pendidikan seperti yang tertera pada tabel 2.

Tabel 2. Distribusi pendidikan petugas pengumpul limbah medis

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Pendidikan tingkat dasar	17	48,6
Pendidikan tingkat menengah	14	40
Pendidikan tingkat tinggi	4	11,4
Total	35	100

Sumber: Data primer, 2015

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 35 petugas pengumpul limbah medis paling banyak berada pada pendidikan tingkat dasar (tidak sekolah, SD dan SMP) yaitu sebanyak 17 orang (48,6%) dan paling sedikit berada pada pendidikan tingkat tinggi (Diploma dan S1) yaitu sebanyak 4 orang (11,4%).

3. Distribusi masa kerja petugas pengumpul limbah medis

Hasil penelitian dari 35 petugas pengumpul limbah medis di RSU CutMeutia Kabupaten Aceh Utara didapatkan data distribusi frekuensi masa kerja seperti yang tertera pada tabel 3.

Tabel 3. Distribusi masa kerja petugas pengumpul limbah medis

Masa Kerja	Frekuensi	Persentase (%)
≤ 1 tahun	8	22,9
1 - 5 tahun	21	60
6 - 10 tahun	5	14,3
≥ 10 tahun	1	2,9
Total	35	100

Sumber: Data primer, 2015

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 35 petugas pengumpul limbah

medis paling banyak masa kerja 1-5 tahun yaitu sebanyak 21 orang (60%) dan paling sedikit masa kerja ≥ 10 tahun yaitu 1 orang (2,9%).

4. Distribusi pengetahuan petugas pengumpul limbah medis

Hasil penelitian dari 35 petugas pengumpul limbah medis di RSU CutMeutia Kabupaten Aceh Utara didapatkan data distribusi frekuensi pengetahuan seperti yang tertera pada tabel 4.

Tabel 4 Distribusi pengetahuan petugas pengumpul limbah medis

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	16	45,7
Baik	19	54,3
Total	35	100

Sumber: Data primer, 2015

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 35 petugas pengumpul limbah medis paling banyak memiliki pengetahuan kategori kurang yaitu sebanyak 16 orang (45,7%).

5. Distribusi sikap petugas pengumpul limbah medis

Hasil penelitian dari 35 petugas pengumpul limbah medis di RSUD CutMeutia Kabupaten Aceh Utara didapatkan data distribusi frekuensi sikap seperti yang tertera pada tabel 5.

Tabel 5. Distribusi sikap petugas pengumpul limbah medis

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	18	51,4
Baik	17	8,6
Total	35	100

Sumber: Data primer, 2015

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa dari 35 petugas pengumpul limbah medis paling banyak memiliki sikap kategori baik yaitu sebanyak 18 orang (51,4%).

6. Distribusi ketersediaan fasilitas petugas pengumpul limbah

Hasil penelitian dari 35 petugas pengumpul limbah medis di RSUD CutMeutia Kabupaten Aceh Utara didapatkan data distribusi frekuensi ketersediaan fasilitas seperti yang tertera pada tabel 6.

Tabel 6. Distribusi ketersediaan fasilitas petugas pengumpul limbah

Fasilitas	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak memenuhi Syarat	14	40
Memenuhi syarat	21	60
Total	35	100

Sumber: Data primer, 2015

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 35 petugas pengumpul limbah medis paling banyak memiliki fasilitas yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 21 orang (60%).

7. Distribusi praktik petugas pengumpul limbah medis

Hasil penelitian dari 35 petugas pengumpul limbah medis di RSUD CutMeutia Kabupaten Aceh Utara didapatkan data distribusi frekuensi praktik seperti yang tertera pada tabel 7.

Tabel 7. Distribusi praktik petugas pengumpul limbah medis

Praktik	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	22	62,9
Baik	13	37,1
Total	35	100

Sumber: Data primer, 2015

Berdasarkan tabel 7 menunjukkan bahwa dari 35 petugas pengumpul limbah medis paling banyak memiliki praktik kategori kurang yaitu sebanyak 22 orang (62,9%).

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap dan ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis. Uji statistik yang digunakan dalam analisis ini adalah uji Chi Square pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha < 0,05$).

1. Hubungan pengetahuan dengan praktik petugas pengumpul limbah medis

Berdasarkan hasil pengelolaan data didapatkan hasil crosstabs antarpengetahuan dengan praktik pada tabel 8.

Tabel 8 Hubungan pengetahuan dengan praktik petugas pengumpul limbah medis

Pengetahuan	Praktik						P value
	Kurang		Baik		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Kurang	14	73,7	5	26,3	19	100	0,274
Baik	8	50	8	50	16	100	
Total	22		13		35		

Sumber: Data primer, 2015

Berdasarkan tabel 8 dapat dilihat bahwa dari 35 orang petugas pengumpul limbah medis terdapat 19 petugas pengumpul limbah medis memiliki pengetahuan dengan kategori kurang, 14 orang diantaranya memiliki praktik dengan kategori kurang dan 5 orang diantaranya memiliki praktik dengan kategori baik. Petugas pengumpul limbah medis memiliki pengetahuan dengan kategori baik berjumlah 16 orang, 8 orang diantaranya memiliki praktik dengan kategori kurang baik dan 8 orang diantaranya memiliki praktik dengan

kategori baik. Hasil uji statistik Chi Square menunjukkan p value $0,274 > \alpha$ yang berarti H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan praktik petugas pengumpul limbah medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara bulan Januari 2015 sampai Februari 2015.

2. Hubungan sikap dengan praktik petugas pengumpul limbah medis
Berdasarkan hasil pengelolaan data didapatkan hasil crosstabs antara sikap dengan praktik pada tabel 9

Tabel 9. Hubungan sikap dengan praktik petugas pengumpul limbah medis

Sikap	Praktik						P value
	Kurang		Baik		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Kurang	12	70,6	5	29,8	17	100	0,569
Baik	10	55,6	8	44,4	18	100	
Total	22		13		35		

Sumber: Data primer, 2015

Berdasarkan tabel 5.9 dapat dilihat bahwa dari 35 orang petugas pengumpul limbah medis terdapat 18 orang petugas pengumpul limbah medis memiliki sikap kategori baik, 10 orang diantaranya memiliki praktik dengan kategori kurang dan 8 orang diantaranya memiliki praktik dengan kategori baik. Petugas pengumpul limbah medis memiliki sikap kategori kurang baik berjumlah 17 orang, 12 orang diantaranya memiliki praktik dengan

kategori kurang dan 5 orang diantaranya memiliki praktik dengan kategori baik. Hasil uji statistik Chi Square menunjukkan p value $0,569 > \alpha$ yang berarti H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara sikap dengan praktik petugas pengumpul limbah medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara bulan Januari 2015 sampai Februari 2015.

3. Hubungan ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis

Berdasarkan hasil pengelolaan data didapatkan hasil crosstabs antara ketersediaan fasilitas dengan praktik pada tabel 10

Tabel 10 Hubungan ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis

Fasilitas	Praktik						P value
	Kurang		Baik		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tidak memenuhi syarat	11	78,6	3	21,4	14	100	
Memenuhi syarat	11	52,4	10	47,6	21	100	0,225
Total	22		13		35		

Sumber: Data primer, 2015

Berdasarkan tabel 10 dapat dilihat bahwa dari 35 orang petugas pengumpul limbah medis terdapat 21 petugas pengumpul limbah medis memiliki fasilitas yang memenuhi syarat, 11 orang diantaranya memiliki praktik dengan kategori kurang dan 10 orang diantaranya memiliki praktik dengan kategori baik. Petugas pengumpul limbah medis memiliki fasilitas yang tidak memenuhi syarat berjumlah 14 orang, 11 orang diantaranya memiliki praktik dengan kategori kurang dan 3 orang diantaranya memiliki praktik dengan kategori baik. Hasil uji statistik Chi Square menunjukkan p value $0,225 > \alpha$ yang berarti H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara bulan Januari 2015 sampai Februari 2015.

PEMBAHASAN

1. Hubungan Pengetahuan dengan Praktik Petugas Pengumpul Limbah Medis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan praktik petugas pengumpul limbah medis (pvalue $0,274 > \alpha$). Hal ini dapat disebabkan petugas pengumpul limbah medis memiliki pengetahuan baik dengan praktik kurang sebesar 50% dan pengetahuan baik dengan praktik baik 50%, artinya pengetahuan dan praktik tidak saling berpengaruh. Hal ini juga dapat disebabkan sebagian besar petugas pengumpul limbah medis memiliki pengetahuan yang kurang (54,3%) dan melakukan praktik yang kurang (62,9%), sehingga petugas pengumpul limbah medis yang memiliki pengetahuan dan praktik yang baik ditemukan relatif sedikit.

Hasil ini juga dapat dipengaruhi berdasarkan pengakuan sebagian responden bahwa sebagian besar petugas pengumpul limbah medis belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang limbah medis. Penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan petugas pengumpul limbah medis. Pengetahuan dan praktik yang kurang baik oleh petugas pengumpul limbah

medis dipengaruhi oleh pendidikan mereka. Hal ini dapat diketahui masih banyak petugas pengumpul limbah medis memiliki pendidikan tingkat dasar (48,6%) sehingga mempengaruhi pengetahuan mereka. Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Jasmawati (2012) yaitu tidak adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan praktik petugas pengumpul limbah medis. Hasil penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan oleh Heryani (2012) yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan praktik petugas pengumpul limbah medis yang dilakukan di RSUD dr. M. Ashari Pematang.⁸

Berdasarkan teori Mubarak dalam Muchsin (2013) menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah memperoleh informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.⁹ Berdasarkan teori Notoatmodjo (2003) bahwa pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah) dan meningkatkan kesehatan. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran, sehingga melalui pendidikan petugas pengelola sampah (cleaning service) akan semakin mudah mendapatkan informasi dan pengetahuan terkait pengelolaan limbah medis, terutama bahaya pencemaran terhadap kesehatan manusia.⁷

Pengetahuan merupakan kemampuan untuk membentuk model mental yang menggambarkan objek yang tepat dan mempresentasikannya dalam aksi yang dilakukan terhadap suatu objek.¹⁰ Teori pengetahuan dapat dibenarkan, dijamin kebenarannya atau memiliki dasar yang dapat dipertanggung jawabkan secara

nalar.¹¹ Menurut Komang (2012), pengetahuan yang dimiliki tidak selalu menjadi dasar dalam praktik, berdasarkan hal ini, pengetahuan yang baik tidak selalu menyebabkan seseorang berperilaku baik pula.¹²

2. Hubungan Sikap dengan Praktik Petugas Pengumpul Limbah Medis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan antara sikap dengan praktik petugas pengumpul limbah medis (p value $0,569 > \alpha$). Hal ini dapat disebabkan petugas pengumpul limbah medis memiliki sikap baik dengan praktik kurang sebesar 55,6% dan sikap baik dengan praktik baik 44,4% (lebih rendah dari data sikap baik dengan praktik kurang sebesar 55,6%) sehingga sikap tidak berpengaruh terhadap praktik. Hal ini juga dapat disebabkan dari pengetahuan petugas pengumpul limbah medis yang masih kurang (54,3%) dimana sikap yang terbentuk tergantung pada pengetahuan seseorang, sehingga menyebabkan mereka kurang peduli terhadap pengelolaan medis.

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Suhartono dalam Iswari (2001) bahwa pengetahuan adalah sesuatu yang diperoleh secara biasa atau sehari-hari melalui pengalaman, kesadaran dan informasi. Informasi ini dapat diperoleh dari penyuluhan.¹³ Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jasmawati (2012) yaitu tidak adanya hubungan yang signifikan antara sikap dengan praktik petugas pengumpul limbah medis serta menyatakan bahwa semakin tinggi pengetahuan seseorang terhadap sesuatu, semakin baik sikap yang terbentuk.¹ Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maria (2013) yaitu tidak adanya hubungan yang signifikan antara sikap dengan praktik petugas pengumpul limbah medis. Sikap merupakan salah satu aspek psikologis

individu yang sangat penting sehingga sikap banyak mewarnai perilaku seseorang. Sikap setiap orang bervariasi, baik kualitas maupun jenisnya sehingga perilaku individu menjadi bervariasi.¹⁴ Sikap adalah predisposisi atau kecenderungan yang dipelajari dari seseorang individu untuk merespon secara positif atau negatif dengan intensitas yang moderat, memadai terhadap objek, situasi, konsep atau orang lain. Pembelajaran ini dapat diperoleh dari pendidikan seseorang.¹⁵ Berdasarkan teori Allport sikap terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu keyakinan, ide dan konsep terhadap objek, kehidupan emosional orang terhadap objek dan kecenderungan untuk bertindak (end to behave). Ketiga komponen tersebut bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude), sehingga peranan pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting dalam menentukan sikap yang utuh terhadap timbulnya dampak seperti penyakit dan pencemaran lingkungan akibat limbah medis.¹⁶ Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, baik yang bersifat intern maupun ekstern sehingga manifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut. Sikap secara realitas menunjukkan adanya kesesuaian respon terhadap stimulus tertentu.¹⁷

Tingkatan sikap Menurut Notoatmodjo (2007) sikap terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu: a). Menerima (receiving) diartikan bahwa seseorang atau subjek mau memperhatikan stimulus yang diberikan. b). Menanggapi (responding) diartikan memberi jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi. Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. c). Menghargai (valuing) diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau

stimulus. d). Bertanggung jawab (responsible), sikap yang paling tinggi tindakannya adalah bertanggung jawab terhadap yang telah diyakininya. Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.⁷

3. Hubungan Ketersediaan Fasilitas dengan Praktik Petugas Pengumpul Limbah Medis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan antara ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis (p value $0,225 > \alpha$). Hal ini dapat disebabkan kurangnya kesadaran memakai fasilitas yang telah disediakan, misalnya penggunaan APD. Hal ini didukung dengan pengalaman pribadi yang selama bekerja tidak menggunakan APD namun tidak mengalami gangguan pada saat bekerja dalam pengumpulan limbah medis. Hal ini dapat dilihat, fasilitas untuk petugas pengumpul limbah medis yang terdapat di RSUD Cut Meutia telah memenuhi syarat, namun praktik petugas pengumpul limbah medis masih dalam kategori kurang baik yaitu sebesar 52,4% petugas. Hal ini dapat juga disebabkan karena frekuensi penyuluhan maupun sosialisasi tentang penggunaan APD masih rendah dan sebagian petugas masih belum pernah mendapatkan penyuluhan. Hasil penelitian juga didapatkan masih banyaknya tempat sampah yang kurang memadai, misalnya tempat sampah yang sudah rusak tapi masih dipergunakan.

Hal ini juga sesuai dengan penelitian Burhanuddin (2010) bahwa keberadaan tempat sampah limbah medis yang sudah dalam kondisi kurang memadai berpengaruh terhadap perilaku petugas dalam pengumpulan sampah.¹⁸ Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jasmawati (2012) yaitu tidak adanya hubungan yang

signifikan antara ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis.¹ Reaksi terhadap suatu objek dapat mempengaruhi suatu praktik seseorang yang dapat dipengaruhi oleh faktor pendukung yaitu fasilitas. Hal ini berdasarkan dengan teori Notoatmojo dalam Yunita (2010) bahwa untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan yaitu fasilitas. Sikap itu sendiri merupakan reaksi atau respon seseorang yang baik atau buruk terhadap suatu objek.¹⁵

Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat.¹⁹ Beberapa fasilitas kesehatan diantaranya yaitu:

Alat Pelindung Diri (APD)

Tenaga kerja harus dilindungi dari berbagai masalah disekitarnya dan pribadi, karena dapat mengganggu dirinya dan pelaksanaan pekerjaannya.²⁰ Perlindungan tenaga kerja diperjelas dalam peraturan tujuh dari Control of substances hazardous to health (COSHH) secara khusus menyatakan bahwa pengendalian harus dilakukan melalui upaya-upaya selain penyediaan alat pelindung diri, tetapi jika upaya lain tidak dapat melindungi atau memberikan pengendalian yang cukup, disamping upaya itu, harus disediakan alat pelindungan diri yang sesuai secara memadai untuk mengendalikan pemajanan. Peraturan mengharuskan bahwa alat pelindung diri yang disediakan harus sesuai dengan tujuannya dan sesuai dengan standar yang disahkan oleh Pejabat Kesehatan dan Keselamatan.²¹

Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor PER.08/MEN/VII/2010 Tentang Alat

Pelindung Diri, Alat Pelindung Diri disingkat APD adalah suatu alat yang mempunyai kemampuan untuk melindungi seseorang yang fungsinya mengisolasi sebagian atau seluruh tubuh dari potensi bahaya di tempat kerja. Fungsi dan jenis alat pelindung diri:²²

a. Alat pelindung kepala: 1). Fungsi alat pelindung kepala untuk melindungi kepala dari benturan, terantuk, kejatuhan atau terpukul benda tajam atau benda keras yang melayang atau meluncur di udara, terpapar oleh radiasi panas, api, percikan bahan-bahan kimia, jasad renik (mikroorganisme) dan suhu yang ekstrem. 2). Jenis alat pelindung kepala terdiri dari helm pengaman (safety helmet), topi atau tudung kepala, penutup atau pengaman rambut dan lain-lain

b. Alat pelindung mata dan muka: 1). Fungsi alat pelindung mata dan muka adalah melindungi mata dan muka dari paparan bahan kimia berbahaya, paparan partikel-partikel yang melayang di udara dan di badan air, percikan benda-benda kecil, panas, atau uap panas, radiasi gelombang elektromagnetik yang mengion maupun yang tidak mengion, pancaran cahaya, benturan atau pukulan benda keras atau benda tajam. Jenis alat pelindung mata dan muka terdiri dari kacamata pengaman (spectacles), goggles, tameng muka (face shield), masker selam dan kacamata pengaman dalam kesatuan (full face masker).

c. Alat pelindung telinga: 1). Fungsi alat pelindung telinga adalah melindungi alat pendengaran terhadap kebisingan atau tekanan. 2). Jenis alat pelindung telinga terdiri dari sumbat telinga (ear plug) dan penutup telinga (ear muff)

d. Alat pelindung pernapasan beserta perlengkapannya: 1). Fungsi alat pelindung pernapasan beserta perlengkapannya adalah melindungi organ pernapasan

dengan cara menyalurkan udara bersih dan sehat atau menyaring cemaran bahan kimia, mikroorganisme, partikel yang berupa debu, kabut (aerosol, uap, asap, gas / fume) dan sebagainya. 2). Jenis alat pelindung pernapasan dan perlengkapannya terdiri dari masker, respirator, cartridge, canister, Re-breather, Airline respirator, Continuous Air Supply Machine = Air Hose Mask Respirator, tangki selam dan regulator (Self-Contained Underwater Breathing Apparatus/SCUBA), Self-Contained Breathing Apparatus (SCBA) dan emergency breathing apparatus

e. Alat pelindung tangan: 1). Fungsi alat pelindung tangan adalah melindungi tangan dan jari-jari tangan dari paparan api, suhu panas, suhu dingin, radiasi elektromagnetik, radiasi ion, arus listrik, bahan kimia, benturan, pukulan dan tergores, terinfeksi zat patogen (virus, dan bakteri) dan jasad renik. 2). Jenis pelindung tangan terdiri dari sarung tangan yang terbuat dari logam, kulit, kain kanvas, kain atau kain berlapis, karet dan sarung tangan yang tahan bahan kimia

f. Alat pelindung kaki: 1). Fungsi alat pelindung kaki adalah melindungi kaki dari tertimpa atau benturan dengan benda-benda berat, tertusuk benda tajam, terkena cairan panas atau dingin, uap panas, terpajan suhu yang ekstrem, terkena bahan kimia berbahaya dan jasad renik, dan tergelincir. 2). Jenis pelindung kaki berupa sepatu keselamatan pada pekerjaan peleburan, pengecoran logam, industri, konstruksi bangunan, pekerjaan yang berpotensi bahaya peledakan, bahaya listrik, tempat kerja yang basah atau licin, bahan kimia dan jasad renik, bahaya binatang dan lain-lain

g. Pakaian pelindung: 1). Fungsi pakaian pelindung adalah melindungi badan sebagian atau seluruh bagian badan dari bahaya suhu panas atau dingin yang

ekstrem, paparan api dan benda-benda panas, percikan bahan-bahan kimia, cairan dan logam panas, uap panas, benturan (impact) dengan mesin, peralatan dan bahan, tergores, radiasi, binatang, mikroorganisme patogen dari manusia, binatang, tumbuhan dan lingkungan seperti virus, bakteri dan jamur. Jenis pakaian pelindung terdiri dari rompi (Vests), celemek (Apron/Coveralls), jaket dan pakaian pelindung yang menutupi sebagian atau seluruh bagian badan

h. Alat pelindung jatuh perorangan: 1). Fungsi alat pelindung jatuh perorangan adalah membatasi gerak pekerja agar tidak masuk ke tempat yang mempunyai potensi jatuh atau menjaga pekerja berada pada posisi kerja yang diinginkan dalam keadaan miring maupun tergantung dan menahan serta membatasi pekerja jatuh sehingga tidak terbentur lantai dasar. 2). Jenis alat pelindung jatuh perorangan terdiri dari sabuk pengaman tubuh (harness), karabiner, tali koneksi (lanyard), tali pengaman (safety rope), alat penjepit tali (rope clamp), alat penurun (descender), alat penahan jatuh bergerak (mobile fall arrester) dan lain-lain

Dampak Limbah Medis Terhadap Kesehatan Dan Lingkungan

Limbah yang dipandang berbahaya dan dapat menimbulkan berbagai jenis dampak kesehatan sekitar 10-25% dan sisanya merupakan limbah yang berasal dari instalasi kesehatan, limbah yang tidak mengandung risiko dan limbah "umum" yang menyerupai limbah rumah tangga sekitar 75-90%. Limbah tersebut kebanyakan berasal dari aktifitas administrasi dan keseharian instalasi, di samping limbah yang dihasilkan selama pemeliharaan bangunan instalasi tersebut.²³

Limbah padat yang dikumpulkan di suatu tempat penampungan dapat mencemari daratan. Tempat pengumpulan

ini dapat bersifat sementara dan dapat pula bersifat tetap. Bentuk dampak pencemaran daratan tergantung pada komposisi limbah padat yang dibuang serta jumlahnya. Bentuk dampak pencemaran daratan dapat berupa: a). Dampak langsung, menimbulkan pemandangan yang tidak sedap, kotoran kumuh. Kesan kotor ini secara psikis akan mempengaruhi orang disekitar tempat pembuangan tersebut. b). Dampak tidak langsung, salah satu contohnya menjadi tempat berkembangbiakan nyamuk, tikus, lalat dan lain-lain. Penyakit menular yang dapat ditimbulkan adalah penyakit pest, kaki gajah, malaria dan demam berdarah.²⁴

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

- a. Limbah mengandung agen infeksius
- b. Limbah bersifat genotoksik
- c. Limbah mengandung zat kimia atau obat-obatan berbahaya atau baracun
- d. Limbah bersifat radioaktif
- e. Limbah mengandung benda tajam

Semua orang yang terpajan limbah berbahaya dari fasilitas kesehatan kemungkinan besar menjadi orang yang berisiko, termasuk yang berada dalam fasilitas penghasil limbah berbahaya, dan mereka yang berada diluar fasilitas serta memiliki pekerjaan mengelola limbah semacam itu, atau yang berisiko akibat kecerobohan dalam sistem manajemen limbahnya. Kelompok utama yang berisiko, yaitu: 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 bekerjasama dengan instansi layanan kesehatan masyarakat, misalnya, bagian binatu, pengelolaan limbah dan bagian transportasi, e). Pegawai pada fasilitas pembuangan limbah (misalnya, ditempat penampungan sampah akhir atau insinerator, termasuk pemulung.²³

Salah satu contoh penyakit yang dapat timbul akibat pengelolaan limbah medis yang salah adalah infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit. Menurut Darmadi (2008) suatu infeksi dikatakan didapat dari rumah sakit apabila memiliki ciri-ciri: a). Pada waktu penderita mulai dirawat di RS tidak mendapatkan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut, b). Pada waktu penderita mulai dirawat di RS tidak sedang masa inkubasi dari infeksi tersebut, c). Tanda-tanda infeksi klinik tersebut timbul sekurang-kurangnya setelah 3×24 jam sejak mulai perawatan, d). Infeksi tersebut bukan merupakan sisa dari infeksi sebelumnya, e). Bila saat mulai dirawat di RS sudah ada tanda-tanda infeksi dan terbukti infeksi tersebut di dapat dari rumah sakit pada waktu yang sama pada waktu yang lalu. Faktor-faktor yang memberi peluang terjadinya infeksi nosokomial: a). Faktor yang ada pada diri penderita, b). Faktor keperawatan, c). Faktor mikroba patogen.²⁵

KESIMPULAN

Hasil penelitian tentang hubungan pengetahuan, sikap dan ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis di Rumah Sakit Umum Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara tahun 2015 dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tidak ada hubungan pengetahuan dengan praktik petugas pengumpul limbah medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara (p value 0,274 > 0,05).

2. Tidak ada hubungan sikap dengan praktik petugas pengumpul limbah medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara (p value 0,569 > 0,05).
3. Tidak ada hubungan ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara (pvalue 0,225 > 0,05).

Saran

1. Bagi petugas pengumpul limbah medis diharapkan memanfaatkan fasilitas yang ada pada saat menangani limbah medis.
2. Bagi RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara diharapkan meningkatkan pengadaan fasilitas-fasilitas yang diperlukan dalam pengelolaan limbah medis seperti mengganti tempat sampah yang tidak memenuhi syarat.
3. Bagi dinas kesehatan kabupaten Aceh Utara diharapkan memberikan bimbingan dalam bentuk penyuluhan tentang pelaksanaan teknis pengelolaan limbah.

Daftar Pustaka

1. Jasmawati., 2012. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Ketersediaan Fasilitas dengan Praktik Petugas Limbah Medis Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Jurnal. Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Makassar.
2. Keputusan Menteri Kesehatan RI. Nomor :1204/Menkes/SK/X/2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Jakarta: Direktorat Penyehatan Lingkungan. <http://www.hukor.depkes.go.id/>.
3. Sunu, P., 2001. Melindungi Lingkungan dengan Menerapkan ISO 14001. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia. hal: 11
4. Dimiyati, Vien., 2011. Infeksi RS Ancam Pasien. Jurnal Nasional Edisi 8

- November 2011. Jakarta. www.jurnas.com.
5. Parhusip., 2005. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi Nosokomial Serta Pengendaliannya Di BHG.UPF.Paru Di RS Pirngadi/Lab. Penyakit Paru FK.USU Medan.Skripsi.Fakultas Kedokteran Bagian Ilmu Penyakit Paru Universitas Sumatera Utara. Medan
6. Alhudri, M.A., 2012. Gambaran Sistem Pengelolaan Sampah Medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara Tahun 2011. Skripsi. Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Malikussaleh. Aceh Utara.
7. Notoatmodjo, S., 2007. Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta. hal: 145, 147-148.
8. Heryani., 2012. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap dengan Praktik Petugas Kebersihan Pengelola Sampah Medis Di RSUD dr. M. Ashari Pematang. Skripsi. Jawa Tengah.
9. Muchsin., 2013. Gambaran Perilaku Perawat dalam Membuang Limbah Medis dan Non medis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang Tahun 2013.Jurnal. Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Sumatera Utara.
10. Kusri., 2006. Sistem Pakar Teori Aplikasi. Yogyakarta: ANDI. hal: 23, 24.
11. Sudarminta, J., 2010. Epistemologi Dasar. Yogyakarta: Kanisius. hal: 19.
12. Komang., 2012. Analisis Sistem Pengelolaan Limbah Medis Puskesmas Di Kabupaten Jember. Skripsi. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Jember.
13. Iswari, Mari Sri., 2001. Pengetahuan Siswa Mengenai Narkotik dan Zat Aktif. Desember 2001. Jurnal. Penelitian Universitas Muhammadiyah. Jakarta Selatan. Volume 7 No.4, hal 450.
14. Ali, M dan Asrori., 2011. Psikologi Remaja Perkembangan Peserta Didik. Jakarta: Bumi Aksara.

15. Yunita., 2010. Efektifitas Metode Diskusi dan Ceramah terhadap Pengetahuan dan Sikap Perawat dalam Membuang Limbah Medis Padat di Puskesmas Kota Medan Tahun 2010. Tesis. Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Sumatera Utara.
16. Notoatmodjo, S., 2005. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
17. Sunaryo., 2004. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC. hal: 25-27.
18. Barhanuddin., 2010. Analisis Pengolahan Limbah Medis di Rumah Sakit yang Tidak Memenuhi Standar. Jurnal Kesehatan Lingkungan.
19. Peraturan Presiden RI No.12., 2013. Jaminan Kesehatan. <http://www.jkn.kemkes.go.id>.
20. Dainiur., 1995. Materi-materi Pokok Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Widya Medika. hal: 77.
21. Harrington, J.M & Gill, F.S., 2013. Buku Saku Kesehatan Kerja. Edisi 3. Jakarta: EGC. hal: 247.
22. Peraturan Menteri Tenaga Kerja Dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor PER.08/MEN/VII/2010 Tentang Alat Pelindung Diri. Alat Pelindung Diri disingkat APD. <http://depnakertrans.go.id>.
23. Pruss., 2005. Pengelolaan Aman Limbah Layanan Kesehatan. Jakarta: EGC. hal: 4, 21.
24. Wisnu., 2004. Dampak Pencemaran Lingkungan. Yogyakarta: ANDI. hal: 152
25. Darmadi., 2008. Infeksi Nasokomial: Problematika dan Pengendaliannya. Jakarta: Salemba Medika. hal: 2, 14-15.