



**Profil Pengetahuan Dan Praktek Pengelolaan Sampah Non  
Medis Pada Petugas Kebersihan di RSUD Tidar Kota  
Magelang Tahun 2010**

**SKRIPSI**

**Diajukan dalam rangka Penyelesaian studi Strata 1  
Untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**Oleh  
Indar Yuliyati  
6450406503**

**PERPUSTAKAAN  
UNNES**

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
2011**

**ABSTRAK**

Indar Yuliyati

**Profil Pengetahuan Dan Praktik Pengelolaan Sampah Non Medis Pada  
Petugas Kebersihan di RSUD Tidar Kota Magelang Tahun 2010**

VI+49 hal + 9 Tabel + 2 gambar + 14 Lampiran

Rumah sakit berfungsi sebagai tempat pelayanan kesehatan untuk masyarakat. RSUD Tidar Kota Magelang merupakan salah satu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan. Kegiatan yang dilakukan rumah sakit menimbulkan berbagai dampak, baik dampak positif ataupun dampak negatif. Salah satu dampak negatif adalah rumah sakit menghasilkan sampah, yaitu sampah medis dan non medis. Dalam penelitian ini membahas mengenai sampah non medis. Salah satu faktor keberhasilan pengelolaan sampah rumah sakit ditentukan oleh petugas pelaksana kebersihan meliputi pengetahuan, sikap dan praktek terhadap pengelolaan sampah non medis.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik petugas kebersihan, pengetahuan dan praktek petugas kebersihan dalam pengelolaan sampah non medis di RSUD Tidar kota Magelang.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode kualitatif dengan pendekatan statistik deskriptif. Sampel dari penelitian sebesar 26 orang petugas kebersihan. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Data dianalisis univariat. Hasil dari penelitian ini bahwa sebagian besar responden mempunyai pengetahuan baik 58% atau 15 responden. Responden yang mempunyai praktik baik dalam pengelolaan sampah sebesar 64% atau 14 responden. Saran dari penelitian ini adalah memberikan informasi mengenai pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan yang tidak mematuhi peraturan.

Kata Kunci : .Pengetahuan, Praktek, Petugas kebersihan dan Sampah Rumah Sakit.

Kepustakaan : 19; 1990-2008

**ABSTRAC**

Indar Yuliyati

**The Profile Of Knowledge And Non Medical Garbage Management Practice  
On Cleaning Service In Magelang City Local Public Hospital**

VI + 49 Pages + 9 Tables + 2 Pictures + 14 Appendices

The Hospital has function as a place of health service for society. Magelang City Local Public Hospital is one of the hospitals that give health service for society. This hospital is a B Type non-education hospital. The activities which are done by the hospital cause many effects, either positive or negative. One of the negative effects is that the hospital produces waste, namely medical and non-medical waste. If the waste is not managed well and properly, it will cause a negative effect to the hospital staff and the people around the hospital. One of the factors in the efficacy of hospital garbage management is determined by the personnel of the cleaning service, covering knowledge, attitude, and practice in the management of garbage.

The research is to know the characteristic description of the cleaning service staff that includes knowledge and in the management of non-medical waste in Magelang City Local Public Hospital.

This research is a qualitative research with a qualitative method with a descriptive statistical approach. Samples from the study were 26 cleaning service staff. Data were collected with questionnaires. Data were analyzed by univariate. The results of this research indicate that most of the respondents have good knowledge (58% or 15 respondents). The respondents who have good practice in medical garbage management are 64% or 14 respondents. A suggestion from this research is needed to give information about the management of garbage to cleaning service staff who do not obey the rules.

**Key Words:** Knowledge, Practice, Cleaning service and hospital garbage.

**Bibliografi :** 19 ; 1990-2008

## PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Panitia Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama :


Nama : Indar Yuliyati

NIM : 6450406503

Judul : Profil Pengetahuan Dan Praktek Pengelolaan Sampah Non Medis  
Pada Petugas Kebersihan Di RSUD Tidar Kota Magelang Tahun  
2010

Pada hari : Senin

Tanggal : 17 Januari 2011



Panitia Ujian

Ketua Panitia		Sekretaris
<u>Drs. H. Harry Pramono, M.Si</u> NIP. 19591019.198503.1.001		<u>dr.H.Mahalul Azam, M.kes</u> NIP. 19751217.200501.1.003
	Dewan Penguji	Tanggal Persetujuan
Ketua Penguji	(1) <u>Eram Tunggul .P, S.KM, Kes</u> NIP. 19740928.200312.1.001	_____
Anggota Penguji (Pembimbing Utama)	(2) <u>Drs.Bambang Wahyono, M.kes</u> NIP. 19600610 198703.1.002	_____
Anggota Penguji (Pembimbing Pendamping)	(3) <u>Drs. Herry Koesyanto, M.S</u> NIP. 19580122 198601.1.001	_____

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### **Motto :**

- Mereka berkata bahwa setiap orang membutuhkan tiga hal yang akan membuat mereka berbahagia di dunia ini, yaitu; seseorang untuk dicintai, sesuatu untuk dilakukan, dan sesuatu untuk diharapkan (Tom Bodett)



### **Persembahan :**

Karya kecilku ini aku persembahkan untuk Bapak dan Ibu tercinta. Terima kasih atas doa dan pengorbanannya sehingga ananda dapat menyelesaikan studi ini.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Skripsi dengan judul “Profil Pengetahuan Dan Praktek Pengelolaan Sampah Non Medis Pada Petugas Kebersihan di RSUD Tidar Kota Magelang Tahun 2010”, disusun untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini dapat diselesaikan dengan bantuan berbagai pihak, dengan rendah hati disampaikan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs.H. Harry Pramono, M.Si, atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, dr. H.Mahalul Azam, M.Kes, atas ijin penelitian.
3. Dosen pembimbing I, Drs. Bambang Wahyono, M.kes, atas bimbingan, kritik, dan saran dalam penyelesaian skripsi.
4. Dosen pembimbing II, Drs. Herry Koesyanto, MS, atas bimbingan, kritik,dan saran dalam penyelesaian skripsi.
5. Bapak dan Ibu dosen Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas bekal pengetahuan yang diberikan.
6. Direktur RSUD Tidar Kota Magelang, dr. Sri Harso, M.Kes, Sp.S, atas ijin penelitian.
7. Kepala Instalasi Sanitasi RSUD Tidar Kota Magelang, Bpk Agus Supratikna, atas bantuan dalam pelaksanaan penelitian

8. Petugas kebersihan RSUD Tidar Kota Magelang yang telah bersedia sebagai responden dalam penelitian ini.
9. Yang tersayang, kedua orang tuaku atas semangat, doa, motivasi dan kepercayaan yang telah diberikan.
10. Kakak-kakakku, Mas Gun, Mas Agus yang telah memberi segala fasilitas dan motivasi serta kepercayaan untukku.
11. Yang terkasih, tunanganku, Rescha Adhy W, atas segala motivasi, semangat dan perhatian dan kasih sayang yang diberikan selama ini.
12. Teman-temanku : Laily, Enok, Alin dan teman-teman IKM angkatan tahun 2006, atas motivasi dan bantuan dalam penelitian.
13. Teman-temanku di RISSA : Dedek, Rina, Alin, Lina, Chuby, Anis, Dek Diana, Dek Ana, Dek Desi atas motivasi dan semangat kalian.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, atas bantuan dan kerjasama yang diberikan dalam penelitian.

Penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna, diharapkan kritik dan saran demi sempurnanya skripsi ini. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca.

Semarang, September 2010

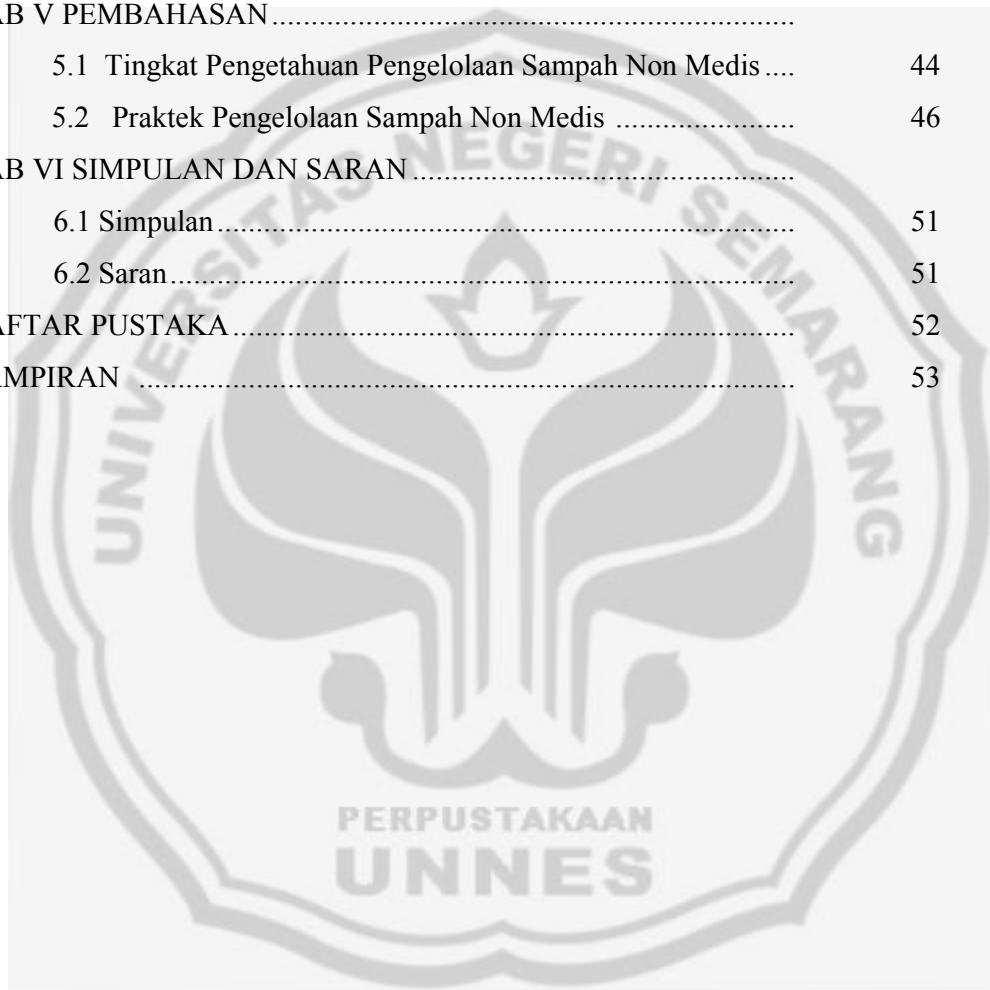
Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
ABSTRAK .....	ii
ABSTRAC .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
MOTO DAN PERSEMBAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
BAB I PENDAHULUAN .....	
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	4
1.3. Tujuan Penelitian .....	4
1.4. Manfaat Penelitian .....	5
1.5 Keaslian Penelitian .....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	8
BAB II Landasan Teori .....	
2.1 Landasan Teori .....	9
2.1.1 Pengetahuan .....	9
2.1.2 Tindakan (Praktice) .....	12
2.1.3 Pengertian Rumah Sakit .....	13
2.1.4 Pengertian Sampah .....	14
2.1.5 Batasan Perilaku .....	26
2.2 Kerangka Teori .....	30
BAB III METODE PENELITIAN .....	
3.1 Kerangka Konsep .....	31
3.2 Pendekatan Latar Penelitian .....	31
3.3 Fokus Penelitian .....	32
3.4 Definisi Operasional .....	32

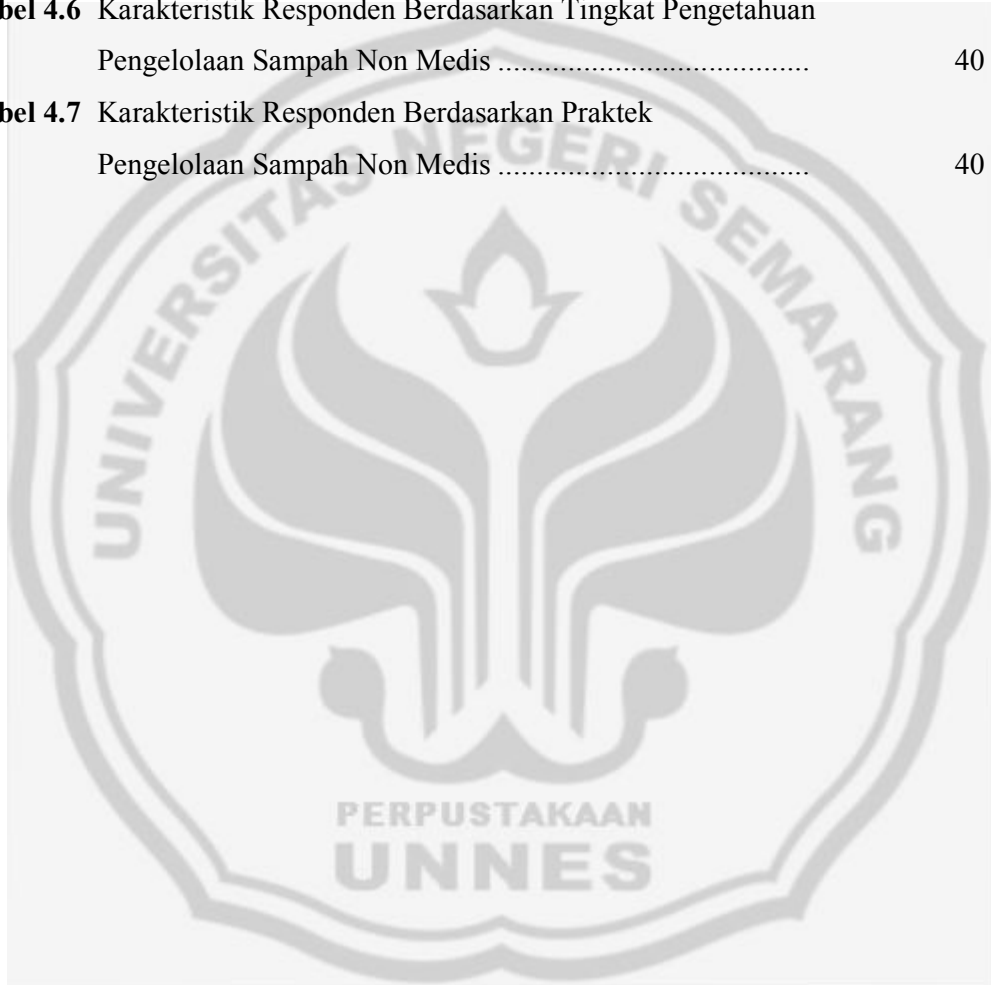


3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian .....	33
3.6 Situasi Sosial dan Sampel Penelitian .....	34
3.7 Instrumen Penelitian.....	34
3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	35
3.9 Teknik Pengambilan Data.....	36
3.10 Pengolahan dan Analisis Data.....	37
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN .....</b>	
4.1 Deskripsi Data.....	39
4.2 Analisis Univariat.....	41
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	
5.1 Tingkat Pengetahuan Pengelolaan Sampah Non Medis ....	44
5.2 Praktek Pengelolaan Sampah Non Medis .....	46
<b>BAB VI SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	
6.1 Simpulan.....	51
6.2 Saran.....	51
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>52</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>53</b>



## DAFTAR TABEL

	Halaman
<b>Tabel 1.1</b> Keaslian Penelitian.....	5
<b>Tabel 3.1</b> Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	31
<b>Tabel 4.1</b> Karakteristik Responden Berdasarkan Umur .....	37
<b>Tabel 4.2</b> Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	38
<b>Tabel 4.3</b> Karakteristik Responden Berdasarkan Status Marital.....	38
<b>Tabel 4.4</b> Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan .....	38
<b>Tabel 4.5</b> Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja.....	39
<b>Tabel 4.6</b> Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Pengelolaan Sampah Non Medis .....	40
<b>Tabel 4.7</b> Karakteristik Responden Berdasarkan Praktek Pengelolaan Sampah Non Medis .....	40



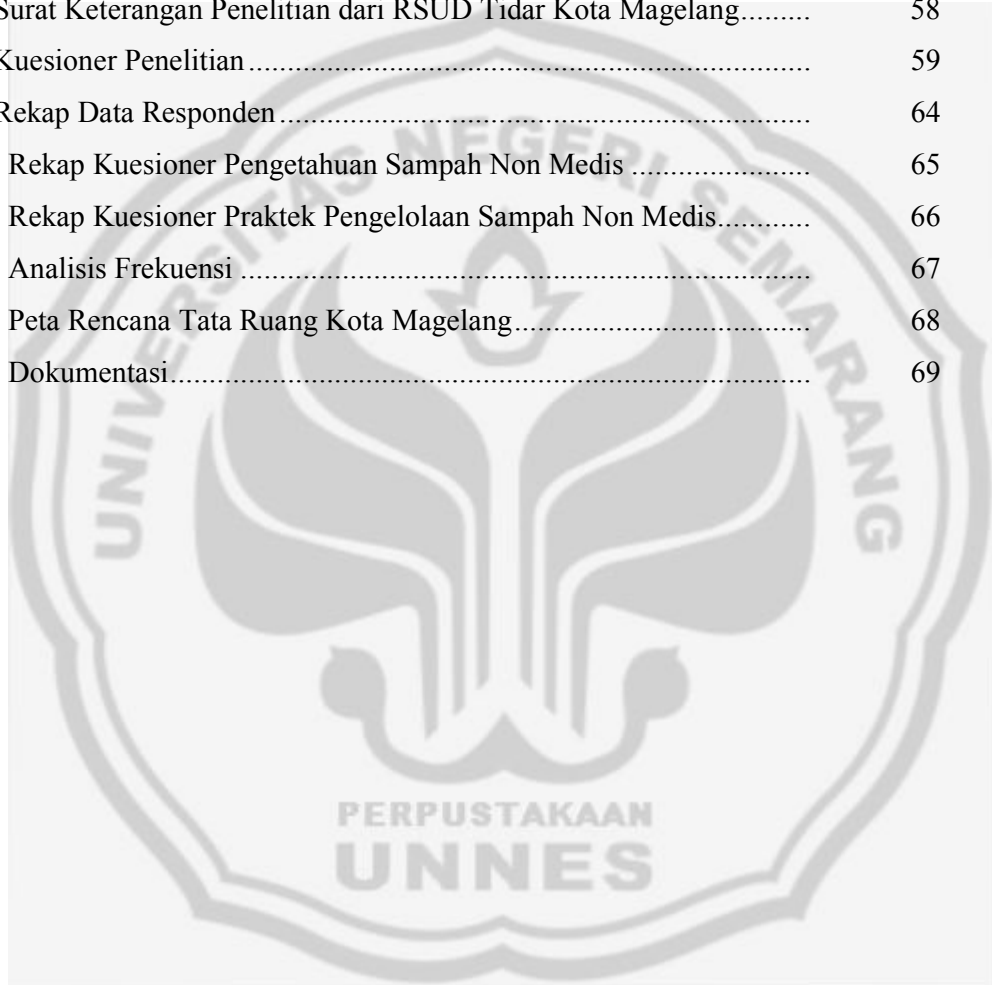
## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
<b>Gambar 2.1</b> Kerangka Teori.....	29
<b>Gambar 3.1</b> Kerangka Konsep.....	30



## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
1. Surat Tugas Pembimbing.....	52
2. Surat Tugas Panitia Ujian Sarjana.....	53
3. Surat Ijin Observasi Awal dan Pengambilan Data .....	54
4. Surat Permohonan Ijin Penelitian ( Kesbang Polinmas Magelang) ..	55
5. Surat Permohonan Ijin Penelitian (RSUD Tidar Kota Magelang) .....	56
6. Surat Rekomendasi Kesbang Polinmas .....	57
7. Surat Keterangan Penelitian dari RSUD Tidar Kota Magelang.....	58
8. Kuesioner Penelitian.....	59
9. Rekap Data Responden.....	64
10. Rekap Kuesioner Pengetahuan Sampah Non Medis .....	65
11. Rekap Kuesioner Praktek Pengelolaan Sampah Non Medis.....	66
12. Analisis Frekuensi .....	67
13. Peta Rencana Tata Ruang Kota Magelang.....	68
14. Dokumentasi.....	69



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Masalah lingkungan erat sekali hubungannya dengan dunia kesehatan. Untuk mencapai kondisi masyarakat yang sehat diperlukan lingkungan yang baik pula. Dalam hal ini rumah sakit sebagai sarana kesehatan harus pula memperhatikan keterkaitan tersebut. Di lain pihak, rumah sakit juga dapat dikatakan sebagai pendonor limbah karena buangnya berasal dari kegiatan non-medis maupun medis yang bersifat berbahaya dan beracun dan dalam jumlah besar (Nadia Paramita, 2007:51).

Dalam rangka memberikan pelayanan di bidang kesehatan, rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan untuk pelayanan umum, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, yang memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan, gangguan kesehatan dan atau dapat menjadi tempat penyebab penularan penyakit (Permenkes R.I, 1992).

Aktivitas rumah sakit akan menghasilkan sejumlah hasil samping berupa limbah, baik limbah padat, cair, dan gas yang mengandung kuman patogen, zat-zat kimia serta alat-alat kesehatan yang pada umumnya bersifat berbahaya dan beracun. Untuk meningkatkan mutu pelayanan perlu pula ditingkatkan sarana untuk mengatasi limbah tersebut (Nadia Paramita, 2007:51).

Rumah sakit menghasilkan limbah dalam jumlah yang besar, beberapa diantaranya membahayakan kesehatan di lingkungannya. Di negara maju,

jumlahnya diperkirakan 0,5-0,6 kg per tempat tidur rumah sakit perhari. Pembuangan limbah yang berjumlah cukup besar ini paling baik jika dilakukan dengan memilah-milah limbah ke dalam kategori untuk masing-masing jenis kategori diterapkan cara pembuangan limbah yang berbeda. Prinsip umum pembuangan limbah rumah sakit adalah sejauh mungkin menghindari resiko kontaminasi dan trauma (*Injuri*) (KMNLH, 1995).

Rumah sakit merupakan institusi yang mempunyai potensi bahaya kompleks bagi tenaga kerja di dalamnya. Petugas kebersihan adalah salah satu tenaga kerja yang berisiko tinggi untuk mengalami kecelakaan kerja. Oleh karena itu, pengetahuan mengenai pengelolaan sampah rumah sakit yang baik merupakan aspek penting dalam pembentukan perilaku petugas kebersihan dalam praktek pengelolaan sampah rumah sakit yang akhirnya akan dapat meningkatkan kinerja dan mengurangi angka kesakitan akibat sampah rumah sakit tersebut.

RSUD Tidar Kota Magelang merupakan rumah sakit tipe C non pendidikan. Rumah sakit kelas C atau yang setara merupakan rumah sakit yang wajib melakukan upaya pengelolaan dan pemantauan lingkungan yang tertuang dalam suatu dokumen UKL dan UPL. Isi pokok dokumen tersebut antara lain mengenai upaya pengelolaan dan pemantauan dampak kegiatan di bidang kesehatan terhadap lingkungan yang tidak ada dampak pentingnya dan atau secara teknologi sudah dapat dikelola dampak pentingnya (Depkes RI, 2001). Dengan adanya dokumen tersebut, sudah seharusnya kualitas kesehatan lingkungan rumah sakit tercermin pada performa rumah sakit itu sendiri.

RSUD Tidar Kota Magelang telah memiliki prosedur tetap mengenai pengelolaan sampah non medis rumah sakit. Dalam pengelolaan sampah non medis para petugas kebersihan diwajibkan untuk mengelola sampah sesuai dengan protap dan harus menggunakan alat pelindung diri yang dianjurkan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui observasi dan wawancara yang dilakukan oleh peneliti di RSUD Tidar Kota Magelang pada tanggal 19 Mei tahun 2010 ditemukan petugas kebersihan yang melakukan praktek pengelolaan sampah kurang sesuai dengan prosedur tetap (protap). Berdasarkan protap Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUD Tidar Kota Magelang, setiap petugas kebersihan diwajibkan memakai alat pelindung diri (APD) dengan lengkap dari sepatu boot, topi/helm, masker, pelindung mata, pakaian panjang (*coverall*), sarung tangan khusus (*disposable gloves* atau *heavy duty gloves*) dalam melaksanakan tugasnya.

Praktek pengelolaan yang benar sesuai dengan peraturan yang ada sangat diperlukan dan perlu diperhatikan. Dengan melaksanakan praktek pengelolaan sampah non medis sesuai dengan protap dapat mengurangi angka kesakitan akibat sampah non medis rumah sakit. Berdasarkan wawancara dengan petugas kesehatan diketahui terdapat beberapa petugas kesehatan yang mengalami gangguan kesehatan berupa gatal-gatal.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang **“Profil Pengetahuan Dan Praktek Pengelolaan Sampah Non Medis Pada Petugas Kebersihan di RSUD Tidar Kota Magelang Tahun 2010”**

## 1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang ada maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana profil pengetahuan dan praktek pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan RSUD Tidar Kota Magelang tahun 2010?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui profil pengetahuan dan praktek pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan RSUD Tidar Kota Magelang tahun 2010.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1 Mengetahui gambaran pengetahuan pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan di RSUD Tidar Kota Magelang Tahun 2010.
- 2 Mengetahui gambaran praktek pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan di RSUD Tidar Kota Magelang.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Bagi Peneliti

Memberikan pengalaman langsung dalam pelaksanaan penulisan karya ilmiah dan melatih kemampuan dalam melakukan penelitian di masyarakat.

### 1.4.2 Bagi RSUD Tidar Kota Magelang

Sebagai bahan masukan atau pertimbangan serta pemantauan untuk lebih memperhatikan praktik pengelolaan sampah oleh petugas kebersihan dan lebih memperhatikan aspek kesehatan pada petugas kebersihan.



### 1.4.3 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Sebagai tambahan kepustakaan dalam pengembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan literatur untuk penelitian selanjutnya.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Table 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil penelitian
1	2	3	4	5	6	7
1	Gambaran Perilaku Petugas Rumah Sakit Terhadap Sistem Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Kusta Sicanang Belawan Tahun 2002	Maimunah	2002 Dan Rumah Sakit Kusta Sicanang Belawan	Penelitian Deskriptif bersifat <i>cross sectional</i>	Variabel bebas : pengetahuan, sikap dn tindakan petugas Rumah Sakit. Variabel terikat : sikap petugas sistem pengelolaan sampah medis	Gambaran pengetahuan petugas baik 46%, sedang 31,7%, buruk 23,8%. Data sikap petugas pada kategori baik 49,2 %, sedang 27%, buruk 23,8%. Data tindakan petugas pada kategori baik 36,5%,sedang 42,9%, buruk 20,6%.

<p>2. Perilaku Petugas Kebersihan Dalam Pengelolaan Sampah Rumah Sakit (Studi Kasus di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo Tahun 2003)</p>	<p>Rina Hidayani</p>	<p>2003 dan Metode kualitatif Rumah Sakit Nurmala Suri</p>	<p>Variabel bebas : Perilaku petugas kebersihan. Variabel Terikat: Pengelolaan sampah Rumah Sakit.</p>	<p>Pengetahuan petugas mengenai pengelolaan sampah mulai dari proses penimbunan sampai dengan penanganan akhir sampah cukup bagus. Sikap petugas dalam pengelolaan adalah positif. Petugas dalam pengelolaan sampah mengacu pada prosedur tetap (protap). Namun, dalam pelaksanaannya terkadang petugas tidak melakukan sebagaimana yang tertulis dalam protap.</p>
---	----------------------	--	--	---

3.	Profil Pengetahuan Dan Praktek Pengelolaan Sampah Non Medis Pada Petugas Kebersihan di RSUD Tidar Kota Magelang Tahun 2010	Indar Yuliyati	2010 dan RSUD Tidar Kota Magelang	Metode kualitatif dan pendekatan <i>cross</i> <i>sectional</i>	Variabel bebas :Pengetahuan pengelolaan sampah non medis. Variabel terikat :Praktek pengelolaan sampah non medis.
----	---	-------------------	--	---	--

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variable bebas dan terikat yang diteliti, tahun dan tempat penelitian. Penelitian Indar Yuliyati dilakukan pada tahun 2010, di RSUD Tidar Kota Magelang dengan variable bebas yang diteliti adalah pengetahuan pengelolan sampah non medis dan variable terikatnya adalah praktek pengelolaan sampah.

## 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

### 1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Lingkup tempat dalam penelitian ini adalah RSUD Tidar Kota Magelang.

### 1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Adapun waktu pelaksanaan penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli 2010.

### 1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Lingkup materi dalam penelitian ini adalah lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat bidang pendidikan khususnya profil pengetahuan dan praktek pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan di RSUD Tidar Kota Magelang tahun 2010.

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo,2003).

##### **2.1.1.1 Tingkat Pengetahuan**

Ada 6 tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yakni :

1. Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. .

2. Memahami (*comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah

paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

### 3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

### 4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

### 5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

### 2.1.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

#### 1. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri ataupun orang lain.

Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

#### 2. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

#### 3. Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu bersifat positif maupun negatif.

#### 4. Fasilitas

Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran dan buku.

#### 5. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun, bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas-fasilitas sumber informasi.

## 6. Sosial Budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

### 2.1.1.3 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkat domain di atas (Notoatmodjo,2003).

### 2.1.2 Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk terwujudnya suatu tindakan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain (Soekidjo, 2007:149).

Menurut Soekidjo (2007), tindakan mempunyai beberapa tingkatan yaitu:

1. Persepsi (*perseption*) yaitu mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
2. Respon terpimpin (*guided response*), bila seseorang dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar.
3. Mekanisme (*mecanisme*), bila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis.
4. Adaptasi (*adaptation*), merupakan suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, diantaranya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran tindakan dilakukan secara langsung dengan cara observasi tindakan atau kegiatan dilakukan, sedangkan secara tidak langsung melalui wawancara menggunakan kuesioner.

Dalam menggunakan metode observasi cara yang paling efektif adalah melengkapinya dengan format yang disusun berisi item-item tentang kejadian atau tingkah laku yang digambarkan akan terjadi (Suharsimim Arikunto, 2006:229).

### **2.1.3 Pengertian Rumah Sakit**

Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Selain itu rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat berfungsi sebagai tempat pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.



## **2.1.4 Sampah**

### **2.1.4.1 Pengertian Sampah**

Sampah adalah sesuatu bahan atau benda padat yang sudah tidak dipakai lagi oleh manusia, atau benda padat yang sudah tidak digunakan lagi dalam suatu kegiatan manusia dan dibuang. Para ahli kesehatan Amerika membuat batasan, sampah (waste) adalah sesuatu yang tidak digunakan, tidak dipakai, tidak disenangi, atau sesuatu yang dibuang yang berasal dari kegiatan manusia, dan tidak terjadi dengan sendirinya (Soekidjo, 2007:188).

Dari batasan ini jelas bahwa sampah adalah hasil suatu kegiatan manusia yang dibuang karena sudah tidak berguna. Sehingga bukan semua benda padat yang tidak digunakan dan dibuang disebut sampah, misalnya : benda-benda alam, benda-benda yang keluar dari bumi akibat gunung meletus, banjir, dan sebagainya. Dengan demikian sampah mengandung prinsip-prinsip sebagai berikut :

- a. Adanya sesuatu benda atau benda padat.
- b. Adanya hubungan langsung/tidak langsung dengan kegiatan manusia.
- c. Benda atau bahan tersebut tidak digunakan lagi.

### **2.1.4.2 Pengertian Sampah Rumah Sakit**

Sampah rumah sakit adalah bahan yang tidak berguna, tidak digunakan ataupun yang terbuang yang dapat dibedakan menjadi sampah medis dan non medis dan dikategorikan ; sampah radioaktif, sampah infeksius, sampah sitotoksik, dan sampah umum (keputusan Dirjen PPM dan PLP, 1992: 37).Limbah padat non medis adalah limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan di rumah sakit

kembali apabila ada teknologinya (Kepmenkes RI No 1204/ di luar medis yang berasal dari dapur, perkantoran, taman dan halaman yang dapat dimanfaatkan Menkes/SK/X/2004).

#### 2.1.4.3 Jenis-Jenis Sampah

Jenis sampah dikenal beberapa pembagian. Pembagian berdasarkan zat pembentuknya yaitu sampah organik dan anorganik.

Kemudian pembagian atas dasar sifatnya yaitu sampah yang mudah membusuk, sampah yang mudah terbakar dan sampah yang tidak mudah terbakar (Juli Soemirat Slamet, 2002:152).

Dalam ilmu kesehatan lingkungan, pembagian sampah yang sering diklasifikasikan dari cara di atas sehingga sampah dibedakan atas :

1. Sampah Organik (*Garbage*)

Ialah bahan atau sisa pengolahan yang membusuk misalnya sampah dapur, restoran, hotel dan sebagainya, sehingga pengelolaannya menghendaki kecepatan, baik dalam pengumpulan maupun dalam pembuangannya. Pembusukan sampah ini akan menghasilkan antara lain gas metan, gas H<sub>2</sub>S yang bersifat racun bagi tubuh. Selain beracun H<sub>2</sub>S juga berbau busuk sehingga secara estetis tidak dapat diterima. Bagi lingkungan, sampah ini relatif kurang berbahaya karena dapat terurai dengan sempurna menjadi zat-zat anorganik yang berguna bagi fotosintesa tumbuhan. Hanya saja orang harus mengangkut dan membuangnya ditempat yang aman, dengan

kecepatan yang lebih dari pada kecepatan membusuknya di dalam keadaan cuaca tropis (Juli Soemirat Slamet, 2002:153).

2. Sampah anorganik (*Rubbish*)

Ialah sampah yang mudah atau susah terbakar, berasal dari rumah tangga, pusat perdagangan dan perkantoran yang tidak termasuk kategori *garbage*. Sampah yang mudah terbakar umumnya terdiri dari zat organik, seperti kertas, sobekan kain, kayu, plastik, sedangkan sampah yang sukar terbakar sebagian besar berupa zat anorganik seperti logam, mineral, kaleng, dan gelas (Juli Soemirat Slamet, 2002:153).

3. Sampah yang berbentuk abu atau debu (*Ashes*)

Ialah segala jenis abu, misalnya yang terjadi sebagai akibat hasil pembakaran kayu, batu bata, sisa pembakaran rumah dan industry. Sampah seperti ini tentunya tidak membusuk, tetapi dapat dimanfaatkan untuk mendatarakan tanah atau penimbunan selama tidak mengandung zat beracun, maka abu ini pun tidak terlalu berbahaya terhadap lingkungan dan masyarakat. Hanya karena ukuran debu atau abu relatif kecil, maka fraksi ukuran yang  $< 10$  mikron dapat memasuki saluran pernafasan. Debu ini akan menimbulkan penyakit *pneumonia* (Juli Soemirat Slamet, 2002:153).

4. Sampah binatang (*Dead Animal*)

Ialah segala jenis bangkai binatang baik yang besar maupun kecil yang mati karena alam, ditabrak atau dibuang orang, seperti sapi, kuda atau tikus.

#### 5. Sampah jalan (*Street Sweeping*)

Ialah segala jenis sampah yang berserakan di jalan karena dibuang, atau sampah yang berasal dari pembersihan jalan yang terdiri dari campuran bermacam-macam sampah, daun-daunan, kertas, plastik, pecahan kaca, besi dan debu.

#### 6. Sampah industri (*Industrial Waste*)

Ialah benda-benda padat sisa yang merupakan sampah hasil industri, misalnya kaleng dengan potongan-potongannya yang tidak dapat digunakan lagi.

#### **2.1.4.4 Sumber Sampah Rumah Sakit**

Setiap ruangan kerja di rumah sakit merupakan penghasil sampah, jenis sampah dari ruangan dapat berbeda-beda sesuai dengan penggunaan ruangan yang bersangkutan (Maimunah, 2002:11). Pada dasarnya sumber sampah rumah sakit dikategorikan sebagai berikut :

##### 1. Ruang tunggu rumah sakit

Pada ruang tunggu rumah sakit, sampah dihasilkan oleh pengunjung rumah sakit yang sedang menunggu giliran untuk mendapatkan pelayanan rumah sakit atau para pengantar pasien rumah sakit.

Sampah-sampah yang dihasilkan dari ruangan ini umumnya berupa sisa-sisa makanan, bekas pembungkus makanan/minuman, abu dan lain-lain.

##### 2. Ruang Poliklinik pemeriksaan

Umumnya sampah yang dihasilkan dari ruang poliklinik berupa bekas pembalut, sisa kapas, jarum suntik, spuit botol bekas obat dan lain-lain.

3. Ruang operasi, bedah, anestesi

Kegiatan ruang operasi pada umumnya menghasilkan sisa buangan bekas operasi atau sisa tubuh bekas operasi.

4. Ruang laboratorium

Kegiatan di ruang laboratorium akan menghasilkan sisa-sisa bahan kimia, bekas binatang percobaan, bekas sediaan dan lain-lain.

5. Ruang perawatan/pemulihan/alat pasien

Pada ruang perawatan atau ruang pemulihan, sampah-sampah yang dihasilkan berupa bekas bungkus, sisa-sisa makanan dan lain-lain.

6. Dapur

Sampah yang dihasilkan dari ruangan dapur pada umumnya berupa sisa-sisa bungkus, sisa sayur, sisa-sisa makanan yang sebagian berupa sampah organik.

7. Ruang perkantoran

Sampah yang dihasilkan berupa kertas dan lain-lain.

8. Halaman parkir, taman

Umumnya sampah-sampah yang dihasilkan berupa kertas dan lain-lain.

#### **2.1.4.5 Sampah Non Medis Rumah Sakit**

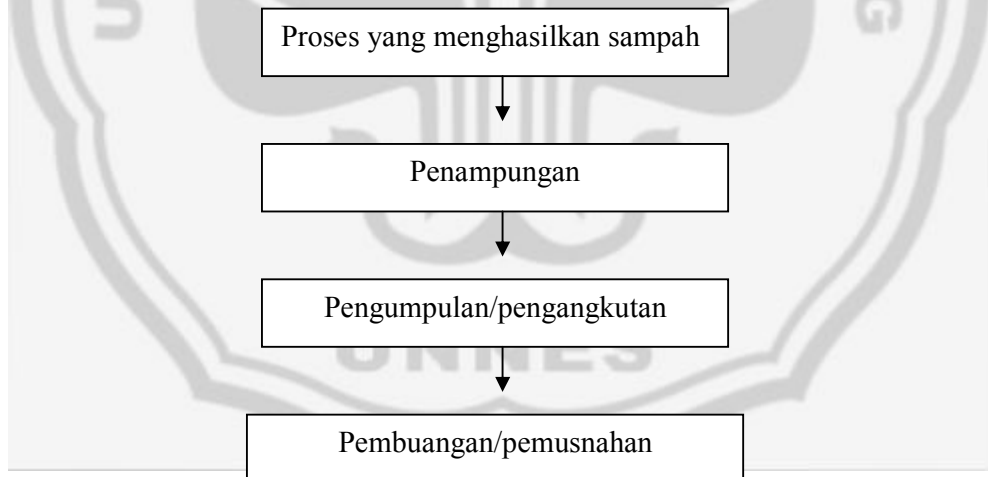
Sampah non medis memiliki pengertian bahwa sampah adalah segala zat padat, semi padat yang terbuang atau tidak berguna baik yang dapat membusuk maupun yang tidak dapat membusuk (Anonim,2004). Sampah biasanya ditampung di tempat produksi sampah untuk beberapa lama (Nadia paramita, 2007:51).

Berdasarkan prosedur tetap pengendalian infeksi nosokomial RSUD Tidar Kota Magelang sampah umum (non medis) adalah sampah yang dihasilkan dari kegiatan kecuali kegiatan pelayanan medis.

#### 2.1.4.6 Sistem Pengelolaan Sampah Rumah Sakit

Pengelolaan sampah adalah suatu bidang yang berhubungan dengan pengendalian terhadap penimbunan, penyimpanan sementara, pengumpulan, pemindahan dan pengangkutan, pemrosesan dan pembuangan dengan suatu cara yang sesuai dengan prinsip terbaik dari kesehatan masyarakat, ekonomi, teknik, konvensasi, estetika pertimbangan-pertimbangan lingkungan yang lain dan juga sikap masyarakat (Juli Soemirat Slamet, 2002: 154).

Beberapa tahap dalam proses pengelolaan sampah di rumah sakit dapat digambarkan sebagai berikut :



Sumber : Pengendalian Sampah RSUD Tidar Kota Magelang

#### **2.1.4.7 Tata Cara Penanganan Sampah**

Berdasarkan Permenkes RI dan Keputusan Dirjen PPM dan PLP tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit tata cara penanganan sampah rumah sakit terdiri dari :

1. Sampah dari setiap unit/ruang harus dipisahkan sesuai dengan kategori atau jenis sampah dan dimasukkan ke dalam tempat/kantong plastik yang telah disediakan (berlambang sesuai dengan jenis sampahnya) oleh staf/personil yang bekerja pada ruang/unit yang bersangkutan.
2. Setiap hari atau setelah 2/3 bagian tempat/kantong plastik terisi walaupun belum 1 hari, sampah diangkut ke tempat pengumpulan sampah sementara.
3. Sampah umum (domestik) dibuang ke tempat pembuangan akhir yang ditetapkan oleh Pemda.
4. Pengangkutan sampah dari ruang/unit ke tempat pengumpulan sampah sementara dan ke tempat pembuangan sampah akhir dilaksanakan dengan menggunakan alat pengangkut khusus melalui jalur yang telah ditetapkan.
5. Tempat pengumpulan sampah dan tempat penampungan sampah sementara segera dibersihkan/didesinfeksi, setelah dikosongkan.

#### **2.1.4.8 Pemilahan Dan Pewadahan Limbah/Sampah Non Medis Padat**

Menurut Kepmenkes RI Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit persyaratan pemilahan dan pewadahan limbah/sampah non medis adalah sebagai berikut :

#### 2.1.4.8.1 Pemilahan dan Pewadahan

1. Pewadahan limbah non-medis harus dipisahkan dari limbah medis padat dan ditampung dalam kantong plastik warna hitam.
2. Dilakukan pemilahan limbah padat non-medis antara limbah yang dapat dimanfaatkan dengan limbah yang tidak dapat dimanfaatkan kembali.
3. Dilakukan pemilahan limbah padat nonmedis antar limbah basah dan limbah kering.
4. Tempat pewadahan :
  - a. Setiap tempat pewadahan limbah padat harus dilapisi kantong plastik warna hitam sebagai pembungkus limbah padat dengan lambang "domestik" warna putih.
  - b. Bila kepadatan lalat di sekitar tempat limbah melebihi 2 (dua) ekor per-block grill, perlu dilakukan pengendalian lalat.
  - c. Tempat pewadahan harus terbuat dari bahan yang kuat, cukup ringan, tahan karat, kedap air dan mempunyai permukaan yang mudah dibersihkan pada bagian dalamnya, misalnya fiberglass.
  - d. Mempunyai tutup yang mudah dibuka dan ditutup tanpa mengotori tangan.
  - e. Terdapat minimal 1 (satu) buah untuk setiap kamar atau sesuai dengan kebutuhan.
  - f. Limbah/sampah tidak boleh dibiarkan dalam wadahnya melebihi 3 x 24 jam atau apabila 2/3 bagian kantong sudah terisi oleh limbah,



maka harus diangkat supaya tidak menjadi perindukan vektor penyakit atau binatang pengganggu.

#### **2.1.4.8.2 Pengumpulan, Penyimpanan dan Pengangkutan**

1. Bila di tempat pengumpulan sementara tingkat kepadatan lalat lebih dari 20 ekor per-block grill atau tikus terlihat pada siang hari, harus dilakukan pengendalian.
2. Dalam keadaan normal harus dilakukan pengendalian serangga dan binatang pengganggu yang minimal satu bulan sekali.
3. Pengangkutan limbah padat domestik dari setiap ruangan ke tempat penampungan sementara menggunakan troli tertutup.

Berdasarkan Kebijakan Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUD Tidar Kota Magelang prosedur penanganan sampah umum (non medis) adalah sebagai berikut :

1. Sampah dari ruangan/ bangsal dan perkantoran dimasukkan ke dalam tempat sampah yang telah disediakan.
2. Setiap pagi sampah dari ruangan/ bangsal dan perkantoran diambil untuk selanjutnya diangkat dibuang ke TPS

#### **2.1.4.8.3 Pengolahan dan Pemusnahan**

Pengolahan dan pemusnahan limbah padat non-medis harus dilakukan sesuai persyaratan kesehatan. Upaya untuk mengurangi volume, merubah bentuk atau memusnahkan limbah padat dilakukan pada sumbernya. Limbah yang masih dapat dimanfaatkan hendaknya dimanfaatkan kembali untuk limbah padat organik dapat diolah menjadi pupuk.

#### 2.1.4.8.4 Tempat Penampungan Sampah Sementara

1. Tersedia tempat penampungan sampah yang tidak permanen.
2. Terletak pada lokasi yang mudah dijangkau kendaraan pengangkut sampah.
3. Dikosongkan dan dibersihkan sekurang-kurangnya satu kali 24 jam.

Bagi petugas yang menangani limbah, harus menggunakan alat pelindung diri yang terdiri dari :

1. Topi/helm.
2. Masker.
3. Pelindung mata.
4. Pakaian panjang (*coverall*).
5. Apron untuk industri.
6. Pelindung kaki/sepatu boot
7. Sarung tangan khusus (*disposable gloves atau heavy duty gloves*).

#### 2.1.4.9 Pengaruh Pengelolaan Sampah Rumah Sakit Terhadap Masyarakat dan Lingkungan

##### 2.1.4.9.1 Dampak Positif Pengelolaan Sampah Rumah Sakit

Pengaruh baik dari sampah rumah sakit akan memberikan dampak positif terhadap kesehatan masyarakat, lingkungan dan rumah sakit itu sendiri seperti :

1. Meningkatkan pemeliharaan bersih dan rapi, juga meningkatkan pengawasan, pemantauan dan peningkatan mutu rumah sakit sekaligus akan dapat mencegah penularan/infeksi nosokomial.

2. Keadaan lingkungan yang saniter, estetika yang baik akan menimbulkan rasa nyaman bagi pasien, petugas dan pengunjung rumah sakit tersebut.
3. Keadaan lingkungan yang saniter, estetika yang baik akan dapat mencerminkan keberadaan sosial budaya masyarakat di luar rumah sakit.
4. Sampah/bahan buangan rumah sakit dapat diambil kembali dengan pengelolaan secara fisik, kimia dan biologis sehingga menghasilkan barang-barang baru untuk kehidupan manusia.
5. Berkurangnya tempat berkembang biak untuk serangga dan tikus di lingkungan rumah sakit, sehingga kepadatan populasi vektor sebagai mata rantai penularan dapat dikurangi.
6. Kondisi lingkungan rumah sakit akan menjadi lebih bersih, indah, rapi dan nyaman, sehingga dapat mewujudkan mutu lingkungan sehat yang dapat mengurangi resiko terjadinya penularan penyakit gangguan kesehatan yang berhubungan dengan pengelolaan sampah medis.

#### **2.1.4.9.2 Dampak Negatif Pengelolaan Sampah Rumah Sakit**

Dampak yang ditimbulkan sampah rumah sakit akibat pengelolaannya yang tidak baik atau tidak saniter dapat berupa :

1. Merosotnya mutu lingkungan rumah sakit yang dapat mengganggu dan menimbulkan masalah kesehatan serta keluhan bagi masyarakat yang tinggal dilingkungan rumah sakit maupun masyarakat luar.
2. Sampah rumah sakit juga dapat mengandung berbagai bahan kimia beracun, buangan yang terkena kontaminasi serta benda-benda tajam yang

dapat menimbulkan gangguan kesehatan berupa kecelakaan akibat kerja atau penyakit akibat kerja.

3. Sampah berupa partikel debu dapat menimbulkan pencemaran udara yang akan menyebabkan kuman penyakit dan mengkontaminasi peralatan medis atau makanan rumah sakit.
4. Pengelolaan sampah rumah sakit yang kurang baik akan menyebabkan estetika lingkungan yang kurang sedap dipandang misalnya dengan bertebarnya sampah-sampah disana sini sehingga mengganggu kenyamanan pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitarnya.
5. Apabila terjadi proses pembakaran sampah medis yang tidak saniter baik sengaja atau tidak sengaja, maka asapnya akan mengganggu pernafasan, penglihatan dan penurunan kualitas udara.
6. Proses pembusukan sampah medis oleh mikroorganisme akan menghasilkan gas-gas tertentu yang dapat menyebabkan timbulnya bau busuk. Apabila kualitas bau tersebut cukup tinggi maka akan dapat mengganggu estetika kesegaran udara di rumah sakit.
7. Pembuangan sampah ke saluran-saluran akan menyebabkan estetika terganggu, terjadinya pengotoran terhadap badan-badan air, juga hasil-hasil dekomposisi biologis yang berupa cairan organik juga dapat mengotori dan mencemari air permukaan.

#### **2.1.4.10 Petugas Pengelola Sampah**

Sampah dimasing-masing ruangan perawatan, laboratorium, ruang operasi dan sebagainya dikumpulkan oleh tenaga-tenaga perawat dan dipisahkan sampah

medis dan non medis kemudian dimasukkan ke dalam kantong yang sudah dipersyaratkan. Sedangkan ruangan lain bisa dilakukan oleh tenaga kebersihan. Tenaga pengangkut sampah dilengkapi dengan pakaian seragam, masker, sarung tangan dan sepatu (Maimunah, 2002:18).

Petugas-petugas yang berhubungan dengan pengelolaan sampah rumah sakit secara langsung, harus diberikan petunjuk-petunjuk yang jelas dalam menangani sampah yang meliputi :

1. Pengelompokkan jenis sampah menurut sumber sampah.
2. Pengumpulan dan pengangkutan
3. Metode/prosedur pembuangan dan pemusnahan.

#### **2.1.5 Batasan Perilaku**

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Skinner (1938) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini

terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons.

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*overt behaviour*).

#### **2.1.5.1 Bentuk Perilaku**

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari objek tersebut. Respons ini berbentuk dua macam, yakni:

1. Bentuk pasif adalah respons internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Oleh sebab itu, disebut *covert behaviour* atau *unobservable behaviour*.
2. Bentuk aktif, yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behaviour*, tindakan nyata atau praktik (*practice*) misal, seseorang ibu memeriksakan kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap merupakan respons seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung, dan disebut '*covert behaviour*'. Sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respons seseorang terhadap stimulus (*practice*) adalah '*overt behaviour*'.

#### 2.1.5.2 Perubahan Perilaku

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan lainnya. Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku.

Selanjutnya Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilatarbelakangi atau dipengaruhi oleh tiga faktor pokok, yakni:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing factor*)

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.

2. Faktor Pemungkin (*Enabling factors*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, dan sebagainya. Karena faktor pemungkin (*enabling*) ini berupa

fasilitas atau sarana dan prasarana kesehatan, maka bentuk pendidikan kesehatan adalah memberdayakan masyarakat agar mereka mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan bagi mereka (Soekidjo, 2007:20).

Pendidikan kesehatan atau pemberian informasi merupakan bentuk dari faktor *enabling*. Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara pengelolaan sampah non medis yang baik dan benar akan meningkatkan pengetahuan petugas kebersihan tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri (Soekidjo, 2007:163).

### 3. Faktor Penguat (*Reinforcing factors*)

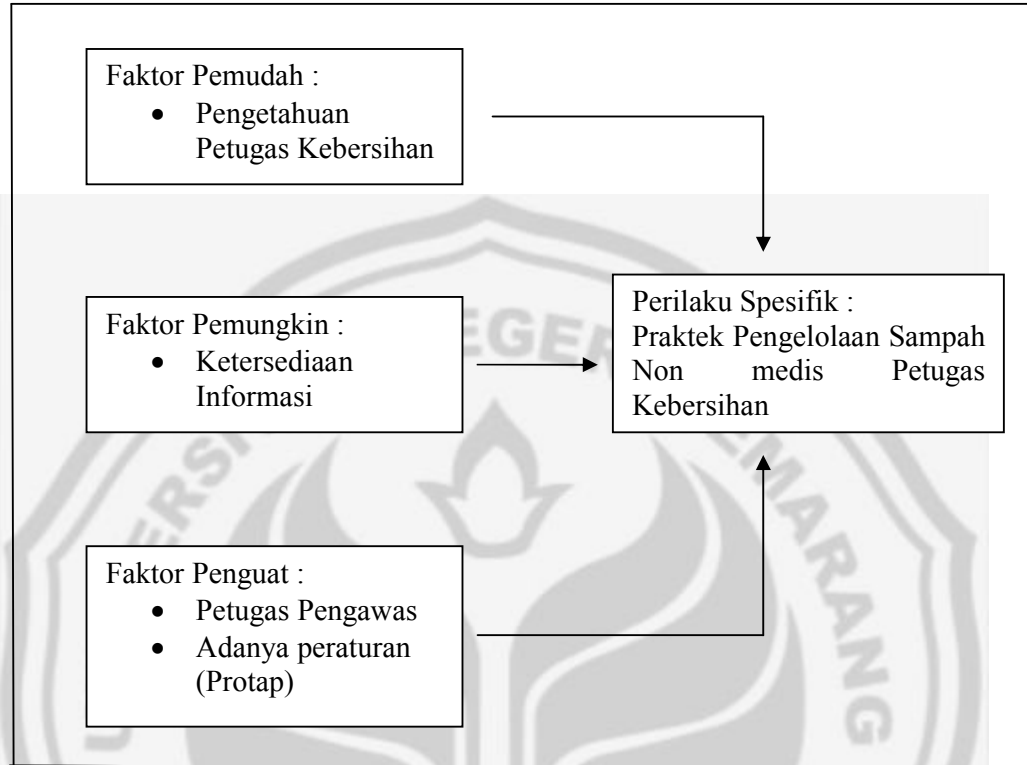
Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga di sini undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat maupun pemerintah daerah, yang terkait dengan kesehatan (Soekidjo, 2007:17).

Untuk melakukan praktek pengelolaan sampah non medis yang baik dan benar, petugas kesehatan kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari petugas pengawas (Instalasi Sanitasi). Disamping itu



undang-undang ataupun protap unuk memperkuat perilaku petugas kebersihan tersebut.

## 2.2 Kerangka Teori



**Gambar 2.1 Kerangka Teori**

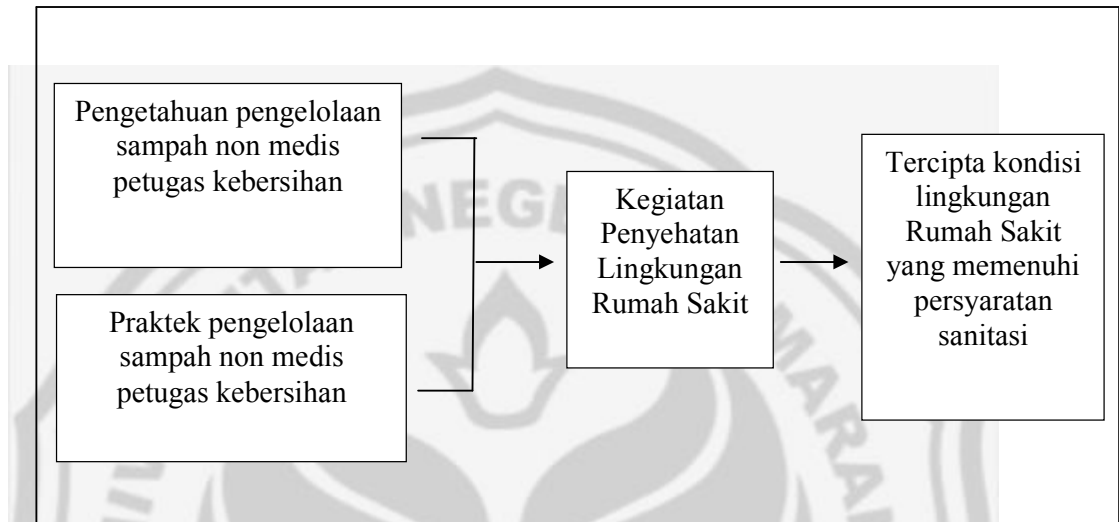
**Sumber : (Modifikasi dari Green Lawrence (1980) dalam Soekidjo Notoatmodjo,2002)**

PERPUSTAKAAN  
**UNNES**

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 kerangka konsep

#### 3.2 Pendekatan Latar Penelitian

Dalam penelitian ini yang menjadi responden adalah petugas kebersihan yang ada di RSUD Tidar Kota Magelang.

Pendekatan latar penelitian tersebut ditentukan berdasarkan pada kelayakan informasi yang diperoleh di lapangan.

Berdasarkan observasi di lapangan dan dokumentasi didapatkan data mengenai praktek pengelolaan sampah non medis yang kurang sesuai dengan protap.

### 3.3 Fokus Penelitian

Dalam penelitian ini, fokus penelitian berisi pokok kajian yang menjadi pusat perhatian, yaitu profil pengetahuan dan praktek pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan di RSUD Tidar Kota Magelang tahun 2010.

### 3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variable atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variable tersebut (Moh Nasir, 2005:126).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Kriteria	Skala
1.	Pengetahuan Pengelolaan Sampah Non Medis	Kemampuan responden untuk menjawab sejumlah pertanyaan tentang pengelolaan sampah	Kuesioner	Baik jika jawaban 80% benar, Cukup jika jawaban 60% - 80% benar, kurang jika jawaban < 60 %.	Ordinal
2.	Praktek Pengelolaan	Suatu usaha/ kegiatan untuk	Kuesioner	Baik jika skor 16-22,	Ordinal

---

Sampah	Non	melakukan	Cukup	bila
Medis		pengelolaan	skor 8-15,	
		sampah non	Kurang	bila
		medis sesuai	skor 0-7.	
		dengan		
		prosedur yang		
		ada sehingga		
		tidak		
		membahayakan		
		kesehatan		
		manusia dan		
		lingkungan		

---

### 3.5 Jenis Dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan statistik deskriptif. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:138).

Statistik deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum. Termasuk dalam statistik deskriptif antara lain adalah penyajian data melalui tabel, grafik, diagram lingkaran, dll (Sugiyono,2008:147).

### **3.6 Situasi sosial Dan Sampel Penelitian**

#### **3.6.1 Situasi Sosial**

Dalam penelitian kualitatif tidak menggunakan istilah populasi, tetapi oleh Spradly dinamakan *social situation*/situasi sosial yang terdiri atas tiga elemen, yaitu: tempat, pelaku dan aktivitas yang berinteraksi secara sinergis (Sugiyono,2008:215)

#### **3.6.2 Sampel**

Sampel penelitian dipilih secara *accidental sampling*. Pengambilan sampel secara aksidental (*accidental*) ini dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia (Soekidjo,2005:89). Jumlah sampel yang digunakan sejumlah 26 orang responden.

#### **3.7 Instrumen Penelitian**

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan mudah diolah (Suharsimi Arikunto, 2002: 101).

Pada penelitian ini instrument yang akan digunakan adalah kuesioner. Menurut Sonny Sumarsono (2004:75) kuesioner diartikan sebagai suatu daftar tertulis yang berisikan rangkaian-rangkaian pertanyaan mengenai suatu hal tertentu untuk dijawab secara tertulis pula.

#### **3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas**

##### **3.8.1 Uji Validitas**

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila dapat

mengungkap data variabel yang diteliti secara tepat (Suharsimi Arikunto, 2006:168).

Uji validitas sebaiknya dilakukan pada setiap butir pertanyaan diuji validitasnya. Hasil  $r$  hitung kita bandingkan dengan  $r$  table dimana  $df = n - 2$  dengan sig 5 %. Jika  $r$  table  $<$   $r$  hitung maka valid (Wiratna Sujarweni, 2008: 186).

Pengujian validitas instrument menggunakan program komputer.

### **3.8.2 Uji Reliabilitas**

Suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik. Instrumen yang sudah dapat dipercaya, yang reliabel akan menghasilkan data yang dapat dipercaya juga.

Reliabilitas menunjuk pada tingkat keterandalan sesuatu. Reliabel artinya dapat dipercaya (Suharsimi Arikunto, 2006:178).

Reliabilitas (keandalan) merupakan ukuran suatu kestabilan dan konsistensi responden dalam menjawab hal yang berkaitan dengan konstruk-konstruk pertanyaan yang merupakan dimensi suatu variable dan disusun dalam suatu bentuk kuesioner (Wiratna Sujarweni, 2008: 186).

## **3.9 Teknik Pengambilan Data**

### **3.9.1 Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari obyek penelitian, yaitu responden yang terpilih berdasarkan kriteria dan karakteristik yang telah ditentukan (Wiratna Sujarweni, 2008: 257).

Data primer penelitian ini diperoleh dari responden melalui pertanyaan-pertanyaan kuesioner. Pengambilan data primer menggunakan wawancara dan observasi.

### **3.9.1.1 Wawancara**

Wawancara digunakan untuk mendapatkan data atau keterangan secara langsung mengenai pengetahuan pengelolaan sampah non medis petugas kebersihan.

### **3.9.1.2 Observasi**

Dalam menggunakan metode observasi cara yang paling efektif adalah melengkapinya dengan format berisi item-item tentang kejadian atau tingkah laku yang digambarkan akan terjadi (Suharsimi Arikunto, 2006: 225).

### **3.9.2 Data Sekunder**

Data sekunder adalah data pendukung yang diperoleh dari sumber lain di luar obyek penelitian (Wiratna Sujarweni, 2008: 258).

Data sekunder didapatkan dari bagian Sanitasi RSUD Tidar Kota Magelang mengenai jumlah petugas kebersihan dan protap-protap yang digunakan dalam pengelolaan sampah non medis.

## **3.10 Pengolahan dan Analisis Data**

### **3.10.1 Pengolahan Data**

#### **3.10.1.1 Editing**

Sebelum data diolah, data tersebut perlu diedit. Hal ini dilakukan untuk memperbaiki kualitas data serta menghilangkan keraguan data melalui

wawancara. Apabila ada kekurangan atau ketidaksesuaian dapat segera dilengkapi dan disempurnakan.

#### 3.10.1.2 Koding

Mengkode data dengan memberi kode pada masing-masing jawaban untuk mempermudah pengolahan data.

#### 3.10.1.3 Tabulasi

Tabulasi dilakukan pada data yang telah terkumpul, disusun berdasarkan variabel yang diteliti.

#### 3.10.1.4 Entry

Data yang telah diberi kode kemudian dimasukkan ke dalam program komputer untuk selanjutnya diolah.

### **3.10.2 Analisis data**

#### 3.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan satu variabel tanpa mencari hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya. variabel yang dianalisis adalah variabel pengetahuan pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan dan praktek pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan.

#### 3.10.2.2 Analisis Deskriptif

Analisis ini bersifat uraian penjelasan dengan membuat table-tabel, mengelompokkan, menganalisis data berdasarkan pada hasil jawaban kuesioner yang diperoleh dari tanggapan responden dengan menggunakan tabulasi data (Wiratna Sujarweni, 2008: 258).



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### 4.1 Deskripsi Data

##### 4.1.1 Karakteristik Responden

Responden adalah petugas kebersihan RSUD Tidar Kota Magelang dengan unit kerja sanitasi dan cleaning service. Dalam penelitian ini menggunakan keseluruhan responden yang berjumlah 26 orang responden.

##### 4.1.1.1 Usia Responden

Berdasarkan data responden tentang karakteristik umur adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Karakteristik Responden berdasarkan Umur

No	Kelompok Umur	Frekuensi	Persentase
1.	19-25	11	42 %
2.	26-32	6	26%
3.	33-39	5	19%
4.	40-46	1	4%
5.	47-53	2	5%
6.	54-60	1	4%
	Jumlah	26	100%

##### 4.1.1.2 Jenis Kelamin Responden

Berdasarkan data responden tentang karakteristik jenis kelamin didapatkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki yang berjumlah 23 orang (88%). Dan 3 orang (12%) berjenis kelamin perempuan.

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
1.	Laki-laki	23	88%
2.	Perempuan	3	12%
	Jumlah	26	100%

#### 4.1.1.3 Status Marital Responden

Berdasarkan data responden tentang karakteristik status marital didapatkan bahwa mayoritas responden mempunyai status marital menikah yang berjumlah 16 orang (62%). Dan 10 orang (38%) mempunyai status marital lajang.

Tabel 4.3 Karakteristik Responden berdasarkan Status Marital

No	Status Marital	Frekuensi	Persentase
1.	Lajang	10	38%
2.	Menikah	16	62%
	Jumlah	26	100%

#### 4.1.1.4 Responden berdasarkan Pendidikan

Berdasarkan data responden tentang karakteristik pendidikan didapatkan bahwa mayoritas responden memiliki latar belakang pendidikan SMU atau sederajat yang berjumlah 16 orang (62%), diikuti dengan latar belakang pendidikan SMP berjumlah 7 orang (27%) dan 3 orang (11%) dengan latar belakang pendidikan SD.

Tabel 4.4 Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan

No	Pendidikan	Frekuensi	Persentase
1.	SD	3	11%
2.	SMP	7	27%
3.	SMU / sederajat	16	62%
	Jumlah	26	100%

#### 4.1.1.5 Responden berdasarkan Lama Bekerja

Berdasarkan data responden tentang karakteristik lama bekerja didapatkan bahwa mayoritas responden bekerja dalam kurun waktu kurang dari satu tahun yaitu sebanyak 19 orang (73%), dan sebanyak 7 orang (27%) bekerja selama lebih dari satu tahun.

Tabel 4.5 Karakteristik Responden berdasarkan Lama Bekerja

No	Lama Bekerja	Frekuensi	Persentase
1.	< 1 tahun	19	73%
2.	> 1 tahun	7	27%
	Jumlah	26	100%

#### 4.2 Analisis Univariat

Berikut ini adalah hasil yang diperoleh setelah dilakukan penelitian tentang profil pengetahuan dan praktek pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan di RSUD Tidar Kota Magelang tahun 2010.

##### 4.2.1 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan yang dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu tingkat pengetahuan kurang, cukup dan baik. Hasil analisis deskripsi persentase tingkat pengetahuan responden yang besar adalah pada tingkat pengetahuan baik sebanyak 15 responden atau 58% lebih besar dibandingkan dengan tingkat pengetahuan cukup sebanyak 11 responden atau 42%.

Tabel 4.6 distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan

No	Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
1.	Baik	15	58%
2.	Cukup	11	42%
3.	Kurang	0	0
	Jumlah	26	100%

#### 4.2.2 Distribusi Responden berdasarkan Praktik Pengelolaan Sampah

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data distribusi responden berdasarkan praktek pengelolaan sampah non medis yang dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu praktek pengelolaan sampah non medis baik, cukup dan kurang. Hasil analisis deskripsi persentase tingkat praktek pengelolaan sampah non medis yang termasuk dalam kategori pewadahan baik sebanyak 14 responden atau 64% lebih besar dibandingkan praktik pengelolaan sampah non medis cukup sebanyak 12 responden atau 36%. Dalam penelitian ini tidak ada responden yang termasuk dalam kategori kurang.

Tabel 4.7 Distribusi Responden berdasarkan Praktek Pengelolaan Sampah Non Medis

No	Praktik Pengelolaan	Frekuensi	Persentase
1.	Baik	14	64%
2.	Cukup	12	36%
3.	Kurang	0	0
	Jumlah	26	100%

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1 Tingkat Pengetahuan Pengelolaan Sampah Non Medis**

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa 85% dari limbah rumah sakit sebenarnya tidak berbahaya, sedangkan 10% yang menular dan 5% adalah non-menular tetapi mereka termasuk dalam limbah berbahaya. Namun demikian pengetahuan tentang pengelolaan sampah rumah sakit sangat penting bagi petugas kebersihan karena jika tidak dikelola dengan baik maka sampah tersebut tetap dapat menyebabkan infeksi berbahaya dan memiliki potensi ancaman bagi lingkungan dan juga masyarakat. Menurut Soekidjo (2007:1991) pengelolaan sampah yang baik, bukan untuk kepentingan kesehatan saja, tetapi juga untuk keindahan lingkungan.

Pengelolaan sampah non medis meliputi pemilahan dan pewadahan, pengumpulan, penyimpanan dan pengangkutan serta pengolahan dan pemusnahan (Kepmenkes RI No 1204/MENKES/SK/X/2004). Berdasarkan Protap Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUD Tidar Kota Magelang dalam penanganan sampah umum harus memenuhi prosedur, diantaranya sampah dari ruangan/bangsal dan perkantoran dimasukkan ke dalam tempat sampah yang telah disediakan, setiap pagi sampah dari ruangan/bangsal dan perkantoran diambil untuk selanjutnya diangkut ke TPS. Selain itu dalam setiap pengelolaan sampah non medis petugas kebersihan harus memakai alat pelindung diri yang terdiri dari

masker, topi/helm, pelindung mata, pakaian panjang, pelindung kaki/sepatu boot dan sarung tangan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan terdapat 15 responden dengan tingkat pengetahuan baik dan 11 responden dengan tingkat pengetahuan cukup. Hal ini berarti bahwa sebagian besar petugas kebersihan di RSUD Tidar Kota Magelang memiliki tingkat pengetahuan yang baik mengenai pengelolaan sampah non medis. Hal ini dapat dikarenakan adanya rapat koordinasi setiap 2 bulan sekali untuk penyampaian informasi bagi petugas kebersihan. Dalam rapat koordinasi tersebut dijadikan sebagai sebuah sarana untuk menyampaikan informasi mengenai pengelolaan sampah.

Seperti yang diungkapkan oleh Soekidjo (2007:163), bahwa pendidikan kesehatan atau pemberian informasi merupakan bentuk dari faktor *enabling*. Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara pengelolaan sampah non medis yang baik dan benar akan meningkatkan pengetahuan petugas kebersihan tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri

Selain itu forum diskusi diadakan setiap minggu untuk menampung keluhan ataupun masukan baik dari pihak petugas kebersihan ataupun Instalasi Sanitasi. Di dalam forum diskusi ini merupakan sarana yang baik dalam berkomunikasi antara pihak Instalasi dengan petugas kebersihan dalam memberitahukan mengenai

pengelolaan sampah. Komunikasi diperlukan untuk mengkondisikan faktor-faktor predisposisi. Kurangnya pengetahuan mengenai pengelolaan sampah non medis rumah sakit mengakibatkan mereka tidak berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Untuk itu maka diperlukan komunikasi dan pemberian informasi kesehatan khususnya dalam pengelolaan sampah non medis.

Pengetahuan tentang pengelolaan sampah non medis sangat diperlukan dalam praktek pengelolaan sampah non medis bagi petugas kebersihan. Dengan tingkat pengetahuan yang baik maka akan dapat melakukan praktek pengelolaan sampah non medis dengan baik. Menurut Soekidjo (2007:140) pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif memiliki 6 tingkatan salah satu tingkatan tersebut adalah aplikasi. Dimana aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

Dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan, pendekatan edukasi (pendidikan kesehatan) akan lebih tepat.

## **5.2 Praktek Pengelolaan Sampah Non Medis**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai praktek pengelolaan sampah non medis yang dilakukan terhadap 26 responden diperoleh hasil 14 responden dengan praktek pengelolaan sampah non medis baik, 12 responden dengan praktek pengelolaan sampah non medis cukup.

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Pada hakikatnya perilaku manusia adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, membaca, menangis dan sebagainya. Dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas, baik yang dapat diamati langsung, maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar (Soekidjo, 2007:133).

Skinner (1939) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Praktek pengelolaan sampah non medis dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus dapat digolongkan dalam perilaku terbuka (*overt behaviour*). Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Hasil penelitian memberikan gambaran bahwa praktek pengelolaan sampah non medis petugas kebersihan RSUD Tidar Kota Magelang adalah baik. Hal kemungkinan disebabkan karena adanya evaluasi dan monitoring yang rutin dilakukan oleh bagian Instalasi Sanitasi RSUD Tidar Kota Magelang.

Menurut soekidjo (2007:15), upaya agar masyarakat mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara-cara tekanan, paksaan atau koersi (*coertion*). Upaya enforcement ini bisa dalam bentuk undang-undang atau peraturan (*law enforcement*), instruksi-instruksi, tekanan-tekanan (fisik-non fisik), sanksi-sanksi, dan sebagainya.



Evaluasi dan monitoring yang rutin dilakukan oleh pihak Instalasi Sanitasi merupakan upaya *enforcement* agar petugas kebersihan melakukan praktek pengelolaan sampah non medis sesuai dengan peraturan yang ada.

Untuk melakukan praktek pengelolaan sampah non medis yang baik dan benar, petugas kesehatan kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari petugas pengawas (Instalasi Sanitasi). Disamping itu undang-undang ataupun protap untuk memperkuat perilaku petugas kebersihan tersebut.

Bagi petugas kebersihan yang tidak melakukan praktek pengelolaan sampah dengan benar akan mendapat teguran ataupun peringatan dari pihak Instalasi Sanitasi. Hal ini mendorong responden untuk melakukan praktek pengelolaan sampah dengan benar meski masih ada beberapa yang belum melakukannya sesuai dengan prosedur tetap (Protap). Pengelolaan sampah non medis yang benar perlu diketahui oleh responden, responden dengan tingkat pengetahuan kurang cenderung memiliki praktek pengelolaan sampah yang kurang.

Menurut Soekidjo (2007:179), perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Dari hasil pengamatan selama penelitian petugas kebersihan RSUD Tidar Kota Magelang telah menggunakan alat pelindung diri selama mengelola sampah non medis meski ada beberapa yang tidak memakai alat pelindung diri seperti

masker dan sarung tangan dengan alasan sumpek dan kurang leluasa dalam bekerja.

Di dalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, dalam hal ini perubahan perilaku praktek pengelolaan sampah non medis yang sesuai dengan protap, sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif. Beberapa strategi tersebut diantaranya:

1. Menggunakan Kekuatan/kekuasaan Dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau petugas kebersihan sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/perundang-undangan yang harus dipatuhi. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran pribadi.

2. Pemberian Informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mengelola sampah non medis akan meningkatkan pengetahuan petugas kebersihan mengenai hal tersebut.

Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang

dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).

### 3. Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua yang dalam memberikan informasi tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa petugas kebersihan RSUD Tidar Kota Magelang tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya.

Selain itu, berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa masih terdapat 12 responden dengan praktek pengelolaan sampah non medis cukup. Hal ini menunjukkan bahwa praktek pengelolaan sampah non medis kurang optimal. Upaya agar petugas kebersihan berperilaku atau mengadopsi perilaku pengelolaan sampah non medis baik dapat dilakukan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran melalui kegiatan pendidikan mengenai praktek pengelolaan sampah non medis.

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat disimpulkan :

4. Tingkat pengetahuan petugas kebersihan baik sebanyak 15 responden atau 58% . Tingkat pengetahuan cukup sebanyak 11 responden atau 42%.
5. Praktek pengelolaan sampah non medis kategori baik sebanyak 14 responden atau 64%, kategori cukup sebanyak 12 responden atau 36%.
6. Secara umum profil pengetahuan dan praktik pengelolaan sampah non medis pada petugas kebersihan termasuk dalam kategori baik.

#### **6.2 Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka saran yang dapat disampaikan yaitu :

1. RSUD Tidar Kota Magelang khususnya Instalasi Sanitasi telah berupaya dengan baik untuk memaksimalkan kinerja petugas kebersihan dalam hal pengelolaan sampah non medis akan tetapi perlu dioptimalkan pemantauan serta evaluasi untuk kinerja petugas kebersihan secara berkala.
2. Diharapkan pihak rumah sakit dapat meningkatkan fasilitas-fasilitas dalam pengelolaan sampah non medis bagi petugas kebersihan, seperti masker, sarung tangan, pakaian panjang serta sepatu boot.
3. Perlu diberikan pemahaman dan informasi bagi petugas kebersihan yang belum melaksanakan pengelolaan sampah sesuai dengan peraturan.

4. Diharapkan adanya kerjasama dengan dinas kesehatan setempat untuk memberikan bimbingan dalam bentuk penyuluhan serta pelatihan mengenai pengelolaan sampah non medis.



### Daftar Pustaka

Agus Supratikna. 2008. *Pedoman Kerja Instalasi sanitasi RS Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang*. Magelang: RSUD Tidar Kota Magelang.

Depkes RI. 1990. *Undang-undang No 9 Tahun 1990 Tentang Pokok-Pokok Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.

----- 1993. *Peraturan Menteri Kesehatan RI dan Keputusan Direktur Jenderal PPM dan PLP Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta : Depkes RI

----- 1997. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 1997*. Jakarta: Depkes RI.

----- 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI.

Juli Soemirat Slamet. 2002. *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta: Gajah Mada University.

Maimunah. 2002. *Gambaran Perilaku Petugas Rumah Sakit Terhadap Sistem Pengelolaan Sampah Medis di Rumah Sakit kusta Sicanang Belawan Tahun 2002*. Skripsi. Universitas Sumatra Utara.

Menteri Lingkungan Hidup. 1995. *Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup*. Jakarta: Menteri Lingkungan Hidup.

Moleong, L. J. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif (ed revisi)*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.

Mohamad Nasir. 1994. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.

Nadia Paramita. 2007. Evaluasi Pengelolaan Sampah Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto. *Jurnal Presipitasi*. Vol 2 No 1 Maret 2007: 51-59.

Soekidjo Notoatmojo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta:PT Rineka Cipta.

----- . 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta:PT Rineka Cipta.

Sonny Sumarsono, HM. 2004. *Metode Riset Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Suharsimi Arikunto. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek (Ed Revisi 5)*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Tim Pengendalian Infeksi Nosokomial BPK RSUD Tidar Kota Magelang. 2004. Kota Magelang.

V. Wiratna Sujarweni. 2007. *Belajar Mudah SPSS Untuk Penelitian*. Yogyakarta : Ardana Medika.



Rekap Kuesioner Pengetahuan

No	Nama	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	JUMLAH	Kategori
1	R01	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	14	Cukup
2	R02	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17	Baik
3	R03	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Baik
4	R04	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	13	Cukup
5	R05	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Baik
6	R06	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	15	Cukup
7	R07	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	16	Baik
8	R08	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	13	Cukup
9	R09	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	Baik
10	R10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	16	Baik
11	R11	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Baik
12	R12	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	15	Cukup
13	R13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Baik
14	R14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	16	Baik
15	R15	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	14	Cukup
16	R16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	17	Baik
17	R17	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Cukup
18	R18	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	15	Cukup
19	R19	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	14	Cukup
20	R20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Baik
21	R21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17	Baik
22	R22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Baik
23	R23	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	14	Cukup
24	R24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	16	Baik
25	R25	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	13	Cukup
26	R26	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Baik

UNNES



Rekap Kuesioner Praktek Pengelolaan Sampah

No	Nama	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	JUMLAH	Kategori
1	R01	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	2	16	Baik
2	R02	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	2	16	Baik
3	R03	2	2	1	2	0	0	0	0	2	1	2	12	Cukup
4	R04	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	Baik
5	R05	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	17	Baik
6	R06	2	1	2	2	2	1	0	2	2	2	2	18	Baik
7	R07	2	2	1	2	2	1	0	0	2	2	2	16	Baik
8	R08	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	9	Cukup
9	R09	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	17	Baik
10	R10	2	1	2	2	2	1	0	2	2	2	2	18	Baik
11	R11	1	2	2	2	0	1	0	0	1	1	2	12	Cukup
12	R12	2	1	2	2	0	2	0	0	2	2	2	15	Cukup
13	R13	2	2	1	2	0	0	0	0	2	1	2	12	Cukup
14	R14	2	2	1	2	0	0	0	0	2	1	2	12	Cukup
15	R15	1	1	0	2	1	1	0	1	2	0	1	10	Baik
16	R16	2	2	2	2	0	1	0	0	2	2	2	15	Cukup
17	R17	0	0	2	2	0	1	0	2	2	2	2	13	Cukup
18	R18	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	9	Baik
19	R19	2	1	2	2	2	1	0	2	2	2	2	18	Baik
20	R20	0	0	2	2	0	1	0	2	2	2	2	13	Cukup
21	R21	0	2	2	2	0	1	0	0	2	1	2	12	Cukup
22	R22	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	17	Baik
23	R23	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	17	Baik
24	R24	2	2	1	2	2	1	0	0	2	2	2	16	Baik
25	R25	0	0	2	2	0	1	0	0	2	1	2	10	Cukup
26	R26	2	2	1	2	0	0	0	0	2	1	2	12	Cukup



REKAP DATA RESPONDEN

No	Responden	Jenis Kelamin	Pendidikan	Umur	Lama Kerja	Unit Kerja	Status Marital
1	RO1	Laki-laki	SMA	28	5 bulan	Cleaning Service	Menikah
2	RO2	Laki-laki	SMP	31	5 bulan	Cleaning Service	Menikah
3	RO3	Laki-laki	SMP	29	7 bulan	Cleaning Service	Menikah
4	RO4	Laki-laki	SD	59	9 tahun	Cleaning Service	Menikah
5	RO5	Laki-laki	SMP	45	16 tahun	Sanitasi	Menikah
6	RO6	Laki-laki	SD	38	14 tahun	Sanitasi	Menikah
7	RO7	Laki-laki	SMP	36	14 tahun	Sanitasi	Menikah
8	RO8	Laki-laki	SMP	21	4 bulan	Cleaning Service	Lajang
9	RO9	Laki-laki	SMA	23	3 bulan	Cleaning Service	Lajang
10	RO10	Laki-laki	SMA	25	5 bulan	Cleaning Service	Menikah
11	RO11	Laki-laki	SMA	30	2 bulan	Cleaning Service	Lajang
12	RO12	Laki-laki	SMA	21	5 bulan	Cleaning Service	Lajang
13	RO13	Perempuan	SMA	20	6 bulan	Cleaning Service	Lajang
14	RO14	Laki-laki	SMA	29	5 bulan	Cleaning Service	Menikah
15	RO15	Laki-laki	SMP	19	1 bulan	Cleaning Service	Lajang
16	RO16	Laki-laki	SMA	21	5 bulan	Cleaning Service	Lajang
17	RO17	Perempuan	SD	35	5 bulan	Cleaning Service	Menikah
18	RO18	Laki-laki	SMP	21	4 bulan	Cleaning Service	lajang
19	RO19	Perempuan	SMA	20	5 bulan	Cleaning Service	lajang
20	RO20	Laki-laki	SMA	32	4 bulan	Cleaning Service	Menikah
21	RO21	Laki-laki	SMA	27	3 buln	Cleaning Service	Menikah
22	RO22	Laki-laki	SMA	22	5 bulan	Cleaning Service	lajang
23	RO23	Laki-laki	SMA	27	5 bulan	Cleaning Service	Menikah
24	RO24	Laki-laki	SMA	36	5 tahun	Sanitasi	Menikah
25	RO25	Laki-laki	SMA	52	24 tahun	Sanitasi	Menikah
26	RO26	Laki-laki	SMA	50	10 tahun	Sanitasi	Menikah

PERPUSTAKAAN  
UNNES