



**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP
TERHADAP PERILAKU PERAWAT
DALAM PEMILAHAN SAMPAH
INFEKSIUS DI RUMAH SAKIT
SILOAM ASRI
JAKARTA**

Penelitian ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
SARJANA KEPERAWATAN

Oleh: Veronika Problema SI

NIM: 2017-12-052

**SEKOLAH TINGGI KESEHATAN SINT CAROLUS
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
JAKARTA
2019**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SINT CAROLUS
PROGRAM S1 KEPERAWATAN**

Laporan Penelitian

Maret 2019

Veronika Problema

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP PERILAKU
PERAWAT DALAM PEMILAHAN SAMPAH INFEKSIOUS DI RS SILOAM
ASRI JAKARTA**

Xi+VI Bab, 89 Halaman, 11 Tabel, 11 Lampiran

ABSTRAK

Pemilahan dan pewadahan sampah infeksius dimulai dari sumber yang menghasilkan sampah infeksius yaitu unit rawat inap, rawat jalan, UGD, OT, ICU yang dilakukan oleh perawat. Di RS Siloam Asri Jakarta terdapat masalah perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menjelaskan hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Populasi penelitian adalah seluruh perawat tahun 2018 di RS Siloam Asri Jakarta yang diambil menggunakan teknik total sampling. Sampel penelitian ini berjumlah 82 responden . Analisis data secara univariat dan bivariat dengan uji Kendal Tau b. Hasil analisa univariat diperoleh responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 56 (68.3%), memiliki sikap yang positif sebanyak 80 (97.6%), dan yang memiliki perilaku yang baik sebanyak 47 (18%). Hasil analisa bivariat menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius ($p\text{-value}=0,000$), dan tidak ada hubungan antara sikap dengan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius ($p\text{-value}=0,146$). Kesimpulan bahwa pemilahan sampah infeksius berhubungan dengan pengetahuan dengan perilaku perawat.

Daftar Pustaka : 22 buku, 15 jurnal (2010 – 2018)

Kata Kunci : Pemilahan , Sampah infeksius, perawat

PERNYATAAN PERSETUJUAN

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP
PERILAKU PERAWAT DALAM PEMILAHAN
SAMPAH INFEKSIUS DI RUMAH SAKIT
SILOAM ASRI
JAKARTA**

Penelitian

Telah disetujui dan diuji dihadapan tim penguji Laporan Penelitian
Program S1 B Keperawatan Sint Carolus

Jakarta, Maret 2019

Pembimbing Metodologi

Pembimbing Materi

(Ns. Jesika Pasaribu, M.Kep, Sp.J)

(Enna Rossalina Sihombing, SKp. M.Kep)

Mengetahui,
Koordinator M.K Riset Keperawatan

(E. Sri Indiyah Supriyanti, SKp,.MKes)

LEMBAR PENGESAHAN

PANITIA SIDANG

UJIAN PENELITIAN KEPERAWATAN

PROGRAM S1 KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SINT CAROLUS

Jakarta, Maret 2019

Ketua

(Kristina Lisum, SKp, MSN)

Anggota

(Enna Rossalina Sihombing, SKp. M.Kep)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas berkat dan karuniaNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tugas proposal penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius Paska Di RS Siloam Asri Jakarta” tepat pada waktunya.

Penyusunan penelitian ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan. Dalam penyusunan laporan penelitian ini, peneliti banyak menemukan kendala dan hambatan. Berkat dukungan banyak pihak, peneliti dapat menyelesaikannya. Tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, peneliti tidak dapat menyelesaikan laporan penelitian ini. Oleh karena itu dengan penuh kerendahan hati dan sukacita, peneliti menyampaikan rasa terima kasih yang tulus kepada:

1. Emiliana Tarigan, SKp., MKes, selaku ketua STIK Sint Carolus Jakarta.
2. Dr. Gerald Parulian, MARS, selaku CEO RS Siloam Asri Jakarta.
3. Prof. dr. Hadiarto Mangunegoro, SpP (K), FCCP, selaku direktur RS Siloam Asri Jakarta.
4. Ns. Elisabeth Isti Daryati, SKep., MSN, selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIK Sint Carolus Jakarta.
5. Onne Myrna, selaku Infection Control Coordinator Siloam Hospital Group, yang telah memberikan dukungan dan kesempatan kepada peneliti untuk terus belajar.
6. Ns. Siti Jaenab, SKep, selaku Head Department of Nursing RS Siloam Asri Jakarta
7. Ns. Sondang R Sianturi, SKep., MSN, selaku koordinator mata kuliah Metodologi Riset Keperawatan.
8. Enna Rossalina Sihombing, SKep. M.Kep., selaku pembimbing materi yang telah banyak membantu peneliti dan meluangkan waktu selama peneliti konsultasi, memberi banyak masukan juga memberi semangat kepada peneliti.

9. Ns. Jesika Pasaribu, M.Kep, Sp.J., selaku pembimbing metodologi penelitian yang telah banyak memberikan masukan dan dukungan juga semangat selama peneliti menyusun proposal penelitian ini.
10. Kristina Lisum, SKp, MSN, selaku penguji materi yang telah meluangkan waktu untuk menguji.
11. Dra. Adelina Lebulan selaku pembimbing akademik yang telah memberikan dukungan kepada peneliti.
12. FX. Tito Purnawan, selaku suami peneliti , yang selalu memberikan dukungan moral maupun spiritual kepada peneliti.
13. Kedua orang tua peneliti, bapak Paulus Suwarno dan ibu Valentina Sih Wiryani, yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan kepada peneliti.
14. Staf pengajar dan karyawan perpustakaan STIK Sint Carolus yang telah membantu dalam pencarian referensi dalam penyusunan proposal penelitian ini.
15. Teman – teman perawat di RS Siloam Asri yang telah memberikan tempat pada peneliti untuk melakukan penelitian.
16. Rekan-rekan seperjuangan satu angkatan prodi S1 Keperawatan jalur B kelas A angkatan 2017 yang memberi dukungan serta canda dan tawa sehingga penulis semangat.
17. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang banyak memberikan bantuan serta dukungan bahkan terlibat langsung dalam proses penyusunan proposal penelitian ini.

Meskipun demikian, peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih belum sempurna. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi kebaikan dan kesempurnaan penelitian ini. Penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya bagi profesi keperawatan.

Jakarta, Maret 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	8
E. Ruang Lingkup penelitian	9
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Limbah Infeksius	10
B. Perilaku	24
1. Pengertian Perilaku.....	24
2. Klasifikasi Perilaku	25
3. Domain Perilaku.....	25
4. Asumsi Determinan Perilaku.....	28
5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku	31
6. Perilaku Perawat Dalam Pembuangan Sampah Infeksius	35
C. Penelitian Terkait	46
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konsep	51
B. Hipotesis	52
C. Definisi Operasional	53
BAB IV METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN	
A. Desain penelitian	60
B. Populasi dan Sampel Penelitian	61
C. Tempat dan Waktu Penelitian	61
D. Etika Penelitian	62
E. Alat Pengumpulan Data	63
F. Mekanisme Pengumpulan Data	65
G. Tehnik Analisa Data	66

BAB V	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	A. Gambaran Umum Tentang Tempat Penelitian.....	75
	B. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	76
	C. Keterbatasan Penelitian.....	91
BAB VI	SIMPULAN DAN SARAN	
	A. Simpulan	92
	B. Saran.....	94
	DAFTAR PUSTAKA	
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Defenisi Operasioanl	54
Tabel 4.1	Tingkat Reliabilitas Kuesioner.....	70
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	76
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia	77
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir.	78
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Kerja.....	80
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan	81
Tabel 5.6	Distribusi frekuensi rensponden berdasarkan sikap	82
Tabel 5.7	Distribusi frekuensi responden berdasarkan perilaku	83
Tabel 5.8	Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius	84
Tabel 5.9	Hubungan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius	88

DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian52

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Riwayat Hidup
- Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 Kuisisioner Penelitian
- Lampiran 5 Hasil Uji Validitas dan Reabilitas
- Lampiran 6 Hasil Uji Univariat dan Bivariat
- Lampiran 7 Surat Ijin Uji Validitas
- Lampiran 8 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 9 Surat Balasan Ijin Penelitian
- Lampiran 10 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 11 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Limbah merupakan sisa atau produk dari suatu proses usaha yang sudah dibuang dan sudah tidak digunakan lagi dan dapat menimbulkan dampak buruk terhadap makhluk hidup dan lingkungan. Menurut PP No 12 Tahun 1995, limbah atau sampah adalah suatu kegiatan dan atau proses produksi. Dari segi bentuknya, limbah dapat digolongkan menjadi tiga bagian yaitu limbah padat, limbah cair dan limbah gas. Limbah padat secara umum dapat dikategorikan menjadi limbah padat infeksius dan limbah padat non infeksius.

World Health Organization (WHO,2012), menyatakan bahwa limbah yang dihasilkan dari pusat pelayanan kesehatan atau rumah sakit hampir 80% berupa limbah umum dan 20% berupa limbah bahan berbahaya yang mungkin dapat menularkan penyakit, beracun dan radioaktif. Sebesar 15% dari limbah yang dihasilkan rumah sakit merupakan limbah infeksius , limbah benda tajam sebesar 1% , limbah kimia dan farmasi sebesar 3%, dan limbah genotoksik dan radioaktif sebesar 1%.

Pusat pelayanan kesehatan atau balai kesehatan seperti halnya rumah sakit, selain memberikan dampak yang positif pada lingkungan sekitar, juga dapat memberikan dampak negatif pada lingkungan sekitar. Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan yang berpotensi menimbulkan dampak negative pada lingkungan. Rumah sakit tersebut menghasilkan limbah atau sampah yang berbahaya jika tidak dikelola dengan baik. Limbah yang dihasilkan Rumah Sakit,

antara lain: limbah cair, limbah padat, dan limbah gas. Tujuan dari pengelolaan limbah adalah untuk menjaga lingkungan sekitar RS agar tetap sehat dan terhindar dari gangguan kesehatan yang disebabkan oleh pencemaran limbah RS (Kementrian Negara Lingkungan Hidup, 2012).

Persentase rumah sakit yang melakukan pengelolaan limbah medis sesuai standard tahun 2017, dari 34 propinsi di Indonesia dengan jumlah total 2609 RS, hanya 453 RS (17,36%) yang melakukan pengelolaan limbah sesuai dengan standart. Di DKI Jakarta sendiri, dari jumlah total 191 RS, hanya 43 RS (21,47%) yang melakukan pengelolaan limbah medis sesuai standard. Pengelolaan limbah Rumah sakit yang tidak baik, akan sangat mempengaruhi mutu kesehatan RS tersebut. Karena yang berada dalam lingkungan RS tersebut bukan hanya pasien, perawat, dokter, melainkan ada petugas kesehatan lain, petugas administrasi, *cleaning service, maintenance*, keluarga pasien, pengunjung RS, bahkan masyarakat yang berada di sekitar RS pun dapat beresiko terkena dampak dari pengelolaan limbah medis yang tidak baik dari RS (Kementrian Kesehatan RI, 2017).

Menurut SNARS edisi 1 pada standar PPI 7.4 menyatakan bahwa, rumah sakit mengurangi resiko infeksi melalui pengelolaan limbah infeksius dengan benar. Maksud dan tujuan dari standar tersebut adalah setiap hari rumah sakit banyak menghasilkan limbah, termasuk limbah infeksius. Pembuangan limbah infeksius dengan tidak benar dapat menimbulkan risiko infeksi di rumah sakit.

Faktor perilaku menjadi dasar keberhasilan pengelolaan sampah rumah sakit. Perilaku tentang pengelolaan sampah atau limbah harus dimiliki seluruh staff sebagai tanggungjawab langsung kepada Direktur rumah sakit. Ia harus

bekerja sama dengan petugas pengontrol infeksi, kepala bagian farmasi, dan teknisi radiologi agar memahami prosedur yang benar di dalam penanganan dan pembuangan limbah patologi, farmasi, kimia, dan limbah radioaktif. Keberhasilan pengelolaan sampah rumah sakit selain dilihat dari tingkat pengetahuan, ditentukan juga dari sikap. Sikap akan mempengaruhi perilaku perawat dan petugas lainnya untuk berperilaku dengan baik dan benar dalam melakukan upaya penanganan dan pembuangan sampah. Dukungan pengetahuan dan sikap ini akan berpengaruh langsung terhadap perilaku yang nyata dalam mengelola sampah (Sudiharti, 2012).

Dari hasil penelitian Octavia (2016) di RSUD Mitra Medika Medan, dari 52 orang sample yang digunakan dalam penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden belum pernah mengikuti pelatihan khusus mengenai pengelolaan limbah medis dan non medis di rumah sakit. Sebagian besar perawat memiliki pengetahuan dan sikap dalam kategori yang cukup baik. Namun hanya 40% tindakan responden dalam membuang limbah medis dan non medis yang sesuai dengan persyaratan yang ditentukan. Dalam meningkatkan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosocomial diperlukan perilaku yang mendukung menuju perubahan yang lebih baik, khususnya bagi seorang perawat.

Penelitian Sinaga (2016) menyatakan bahwa perawat lebih banyak berperan dalam hal melakukan tindakan pelayanan keperawatan kepada pasien (seperti: menyuntik, memasang selang infus, mengganti cairan infus, memasang selang urine, dan perawatan luka kepada pasien, perawatan dalam pemberian obat, dll) kemungkinan besar perawatlah yang pertama kali berperan apakah limbah medis akan berada pada tempat yang aman atau tidak (tempat pengumpulan

sementara alat-alat medis yang sudah tidak dipakai lagi), sebelum di kumpulkan dan diangkut ke tempat pembuangan akhir yakni *incinerator* oleh petugas pengangkut limbah rumah sakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Sudiharti (2012), menyatakan bahwa berdasarkan hasil analisis univariat menunjukkan bahwa dari 60 perawat yang ada di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang sedang shift pagi, sebagian besar memiliki pengetahuan yang cukup sebanyak 30 orang atau (50%). Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki perawat tentang sampah, jenis sampah, cara pembuangan sampah medis masih kurang. Masih ada sampah non medis masuk ke tempat sampah medis, demikian sebaliknya dan banyak perawat pada saat membuang sampah kurang memperhatikan warna kantong sampah yang sudah disediakan oleh pihak pengelola sampah. Hal ini dapat menimbulkan kecelakaan kerja pada petugas pengelola sampah, maupun petugas kesehatan lainnya. Sebagian besar memiliki sikap yang cukup sebanyak 26 orang (43,3%), yang memiliki sikap baik yaitu 22 orang (36,67%). Hasil observasi di lapangan masih sering terjadi adanya pencampuran antara sampah medis dan non medis yang dilakukan oleh perawat. Kesiediaan perawat dalam kepeduliannya membuang sampah medis di rumah sakit tidak dilakukan secara baik. Hal ini dipengaruhi kurangnya perawat untuk memperhatikan spesifikasi tempat pembuangan sampah dan bahaya yang ditimbulkan dari sampah dan tidak adanya pengawasan khusus dari petugas pengelola sampah. Dan perawat yang memiliki perilaku yang cukup sebanyak 28 orang (46,7%) dan yang memiliki perilaku baik sebanyak 15 orang (25%). Hal ini menggambarkan perilaku yang dilakukan oleh perawat dalam

membuang sampah medis belum sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit.

Berdasarkan data yang di dapat dari survey bersama dengan Tim PPI RS Siloam Asri, ditemukan kejadian tertusuk jarum pada tahun 2017, yaitu 3 kejadian dan pada tahun 2018 sebanyak 2 kejadian. Hasil analisa dari tim PPI RS Siloam Asri menyatakan bahwa kejadian tersebut terjadi karena ketidakpatuhan perawat terhadap pembuangan sampah medis benda tajam. Perawat tidak membuang benda tajam / jarum tersebut pada tempat yang sesuai dengan yang sudah ditetapkan oleh RS. Perawat meletakkan jarum yang sudah terpakai diatas troli tindakan, dan tidak segera mengganti sharp box yang sudah penuh dengan sharp box yang baru. Meskipun angka kejadian tertusuk jarum dari tahun 2017 dan 2018 ini mengalami penurunan, namun masih ditemukan ketidakpatuhan perawat dalam pembuangan sampah benda tajam yang mengakibatkan kejadian tertusuk jarum. Dan masih ditemukan sampah plastik dan kardus pembungkus obat yang dibuang dalam tempat sampah infeksius dan spuit bekas tanpa jarum dibuang di dalam tempat sampah non infeksius. Hal ini menggambarkan perilaku yang dilakukan oleh perawat dalam pemilahan sampah infeksius belum sesuai dengan SOP yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.

Demi meningkatkan mutu pelayanan di RS Siloam Asri dan pengetahuan seluruh perawat dalam pencegahan dan pengendalian infeksi, seluruh staff baru maupun staff lama, mendapatkan edukasi mengenai bagaimana meningkatkan mutu pelayanan, salah satunya adalah edukasi mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi di RS. Untuk perawat baru, mendapatkan edukasi PPI di dalam program orientasi umum (POU) dan pada program keperawatan umum

(PKU). Materi PPI tentang pembuangan sampah infeksius, non infeksius dan benda tajam dipaparkan dalam POU dan PKU. Dan akan dilakukan penyegaran materi tentang PPI setiap 1 tahun sekali. SOP tentang pembuangan sampah juga dipaparkan dalam POU dan PKU, dan SOP juga dapat di akses oleh seluruh perawat di dalam *Q pulse* menggunakan login nama perawat tersebut masing-masing. Fasilitas pembuangan sampah berdasarkan dengan jenisnya juga sudah disediakan di seluruh area kerja, lengkap dengan simbol dan warna plastik yang sudah dibedakan, misal: tempat sampah infeksius dengan plastik kuning, tempat sampah non infeksius dengan plastik hitam, tempat sampah benda tajam menggunakan sharp box. Diharapkan pengetahuan perawat tentang pencegahan dan pengendalian infeksi khususnya dalam pemilahan sampah adalah baik, sehingga perawat dapat bekerja sesuai dengan SOP yang sudah berlaku di RS Siloam Asri. Namun perilaku perawat dalam pemilahan sampah yang tidak sesuai dengan jenisnya masih sering terjadi di RS Siloam Asri meskipun sudah diberikan edukasi PPI. Berdasarkan pemantauan peneliti terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah yang kurang sesuai, maka peneliti melakukan suatu penelitian tentang **“Hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah padat infeksius di Rumah Sakit Siloam Asri Jakarta”**.

B. Perumusan Masalah

Pengetahuan dan sikap yang baik dalam pemilahan sampah infeksius harus dimiliki oleh perawat. Karena pengetahuan dan sikap yang baik tersebut dapat berpengaruh pada perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius. Dari hasil analisa dari tim PPI RS Siloam Asri menyatakan bahwa adanya ketidaksesuaian

perilaku perawat terhadap pemilahan sampah infeksius. Hal ini menggambarkan perilaku yang dilakukan oleh perawat dalam pemilahan sampah medis belum sesuai dengan SOP yang telah ditetapkan oleh rumah sakit

Berdasarkan dari latar belakang yang telah peneliti kemukakan diatas, rumusan masalah dari penelitian ini adalah mengenai **“Adakah hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius di Rumah Sakit Siloam Asri Jakarta?”**

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui Hubungan Pengetahuan dengan sikap terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah untuk :

- a. Diketahui distribusi umur, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja ,pengetahuan,sikap, perilaku perawat RS Siloam Asri Jakarta
- b. Diketahui hubungan pengetahuan terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta .
- c. Diketahui hubungan sikap terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta .

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Perawat di Rumah Sakit Siloam Asri

Agar perawat mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius. Dan hasil penelitian ini dapat menjadi acuan data bahwa perlunya kedisiplinan bagi perawat untuk pengelolaan sampah di RS Siloam Asri sesuai SOP yang berlaku di rumah sakit

2. Bagi Institusi Pendidikan STIK Sint Carolus

Sebagai sumber data statistic untuk penelitian berikutnya sehingga peneliti berikutnya dapat melakukan penelitian pada variable-variabel yang berbeda yang belum diteliti saat ini

3. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan tentang pentingnya pengelolaan sampah medis menurut jenis sampah, sehingga dapat menjadi dasar untuk berperilaku secara benar dalam membuang sampah dan meminimalkan resiko terpapar infeksi dari sampah medis.

4. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar penelitian lebih lanjut mengenai pengelolaan sampah oleh perawat sesuai dengan temuan penelitian yang ada dan belum menjadi pokok bahasan penelitian.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Dalam penelitian ini akan membahas “Hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius di Rumah Sakit Siloam Asri Jakarta ”. Penelitian ini dilakukan berdasarkan data observasi dari tim PPIRS ,bahwa adanya ketidaksesuaian antara pengetahuan,sikap dan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius. Sehingga perlu diketahui hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius di Rumah Sakit Siloam Asri Jakarta. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik, dengan pendekatan cross sectional karena dilakukan pada satu waktu. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di RS Siloam Asri Jakarta yang berjumlah 82 orang dengan tehnik sampling total sampling. Instrumen penelitian menggunakan kuisioner yang sudah dipergunakan sebelumnya oleh peneliti lain dan audit tools yang sudah digunakan di Siloam Hospital Group. Analisa menggunakan uji *Kendal-Tau*.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Limbah Infeksius

1. Pengertian Sampah Infeksius

Sampah infeksius adalah limbah yang terkontaminasi organisme patogen yang tidak secara rutin ada di lingkungan dan organisme tersebut dalam jumlah dan virulensi yang cukup untuk menularkan penyakit pada manusia rentan. Limbah sangat infeksius adalah limbah berasal dari pembiakan dan stock bahan sangat infeksius, otopsi, organ binatang percobaan dan bahan lain yang telah diinokulasi, terinfeksi atau kontak dengan bahan yang sangat infeksius. Upaya yang harus dilakukan rumah sakit untuk mengurangi jumlah limbah yang dihasilkan dengan cara mengurangi bahan (*reduce*), menggunakan kembali limbah (*reuse*) dan daur ulang limbah (*recycle*). Kepmenkes RI No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.

Menurut Depkes RI (2009) yang disebut sebagai limbah medis adalah berbagai jenis buangan yang dihasilkan oleh rumah sakit dan unit – unit pelayanan kesehatan yang dapat membahayakan dan menimbulkan gangguan kesehatan bagi manusia, yakni pasien maupun masyarakat. Komposisi Limbah medis ini antara lain terdiri dari : 80% limbah non infeksius, 15 % limbah patologi dan infeksius, 1% limbah benda tajam, 3% limbah kimia dan farmasi, >1% tabung dan thermometer pecah (Ditjen PP & PL, 2011).

Pengertian Limbah medis menurut *EPA/U.S Environmental Protection Agency* (2011), adalah semua bahan buangan yang dihasilkan dari fasilitas pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, klinik, bank darah, praktek dokter gigi, dan rumah sakit/klinik hewan, serta fasilitas penelitian medis dan laboratorium.

2. Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit

Persyaratan berdasarkan Kepmenkes RI No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit

a. Limbah medis padat

1) Minimasi Limbah

- a) Setiap layanan kesehatan harus melakukan reduksi limbah dimulai dari sumbernya
- b) Setiap layanan kesehatan harus mengelola dan mengawasi penggunaan bahan kimia yang berbahaya dan beracun
- c) Setiap layanan kesehatan harus melakukan pengelolaan stok bahan kimia dan farmasi
- d) Setiap peralatan yang digunakan dalam pengelolaan limbah medis mulai dari pengumpulan, pengangkutan, dan pemusnahan harus melalui sertifikasi dari pihak yang berwenang.

2) Pemilahan, Pewadahan, Pemanfaatan kembali dan daur ulang

- a) Pemilahan limbah harus selalu dilakukan dari sumber yang menghasilkan limbah

- b) Limbah yang akan dimanfaatkan kembali harus dipisahkan dari limbah yang tidak dimanfaatkan kembali
 - c) Limbah benda tajam harus dikumpulkan dalam satu wadah tanpa memperhatikan terkontaminasi atau tidaknya. Wadah tersebut harus anti bocor, anti tusuk dan tidak mudah untuk dibuka sehingga orang yang tidak berkepentingan tidak dapat membukanya.
 - d) Jarum dan syringe harus dipisahkan sehingga tidak dapat digunakan lagi
 - e) Proses daur ulang tidak bias dilakukan oleh fasilitas layanan kesehatan kecuali untuk pemulihan perak yang dihasilkan dari pengolahan foto rontgen
 - f) Limbah sitotoksik dikumpulkan dalam wadah yang kuat, anti bocor, dan diberi label bertuliskan “limbah sitotoksik”.
 - g) Pewadahan limbah medis padat harus memenuhi persyaratan dengan penggunaan wadah dan label
- 3) Pengumpulan, pengemasan dan pengangkutan dan penyimpanan limbah medis padat di lingkungan rumah sakit
- a) Pengumpulan limbah medis padat dari setiap ruangan penghasil limbah menggunakan troli khusus yang tertutup
 - b) Penyimpanan limbah medis padat harus sesuai iklim tropis yaitu pada musim hujan paling lama 48 jam dan musim kemarau paling lama 24 jam.

- 4) Pengumpulan , pengemasan dan pengangkutan ke luar rumah sakit
 - a) Pengelola harus mengumpulkan dan mengemas pada tempat yang kuat
 - b) Pengangkutan limbah ke luar rumah sakit menggunakan kendaraan khusus
 - 5) Pengolahan dan pemusnahan
 - a) Limbah medis padat tidak diperbolehkan membuang langsung ke tempat pembuangan akhir limbah domestic sebelum aman bagi kesehatan
 - b) Cara dan teknologi pengolahan atau pemusnahan limbah medis padat disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit dan jenis limbah medis padat yang ada, dengan pemanasan menggunakan autoclave atau dengan pembakaran menggunakan incinerator.
- b. Limbah Padat Non Medis
- 1) Pemilahan dan pewadahan

Pewadahan limbah padat non-medis harus dipisahkan dari limbah medis padat dan ditampung dalam kantong plastic warna hitam.
 - 2) Tempat pewadahan
 - a) Setiap tempat pewadahan limbah padat harus dilapisi kantong plastic warna hitam sebagai pembungkus limbah padat dengan lambing “*domestic*” warna putih.
 - b) Bila kepadatan lalat disekitar tempat limbah melebihi 2 ekor per-block grill, perlu dilakukan pengendalian padat.

3) Pengumpulan, penyimpanan dan pengangkutan

- a) Bila di tempat pengumpulan sementara tingkat kepadatan lalat lebih dari 20 ekor per- block grill atau tikus terlihat pada siang hari, harus dilakukan pengendalian.
- b) Dalam keadaan normal harus dilakukan pengendalian serangga dan binatang pengganggu yang lain minimal 1 (satu) bulan sekali.

4) Pengolahan dan pemusnahan

Pengolahan dan pemusnahan limbah padat non medis harus dilakukan sesuai persyaratan kesehatan.

c. Limbah Cair

Kualitas limbah (*efluen*) rumah sakit yang akan dibuang ke badan air atau lingkungan harus memenuhi persyaratan baku mutu efluen sesuai Keputusan Menteri Lingkungan Hidup Nomor Kep-58/MenLH/ 12/ 1995 atau peraturan daerah setempat.

d. Limbah Gas

Standar limbah gas (emisi) dari pengolahan pemusnah limbah medis padat dengan insenerator mengacu pada Keputusan Menteri Lingkungan Hidup Nomor Kep-13/MenLH/12/1995 tentang Baku Mutu Emisi Sumber Tidak Bergerak.

3. Tatalaksana Limbah Rumah sakit

Tatalaksana berdasarkan Kepmenkes RI No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit

a. Tata laksana pada limbah medis padat :

1) Minimalisasi Limbah

- a) Menyeleksi bahan-bahan yang kurang menghasilkan limbah sebelum membelinya
- b) Menggunakan sedikit mungkin bahan-bahan kimia
- c) Mengutamakan metode pembersihan secara fisik daripada secara kimiawi.
- d) Mencegah bahan-bahan yang dapat menjadi limbah seperti dalam kegiatan perawatan dan kebersihan.
- e) Memonitor alur penggunaan bahan kimia dari bahan baku sampai menjadi limbah bahan berbahaya dan beracun.
- f) Memesan bahan-bahan sesuai kebutuhan.
- g) Menggunakan bahan-bahan yang diproduksi lebih awal untuk menghindari kadaluarsa.
- h) Menghabiskan bahan dari setiap kemasan.
- i) Mengecek tanggal kadaluarsa bahan-bahan pada saat diantar oleh distributor.
- j) Pemilahan, Pewadahan, pemanfaatan kembali dan daur ulang
- k) Dilakukan pemilahan jenis limbah medis padat mulai dari sumber yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi, limbah sitotoksik, limbah kimiawi, limbah radioaktif, limbah container bertekanan, dan limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi.

- l) Bahan atau alat yang dapat dimanfaatkan kembali setelah melalui sterilisasi meliputi pisau bedah (scalpel), jarum hipodermik, syringes, botol gelas, dan container
 - m) Alat-alat lain yang dapat dimanfaatkan kembali setelah melalui sterilisasi adalah radionukleida yang telah distur tahan lama untuk radioterapi seperti puns, *needle*, atau *seeds*.
- 2) Tempat pewadahan limbah medis padat :
- a) Terbuat dari bahan yang kuat, cukup ringan, tahan karat, kedap air, dan mempunyai permukaan yang halus pada bagian dalamnya, misalnya fiberglass.
 - b) Di setiap sumber penghasil limbah medis harus tersedia tempat pewadahan yang terpisah dengan limbah padat non medis
 - c) Kantong plastic diangkat setiap hari atau kurang sehari apabila 2/3 bagian telah terisi limbah.
 - d) Untuk benda-benda tajam hendaknya ditampung pada tempat khusus (safety box) seperti botol atau karton yang aman.
 - e) Tempat pewadahan limbah medis padat infeksius dan sititoksik yang tidak langsung kontak dengan limbah harus segera dibersihkan dengan larutan disinfektan apabila akan dipergunakan kembali, sedangkan untuk kantong plastic yang telah dipakai dan kontak langsung dengan limbah tersebut tidak boleh digunakan lagi
- 3) Tempat Penampungan Sementara
- a) Bagi rumah sakit yang mempunyai insenerator di lingkungannya harus membakar limbahnya selambat-lambatnya 24 jam

b) Bagi rumah sakit yang tidak mempunyai insenerator, maka limbah medis padatnya harus dimusnahkan melalui kerjasama dengan rumah sakit lain atau pihak lain yang mempunyai insenerator untuk dilakukan pemusnahan selambat-lambatnya 24 jam apabila disimpan pada suhu ruang.

4) Transportasi

a) Kantong limbah medis padat sebelum dimasukkan ke kendaraan pengangkut harus diletakkan dalam container yang kuat dan tertutup.

b) Kantong limbah medis padat harus aman dari jangkauan manusia maupun binatang.

c) Petugas yang menangani limbah, harus menggunakan alat pelindung diri yang terdiri dari. :

- Topi/helm
- Masker
- Pelindung mata
- Pakaian Panjang (coverall)
- Apron untuk industry
- Pelindung kaki/sepatu boot
- Sarung tangan khusus (disposable gloves atau heavy duty gloves)

b. Pengelolaan, Pemusnahan, dan Pembuangan Akhir Limbah Medis Padat

- 1) Limbah infeksius dan benda tajam
 - 2) Limbah yang sangat infeksius seperti biakan dan persediaan agen dari laboratorium harus disterilisasi dengan pengolahan panas dan basah seperti dalam autoclave sedini mungkin. Untuk limbah infeksius yang lain cukup dengan cara disinfeksi.
 - 3) Benda tajam harus diolah dengan insenerator bila memungkinkan, dan dapat diolah bersama dengan limbah infeksius lainnya. Kapsulisasi juga cocok untuk benda tajam.
 - 4) Setelah insinerasi atau disinfeksi, residunya dapat dibuang ke tempat pembuangan B3 atau dibuang ke *landfill* jika residunya sudah aman.
- 2) Limbah farmasi
- a) Limbah farmasi dalam jumlah kecil dapat diolah dengan insenerator pirolitic, rotary kiln, dikubur secara aman, dibuang ke sarana air limbah atau inersisasi.
 - b) Limbah padat farmasi dalam jumlah besar harus dikembalikan kepada distributor, sedangkan bila dalam jumlah sedikit dan tidak memungkinkan dikembalikan, supaya dimusnahkan melalui insenerator pada suhu diatas 1.000°C.

c. Limbah Padat Non Medis

- 1) Pemilahan Limbah Padat Non Medis
 - a) Dilakukan pemilahan limbah padat non medis antara limbah yang dapat dimanfaatkan dengan limbah yang tidak dapat dimanfaatkan kembali

- b) Dilakukan pemilahan limbah padat non medis antara limbah basah dan limbah kering

2) Tempat Pewadahan Limbah Padat Non Medis

- a) Terbuat dari bahan yang kuat, cukup ringan, taha karat, kedap air, dan mempunyai permukaan yang mudah dibersihkan pada bagian dalamnya, misalnya fiberglass.
- b) Mempunyai tutup yang mudah dibuka dan ditutup tanpa mengotori tangan
- c) Terdapat minimal 1 (satu) buah untuk setiap kamar atau sesuai dengan kebutuhan.
- d) Limbah tidak boleh dibiarkan dalam wadahnya lebih 3 x 24jam atau apabila 2/3 bagian kantong sudah terisi oleh limbah, maka harus diangkut supaya tidak menjadi perindukan vector penyakit atau binatang pengganggu.

3) Pengangkutan

Pengangkutan limbah padat domestic dari setiap ruangan ke tempat penampungan sementara menggunakan treli tertutup.

4) Tempat Penampungan Limbah Padat Non Medis Sementara

- a) Tersedia tempat penampungan limbah padat non medis sementara dipisahkan antara limbah yang dapat dimanfaatkan dengan limbah yang tidak dapat dimanfaatkan kembali. Tempat tersebut tidak merupakan sumber bau, dan lalat bagi lingkungan sekitarnya dilengkapi saluran untuk cairan lindi.

- b) Tempat penampungan sementara limbah padat harus kedap air, tertutup dan selalu dalam keadaan tertutup bila sedang tidak diisi serta mudah dibersihkan.
- c) Terletak pada lokasi yang mudah dijangkau kendaraan pengangkut limbah padat
- d) Dikosongkan dan dibersihkan sekurang-kurangnya 1 x 24 jam.

5) Pengolahan Limbah Padat

Upaya untuk mengurangi volume, mengubah bentuk atau memusnahkan limbah padat dilakukan pada sumbernya. Limbah yang masih dapat dimanfaatkan hendaknya dimanfaatkan kembali untuk limbah padat organik dapat diolah menjadi pupuk. Lokasi Pembuangan Limbah Padat Akhir, limbah padat umum (domestik) dibuang ke lokasi pembuangan akhir yang dikelola oleh pemerintah daerah (Pemda), atau badan lain sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

4. Pengaruh Pengelolaan Sampah Rumah Sakit Terhadap Masyarakat Dan Lingkungan.

Ada beberapa kelompok masyarakat yang mempunyai resiko untuk mendapat gangguan karena buang sampah rumah sakit.

- a. Pasien yang datang ke rumah sakit untuk memperoleh pertolongan pengobatan dan perawatan Rumah sakit. Kelompok ini merupakan kelompok yang paling rentan
- b. Karyawan rumah sakit dalam melaksanakan tugas sehari – harinya selalu kontak dengan orang sakit yang merupakan sumber agen penyakit.

- c. Pengunjung / pengantar orang sakit yang besar.
- d. Masyarakat yang bermukim di sekitar Rumah sakit, lebih – lebih lagi bila rumah sakit membuang hasil buangan rumah sakit tidak sebagaimana mestinya kelingkungan sekitarnya. Akibatnya adalah mutu lingkungan menjadi turun kualitasnya, dengan akibat lanjutannya adalah menurunnya derajat melaksanakan pengelolaan buangan rumah sakit yang baik dan benar dengan melaksanakan kegiatan sanitasi rumah sakit.

5. Dampak negatif Limbah Rumah sakit

Pengelolaan sampah yang kurang baik akan memberikan pengaruh negatif terhadap masyarakat dan lingkungannya. Adapun pengaruh-pengaruh tersebut dapat berupa:

- a. Pengaruh Terhadap Kesehatan
 - 1) Pengelolaan sampah rumah sakit yang kurang baik akan menjadi tempat yang baik bagi vektor-vektor penyakit seperti lalat dan tikus.
 - 2) Kecelakaan pada pekerja atau masyarakat akibat tercecernya jarum suntik dan bahan tajam lainnya.
 - 3) Insiden penyakit demam berdarah dengue akan meningkat karena vektor penyakit hidup dan berkembangbiak dalam sampah kaleng bekas ataupun genangan air.
- b. Pengaruh Terhadap Lingkungan
 - 1) Estetika lingkungan menjadi kurang sedap dipandang.
 - 2) Proses pembusukan sampah oleh mikroorganisme akan menghasilkan gas-gas tertentu yang menimbulkan bau busuk.

- 3) Adanya partikel debu yang beterbangan akan mengganggu pernapasan, menimbulkan pencemaran udara yang akan menyebabkan kuman penyakit mengkontaminasi peralatan medis dan makanan rumah sakit.
- 4) Apabila terjadi pembakaran sampah rumah sakit yang tidak saniter asapnya akan mengganggu pernapasan, penglihatan, dan penurunan kualitas udara.

c. Pengaruh Terhadap Rumah Sakit

- 1) Keadaan lingkungan rumah sakit yang tidak saniter akan menurunkan hasrat pasien berobat di rumah sakit tersebut.
- 2) Keadaan estetika lingkungan yang lebih saniter akan menimbulkan rasa nyaman bagi pasien, petugas, dan pengunjung rumah sakit.
- 3) Keadaan lingkungan yang saniter mencerminkan mutu pelayanan dalam rumah sakit yang semakin meningkat.

6. Dampak sampah secara Khusus

Dampak sampah secara khusus berdasarkan sampah yang dihasilkan. Bahaya Sampah Infeksius dan Benda Tajam dapat mengandung berbagai macam mikroorganisme patogen. Patogen tersebut dapat memasuki tubuh manusia melalui beberapa jalur :

- a. Akibat tusukan, lecet, atau luka di kulit
- b. Melalui membran mukosa
- c. Melalui pernapasan
- d. Melalui ingest

Kekhawatiran muncul terutama terhadap HIV serta virus hepatitis B dan C karena ada bukti kuat yang menunjukkan bahwa virus tersebut ditularkan melalui sampah layanan kesehatan. Penularan umumnya terjadi melalui cedera dan jarum spuit yang terkontaminasi darah manusia. Infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat dengan *HAI's* adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain sebagai sarana kesehatan adalah tempat berkumpulnya orang sakit maupun sehat, dapat menjadi tempat sumber penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan, juga menghasilkan limbah yang dapat menularkan penyakit. Untuk menghindari risiko tersebut maka diperlukan pengelolaan limbah di fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu dengan cara mengurangi bahan (*reduce*), menggunakan kembali limbah (*reuse*), dan daur ulang limbah (*recycle*).

7. Pemilahan Sampah Medis Rumah Sakit

Proses pemilahan dilakukan kedalam beberapa kategori, antara lain: benda tajam, sampah non benda tajam infeksius dan sampah tidak berbahaya (sampah rumah tangga).

Berapa cara dalam pemilahan sampah medis yaitu:

- a. Pemilahan sampah harus dilakukan mulai dari sumber yang menghasilkan sampah tersebut.
- b. Sampah benda tajam harus dikumpulkan dalam satu wadah dengan memperhatikan terkontaminasi atau tidaknya wadah tersebut harus anti bocor, anti tusuk dan tidak mudah untuk di buka sehingga orang yang tidak berkepentingan tidak dapat membukanya.
- c. Jarum *syringe* harus dipisahkan sehingga tidak dapat digunakan lagi. Untuk memudahkan pengelolaan sampah rumah sakit maka terlebih dahulu limbah atau sampahnya dipilah-pilah untuk dipisahkan.

B. Perilaku

1. Pengertian Perilaku

Perilaku 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 disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2014).

Menurut Skinner, seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2014), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme

tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau *Stimulus – Organisme – Respon*.

2. Klasifikasi Perilaku

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2014) :

a. Perilaku tertutup (*convert behavior*)

Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

b. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

3. Domain Perilaku

Menurut Bloom, seperti dikutip Notoatmodjo (2014), membagi perilaku itu didalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari ranah kognitif

(*kognitif domain*), ranah affektif (*affectife domain*), dan ranah psikomotor (*psicomotor domain*).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari :

a. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok :

- 1) Kepercayaan (*keyakinan*), ide, konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (*subyek*) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (*obyek*).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*responsible*).

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

b. Praktik atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*) praktik ini mempunyai beberapa tingkatan :

1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2) Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

3) Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

4) Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi

tindakan atau kegiatan responden.

Menurut penelitian Rogers (1974) seperti dikutip Notoatmodjo (2014), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni :

1) Kesadaran (*awareness*)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (*objek*)

2) Tertarik (*interest*)

Dimana orang mulai tertarik pada stimulus

3) Evaluasi (*evaluation*)

Menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

4) Mencoba (*trial*)

Dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.

5) Menerima (*Adoption*)

Dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

c. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

1) Domain Pengetahuan

Ada enam tingkatan domain pengetahuan yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

b. Memahami (*Comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

d. Analisis

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.

e. Sintesa

f. Sintesa menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru.

g. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi / objek.

2) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan (Notoatmodjo, 2014) yaitu:

a. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan yaitu kemampuan belajar yang dimiliki manusia merupakan bekal yang sangat pokok. Jenis pendidikan adalah macam jenjang pendidikan formal yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan belajar siswa, sehingga tingkat pendidikan dan jenis pendidikan dapat menghasilkan suatu perubahan. Informasi juga mempengaruhi pengetahuan yaitu dengan kurangnya informasi tentang hubungan.

b. Masa kerja

Pengalaman kerja biasanya dapat dilihat dari lama kerja dimana pengalaman kerja itu adalah suatu ukuran tentang lama waktu atau masa kerja yang telah ditempuh seseorang dapat memahami tugas-tugas suatu pekerjaan dan telah melaksanakan dengan baik. (Ranupandojo, 1984)

Pengalaman kerja adalah pengetahuan atau ketrampilan yang telah diketahui dan dikuasai seseorang yang akibat dari perbuatan atau pekerjaan yang telah dilakukan selama beberapa waktu tertentu (Trijoko, 1980). Notoatmojo (1996) berpendapat bahwa pada umumnya semakin tinggi pendidikan maka akan semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Pengetahuan itu sendiri merupakan kemampuan seseorang untuk mengingat fakta, simbol, prosedur teknik dan teori.

Pendapat Kuncoroningrat yang dikutip Nursalam dan Pariani (2001) bahwa tingkat pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang :

- a. Faktor Internal : faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.
- b. Faktor Eksternal : faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
- c. Faktor pendekatan belajar : faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

4. Asumsi Determinan Perilaku

Menurut Spranger membagi kepribadian manusia menjadi 6 macam nilai kebudayaan. Kepribadian seseorang ditentukan oleh salah satu nilai budaya yang dominan pada diri orang tersebut. Secara rinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Namun demikian realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan tersebut dipengaruhi oleh faktor lain diantaranya adalah pengalaman, keyakinan, sarana/fasilitas, sosial budaya dan sebagainya.

Beberapa teori lain yang dikutip oleh Notoatmodjo (2014) untuk mengungkap faktor penentu yang dapat mempengaruhi perilaku khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain :

a. Teori Lawrence Green (1980)

Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*).

Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh :

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- 2) Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.
- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

b. Teori Snehandu B. Kar (1983)

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari :

- 1) Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior itention*).

- 2) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*).
- 3) Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- 4) Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- 5) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*).

c. Teori WHO (1984)

WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu adalah :

- 1) Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap objek (objek kesehatan).
- 2) Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
- 3) Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
- 4) Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap tindakan-tindakan kesehatan tidak selalu terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu, sikap akan diikuti oleh tindakan mengacu kepada pengalaman orang lain, sikap diikuti atau tidak diikuti

oleh suatu tindakan berdasar pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.

- 5) Tokoh penting sebagai Panutan. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh.
- 6) Sumber-sumber daya (*resources*), mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya.
- 7) Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama dan selalu berubah, baik lambat ataupun cepat sesuai dengan peradapan umat manusia (Notoatmodjo, 2014).

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Manusia

Menurut teori Gibson 1987 (dalam Solehati, 2015), terdapat tiga variable yang dapat mempengaruhi perilaku individu yaitu :

a. Variabel Individu

1) Kemampuan dan ketrampilan

Kemampuan dan ketrampilan merupakan factor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Kemampuan dan ketrampilan dapat diartikan sebagai pencapaian individu atas usaha untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik dan benar. Kemampuan dan ketrampilan dapat secara fisik maupun mental. Ketrampilan fisik didapatkan oleh individu dari proses belajar dengan

menggunakan ketrampilan dalam bekerja. Ketrampilan dapat dikembangkan oleh individu melalui kegiatan pelatihan.

2) Latar Belakang

Latar belakang yang dapat mempengaruhi perilaku individu adalah keluarga, tingkat social, dan pengalaman. Penampilan individu dipengaruhi oleh lingkungan keluarga berdasarkan apa yang telah didapatkan di lingkungan tersebut. Keluarga merupakan salah satu aspek yang sangat mempengaruhi karakteristik individu, karena dalam keluarga terdapat nilai-nilai yang harus dianut oleh masing-masing anggota keluarga.

3) Pengalaman kerja

Pengalaman (masa kerja) adalah waktu dimana individu mulai bekerja, dimana waktu tersebut berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Semakin lama individu bekerja maka akan semakin baik, karena dari pengalaman itu individu dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya.

4) Demografis

Demografis meliputi umur, etnis, dan jenis kelamin. Variabel demografis memiliki efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Ketika idividu memiliki umur yang lama, makan akan lebih paham terhadap masalah yang ditemui serta lebih dewasa dalam bertindak. Umur memiliki pengaruh terhadap produktivitas dalam bekerja. Jenis kelamin dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang akan dikerjakan. Wanita memiliki karakter ketaatan

dan kepatuhan dalam bekerja sehingga dapat berpengaruh terhadap kinerja individu.

b. Variabel Psikologi

Variabel psikologi meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia di sekitarnya. Persepsi merupakan proses pemberian arti terhadap lingkungan oleh individu. Oleh karena itu, setiap individu memberikan arti kepada stimulus secara berbeda meskipun objeknya sama. Persepsi di dalam bekerja mempengaruhi sejauh mana pekerjaan tersebut memberikan tingkat kepuasan dalam dirinya.

Perilaku bekerja individu dipengaruhi oleh sikap, sikap adalah kesiap-siagaan mental yang dipelajari dan diorganisasikan melalui pengalaman, dan memiliki pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya. Sikap merupakan factor penentu perilaku, karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Kepribadian adalah pola perilaku dan proses mental yang unik yang mencirikan seseorang. Kepribadian di setiap individu susah untuk diubah karena sudah terbentuk sejak individu belajar saat dikandung sampai dewasa.

Pembelajaran merupakan setiap perubahan perilaku yang relative permanen dan terjadi sebagai hasil dari pengalaman. Ketika terjadi perubahan perilaku hal ini menunjukkan bahwa proses pembelajaran telah terjadi. Motivasi merupakan keinginan untuk melakukan sesuatu dan

menentukan kemampuan bertindak untuk memuaskan kebutuhan individu. Motivasi memiliki hubungan dengan perilaku. Dimana sebuah perilaku dapat dilanasi oleh sebuah motivasi.

c. Variabel Organisasi

Variabel organisasi meliputi sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan, dan *supervise*. Sumber daya dalam sebuah organisasi terdiri dari dua yaitu sumber daya manusia dan sumber daya alam, dalam system organisasi rumah sakit sumber daya manusia terdiri dari tenaga professional, non professional, staff administrasi dan pasien, sedangkan sumber daya alam meliputi uang, metode, peralatan dan bahan-bahan.

Struktur desain pekerjaan merupakan daftar pekerjaan mengenai kewajiban-kewajiban pekerja dan mencakup kualifikasinya. Desain pekerjaan mengacu pada proses yang diterapkan oleh manajer untuk memutuskan tugas dan wewenang sebagai upaya untuk mengklasifikasikan tugas dan tanggung jawab masing-masing individu. Ketika desain pekerjaan baik maka akan mempengaruhi pencapaian kerja seseorang.

Supervisi merupakan proses pengamatan dari pelaksanaan seluruh kegiatan organisasi untuk menjamin agar semua pekerjaan yang sedang dilakukan berjalan sesuai dengan rencana yang ditetapkan. Kepemimpinan merupakan suatu proses mempengaruhi orang lain dalam mencapai tujuan dengan memberikan pengarahan dan motivasi. Imbalan adalah balas jasa

yang diberikan oleh instansi kepada para pekerja sebagai daya pendorong sehingga pemberian imbalan dapat meningkatkan kinerja perawat.

Pengetahuan seseorang adalah pengetahuan yang diorganisasikan secara selektif dari sejumlah fakta, informasi serta prinsip-prinsip yang dimilikinya yang diperoleh dari proses belajar dan pengalaman. *Krect et, al, 1982 (Nirmawati 2010).*

Dalam pencegahan infeksi nosocomial, perawat harus memiliki kemampuan sebagai seorang perawat yang professional yang telah dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan klinis yang memadai sehingga mampu memahami akan infeksi nosocomial di rumah sakit, dan sebagai upaya untuk mewujudkan praktik keperawatan yang berdasarkan pengetahuan dan fakta. *Evidence Based Nursing Practice (Infection prevention and control).2015.*

6. Perilaku Perawat Dalam Pembuangan Sampah Infeksius

Perilaku Perawat Terhadap Pembuangan Sampah Infeksius merupakan seperangkat pedoman direkomendasikan untuk diterapkan dalam setiap praktik kerja untuk melindungi petugas kesehatan dari pajanan penyakit infeksi yang menular lewat darah, droplet dan airborne. Pedoman tersebut meliputi kebersihan tangan, pemakaian APD, pengolahan benda tajam dan pembuangan sampah medis. Namun pada kenyataannya penerapan perilaku perawat terhadap pembuangan sampah infeksius masih sangat rendah. Hal ini terkait dengan pengetahuan dan sikap (WHO, 21 Juli 2006).

Perilaku Perawat Terhadap Pembuangan Sampah Medis dapat ditinjau dari :

- a. Penanganan Sampah Medis Cair yang Terkontaminasi (darah, feses, urin dan cairan tubuh lainnya.
 - 1) Gunakan sarung tangan tebal ketika menangani dan membawa sampah tersebut.
 - 2) Hati-hati pada waktu menuangkan sampah tersebut pada bak yang mengalir atau dalam toilet bilas. Sampah cair dapat pula dibuang kedalam kakus. Hindari percikannya.
 - 3) Cuci toilet dan bak secara hati-hati dan siram dengan air untuk membersihkan sisa-sisa sampah. Hindari percikannya.
- b. Penanganan Sampah Medis Padat (Misalnya pembalut yang sudah digunakan dan benda-benda lainnya yang telah terkontaminasi dengan darah atau materi organic lainnya.
 - 1) Gunakan sarung tangan tebal ketika menangani dan membawa sampah tersebut.
 - 2) Buang sampah padat tersebut ke dalam wadah yang dapat dicuci dan tidak korosif (plastic atau metal yang berlapis seng) dengan tutup yang rapat.
 - 3) Kumpulkan tempat sampah tersebut ditempat yang sama dan bawa sampah-sampah yang dapat dibakar ke tempat pembakaran. Jika tempat pembakaran tidak tersedia maka bisa dilakukan penguburan saja.

- 4) Melakukan pembakaran atau penguburan harus segera dilakukan sebelum tersebar ke lingkungan sekitar. Pembakaran adalah metode terbaik untuk membunuh mikroorganisme.
 - 5) Cuci tangan setelah menangani sampah tersebut dan dekontaminasi serta cuci sarung tangan yang tadi dipakai saat membersihkan sampah tersebut.
- c. Penanganan Sampah Medis berupa Benda Tajam (Jarum, silet, mata pisau dan lain-lain)
- 1) Gunakan sarung tangan tebal.
 - 2) Buang seluruh benda-benda yang tajam pada tempat sampah yang tahan pecah. Tempat sampah yang tahan pecah dan tusukan dapat dengan mudah dibuat menggunakan karton tebal, ember tertutup, atau botol plastic yang tebal. Botol bekas cairan infus juga dapat digunakan untuk sampah-sampah yang tajam, tapi dengan resiko pecah.
 - 3) Letakkan tempat sampah tersebut dekat dengan daerah yang memerlukan sehingga sampah-sampah tajam tersebut tidak perlu dibawa terlalu jauh sebelum dibuang.
 - 4) Cegah kecelakaan yang diakibatkan oleh jarum suntik, jangan menekuk atau mematahkan jarum sebelum dibuang. Jarum tidak secara rutin ditutup, tetapi jika dibutuhkan, dapat diusahakan dengan metode satu tangan.
 - 5) Letakkan tutup pada permukaan yang datar dan keras, kemudian pindahkan ke tangan.

- 6) Kemudian dengan satu tangan, pegang alat suntik dan gunakan jarumnya untuk menyendok tutup tersebut.
- 7) Jika tutup sudah menutup jarum suntik, gunakan tangan yang lain untuk merapatkan tutup tersebut
- 8) Jika wadah untuk sampah benda tajam telah $\frac{3}{4}$ penuh, tutup atau sumbat dengan kuat.
- 9) Buang wadah yang sudah $\frac{3}{4}$ penuh tersebut dengan cara menguburnya. Jarum dan benda-benda tajam lainnya tidak dapat dihancurkan dengan membakarnya dan kemudian hari dapat menyebabkan luka dan mengakibatkan infeksi yang serius. Pembakaran atau membakarnya dalam suatu wadah, dapat mengurangi kemungkinan, sampah tersebut dikorek-korek dalam tempat sampah.
- 10) Cuci tangan sesudah mengolah wadah sampah benda tajam tersebut kemudian dekontaminasi dan cuci tangan.

C. Penelitian Terkait

1. Dalam penelitian Kamaludin (2016) tentang Gambaran Perilaku Perawat Dalam Pembuangan Sampah Infeksius Dan Non Infeksius di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Sampel diambil dengan teknik random sampling yaitu 193 perawat di ruang rawat inap dan rawat jalan RSUD Panembahan Senopati Bantul. Hasilnya adalah karakteristik perawat di RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah berdasarkan pada umur, jenis kelamin, pendidikan, dan masa kerja. Perilaku perawat dalam membuang sampah infeksius di RSUD Panembahan Senopati Bantul sebagian besar adalah

kategori baik, perilaku perawat dalam membuang sampah non infeksius di RSUD Panembahan Senopati Bantul kategori baik, perilaku perawat dalam membuang sampah infeksius dan non infeksius di RSUD Panembahan Senopati Bantul kategori baik. Kesimpulan : Perilaku perawat dalam membuang sampah infeksius dan non infeksius di RSUD Panembahan Senopati Bantul kategori baik.

2. Dalam penelitian Sudiharti (2016) di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tentang Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Perawat dalam Pembuangan Sampah Medis di Rumah Sakit , hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pembuangan sampah. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistik Kendall's Tau diperoleh correlation coefficient yaitu 0,373 dengan nilai Signifikan (ρ) yaitu 0,002 yang menunjukkan bahwa nilai $\rho < 0,05$. Hal ini berarti terdapat hubungan yang kuat dan positif antara tingkat pengetahuan tentang sampah dengan perilaku dalam membuang sampah medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Nilai r mempunyai makna bahwa pengetahuan memberikan kontribusi terhadap kejadian perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis sebesar 0,373 atau 37,3%. Hal ini didukung oleh peneliti terdahulu yaitu hasil penelitian Irawansyah (2009)¹⁰ dengan nilai $p=0,000$, dengan $R=0,659$, dan $Rsquare=0,593$ artinya ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku. Pengetahuan perawat merupakan salah satu faktor predisposisi suatu perilaku. Pengetahuan perawat dapat terus meningkat apabila pihak rumah sakit dapat terus meningkatkan kemampuan perawat dengan mengadakan berbagai pelatihan pada semua

karyawan khususnya perawat pada aspek pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Dan untuk Hubungan Sikap dengan Perilaku Perawat dalam Pembuangan Sampah Medis di Rumah Sakit, hasil penelitian menunjukkan diperoleh correlation coefficient yaitu 0,414 dengan nilai Signifikan (ρ), yaitu 0,000 yang menunjukkan bahwa nilai $\rho < 0,05$. Hal ini berarti terdapat hubungan yang kuat dan positif antara sikap dengan perilaku dalam membuang sampah medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Nilai r mempunyai arti bahwa sikap memberikan kontribusi terhadap kejadian perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis sebesar 0,414 atau 41,4%. Hal ini didukung oleh peneliti terdahulu yaitu hasil penelitian Irawansyah (2009) bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku dengan nilai $p=0,000$, dengan $R=0,770$, dan $Rsquare=0,593$ artinya ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku.

3. Dalam penelitian Puspasari (2015), tentang Hubungan Pengetahuan, Sikap Dengan Praktik Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Diruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Kendal. Analisis data dengan menggunakan Spearman Rho. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan pengetahuan, sikap dengan praktik perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial diruang rawat inap Rumah Sakit Islam Kendal dengan nilai p value 0,002 dan 0,017. Diharapkan perawat untuk dapat mencari informasi tentang pencegahan infeksi nosokomial, bersikap positif dan diharapkan melakukan evaluasi diri dan menyadari pentingnya pencegahan infeksi nosokomial sehingga dapat meningkatkan pelayanan pada pasien.

4. Berdasarkan penelitian Muchsin,dkk (2013) tentang Gambaran Perilaku Perawat Dalam Membuang Limbah Medis Dan Non Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang Tahun 2013 dapat ditarik kesimpulan bahwa gambaran karakteristik responden yaitu sebagian besar responden berusia 26-30 tahun sebanyak 20 orang (33.3%), sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 41 orang (68.3%), sebagian besar responden memiliki pendidikan D III Keperawatan sebanyak 28 orang (46.7%), sebagian besar responden memiliki lama bekerja 5-9 tahun sebanyak 27 orang (45.0%), sebagian besar responden tidak mengikuti pelatihan sebanyak 40 orang (66.7%). Dan untuk gambaran pengetahuan perawat dalam membuang limbah medis dan non menunjukkan bahwa pengetahuan perawat dalam kategori baik sebanyak 38 orang (63,3%). Hal ini dimungkinkan karena dipengaruhi oleh sumber informasi yang cukup baik dari berbagai sumber kepada perawat sehingga meningkatkan pengetahuan perawat tentang membuang limbah medis dan non medis. Pada gambaran sikap perawat dalam membuang limbah medis dan non medis masih dalam kategori kurang sebanyak 33 orang (55,0%). Hal ini tidak sejalan dengan tingkat pengetahuan perawat yang dalam kategori baik, ini bisa dimungkinkan oleh berbagai faktor yang membuat sikap perawat tidak sejalan dengan tingkat pengetahuan antara lain dipengaruhi oleh tidak adanya sanksi yang diberikan kepada ruangan-ruangan yang masih mencampurkan antara limbah medis dan non medis.Pada gambaran tindakan perawat dalam membuang limbah medis dan non medis menunjukkan pada kategori kurang sebanyak 35 orang (58,3%). Ini dapat

ditunjukkan dalam tindakan keseharian perawat dalam melakukan kegiatan-kegiatan perawatan kepada pasien di ruangan tempat perawat bertugas.

5. Dalam penelitian Purba,dkk (2015), tentang Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Ketersediaan Fasilitas Dengan Praktik Petugas Pengumpul Limbah Medis Di Rumah Sakit Umum Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015 menyatakan bahwa tidak ada hubungan pengetahuan dengan praktik petugas pengumpul limbah medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara (p value 0,274 >0,05).Tidak ada hubungan sikap dengan praktik petugas pengumpul limbah medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara (p value 0,569 > 0,05).Tidak ada hubungan ketersediaan fasilitas dengan praktik petugaspengumpul limbah medis di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara (pvalue 0,225 > 0,05).

BAB III

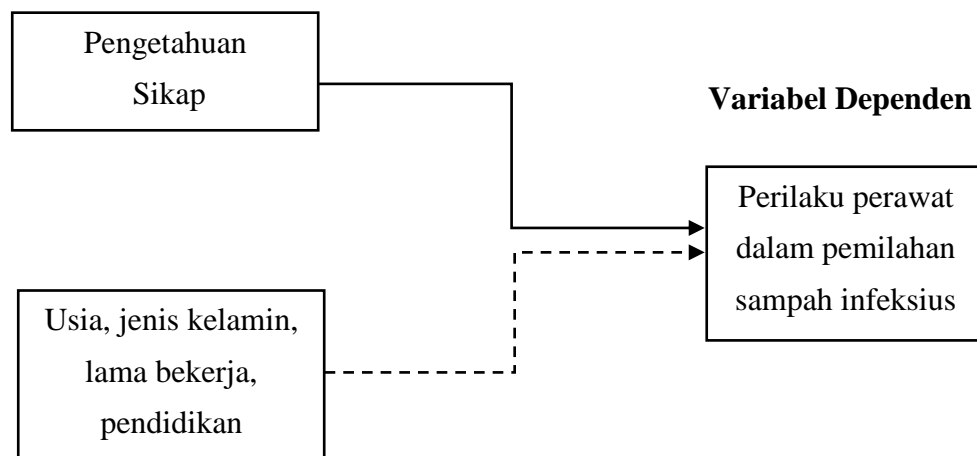
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan membahas uraian tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep didapatkan dari kerangka teori pada Bab II. Hipotesis penelitian dibuat berdasarkan tujuan penelitian. Definisi operasional variable yang akan diteliti merupakan acuan peneliti dalam melakukan penelitian.

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka kerja penelitian yang dibuat dari kerangka teori yang menggambarkan variable-variabel yang akan diteliti dan diukur dalam melakukan penelitian (Notoadmodjo, 2012). Kerangka konsep penelitian ini terdiri dari dua variable, yaitu variable bebas (independent) dan variable terikat (dependent). Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis. Adapun kerangka konsep pada penelitian ini yaitu :

Variabel Independen



Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

- : Variabel yang diteliti
- : Memiliki hubungan
- : Tidak dinilai hubungannya

Variabel dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap sebagai variabel independen dan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius merupakan variabel dependen.

B. Hipotesis

Hipotesis yang baik disusun dengan sederhana dan menjelaskan definisi variable secara konkrit (Dahlan, 2016). Rumusan hipotesis penelitian ini adalah ada hubungan pengetahuan dengan sikap terhadap perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis.

Ha₁ : Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis

Ha₂ : Ada hubungan antara sikap dengan perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis

C. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan suatu penjelasan terkait Batasan antara variable yang lebih konkrit dan dapat terukur (Dharma, 2011). Definisi operasional dibuat untuk mempermudah dalam menggunakan instrument penelitian yang telah dibuat. Variabel-variabel dijelaskan untuk memudahkan dalam pengumpulan data serta menghindari dan mencegah keterbatasan antar variable yang akan diteliti (Sugiyono, 2017).

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Independen				
<p>Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indra yang dimilikinya seperti mata, hidung telinga, dan lain sebagainya yang dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek (Notoadmodjo, 2014)</p>	<p>Hasil tahu responden tentang pemilahan sampah infeksius melalui panca indranya yang dipengaruhi oleh persepsi terhadap obyek atau sumber memperoleh informasi tentang pemilahan sampah infeksius.</p>	<p>Kuisisioner B. Terdiri dari 10 pertanyaan pilihan ganda. Jawaban benar bernilai 1 (satu) dan salah bernilai 0 (nol)</p>	<p>1 = Nilai > median (5) Tingkat pengetahuan responden dikategorikan baik 0 = Nilai < median (5) Tingkat pengetahuan responden dikategorikan kurang.</p>	<p>Ordinal</p>

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Sikap adalah kesiap-siagaan mental yang dipelajari dan diorganisasikan melalui pengalaman, dan memiliki pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain,obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya (Notoadmodjo, 2014)	Sikap yang dimaksud disini adalah Reaksi atau respon responden terhadap pembuangan sampah medis dan cara pemilaaan serta dampak sampah medis	Kuisisioner C . Terdiri dari 15 pernyataan. Skala Likert: Nilai 1 : Sangat tidak setuju (STS) Nilai 2 : Tidak setuju (TS) Nilai 3 : Setuju (S) Nilai 4 : (Sangat Setuju (SS)	1 = Nilai > median (52) Responden memiliki sikap yang positif 0 = Nilai < median (52) Responden memiliki sikap yang negative Skor terendah = 15 Skor tertinggi = 60	Ordinal
Dependen				
Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia	Perilaku yang dimaksud disini adalah hasil	Catatan Observasi D : 14 item yang akan diobservasi.	1 = Nilai >median (12) Responden yang memiliki	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya (Notoadmodjo, 2014)	pengamatan yang dilakukan oleh peneliti terhadap responden menggunakan audit tools	YA : Bernilai 1 (satu) TIDAK : bernilai 0 (nol)	perilaku baik 0 = Nilai <median (12) Responden yang memiliki perilaku buruk	
Data Demografi				
Umur Adalah lama waktu hidup seseorang sejak dilahirkan	Jumlah tahun kehidupan responden sejak lahir hingga dilakukan penelitian dengan	Kuisisioner A	1. < 25 tahun 2. 26 - 35 tahun 3. 36 - 45 tahun	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<p>(Kamus Besar Bahasa Indonesia).</p> <p>Menurut Depkes RI (2009) masa remaja akhir 17 – 25 tahun,</p> <p>masa dewasa awal 26 – 35 tahun,</p> <p>masa dewasa akhir 36 – 45 tahun,</p> <p>Lansia awal 46 – 55 tahun</p>	<p>satuan menggunakan tahun</p>		<p>4. > 46 tahun</p>	
<p>Jenis Kelamin</p> <p>Perawat</p> <p>Karakteristik individu sesuai</p>	<p>Jenis kelamin responden yang dituliskan dalam kuesioner</p>	<p>Kuisisioner A</p>	<p>1. Perempuan</p> <p>2. Laki-Laki</p>	<p>Nominal</p>

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
organ reproduksi responden				
Lama Kerja Perawat. Hubungan positif antara senioritas dan produktifitas pekerjaan, dengan demikian masa kerja diekspresikan sebagai pengalaman kerja (Robbins, 2006)	Waktu yang dijalani responden mulai bekerja hingga waktu dilakukan penelitian dengan ketentuan satuan menggunakan tahun	Kuisisioner A	1. < 5 tahun 2. 5 – 10 tahun 3. 11 - 15 tahun 4. > 15 tahun	Rasio
Pendidikan adalah proses perubahan perilaku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia	Tingkat pendidikan di ijazah terakhir yang dimiliki oleh responden	Kuisisioner A	1. D3 Keperawatan 2. S1 Keperawatan (Nursalam,2011)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
melalui upaya pengajaran dan pelatihan				

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

BAB IV

METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan terkait metode penelitian yang menjelaskan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, teknik pengambilan sample, tempat dan waktu penelitian, alat pengumpulan data, proses pengumpulan dan pengolahan data serta analisis data.

A. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan skema penelitian yang dibuat sehingga dapat dijadikan acuan untuk memperoleh jawaban dari pertanyaan peneliti (Sastroasmoro & Ismail, 2012). Desain penelitian dibuat berdasarkan hipotesis dan tujuan penelitian. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang dibuat menggunakan desain deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* yaitu penelitian yang dilakukan melihat hubungan antara variable independen dan dependen yang diukur secara bersamaan dalam satu waktu (Dharma, 2015).

Alasan mengapa peneliti menggunakan desain ini untuk mengetahui hubungan antara variable independent dan dependen dimana pengukuran kedua variable tersebut dilakukan pada waktu yang bersamaan. Variabel independent pada penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap dalam pembuangan sampah medis, sedangkan variable dependennya adalah kepatuhan perawat dalam pembuangan sampah medis.

B. Populasi dan sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi merupakan sumber data dalam penelitian tertentu yang mempunyai jumlah yang banyak dan juga luas (Darmawan, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang berada di RS Siloam Asri Jakarta sebanyak 80 perawat.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian merupakan bagian dari populasi yang diambil dan ditetapkan dengan cara tertentu yang dapat mewakili populasi (Sastroasmoro & Ismail, 2012). Sampel merupakan bagian dari karakteristik dan jumlah yang didapat dari populasi (Sugiyono, 2017). Dalam penelitian ini penetapan jumlah sampel yang dipakai adalah dengan metode *total sampling*. Metode *total sampling* adalah Teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono dalam Arya 2015).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah semua perawat yang sudah bekerja >3 bulan di RS Siloam Asri.

Sedangkan kriteria eksklusinya adalah perawat yang lama kerjanya <3 bulan.

C. Tempat dan waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini akan dilakukan di departemen keperawatan di Rumah Sakit Siloam Asri Jakarta yang terdiri dari 5 ruangan yakni IPD ,

OPD, ED, OT, ICU dimana penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Februari 2019.

D. Etika Penelitian

Peneliti akan meminta persetujuan dari STIK SINT CAROLUS serta pihak Rumah sakit Siloam Asri Jakarta. Prinsip etik menurut *American Nurse Association* (ANA) yang berkaitan dengan peran perawat sebagai seorang peneliti adalah *outonomi, informed consent, beneficence, non maleficence, confidentiality, veracity, dan justice* .

1. Otonomi

Setelah dijelaskan maksud dan tujuan dari penelitian, responden berhak untuk menentukan apakah responden akan ikut serta dalam suatu penelitian dengan memberikan persetujuannya atau tidak memberikan persetujuannya dalam informed consent.

2. Informed Consent

Setelah responden memutuskan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian, maka responden akan menandatangani surat persetujuan, yang mana ini akan menjadi bukti bahwa mereka bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

3. Beneficence

Peneliti menjelaskan keuntungan dari penelitian Hubungan pengetahuan dan sikap dalam perilaku pemilahan sampah infeksius yaitu untuk meningkatkan mutu pelayanan RS dan kerugaaian dari penelitian ini adalah jika tidak dilakukan pemilahan sampah infeksius dengan benar

akan menyebabkan terjangkitnya infeksi dan terjadinya kecelakaan kerja yang disebabkan dari tercecernya benda tajam. Dan meyakinkan responden bahwa informasi yang telah diberikan ini hanya dipergunakan dalam penelitian saja, tidak akan mempengaruhi gaji responden, penilaian kinerja dan jabatan responden.

4. *Nonmaleficence*

Responden mendapatkan penjelasan bahwa dalam pengisian kuesioner dan hasil dari penelitian ini tidak mengandung unsur yang berbahaya atau bahkan mengancam jiwa responden.

5. *Confidentialty*

Dalam pengisian kuesioner ini tidak dicantumkan identitas responden dan data-data atau informasi yang telah responden berikan akan dijaga kerahasiaannya. Setelah selesai penelitian, kuesioner yang telah terisi akan dimusnahkan dengan cara dibakar untuk menjaga kerahasiaan informasi.

E. Alat Pengumpulan data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuisisioner sebagai instrument penelitian. Kuisisioner dibagi menjadi empat bagian, yaitu kuisisioner A tentang karakteristik responden, kuisisioner B tentang pengetahuan, kuisisioner C tentang sikap dan kuisisioner D tentang perilaku.

1. Kuisisioner A (karakteristik Perawat)

Kuisisioner A dalam penelitian ini menggambarkan karakteristik perawat yang meliputi usia, jenis kelamin lama bekerja, pendidikan.

Kuesioner usia perawat diisi berdasarkan usia perawat sampai pada saat pengisian kuisisioner. Jenis kelamin diisi berdasarkan jenis kelamin responden. Lama bekerja diisi berdasarkan jumlah tahun bekerja perawat selama di Siloam Hospital, dan Pendidikan diisi berdasarkan dengan pendidikan terakhir responden saat ini dengan memberikan tanda *checklist* (√) sesuai kolom pilihan jawaban yang tersedia.

2. Kuesioner B (Pengetahuan tentang pembuangan sampah medis)

Instrumen ini berisi pertanyaan – pertanyaan yang digunakan untuk mengukur pengetahuan responden tentang pembuangan sampah medis. Kuisisioner ini berisi 10 pertanyaan pilihan ganda , jika responden menjawab benar maka akan diberi nilai 1, jika responden menjawab salah akan mendapat nilai 0.

3. Kuesioner C (Sikap tentang pembuangan sampah medis)

Kuesioner B dalam penelitian ini digunakan untuk mengukur sikap dari responden tentang pembuangan sampah medis. Kuesioner ini menggunakan skala Likert (Sangat Setuju, Setuju, Tidak setuju, Sangat Tidak Setuju). Dimana, untuk jawaban yang sangat setuju diberi skor 4, setuju dengan skor 3, tidak setuju dengan skor 2 dan sangat tidak setuju dengan skor 1. Jumlah pernyataan dalam kuesioner adalah 15. Dari kelima belas pernyataan, yang merupakan pernyataan negative adalah 1, 8, 9, dan 14. Skor untuk pernyataan negative merupakan kebalikan dari skor pernyataan positif.

4. Lembar observasi perilaku (Audit tools Manajemen Limbah Infeksius)

Instrumen ini digunakan untuk mengukur perilaku responden dalam pemilahan sampah infeksius. Lembar observasi ini menggunakan penilaian YA dan TIDAK. Dimana YA mendapat skor 1 (satu) dan TIDAK mendapat skor 0 (nol) . Jumlah pernyataan dalam lembar observasi ini adalah 14 pernyataan.

Pernyataan – pernyataan yang dirancang dalam kuesioner mengacu pada definisi operasional dari setiap variable penelitian. Sebelum kuesioner dijadikan alat untuk mengumpulkan data, kuesioner diujicobakan terlebih dahulu kemudian diukur dengan Uji *Alpha Cronbach* untuk mengetahui validitas dan reliabilitas.

F. Mekanisme Pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pengajuan surat permohonan ijin penelitian ke STIK Sint Carolus Jakarta untuk meminta ijin pelaksanaan penelitian ke Direktur RS Siloam Asri Jakarta, tembusan ke *HRD, Quality and Risk* dan *Head Department of Nursing*
2. Permohonan izin penelitian ke RS Siloam Asri Jakarta
3. Berdiskusi dengan *Head Nurse, IPCLN* dan *Head Department of Nursing* mengenai waktu pelaksanaan penelitian.
4. Dalam penelitian ini peneliti dibantu oleh *IPCLN* unit yang berjumlah 5 orang yang sudah mendapatkan pelatihan sebelumnya untuk melakukan observasi pada responden.

5. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian pada *IPCLN*
6. Peneliti membina hubungan baik dengan responden
7. Peneliti menjelaskan tujuan, manfaat penelitian serta hak – hak dan kewajiban responden
8. Responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian akan diberikan lembar persetujuan menjadi responden (*inform consent*).
9. Memberikan penjelasan kepada responden cara pengisian kuesioner dan menanyakan kepada responden apabila ada pertanyaan yang tidak di mengerti
10. Peneliti melakukan pengambilan data menggunakan kuesioner dengan cara menyebarkan kuesioner pada perawat di setiap unit selama 4 hari.
11. Memberikan kesempatan kepada responden untuk mengisi kuesioner
12. Peneliti membuat laporan penelitian

G. Tehnik Analisa Data

1. Tahapan pengolahan Data

Pengolahan data adalah salah satu bagian kegiatan setelah data terkumpul. Sastroasmoro & Ismail, (2012) diperlukan 4 tahapan dalam pengolahan data yaitu *editing, coding, processing* dan *cleaning*.

a. Editing

Pengolahan data dari kuisisioner yang telah didapatkan dalam proses pengumpulan data akan diperiksa mulai dari kelengkapan kuisisioner yang telah terisi semua, dapat dibaca dengan baik dan jawabannya konsisten dan relevan. Bila terdapat kekurangan dan tidak

sesuai, maka dapat dilakukan pengklarifikasian data dengan melakukan konfirmasi ulang kepada responden di tempat penelitian.

b. Coding

Sistem pengkodean data dilakukan untuk memudahkan dalam mengolah dan menganalisis data penelitian. Data dari kuisisioner yang berbentuk huruf dirubah menjadi data yang berbentuk angka dengan cara memberikan kode pada setiap item pertanyaan sesuai keinginan peneliti. Coding pada kuisisioner ini adalah :

- 1) Umur (Kode 1 : < 25 tahun, kode 2 : 25-35 tahun, kode 3 : 36-45 tahun, kode 4 : >45)
- 2) Jenis Kelamin (Kode 1 : Perempuan, 2 : Laki-laki)
- 3) Pendidikan terakhir (Kode 1 : S1, 2 : D3)
- 4) Lama kerja (Kode 1 : < 5 tahun, kode 2 : 5-10 tahun, kode 3 : 11-15 tahun, kode 4 : > 15 tahun)
- 5) Pengetahuan tentang pemilahan sampah infeksius (Kode 1 > median, kode 2 <median)
- 6) Sikap tentang pemilahan sampah infeksius (Kode 1 > median, kode 2 <median)
- 7) Perilaku tentang pemilahan sampah infeksius (Kode 1 : nilai >median, kode 2 : nilai <median)

c. Processing

Processing merupakan suatu proses memasukan data dari masing-masing responden ke dalam program komputer dan dianalisis

dengan program komputer. Data yang telah terkumpul dan dilakukan coding akan dimasukkan ke dalam program SPSS 24.

d. *Cleaning*

Cleaning merupakan pengecekan kembali data yang telah dimasukan untuk memastikan tidak terdapat kesalahan sehingga data yang akan diolah dan dianalisa merupakan data yang valid. Proses *cleaning* adalah suatu cara yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi ketika terdapat kehilangan atau kesalahan data.

2. Validasi dan realibilitas Instrumen

Pada penelitian ini, sebelum pengumpulan data peneliti melakukan pengujian instrumen penelitian yaitu uji validitas dan uji reliabilitas. Instrumen dapat dikatakan valid bila instrumen tersebut dapat mengukur sesuatu dengan tepat apa yang akan di ukur dan dapat dikatakan reliable bila pengukurannya konsisten dan akurat sehingga hasil pengukurannya dapat di percaya. Uji validitas dan reliabilitas ini dapat dilakukan paling sedikit 30 orang (Notoatmojo, 2012).

a. Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur ini benar-benar mengukur apa yang di ukur (Susilo, 2013).

Pada penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner, kuesioner dinyatakan valid bila nilai r hasil $>$ r table. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan analisis KMO (Kaiser Meyer OLkin). Menurut

Hidayat (2007) dalam Susilo (2013), untuk menguji validitas menggunakan rumus Pearson Product Moment, yaitu :

Rumus:

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{N\sum X^2 - (\sum X)^2} \sqrt{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2}}$$

Keterangan:

r_{xy} : *Product Moment Correlation*

n : jumlah responden

$\sum X$: jumlah skor item

$\sum Y$: jumlah skor total

Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan uji validitas dan reliabilitas di RS Siloam MRCCC Semanggi dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden.

b. Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat di percaya dan dapat di andalkan (Susilo, 2013). Instrumen dapat dikatakan reliabel bila pengukurannya konsisten dan akurat sehingga hasil pengukurannya dapat di percaya. Untuk menguji reliabilitas dengan menggunakan metode Alpha Cronbach. Menurut Susilo (2013) standar yang di gunakan dalam menentukan reliabel atau tidaknya suatu instrumen penelitian umumnya adalah perbandingan antara nilai r hitung di wakili dengan nilai alpha dengan r table pada taraf kepercayaan 95% atau tingkat signifikan 5% dengan metode alpha Cronbach yang di ukur

berdasarkan alpha 0 sampai 1. Bila skala tersebut di kelompokkan ke dalam kelas dengan range yang sama, maka ukuran kemantapan alpha dapat diinterpretasikan seperti tabel berikut :

Tabel 4.1 Tingkat reliabilitas kuesioner

Alpha	Tingkat Reliabilitas
0.00 – 0.20	Hampir tidak ada korelasi (alat tes tidak valid)
>0.20 – 0.40	Korelasi rendah (validitas rendah)
>0.40 – 0.60	Korelasi sedang (validitas sedang)
>0.60 – 0.80	Korelasi tinggi (validitas tinggi)
>0.80 – 1.00	Korelasi sempurna (validitas sempurna)

Rumus teknik uji reliabilitas yang digunakan dengan koefisien reliabilitas

Cronbach's Alpha yaitu:

Rumus:

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan:

r_{11} : reliabilitas instrumen

k : banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma_b^2$: jumlah varians butir

σ_t^2 : varians total

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner dilakukan di RS Siloam Khusus Kanker MRCCC Jakarta terhadap 30 responden pada tanggal 8 Januari

2019. Setelah dilakukan uji validitas maka jawaban dari kuesioner ini akan diolah menggunakan perangkat lunak computer yaitu program SPSS versi

24. Adapun hasil dari uji validitas dan reliabilitas tersebut ialah :

- a. Hasil uji validitas terhadap kuesioner pengetahuan yang terdiri dari 10 pertanyaan, semua pernyataan valid dengan nilai *Cronbach Alpha* 0.961 yang artinya pertanyaan yang valid tersebut memiliki tingkat reliabilitas yang korelasinya tinggi (validasi tinggi)
- b. Hasil uji validitas terhadap kuesioner sikap yang terdiri dari 15 pernyataan didapatkan semua pernyataan valid dengan nilai *Cronbach Alpha* 0.754 yang artinya pernyataan tersebut memiliki tingkat reliabilitas yang korelasinya tinggi (validasi tinggi).

3. Analisa Data

Analisis data merupakan suatu prosedur yang dilakukan bila data telah dikumpulkan. Tahapan proses ini penting untuk menganalisis data bila terdapat kesalahan (Sastroasmro & Ismail, 2012).

a. Uji Normalitas Data

Uji normalitas yang digunakan adalah *Kolmogorov – Smirnov* atau *Shapiro – Wilk* (Dahlan, 2014). Uji ini digunakan untuk mengetahui bahwa data setiap variable yang dianalisa berdistribusi normal (Sugiyono,2013). Data dikatakan normal jika nilai sig > 0.05 . Uji normalitas pada penelitian ini menggunakan *Kolmogorov – Smirnov* dengan nilai sig 0.000 ($p < 0.05$) yang artinya sebaran data tidak normal.

b. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk menggambarkan karakteristik setiap variabel yang akan diteliti. Analisis univariat yang akan dilakukan dalam penelitian ini untuk menjelaskan variable independen yaitu pengetahuan terhadap pembuangan sampah medis dan sikap terhadap pembuangan sampah medis, variable dependen yaitu perilaku terhadap pembuangan sampah medis dan variable intervening atau data demografi yang mencakup karakteristik perawat. Karakteristik perawat meliputi, usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama kerja. Data pada analisa univariat ini dijadikan dalam bentuk data kategorik dengan peringkasan data menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran presentase (%) atau proporsi dengan menggunakan rumus :

1) Rumus frekuensi:

$$\sum f = N$$

f = frekuensi

N = jumlah total

(Susilo, 2013)

2) Rumus presentase:

$$p(100) = \frac{f}{N} (100)$$

Keterangan :

p = nilai presentase

f = frekuensi jawaban yang benar

N = total nomor (Susilo, 2013)

c. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk memahami perbedaan antara variabel independen dan dependen. Uji statistik yang digunakan harus sesuai dengan sebaran data penelitian. Sebaran data secara analitik terdiri dari sebaran normal dan tidak normal, disebut normal jika nilai $p > 0,05$ (Sugiyono, 2017). Analisis bivariat pada penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis menggunakan Kendal Tau-b karena membandingkan skala ukur ordinal dengan ordinal.

Rumus *Kendal Tau-b* :

Kendall's Tau B

$$t = \frac{2S}{n(n-1)}$$

Keterangan:

S : Selisih antara jumlah data yang besar dengan jumlah data yang lebih kecil

n : Jumlah data

Uji korelasi statistika non-parametrik dengan menggunakan uji Kendall's tau b yaitu untuk melihat hubungan data variabel dengan skala ordinal dengan data ordinal

Untuk mengetahui apakah hasil yang diperoleh bermakna, dengan melihat nilai probabilitasnya (Sig) $< 0,05$, maka dapat disimpulkan hubungan ke dua variabel sangat signifikan. Pada uji Kendall's tau b, tingkat keeratan hubungan di lihat dari nilai tau b.

Apabila nilai tau $b > 0.5$ maka menunjukkan tingkat keeratan antar hubungan.

Adapun tahapan dalam analisis bivariat, yaitu :

- a) Hubungan pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta
- b) Hubungan sikap dan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta.

Uji statistic yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *statistic Kendall Tau-b*.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada BAB ini peneliti menyajikan analisis hasil penelitian dan pembahasan tentang “Hubungan Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius Di RS Siloam Asri Jakarta”. Analisis ini meliputi univariat dan bivariat dalam bentuk tabulasi silang untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antar variabel independen dan variabel dependen. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 12 – 19 February 2019 dan kuisisioner disebarkan kepada responden berjumlah 82 orang perawat yang dipilih sesuai dengan kriteria inklusi. Dalam pembuatan laporan hasil penelitian dilakukan identifikasi dan analisis menggunakan perangkat lunak komputer, yaitu program SPSS versi 24.

A. Gambaran Umum Tentang Tempat Penelitian

RS Siloam Asri terletak di Jalan Duren Tiga No 20, Pancoran, Jakarta Selatan. Rumah Sakit ini berada dibawah naungan Siloam Hospitals Group, dengan kantor pusat yang terletak di Lippo Village Karawaci, Tangerang.

RS Siloam Asri didirikan sejak tahun 2007, dan telah diakuisisi oleh Siloam Group pada tahun 2015. RS Siloam Asri ini memiliki 5 lantai, yang terdiri dari 3 lantai untuk rawat inap, 1 lantai poliklinik rawat jalan, dan 1 lantai perkantoran. RS ini sangat unggul dalam pelayanan Urology dan *Kidney Transplant* .

B. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Data yang diolah berupa data dari variabel independen yaitu karakteristik perawat, pengetahuan perawat terhadap pemilahan sampah infeksius, sikap perawat dalam pemilahan sampah infeksius dan variabel dependen yaitu perilaku pemilahan sampah infeksius.

1. Analisis Univariat

Distribusi dalam penelitian ini menggambarkan distribusi variabel independen yaitu karakteristik perawat (Jenis Kelamin, Umur, pendidikan terakhir, lama bekerja), pengetahuan dan sikap. Variabel dependen yaitu perilaku pemilahan sampah infeksius.

a. Distribusi frekuensi berdasarkan Jenis Kelamin

Distribusi Proporsi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Responden di RS Siloam Asri Jakarta (n = 82).

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin Responden	n	Persentasi (%)
Perempuan	63	76.8
Laki-Laki	19	23.2
Total	82	100

(Sumber: data primer yang sudah diolah)

Hasil uji statistik tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perempuan, yaitu sebanyak 63 orang (76.8%) dan sebagian kecil adalah laki-laki, yaitu sebanyak 19 orang (23.2%).

Berdasarkan data dari HRD RS Siloam Asri, calon karyawan baru yang melamar sebagai perawat sebagian besar berjenis kelamin perempuan.

Asumsi peneliti, perawat perempuan dapat ditempatkan di semua unit perawatan dan perawat perempuan memiliki *mother instinc*. Sedangkan perawat laki-laki hanya dapat ditempatkan di unit – unit tertentu seperti kamar operasi, UGD dan ICU, karena di ruangan tersebut lebih banyak membutuhkan tenaga perawat laki – laki untuk memobilisasikan pasien.

b. Distribusi frekuensi berdasarkan umur

Distribusi Proporsi Responden Berdasarkan Usia Responden di RS Siloam Asri Jakarta (n = 82).

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Umur Responden	n	Persentasi (%)
< 26 Tahun	32	39
26-35 Tahun	41	50
>35 Tahun	9	11
Total	82	100

(Sumber: Data Primer yang sudah diolah)

Berdasarkan tabel 5.2 hasil uji statistic menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini, yaitu sebanyak 41 responden (50%) berusia 26-35 tahun, dan sebanyak 32 responden (39%) berusia <26 tahun, dan sebanyak 9 orang (11%).

Asumsi peneliti akan usia terbanyak adalah 26 – 35 tahun karena RS Siloam Asri Jakarta sudah berdiri selama 12 tahun (2007), dimana pada awal berdirinya RS banyak calon perawat yang melamar adalah lulusan D3 yang baru lulus dari pendidikan dan berusia 19-21 tahun. Sehingga pada saat penelitian umur perawat yang menjadi responden berkisar Antara 31-33 tahun.

c. Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan terakhir

Distribusi Proporsi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Responden di RS Siloam Asri Jakarta (n = 82)

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan Terakhir Responden	n	Persentasi (%)
D3	57	69.5
S1	25	30.5
<u>Total</u>	82	100

(Sumber: Data Primer yang sudah diolah)

Berdasarkan Tabel 5.3 hasil uji statistik tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini, yaitu sebanyak 57 responden (69.5%) memiliki pendidikan terakhir D3 dan sebanyak 25 responden (30.5%) memiliki pendidikan terakhir S1.

Asumsi peneliti dan berdasarkan data dari HRD RS Siloam Asri, sebagian besar perawat memiliki pendidikan D3 Keperawatan, hal ini dikarenakan pada awal berdirinya RS Siloam Asri masih banyak menerima perawat lulusan D3 dan jumlah pelamar terbanyak adalah D3 Keperawatan, dan sampai saat ini rumah sakit tersebut sudah melakukan pengembangan untuk menyekolahkan perawat, namun masih membutuhkan waktu karena perawat – perawat yang akan disekolahkan tersebut tetap harus melakukan pelayanan pada pasien. Sehingga tidak dapat dilakukan pengembangan secara bersama-sama namun dilakukan secara bertahap.

d. Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama bekerja

Distribusi Proporsi Responden Berdasarkan Lama Kerja Responden di RS Siloam Asri Jakarta (n = 82).

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Kerja

Lama Kerja Responden	n	Persentasi (%)
< 5 Tahun	35	42.7
5 – 10 Tahun	33	40.2
11 – 15 Tahun	10	12.2
>15 Tahun	4	4.9
Total	82	100

(Sumber: Data primer yang sudah diolah)

Berdasarkan Tabel 5.4 hasil uji statistik tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini, yaitu sebanyak 35 responden (42.7%) memiliki lama kerja kurang dari 5 tahun, sebanyak 33 responden (40.2%) memiliki lama kerja 5 sampai dengan 10 tahun, sebanyak 10 responden (12.2%) memiliki lama kerja 11 – 15 tahun, dan sebanyak 4 responden (4.9%) memiliki lama kerja >15 tahun.

Asumsi peneliti akan lamanya kerja perawat terbanyak adalah 5 – 10 tahun adalah adanya persaingan antara rumah sakit dilokasi tersebut dan adanya penerimaan pegawai negeri yang animo perawat untuk berpindah dari RS Siloam Asri dan menjadi pegawai negeri. Khususnya pada akhir tahun 2015 terjadi tingginya angka resign pada perawat yang mempunyai masa kerja > 10 tahun sehingga pada saat ini rumah sakit terus membenahi diri untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kesejahteraan karyawan.

e. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan di RS Siloam Asri Jakarta

Berikut ini merupakan gambaran distribusi frekuensi skor penilaian tentang pengetahuan mengenai pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta.

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan

Tingkat Pengetahuan	n	Persentasi (%)
Baik	56	68.3
Kurang	26	31.7
Total	82	100%

(Sumber: Data Primer yang sudah diolah)

Berdasarkan Tabel 5.5 dapat diketahui distribusi frekuensi menunjukkan hasil bahwa dari 82 responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 56 responden (68.3%), dan yang memiliki pengetahuan buruk sebanyak 26 responden (39.7%). Hal ini menunjukkan bahwa belum seluruh responden memiliki pengetahuan yang baik tentang pemilahan sampah infeksius, meskipun sudah pernah mendapatkan training tentang pencegahan dan pengendalian infeksi : pengelolaan sampah infeksius di RS Siloam Asri.

f. Gambaran Sikap Responden Dalam Pemilahan Sampah Infeksius di RS Siloam Asri

Berikut ini merupakan gambaran distribusi frekuensi skor penilaian tentang sikap responden mengenai pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta.

Tabel 5.6

Distribusi frekuensi responden berdasarkan sikap

Sikap Perawat	n	Persentasi (%)
Positif	80	97.6
Negatif	2	2.4
Total	82	100%

(Sumber: Data Primer yang sudah diolah)

Berdasarkan tabel 5.6 di atas dapat diketahui bahwa terdapat sebanyak 80 responden (97.6%) memiliki sikap yang positif terhadap pemilahan sampah infeksius dan sebanyak 2 responden (2.4%) memiliki sikap yang negative.

g. Distribusi Responden Menurut Perilaku Perawat dalam Pemilahan Sampah Infeksius Di RS Siloam Asri Jakarta

Berikut ini merupakan gambaran distribusi frekuensi skor penilaian tentang perilaku mengenai pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta.

Tabel 5.7

Distribusi frekuensi responden berdasarkan perilaku

Perilaku	n	Persentasi (%)
Perilaku Baik	47	57.3
Perilaku Buruk	35	42.7
Total	82	100%

(Sumber: Data Primer yang sudah diolah)

Berdasarkan Tabel 5.8 dapat diketahui distribusi frekuensi menunjukkan hasil bahwa dari 82 responden sebanyak 47 responden (57.3%) pada penelitian ini memiliki perilaku baik terhadap pemilahan sampah infeksius dan sebanyak 35 responden (42.7%) memiliki perilaku yang buruk dalam pemilahan sampah infeksius. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian responden memiliki perilaku yang buruk dalam pemilahan sampah infeksius, meskipun edukasi sudah diberikan, fasilitas lengkap tersedia, dan SOP dapat diakses oleh responden.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antarvariabel, yaitu variabel independen (pengetahuan dan sikap) dengan variabel dependen yaitu perilaku dalam pemilahan sampah infeksius. Berdasarkan hasil penelitian, Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius Di RS Siloam Asri Jakarta didapat:

a. Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius

Dari hasil kuesioner yang dibagikan kepada 82 responden dan hasil obeservasi langsung peneliti terhadap responden di RS Siloam Asri Jakarta dapat diketahui apakah ada hubungan pengetahuan terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius yang akan dijelaskan pada tabel.

Tabel 5.8

Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius

Pengetahuan	Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah				Total		Nilai P
	Perilaku Baik		Perilaku Buruk		n	%	
	n	%	n	%			
Baik	47	83.9	9	16.1	56	100	0.000
Kurang	0	0	26	100	26	100	
Total	47	57.3	35	42.7	82	100	

(Sumber: Data Primer yang sudah diolah)

Berdasarkan Tabel 5.8 menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan baik memiliki perilaku tentang pemilahan sampah infeksius yang baik sebanyak 83.9%, sedangkan perawat dengan pengetahuan kurang memiliki perilaku tentang pemilahan sampah infeksius yang buruk sebanyak 100%. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistic Kendall's Tau B didapatkan nilai signifikan (ρ) yaitu 0,000

yang menunjukkan bahwa nilai $\rho < 0.05$. Hal ini berarti terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta. Dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan yang baik juga memiliki perilaku yang baik pula dalam pemilahan sampah infeksius.

Selaras dengan penelitian Sudiharti (2016) di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tentang Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Perawat dalam Pembuangan Sampah Medis di Rumah Sakit, hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pembuangan sampah diperoleh correlation coefficient yaitu 0,373 dengan nilai Signifikan (ρ) yaitu 0,002 yang menunjukkan bahwa nilai $\rho < 0,05$. Hal ini berarti terdapat hubungan yang kuat dan positif antara tingkat pengetahuan tentang sampah dengan perilaku dalam membuang sampah medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Nilai r mempunyai makna bahwa pengetahuan memberikan kontribusi terhadap kejadian perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis sebesar 0,373 atau 37,3%.

Penelitian ini selaras dengan penelitian yang telah dilakukan Lailatul Fahriyah,dkk pada tahun 2016 di RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Kuala Kapuas yang dilakukan pada 158 responden, yang diambil menggunakan teknik simple random sampling yang dihitung menggunakan rumus Lemeshow uji hipotesis beda dua

proporsi. Analisis data secara univariat dan bivariat dengan uji Chi Square. Menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pemilahan dan pewadahan limbah medis padat di RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Kuala Kapuas dengan hasil uji statistik Chi-square didapatkan nilai ($p\text{-value}=0,0001$) $< 0,05$. Artinya H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan yang sangat signifikan antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pemilahan dan pewadahan limbah medis padat di RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Kuala Kapuas.

Tetapi penelitian ini tidak selaras dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Arles Sinaga pada tahun 2016 di RS Siloam Kebon Jeruk Hasil *Fisher's Exact Test* menunjukkan nilai $p = 0,238 > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan perawat terhadap kepatuhan pembuangan sampah medis di ICU dan ICCU Rs.Siloam Kebon Jeruk Jakarta Barat 2016. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR (*odds ratio*) = 0,289 artinya perawat yang memiliki tingkat pengetahuan baik lebih tidak patuh dalam pembuangan sampah medis dibandingkan dengan perawat yang memiliki tingkat pengetahuan kurang lebih patuh dalam pembuangan sampah medis.

Menurut Notoadmodjo (2014), pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai

pengetahuan tersebut sangat di pengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang di peroleh melalui indera pengelihatan (mata), indera pendengaran (telinga).

Asumsi peneliti, bahwa pengetahuan yang baik dari perawat dapat membuat perilaku dalam pemilahan sampah infeksius baik, hal ini pengetahuan tentang pemilahan sampah infeksius rutin diberikan setiap 1 tahun sekali dan adanya supervise dari tim PPIRS yang dilakukan setiap hari, walaupun bersifat random, sedangkan pengetahuan yang kurang baik membuat perilaku yang tidak baik dalam pemilahan sampah infeksius. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh tidak disiplinnya perawat pada jadwal edukasi yang sudah diatur, perawat cenderung ingin cepat selesai dan mengikuti edukasi setelah melakukan dinas (setelah selesai shift), sehingga perawat tidak konsentrasi pada materi yang disampaikan.

b. Hubungan Sikap Perawat Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius

Dari hasil kuesioner yang dibagikan kepada 82 responden dan observasi langsung peneliti terhadap responden di RS Siloam Asri dapat diketahui apakah ada hubungan sikap dan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius yang akan dijelaskan pada tabel.

Tabel 5.9
 Hubungan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan
 Sampah Infeksius

Sikap	Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah				Total		Nilai P
	Perilaku Buruk		Perilaku Baik		N	%	
	n	%	n	%			
Positif	47	58.8	33	41.3	80	97.6	0.146
Negatif	0	0.0	2	100	2	2.4	
Total	47	57.3	35	42.7	82	100	

(Sumber: Data Primer yang sudah diolah)

Berdasarkan Tabel 5.9 menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap positif memiliki perilaku yang baik sebesar 58.8%, sedangkan responden dengan sikap negative memiliki perilaku buruk sebesar 100%. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistic Kendall's Tau B didapatkan nilai signifikan (ρ) yaitu 0,146 yang menunjukkan bahwa nilai $\rho > 0.05$. Hal ini berarti tidak terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan perilaku pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta. Dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki sikap yang baik tidak selalu memiliki perilaku yang baik pula dalam pemilahan sampah infeksius.

Penelitian ini tidak selaras dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Arles Sinaga pada tahun 2016 di RS Siloam Kebon

Jeruk dengan hasil *Fisher's Exact Test* (ρ) 0,023 , yang menunjukkan bahwa nilai $\rho < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara sikap perawat terhadap pembuangan sampah medis di ICU dan ICCU Rs.Siloam Kebon Jeruk Jakarta Barat 2016. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR(odds\ ratio)= 7,467$ artinya perawat yang memiliki sikap negatif lebih tidak patuh dalam pembuangan sampah medis dibandingkan dengan perawat yang memiliki sikap positif lebih patuh dalam pembuangan sampah medis.

Penelitian ini juga tidak selaras dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Solikhah Sudhiharti pada tahun 2012 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang menunjukkan bahwa berdasarkan uji statistik diperoleh correlation coefficient yaitu 0,414 dengan nilai Signifikan (ρ) yaitu 0,000 yang menunjukkan bahwa nilai $\rho < 0,05$. Hal ini berarti terdapat hubungan yang kuat dan positif antara sikap dengan perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Nilai r mempunyai makna bahwa sikap memberikan kontribusi terhadap kejadian perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis sebesar 0,414 atau 41,4 %.

Hal ini dikarenakan berdasarkan penelitian lapangan perawat di RS Siloam Asri Jakarta kesadaran dalam hal pemilahan sampah masih kurang dan tidak ada dorongan kuat perawat untuk berperilaku positif. Dorongan tersebut seperti dari kepala ruangan ataupun perawat yang telah senior di ruangan tersebut untuk menegur apabila salah dalam peletakkan sampah infeksius. Hal tersebut dikarenakan kepala

ruangan atau perawat yang senior beranggapan bahwa itu bukan tanggung jawab mereka dan yang akan melakukan pemilahan adalah cleaning service. Sikap yang belum menjadi tindakan dalam perilaku bisa berubah dalam tindakannya. Di RS Siloam Asri Jakarta telah disediakan plastik sampah infeksius berwarna kuning dan plastik non infeksius berwarna hitam. Kenyataannya di dalam ruang perawatan sampah infeksius ada yang di masukkan ke dalam plastik berwarna hitam, begitu juga sebaliknya. Sebenarnya mereka mengetahui namun karena beberapa faktor seperti keyakinan bahwa akan dipilah kembali oleh cleaning service dan merasa bahwa itu bukan tanggung jawabnya, maka hal ini yang menyebabkan perawat memiliki sikap positif tetapi ada saja perilakunya yang negative terhadap pemilahan sampah infeksius.

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik). Dimana sikap belum tentu terwujud ke dalam tindakan. Sehingga dengan proses berpikir secara baik di dukung dengan pengetahuan yang baik akan menghasilkan sikap yang baik (positif). Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu

kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek; kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek; dan kecenderungan untuk bertindak (tend to behave). Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude), sehingga peranan pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting dalam menentukan sikap responden terhadap timbulnya dampak seperti penyakit dan pencemaran lingkungan akibat pengelolaan sampah medis yang kurang baik .
Azwar,Saifuddin (2016).

C. Keterbatasan Penelitian

Selama proses kegiatan penelitian, ada beberapa keterbatasan yang peneliti alami yaitu :

1. Keterbatasan kuesioner penelitian. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini merupakan kuesioner penelitian yang sudah digunakan oleh peneliti sebelumnya. Sehingga peneliti hanya terpaku dengan kuesioner yang sudah ada.
2. Kesibukan dari responden saat mengisi kuesioner. Kuesioner dibagikan pada responden bersamaan dengan operan shift, sehingga responden tidak dapat focus dalam pengisian kuesioner karena sambil berdinas

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini merupakan bagian akhir dari laporan penelitian yang berisi simpulan hasil pembahasan yang berkaitan dengan upaya menjawab tujuan dari hipotesis penelitian. Selain simpulaan, bab ini juga berisikan saran dari peneliti, terkait dengan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai “**Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius Di RS Siloam Asri Jakarta**”.

A. Simpulan

Peneliti telah melakukan penelitian yang berjudul **Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius**, dan penelitian ini dilakukan pada tanggal 12-19 Februari 2019 kepada 82 perawat di RS Siloam Asri Jakarta. Ada pun hasil penelitian yang didapat adalah sebagai berikut:

Hasil Analisis Univariat:

1. Pada tabel usia di ketahui bahwa dari 82 perawat sebagian besar memiliki umur 26-35 tahun yaitu sebanyak 41 (50%).
2. Pada tabel jenis kelamin di ketahui bahwa dari 82 perawat sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 63 (76.8%)
3. Pada tabel pendidikan terakhir di ketahui bahwa dari 82 perawat sebagian besar perawat memiliki pendidikan terakhir D3 yaitu sebanyak 57 (69.5%).

4. Pada tabel lama bekerja didapatkan bahwa dari 82 perawat sebagian besar perawat memiliki pengalaman lama bekerja <5tahun yaitu sebanyak 35 (42.7%).
5. Pada tabel pengetahuan diketahui bahwa dari 82 perawat sebagian besar perawat memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 56 (68.3%), dan perawat dengan pengetahuan kurang sebanyak 26 (31.7%) .
6. Pada tabel sikap diketahui bahwa dari 82 perawat sebagian besar perawat memiliki sikap yang positif yaitu sebanyak 80 (96.97.6%), dan perawat yang memiliki sikap negative yaitu sebanyak 2 (2.4%).
7. Pada tabel perilaku diketahui bahwa dari 82 perawat, sebagian besar perawat memiliki perilaku baik terhadap pemilahan sampah infeksius yaitu sebanyak 47 (57.3%) sedangkan perawat yang memiliki perilaku buruk sebanyak 35 (42.7%).

Hasil Analisis Bivariat:

1. Ada hubungan antara Pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0.05$).
2. Tidak ada hubungan antara Sikap dengan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius di RS Siloam Asri Jakarta dengan nilai $p = 0,146$ ($p > 0.05$).

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit Siloam Asri

Disarankan agar semakin meningkatkan pengetahuan bagi seluruh perawat dalam hal pemilahan sampah di RS. Dengan mengadakan training khusus PPI dengan mendatangkan nara sumber yang berpengalaman. Karena sesuai dengan SNARS edisi 1 pengelolaan sampah RS dimulai sejak pemilahan sampah sesuai dengan jenisnya. Dan pemberian punishmen jika dalam supervise masih ditemukan perawat yang memiliki perilaku buruk dalam pemilahan sampah infeksius

2. Bagi Seluruh Perawat di RS Siloam Asri Jakarta

Disarankan kepada perawat untuk tetap meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku dalam pemilahan sampah infeksius, karena pengelolaan sampah infeksius yang tepat di RS dapat mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang diakibatkan dari sampah infeksius benda tajam yang tercecer dan dapat mencegah terjangkitnya infeksi yang diakibatkan dari sampah infeksius.

3. Bagi STIK Sint Carolus

Dapat menjadi referensi tambahan dalam mempersiapkan mahasiswa keperawatan dan kebidanan sebelum praktek dilapangan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit khususnya dalam pengelolaan sampah infeksius.

4. Bagi Penelitian Selanjutnya

Untuk penelitian selanjutnya diharapkan lebih lagi mengali tentang hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius. Diharapkan selain variabel pengetahuan, sikap dan perilaku dapat ditambahkan pula dengan variabel tingkat pendidikan, lama bekerja dan motivasi untuk lebih akurat dalam mengetahui perilaku pemilahan sampah infeksius.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, S. (2016). *Sikap Manusi Dan Teori Pengukurannya Edisi ke 2*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Back, D. F. (2012). *Nursing Reasearch : Generating And Assessing Evidence For Nursing Practice*. United States: Wolter Kluwer Health.
- Notoadmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sugiyono, D. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Susilo, W. (2013). *Prinsip-Prinsip Biostatistika Dan Aplikasi SPSS Pada Ilmu Keperawatan*. Jakarta: In Media.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Depkes RI. 2004. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1204/Menkes/Sk/X/2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes
- Depkes RI. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/menkes/sk/ii/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Depkes RI
- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Dengan Perdalin RS Prof. Dr. Sulianti Saroso. (2008). *Pedoman Managerial Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit Dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. Jakarta: Perdalin.

- Kemenkes RI. (2017). *Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 382/Menkes/SK/III/2007. (2007). *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit Dan Fasilitas Kesehatan Lainnya*. Kepmekes RI.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 12 Tahun 1995. (1995). *Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya*. Jakarta: Balai Pustaka.
- World Health Organization. (2008). *Strategi Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Untuk Prosedur Khusus Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Janewa: WHO.
- Fahriyah, H. (2016). Pengetahuan Dan Sikap Dengan Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Dan Pewadahan Limbah Medis Padat. *Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia, Vol 3 No 3*.
- Harahap. (2017). *Gambaran Perilaku Perawat Dalam Membuang Limbah Medis di Rumah Sakit Bhayangkara TK II Medan*.
- Kemenkes RI. (2017). *Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 382/Menkes/SK/III/2007. (2007). *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit Dan Fasilitas Kesehatan Lainnya*. Kepmekes RI.
- Khairunisa, P. &. (2015). Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Ketersediaan Fasilitas Dengan Praktik Petugas Pengumpul Limbah Medis Di RSUD Cut

Meutia Kabupaten Aceh Utara. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Universitas Malikussaleh*.

Kusuma. (2017). Pengelolaan Limbah Cair Di Rumah Sakit Secara Sonochemical. *Jurnal Litbang Industri. Vol 7. No 1*.

Octavia. (2016). Tesis : Analisa Kemampuan Perawat Dalam Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit Umum Mitra Medika Medan.

Peraturan Menteri Kesehatan No 12 Tahun 2012. (2012). *Tentang Akreditasi Rumah Sakit*.

Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Dan Kehutanan No.56 Tahun 2015. (2016). *Tentang Cara Bahan Berbahaya Dan Beracun Dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan*.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 12 Tahun 1995. (1995). *Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya*. Jakarta: Balai Pustaka.

Sinaga. (2016). Faktor-faktro Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Terhadap Pembuangan Sampah Medis Di Ruang ICU Dan ICCU Rumah Sakit Siloam Kebon Jeruk Jakarta Barat.

Lampiran 1

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. IDENTITAS PRIBADI:

Nama : Veronika Problema Septi Indriyani
Tempat dan Tanggal Lahir : Klaten, 26 September 1986
Alamat Rumah : Komplek Asrama Brimob RT 01/RW 02 No. 36
Kel. Pejaten Barat, Kec. Pasar Minggu, Jakarta Selatan.
Agama : Katholik

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN No.01 Menden, Klaten : (Tahun 1992-1998)
2. SMP St. Maria Assumpta, Klaten : Tahun 1998-2001)
3. SMUN 1 Karangnongko, Klaten, Jawa Tengah : (Tahun 2001-2004)
4. Akper St. Elisabeth Semarang, Jawa Tengah : (Tahun 2004-2007)
5. STIK Sint Carolus, Jakarta : Tahun 2017- Sekarang)

C. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Tahun 2007 – 2012 Pernah bekerja di RS Pondok Indah Puri Indah Jakarta Barat di *Intensive Care Unit (ICU)*.
2. Tahun 2013 – Saat ini bekerja di RS Umum Siloam Asri Jakarta Selatan, sebagai *Infection Prevention Control Nurse (IPCN)*.

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini telah diminta untuk berperan serta sebagai responden dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius Di RS Siloam Asri Jakarta” yang dilakukan oleh peneliti.

Saya sudah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan penelitian ini yaitu sebagai bahan acuan perawat dalam meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien dan mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang diakibatkan dari pemilahan sampah infeksius yang tidak sesuai dengan SOP yang berlaku di RS. Penelitian ini tidak merugikan saya, dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan semua jawaban yang saya berikan hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan. Saya boleh menghentikan memberikan jawaban dan informasi tentang diri saya sewaktu-waktu.

Secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta, February 2019

tanda tangan responden

(Nama: _____)

Lampiran 2

**KUESIONER PENELITIAN HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN
SIKAP TERHADAP PERILAKU PERAWAT DALAM PEMILAHAN
SAMPAH INFEKSIUS DI RUMAH SAKIT
SILOAM ASRI
JAKARTA**

Dengan Hormat

Dengan ini saya sampaikan bahwa saya Veronika Problema SI Mahasiswa sarjana keperawatan di STIK Sint Carolus Jakarta yang sedang menyelesaikan tugas akhir skripsi dengan melakukan penelitian tentang “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius Di Rumah Sakit Siloam Asri Jakarta”.

Sehubungan dengan hal tersebut mohon kesediaan saudara untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian saya. Saya sangat mengharapkan kerja sama dari saudara untuk mengisi kuesioner dengan sejujurnya. Jawaban Saudara akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi keberadaan dan proses pelayanan rumah sakit ini.

Atas partisipasinya dan kerja sama saudara saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya

Veronika Problema SI

Lampiran 4

Kuesioner ini hanya untuk keperluan penelitian sehingga jawaban yang saudara/i berikan tidak akan berpengaruh terhadap penilaian kinerja saudara/i. Oleh sebab itu, mohon kiranya dapat diisi dengan lengkap dan sejujur-jujurnya.

Petunjuk Pengisian

Mohon dijawab sesuai dengan pendapat Saudara ,dengan cara mengisi jawaban pada titik- titik dan memberi tanda contreng (V) pada kotak jawaban yang tersedia.

A. Karakteristik Responden

- Umur Responden : tahun
- Jenis Kelamin : Perempuan Laki-laki
- Pendidikan Terakhir : DIII S1
- Lama Kerja : tahun

B. Pengetahuan Tentang Pembuangan Sampah Medis

1. Apa yang disebut dengan sampah medis ?
 - a. Sampah yang berasal dari luar Rumah Sakit
 - b. Seluruh sampah yang berasal dari Rumah Sakit
 - c. Sampah yang berasal dari unit pelayanan medis yang ada di Rumah Sakit

2. Apa yang termasuk dalam sampah medis?
 - a. Kertas, diapers bekas, pembungkus makanan, dan sisa makanan
 - b. Kassa, jarum suntik, spuit, botol infus, dan ampul
 - c. Pembungkus makanan, bungkus obat, kassa, plester dan masker bekas

3. Sumber penghasil sampah medis di Rumah sakit ?
 - a. Instalasi gizi/dapur, kantor/administrasi,kamar operasi dan halaman

- b. Unit rawat inap, unit gawat darurat, ICU
 - c. Kantin, halaman dan unit pelayanan medis
4. Bagaimana alur atau tahapan pengelolaan sampah medis?
- a. Pengumpulan, pengangkutan, penampungan sementara dan pemusnahan
 - b. Pemisahan, pengumpulan, penampungan sementara, pengangkutan dan pemusnahan
 - c. Pengumpulan, penampungan sementara, pemisahan, pengangkutan dan pemusnahan
5. Apa yang dimaksud dengan pemisahan sampah infeksius?
- a. Membuang sampah yang berasal dari rumah sakit ke dalam tempat sampah non infeksius
 - b. Membedakan sampah sesuai dengan jenis sampah sebelum dibuang ke dalam tempat sampah infeksius
 - c. Membuang sampah pada tempat sampah yang tidak sesuai dengan kategori sampah
6. Apa yang dimaksud dengan pengumpulan sampah infeksius ?
- a. Pengumpulan yang dilakukan saat membuang sampah infeksius ke dalam tempat sampah infeksius
 - b. Mengumpulkan sampah infeksius pada kantong plastik pengumpul sampah
 - c. Membuang sampah yang dihasilkan RS langsung ke TPS
7. Apa warna kantong pelapis untuk sampah non infeksius?
- a. Merah
 - b. Kuning
 - c. Hitam
8. Apa manfaat penggunaan kantong pelapis plastik pada tempat sampah?
- a. Agar tidak menimbulkan bau
 - b. Agar tempat sampah tidak bocor
 - c. Memudahkan pengangkutan dan memiliki makna membedakan berdasar kategori sampah
9. Pengaruh apa yang akan terjadi pada rumah sakit apa bila perawat atau petugas medis membuang sampah sembarangan?
- a. Keadaan lingkungan rumah sakit yang tidak saniter akan menurunkan hasrat pasien berobat di rumah sakit tersebut.

- b. Adanya partikel debu yang beterbangan akan mengganggu pernapasan, menimbulkan pencemaran udara.
 - c. Kecelakaan pada pekerja atau masyarakat akibat tercecernya jarum suntik dan bahan tajam lainnya
10. Sampah infeksius Patologi dan anatomi sebaiknya dibuang pada kantong atau kontener warna?
- a. Merah
 - b. Kuning
 - c. Hitam

C. Sikap tentang pembuangan sampah medis

Petunjuk:

Dibawah ini ada pernyataan-pernyataan yang berhubungan dengan sikap tentang pembuangan limbah medis. Beritanda silang (X) pada jawaban yang paling sesuai dengan pendapat anda. Jawaban tidak harus sama dengan orang lain, karena setiap orang mempunyai kebebasan untuk memilih sesuai dengan pendapatnya. Pilihan jawaban:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1.	Sampah medis yang berasal dari perawatan luka dan suntikan insulin yang dilakukan di rumah, tidak terlalu berbahaya bagi kesehatan dan lingkungan.				
2.	Pemilahan sampah harus dilakukan mulai dari sumber yang menghasilkan limbah.				
3.	Sampah medis harus dikumpulkan dalam satu wadah dengan memperhatikan terkontaminasi atau tidaknya.				

4.	Wadah sampah medis harus anti bocor, anti tusuk dan tidak mudah untuk dibuka sehingga orang yang tidak berkepentingan tidak dapat membukanya.				
5.	Jarum dan <i>syringes</i> yang sudah digunakan harus dipisahkan ketika memasukkan ke wadah pembuangan sampah medis yang telah ditentukan				
6.	Pewadahan sampah medis harus memenuhi persyaratan dengan penggunaan wadah dan label yang telah ditentukan untuk masing-masing jenis dari limbah padat tersebut.				
7.	Pengumpulan sampah medis dari sumber-sumbernya harus dilaksanakan secara rutin dan teratur.				
8.	Sampah medis dan limbah umum atau domestik boleh dicampur.				
9.	Jika sampah medis dan limbah umum tercampur, maka keseluruhan campuran tersebut diperlakukan sebagai limbah umum yang tidak berbahaya.				
10.	Agar sampah medis tidak menimbulkan pencemaran lingkungan dan efek yang merugikan kesehatan manusia maka pemilahan sampah medis sangat diperlukan.				
11.	Sampah medis harus dipastikan telah menjalani proses pemilahan yang tepat dan dikemas secara aman, terutama limbah benda tajam yang harus dikemas dalam wadah kuat dan tahan tusukan.				
12.	Sampah medis dapat menimbulkan bahaya/resiko bagi kesehatan dan lingkungan sehingga sampah medis tersebut harus dibuang pada wadah dan label yang telah ditentukan.				
13.	Kontainer yang berisi sampah harus selalu dalam keadaan tertutup dan penempatannya tidak boleh dekat dengan jangkauan pasien atau tempat penyiapan makanan.				

14.	Jika terjadi kekeliruan dalam pembuangan sampah medis, tindakan seperti mengeluarkan sampah medis yang ada dalam sebuah kantong atau kontainer atau memasukkan sebuah kantong ke kantong yang lain dengan warna yang berbeda, boleh dilakukan				
15.	Sampah medis tidak boleh dibuang pada lokasi pembuangan terbuka karena dapat memperbesar resiko penularan penyakit, dan membuka akses bagi pemulung dan binatang.				

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SINT CAROLUS
PROGRAM S1 KEPERAWATAN**

Laporan Penelitian

Maret 2019

Veronika Problema

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP PERILAKU
PERAWAT DALAM PEMILAHAN SAMPAH INFEKSIUS DI RS SILOAM
ASRI JAKARTA**

Xi+VI Bab, 89 Halaman, 11 Tabel, 1 Skema 11 Lampiran

ABSTRAK

Pemilahan dan pewadahan sampah infeksius dimulai dari sumber yang menghasilkan sampah infeksius yaitu unit rawat inap, rawat jalan, UGD, OT, ICU yang dilakukan oleh perawat. Di RS Siloam Asri Jakarta terdapat masalah perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menjelaskan hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Populasi penelitian adalah seluruh perawat tahun 2018 di RS Siloam Asri Jakarta yang diambil menggunakan teknik total sampling. Sampel penelitian ini berjumlah 82 responden . Analisis data secara univariat dan bivariat dengan uji Kendal Tau b. Hasil analisa univariat diperoleh responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 56 (68.3%), memiliki sikap yang positif sebanyak 80 (97.6%), dan yang memiliki perilaku yang baik sebanyak 47 (18%). Hasil analisa bivariat menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius (p -value=0,000), dan tidak ada hubungan antara sikap dengan perilaku perawat dalam pemilahan sampah infeksius (p -value=0,146). Kesimpulan bahwa pemilahan sampah infeksius berhubungan dengan pengetahuan dengan perilaku perawat.

Daftar Pustaka : 22 buku, 15 jurnal (2010 – 2018)

Kata Kunci : Pemilahan , Sampah infeksius, perawat

**SINT CAROLUS SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
BACHELOR NURSING PROGRAM**

Research Report

March 2019

Veronika Problema

**RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARD
NURSE BEHAVIOR IN SORTING INFECTION IN GARBAGE AT SILOAM
ASRI HOSPITAL, JAKARTA**

xi+ VI Chapter, 89 Pages, 11 Tables, 1 Schemes, 11 Appendices

ABSTRACT

Sorting and infectious waste collection starts from sources that produce infectious waste, namely inpatient, outpatient, emergency room, OT, ICU units performed by nurses. In Siloam Asri Hospital, Jakarta, there are nurses' behavior problems in the collection of infectious waste. The general objective of this study is to explain the relationship between knowledge and attitudes with nurse behavior in the collection of infectious waste. This research is a quantitative study using a cross sectional approach. The study population was all nurses in 2018 in Siloam Asri Hospital Jakarta who were taken using total sampling techniques. The sample of this study amounted to 82 respondents. Analysis of data by univariate and bivariate by *Kendall Tau b*. Univariate analysis results obtained by respondents who have good knowledge as much as 56 (68.3%), have a positive attitude as much as 80 (97.6%), and who have good students as much as 47 (18%). The results of bivariate analysis showed that there was a relationship between knowledge and nurse behavior in infectious waste sorting (p-value = 0,000), and there was no correlation between attitudes and nurse behavior in infectious waste sorting (p-value = 0.146). The conclusion that infectious waste sorting is related to knowledge with nurse behavior.

Bibliography: 22 books, 15 journals (2010 - 2018)

Keywords: Sorting, infectious garbage, nurses

HALAMAN PERSYARATAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Veronika Problema Septi Indriyani

NIM : 2017120452

Program Studi : S1 Keperawatan

Menyatakan bahwa penelitian ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan duplikasi dari hasil karya orang lain.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang di berikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, Maret 2019



(Veronika Problema SI)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

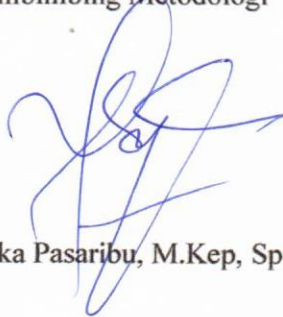
**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP
PERILAKU PERAWAT DALAM PEMILAHAN
SAMPAH INFEKSIUS DI RUMAH SAKIT
SILOAM ASRI
JAKARTA**

Penelitian

Telah disetujui dan diuji dihadapan tim penguji Laporan Penelitian
Program S1 B Keperawatan Sint Carolus

Jakarta, Maret 2019

Pembimbing Metodologi



(Ns. Jesika Pasaribu, M.Kep, Sp.J)

Pembimbing Materi



(Enna Rossalina Sihombing, SKp. M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator M.K Riset Keperawatan



(E. Sri Indiyah Supriyanti, SKp.,MKes)

LEMBAR PENGESAHAN

PANITIA SIDANG

UJIAN PENELITIAN KEPERAWATAN

PROGRAM S1 KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SINT CAROLUS

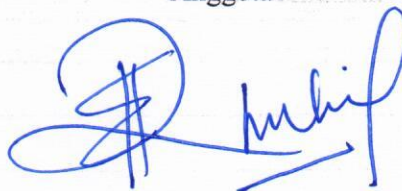
Jakarta, Maret 2019

Ketua



(Kristina Lisum, SKp, MSN)

Anggota



(Enna Rossalina Sihombing, SKp. M.Kep)

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN

PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sint

Carolus:

Nama : Veronika Problema Septi Indriyani

NIM : 201712052

Jenis Karya : Skripsi

Demi pembangunan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sint Carolus Hak Bebas Royalti Noneklusif atau skripsi saya yang berjudul:

Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius Di Rumah Sakit Siloam Asri Jakarta.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan demikian saya memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sint Carolus hak untuk menyimpan, mengalih mediakan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data, mendistribusikan secara terbatas, dan mempublikasikannya di media internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya maupun memberikan royalti kepada saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Jakarta

Pada tanggal 12 Maret 2019

Yang menyatakan



Veronika Problema

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas berkat dan karuniaNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tugas proposal penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Perawat Dalam Pemilahan Sampah Infeksius Paska Di RS Siloam Asri Jakarta” tepat pada waktunya.

Penyusunan penelitian ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan. Dalam penyusunan laporan penelitian ini, peneliti banyak menemukan kendala dan hambatan. Berkat dukungan banyak pihak, peneliti dapat menyelesaikannya. Tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, peneliti tidak dapat menyelesaikan laporan penelitian ini. Oleh karena itu dengan penuh kerendahan hati dan sukacita, peneliti menyampaikan rasa terima kasih yang tulus kepada:

1. Emiliana Tarigan, SKp., MKes, selaku ketua STIK Sint Carolus Jakarta.
2. Dr. Gerald Parulian, MARS, selaku CEO RS Siloam Asri Jakarta.
3. Prof. dr. Hadiarto Mangunegoro, SpP (K), FCCP, selaku direktur RS Siloam Asri Jakarta.
4. Ns. Elisabeth Isti Daryati, SKep., MSN, selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIK Sint Carolus Jakarta.
5. Onne Myrna, selaku Infection Control Coordinator Siloam Hospital Group, yang telah memberikan dukungan dan kesempatan kepada peneliti untuk terus belajar.
6. Ns. Siti Jaenab, SKep, selaku Head Department of Nursing RS Siloam Asri Jakarta
7. Ns. Sondang R Sianturi, SKep., MSN, selaku koordinator mata kuliah Metodologi Riset Keperawatan.
8. Enna Rossalina Sihombing, SKep. M.Kep., selaku pembimbing materi yang telah banyak membantu peneliti dan meluangkan waktu selama peneliti konsultasi, memberi banyak masukan juga memberi semangat kepada peneliti.
9. Ns. Jesika Pasaribu, M.Kep, Sp.J., selaku pembimbing metodologi penelitian yang telah banyak memberikan masukan dan dukungan juga semangat selama peneliti menyusun proposal penelitian ini.
10. Kristina Lisum, SKp, MSN, selaku penguji materi yang telah meluangkan waktu untuk menguji.
11. Dra. Adelina Lebuhan selaku pembimbing akademik yang telah memberikan dukungan kepada peneliti.

12. FX. Tito Purnawan, selaku suami peneliti , yang selalu memberikan dukungan moril maupun spiritual kepada peneliti.
13. Kedua orang tua peneliti, bapak Paulus Suwarno dan ibu Valentina Sih Wiryani, yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan kepada peneliti.
14. Staf pengajar dan karyawan perpustakaan STIK Sint Carolus yang telah membantu dalam pencarian referensi dalam penyusunan proposal penelitian ini.
15. Teman – teman perawat di RS Siloam Asri yang telah memberikan tempat pada peneliti untuk melakukan penelitian.
16. Rekan-rekan seperjuangan satu angkatan prodi S1 Keperawatan jalur B kelas A angkatan 2017 yang memberi dukungan serta canda dan tawa sehingga penulis semangat.
17. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang banyak memberikan bantuan serta dukungan bahkan terlibat langsung dalam proses penyusunan proposal penelitian ini.

Meskipun demikian, peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih belum sempurna. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi kebaikan dan kesempurnaan penelitian ini. Penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya bagi profesi keperawatan.

Jakarta, Maret 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	8
E. Ruang Lingkup penelitian	9
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Limbah Infeksius	10
B. Perilaku	24
1. Pengertian Perilaku.....	24
2. Klasifikasi Perilaku	25
3. Domain Perilaku.....	25
4. Asumsi Determinan Perilaku.....	28
5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku	31
6. Perilaku Perawat Dalam Pembuangan Sampah Infeksius	35
C. Penelitian Terkait	46
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konsep	51
B. Hipotesis	52
C. Definisi Operasional	53
BAB IV METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN	
A. Desain penelitian	60
B. Populasi dan Sampel Penelitian	61
C. Tempat dan Waktu Penelitian	61
D. Etika Penelitian	62
E. Alat Pengumpulan Data	63
F. Mekanisme Pengumpulan Data	65
G. Tehnik Analisa Data	66

BAB V	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	A. Gambaran Umum Tentang Tempat Penelitian.....	75
	B. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	76
	C. Keterbatasan Penelitian.....	91
BAB VI	SIMPULAN DAN SARAN	
	A. Simpulan	92
	B. Saran.....	94
	DAFTAR PUSTAKA	
	LAMPIRAN	

DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Riwayat Hidup
- Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 Kuisisioner Penelitian
- Lampiran 5 Hasil Uji Validitas dan Reabilitas
- Lampiran 6 Hasil Uji Univariat dan Bivariat
- Lampiran 7 Surat Ijin Uji Validitas
- Lampiran 8 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 9 Surat Balasan Ijin Penelitian
- Lampiran 10 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 11 Lembar Konsultasi