

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sampai dengan tahun 2011, Indonesia memiliki 9.321 unit puskesmas, 3.025 unit pukesmas rawat inap dan sebanyak 6.296 puskesmas non rawat inap. Di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta sendiri terdapat 121 puskesmas yang tersebar di 5 kabupaten/kota, dengan rinciannya yaitu sebanyak 21 puskesmas di Kulon Progo, 27 Puskesmas di Bantul, 30 unit puskesmas di Gunung Kidul, 25 puskesmas di Sleman dan sebanyak 18 puskesmas di wilayah Kota Yogyakarta (Rifaskes, 2011). Pesatnya perkembangan industri pelayanan kesehatan juga turut serta meningkatkan kontribusi yang berarti dalam menghasilkan limbah.

Limbah yang dihasilkan dari kegiatan di puskesmas dapat berupa limbah medis padat, non medis padat, cair maupun gas. Limbah medis padat adalah limbah padat yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi, limbah sitotoksik, limbah kimiawi, limbah radioaktif, limbah container bertekanan tinggi dan limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi. Limbah non medis padat adalah limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan non medis, misalnya limbah makanan yang dihasilkan dari dapur. Limbah cair adalah semua hasil pembuangan yang berbentuk cair termasuk tinja yang berasal dari puskesmas yang mengandung mikroorganisme atau zat yang berbahaya bagi kesehatan.

Sedangkan limbah gas misalnya limbah yang berasal dari pembakaran di puskesmas seperti insinerator dan pembuatan obat sitotoksik (Wulansari,2015). Zat-zat tersebut dapat meningkatkan resiko terjadinya penularan penyakit maupun infeksi seperti penyakit AIDS akibat virus HIV, penyakit Hepatitis B, Tuberkulosis dan penyakit menular lainnya. Tenaga kesehatan seperti dokter, ahli gizi, dan terutama perawat merupakan kelompok yang memiliki resiko tinggi terkena infeksi akibat limbah medis, seperti cedera akibat jarum suntik. Pihak lain seperti tenaga kesehatan lain di puskesmas dan pelaksana pengelola limbah medis diluar puskesmas juga beresiko atas kejadian infeksi.

Pada tahun 2000 tercatat angka kejadian infeksi akibat tusukan jarum yang telah terkontaminasi mikroba maupun virus. Hal tersebut diperkirakan menyebabkan pasien terinfeksi virus Hepatitis B sebanyak 21 juta (32 % dari jumlah infeksi baru), pasien terinfeksi virus Hepatitis C sebanyak 2 juta (40% dari jumlah infeksi baru) dan pasien terinfeksi HIV sebanyak 260 ribu (5% dari jumlah infeksi baru) (WHO, 2003)

Berdasarkan PERMENKES No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, infeksi merupakan suatu kondisi yang disebabkan oleh patogen atau mikroorganisme yang disertai ataupun tanpa gejala klinik. Infeksi sendiri terdapat dua macam, yakni infeksi yang didapat dari masyarakat (*Community Acquired Infection*) dan infeksi yang didapat dari rumah sakit (*Healthcare-Associated Infections /HAI's*). Infeksi yang didapat dari rumah sakit atau HAI's dahulu disebut

sebagai infeksi nosokomial (*Hospital Acquired Infection*). Saat ini penyebutannya diubah menjadi (*Healthcare-Associated Infections /HAI's*) agar pengertiannya menjadi lebih luas, karena infeksi tidak hanya diakibatkan oleh pelayanan di rumah sakit saja namun juga di fasilitas kesehatan lain. Infeksi tidak terbatas hanya terjadi kepada pasien, namun juga petugas kesehatan ataupun pengunjung yang tertular saat berada dalam lingkungan fasilitas kesehatan (Promkes, 2018). HAI di rumah sakit di seluruh dunia mencapai 9% atau kurang lebih 1,40 juta pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial. (Kurniawati, dkk. 2015)

Data yang didapatkan dari penelitian, menunjukkan 38-73% dari total petugas kesehatan mengalami luka akibat tusukan jarum dan benda tajam pada beberapa rumah sakit di Indonesia (Nilamsari, 2016). 74% responden yang berasal dari salah satu rumah sakit di Jawa barat mengaku mengalami cedera benda tajam, 32,8% diantaranya akibat tusukan jarum suntik, 24,5% akibat goresan pecahan ampul, dan 3,3 % teriris oleh pisau (Priambodo, 2014). Penelitian di Pakistan mengatakan bahwa kasus infeksi yang terjadi akibat penggunaan jarum suntik lebih dari 10% pada perawat (Manzoor, 2010).

Kewaspadaan standar adalah tonggak yang harus selalu diterapkan di semua fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman bagi semua pasien dan mengurangi risiko infeksi lebih lanjut. Kewaspadaan Standar meliputi kebersihan tangan dan penggunaan APD untuk menghindari kontak langsung dengan darah, cairan tubuh, sekret

(termasuk sekret pernapasan) dan kulit pasien yang terluka. Disamping itu juga mencakup: pencegahan luka akibat benda tajam dan jarum suntik, pengelolaan limbah yang aman, pembersihan, desinfeksi dan sterilisasi linen dan peralatan perawatan pasien. (Kemenkes, 2013). Petugas kesehatan penting untuk menerapkan kebijakan kewaspadaan standar ini untuk mencegah transmisi dan menurunkan angka kejadian infeksi di fasilitas kesehatan.

Saat ini, pengelolaan limbah medis perlu mendapat perhatian yang serius seiring dengan peningkatan jumlah puskesmas, ataupun industri kesehatan yang lain. Berdasarkan Depkes RI Tahun 1997, menunjukkan produksi limbah domestik sebesar 76,8 persen dan berupa limbah infeksius sebesar 23,2 persen. Diperkirakan secara nasional produksi limbah rumah sakit sebesar 376.089 ton per hari dan produksi air limbah sebesar 48.985,70 ton per hari. Gambaran tersebut dapat dibayangkan betapa besar potensi rumah sakit untuk mencemari lingkungan dan kemungkinan menimbulkan kecelakaan serta penularan penyakit (Depkes, Pedoman Teknis Pengelolaan Limbah Klinis, Desinfeksi dan Sterilisasi di Rumah Sakit, 1997)

Pada laporan akhir Riset Fasilitas Kesehatan 2011 menyatakan bahwa secara nasional terdapat 71,7 % puskesmas di Indonesia memiliki sarana air bersih, 44,5% Puskesmas telah memiliki saluran pembuangan limbah tertutup dan 64,5% puskesmas telah memiliki pengolahan limbah medis dan non medis. Hanya 26,8 yang memiliki insinerator, sedangkan

73,2 % tidak memiliki fasilitas tersebut sehingga masih tergolong memiliki fasilitas kesehatan yang buruk (Rifaskes, 2011).

Berdasarkan data dari penelitian sebelumnya yang dilakukan Manila dkk tahun 2017, produksi limbah puskesmas di Kabupaten Bantul mencapai 71% dari total produksi limbah medis yang dihasilkan sejak tahun 2009. Jumlah limbah yang dihasilkan pun cenderung meningkat setiap tahunnya. Tenaga Sanitarian yang bertanggung jawab untuk mengelola kebersihan dan kesehatan lingkungan serta pengelolaan limbah medis dan non medis pun jumlahnya masih sangat terbatas di Kabupaten Bantul. Total sanitarian yang ada di Kabupaten Bantul berjumlah 60 orang, dimana rata-rata puskesmas hanya memiliki seorang sanitarian. Berdasarkan fakta di atas dapat diketahui bahwa seorang sanitarian memiliki beban berganda, dimana seharusnya dalam pelaksanaannya harus didukung oleh tenaga kesehatan maupun staff lain yang sudah memiliki pengetahuan dasar tentang pengelolaan limbah medis. Penelitian ini juga mengungkapkan bahwa sebagian besar tenaga medis masih belum mendapat pelatihan yang cukup dalam hal pengelolaan limbah medis yang benar (Manila, 2017).

Pengetahuan menjadi dasar keberhasilan pengelolaan limbah medis di puskesmas, oleh karena itu hal tersebut merupakan poin yang sangat penting yang harus dikuasai oleh tenaga kesehatan. Meskipun telah terdapat petugas pengelola limbah medis, dokter, perawat, ahli gizi, maupun tenaga kesehatan lainnya memiliki peran dan kewajiban yang sama dalam menguasai dasar-dasar pembuangan limbah medis. Di seluruh puskesmas

wilayah provinsi DIY sendiri sudah memiliki tenaga dokter (100%) dengan jumlah rata-rata 3,1 per puskesmas, untuk keberadaan Dokter Gigi, hampir seluruh puskesmas (98,3%) memiliki sekitar 1,6 dokter gigi per puskesmas. Deskripsi keberadaan Perawat menunjukkan bahwa 100 persen puskesmas di Provinsi DIY telah memiliki rata-rata 7,6 perawat per puskesmas. Dari data yang diperoleh dapat diketahui bahwa perawat memiliki porsi yang cukup besar dalam bergeraknya kegiatan di Puskesmas (Rifaskes, 2011)

Penelitian serupa yang telah dilakukan oleh Harahap (2011) menyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara edukasi dengan metode ceramah terhadap pengetahuan dan sikap perawat. Perawat menjadi objek dalam penelitian tersebut karena peranannya yang cukup penting dalam pengelolaan limbah medis di puskesmas.

Rasulullah SAW bersabda,

تَعْلَمُوا أَوْ عَلِّمُوا تَوَاضَعُوا لِمُعَلِّمِكُمْ وَلْيَلِوْا لِمُعَلِّمِكُمْ (رَوَاهُ الطَّبْرَانِيُّ)

Artinya, "Belajarlah kamu semua, dan mengajarlah kamu semua, dan hormatilah guru-gurumu, serta berlaku baiklah terhadap orang yang mengajarkanmu." (HR Tabrani).

Menurut ayat tersebut, kita sebagai umat manusia khususnya umat muslim diperintahkan untuk menuntut ilmu dan belajar serta mengajarkan ilmu yang kita peroleh kepada orang lain demi terciptanya kemaslahatan umat.

Al-Quran surah Al-A'raf ayat 56 menyebutkan bahwa :

وَلَا تُفْسِدُوا فِي الْأَرْضِ بَعْدَ إِصْلَاحِهَا وَادْعُوهُ خَوْفًا وَطَمَعًا إِنَّ رَحْمَتَ اللَّهِ قَرِيبٌ مِّنَ الْمُحْسِنِينَ (٥٦)

“Dan janganlah kamu berbuat kerusakan di muka bumi setelah (diciptakan) dengan baik. Berdoalah kepada-Nya dengan rasa takut dan penuh harap. Sesungguhnya rahmat Allah sangat dekat kepada orang-orang yang berbuat kebaikan”.

Dari ayat tersebut Allah telah memperingatkan agar kita, manusia senantiasa menjaga lingkungan dari sampah ataupun limbah agar jangan sampai merusak keseimbangan ekosistem.

Dari berbagai uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Pengaruh Edukasi Tentang Pembuangan Limbah Medis Terhadap Pengetahuan dan Sikap Perawat Tentang Pembuangan Limbah Medis”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh edukasi tentang pembuangan limbah medis terhadap pengetahuan dan sikap perawat tentang pembuangan limbah medis?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh edukasi tentang pembuangan limbah medis terhadap pengetahuan dan sikap perawat tentang pembuangan limbah medis.

2. Tujuan Khusus

a. Menganalisis pengaruh edukasi tentang limbah medis terhadap pengetahuan perawat

- b. Menganalisis pengaruh edukasi tentang limbah medis terhadap sikap perawat

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat melengkapi konsep dan informasi bagi masyarakat mengenai pentingnya pengelolaan limbah medis yang baik dan benar.

2. Manfaat Praktis

Melengkapi panduan bagi tenaga kesehatan mengenai bagaimana pembuangan limbah medis yang aman dan sesuai standar.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Judul, Penulis, Tahun	Variabel	Jenis Penelitian	Perbedaan	Persamaan
1	Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Perawat dalam Pembuangan Sampah Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Sudiharti, 2012	Pengetahuan, sikap, dan perilaku perawat	Observasional Analitik dengan rancangan <i>Cross sectional</i>	perbedaannya terdapat pada tempat dan ada dan tidaknya intervensi edukasi.	Penelitian yang akan dilakukan penulis memiliki kesamaan dalam aspek limbah medis
2	Pengelolaan Limbah Medis Padat Di Puskesmas Borong Kabupaten Manggarai Timur Propinsi Nusa Tenggara Timur, Dionisius Rahno, Jack Roebijoso, dan Amin Setyo Leksono, 2015	Pengelolaan limbah medis padat	Pendekatan kualitatif dengan rancangan studi deskriptif	perbedaannya terdapat pada tempat penelitian dan variabel penelitiannya.	Penelitian yang akan dilakukan penulis memiliki kesamaan dalam aspek limbah medis
3	Efektivitas Metode Diskusi dan Ceramah Terhadap Pengetahuan dan Sikap Perawat dalam Membuang Limbah Medis Padat di Puskesmas Kota Medan Tahun 2010, Harahap, 2010	Metode diskusi, ceramah, pengetahuan, sikap perawat	Pendekatan kuantitatif dengan rancangan kuasi eksperimental	Perbedaan variabel dan lokasi penelitian	Penelitian yang akan ditulis memiliki kesamaan dalam objek penelitian yaitu perawat, dan variabel terikat yaitu pengetahuan dan sikap perawat