



**RSUD  
Dr.M.ZEIN  
PAINAN**

## PROSEDUR PENGOLAHAN LIMBAH PADAT INFEKSIUS

<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	No Dokumen. <b>007.1/SPO-RSUD/PPI/2022</b>	<b>No Revisi 03</b>	<b>Halaman 1/3</b>
	<b>Tanggal Terbit 03 Oktober 2022</b>	Ditetapkan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan   <b>dr. Harefa, Sp.PD NIP. 19730103 200212 1 005</b>	
<b>Pengertian</b>	Macam limbah padat infeksius yang diolah adalah : <ol style="list-style-type: none"><li>1. Limbah padat yang sudah diketahui infeksius atau mengandung bakteri, kuman, spora atau virus yang berbahaya</li><li>2. Limbah padat atau benda yang telah kontak dengan cairan tubuh pasien atau bahan sumber infeksi lainnya</li><li>3. Jaringan tubuh dan specimen laboratorium</li></ol>		
<b>Tujuan</b>	Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk mengelola limbah padat infeksius atau mengandung bakteri, kuman, spora atau virus yang berbahaya sesuai dengan ketentuan Departemen Kesehatan sehingga tidak mencemari lingkungan yang dapat menjadi sumber penularan penyakit bagi petugas dan pasien serta dapat meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit		
<b>Kebijakan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan No. SK/001/PPI/RSUD/2022 Tanggal 03 Oktober 2022 tentang Revisi Kebijakan PPI RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.</li><li>2. Keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan</li></ol>		

	<p>No. SK/001/PPI/RSUD/2022 Tanggal 03 Oktober 2022 tentang Revisi Pedoman Pengelolaan Limbah Infeksius Komite PPI RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.</p>
<p><b>Prosedur</b></p>	<p>I. Tahap Pengumpulan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sampah infeksius dimasukkan ke dalam kantong plastik warna kuning, penanggung jawab pelaksanaan untuk melapisi tempat sampah infeksius adalah petugas CS.</li> <li>2. Kantong plastik sampah infeksius yang telah terisi 3/4 bagian, diikat ujungnya oleh petugas cleaning service untuk memudahkan pengambilan dan pengangkutan.</li> <li>3. Kantong plastik sampah infeksius tersebut kemudian dibawa keluar ruangan dan ditempatkan ditempat yang mudah dijangkau oleh gerobak sampah/trolley khusus untuk pengangkutan sampah infeksius.</li> <li>4. Tempat sampah infeksius yang telah kosong segera dibersihkan/ dicuci dengan cairan chlorin dan dibilas bersih dengan air.</li> <li>5. Setelah tempat sampah infeksius bersih kemudian dilapisi kantong plastik sesuai dengan peruntukannya, kemudian ditempatkan kembali ditempatnya masing-masing.</li> <li>6. Penanggung jawab pelaksanaan pemilahan sampah di dalam ruangan adalah pengawas perawatan/kepala ruangan</li> </ol> <p>II. Tahap Pengangkutan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengangkutan sampah infeksius, dengan kantong plastik infeksi (warna kuning) yang sudah diikat.</li> <li>2. Sampah infeksius diangkut oleh petugas CS setiap hari pukul 06.00 Wib – 08.00 Wib</li> <li>3. Sampah infeksius diangkut dari ruangan ke TPS</li> <li>4. Alat pengangkut sampah infeksi dengan gerobak dorong tertutup rapat.</li> <li>5. Penanggung jawab pelaksanaan pengangkutan</li> </ol>

sampah adalah Petugas CS yang diawasi oleh Instalasi Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit (IPLRS) .

### III. Tahap Penanganan

1. Sampah infeksius beserta kantong plastiknya di timbang kemudian dimasukkan oleh petugas kesling ke TPS.
2. Penanggung jawab pelaksanaan pemusnahan sampah infeksius adalah Instalasi Penyehatan Lingkungan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan kepada pihak ketiga.

Pelaksanaan kegiatan pengelolaan :

1. Petugas wajib menggunakan alat pelindung diri seperti : sarung tangan, masker, apron, helm dan sepatu kerja.
2. Pengambilan limbah infeksius dilakukan 3x/hari : pagi jam 06.00 WIB, sore jam 14.00 WIB dan malam jam 21.00 WIB.
3. Pembersihan trolley sampah di lakukan setiap hari dengan desinfektan (clorin 0.5%)
4. Petugas yang tidak mengenakan alat pelindung diri harus mendapat peringatan atau sangsi yang tegas
5. Pengawasan pelaksana harian meliputi :
  - a. Pengawasan pengambilan limbah padat infeksius
  - b. Pengawasan pembersihan alat
  - c. Pengawasan gudang penyimpanan limbah
  - d. Pengawasan pemakaian alat pelindung diri

Evaluasi dilakukan rutin berkala :

1. Harian dengan melihat laporan harian pengawasan kerja dari supervisi di lapangan dengan parameter ada tidaknya sampah yang diangkut, kecukupan kontainer, keamanan gudang penyimpanan limbah
2. Kepatuhan petugas yang menggunakan alat pelindung diri
3. Tiga bulan, melalui rapat rutin kepala Kesling dengan supervisi dan petugas lapangan
4. Pelaporan

Pada setiap tiga bulan sekali dilaporkan pada :

	1. Direktur Rumah Sakit
<b>Unit Terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Instalasi Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit</li><li>2. Cleaning Service</li><li>3. Rawat Inap</li><li>4. Rawat Jalan</li><li>5. IGD</li><li>6. OK</li><li>7. Labor PK</li><li>8. Labor PA</li><li>9. Hemodialisa</li></ol>