



PROSEDUR TETAP PENGOLAHAN LIMBAH INFEKSIUS

Nomor Dokumen
PPI/ 006 /RSUD-PS/XI/2018

No Revisi :
01

Halaman : 1/3

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit : 6 November 2018	Ditetapkan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan <u>dr. H. Sutarnan, MM</u> NIP. 19690709 200112 1 001
PENGERTIAN	Macam limbah padat infeksius yang diolah adalah : 1. Limbah padat yang sudah diketahi infeksius atau mengandung bakteri yang berbahaya 2. Limbah padat atau benda yang telah kontak dengan cairan tubuh pasien atau pengobatan pasien 3. Jaringan tubuh dan specimen laboratorium	
TUJUAN	Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk mengelola limbah padat yang sudah diketahui infeksius atau mengandung bakteri 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	
KEBIJAKAN	1. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1204/SK /X/MENKES-RI/ 2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan RS. 2. Keputusan Direktur No. 800/PPI/002/RSUD-PS/X/2018 tentang kebijakan pelayanan Komite PPI.	
PROSEDUR	I. Tahap Pengumpulan 1. Sampah infeksius dimasukan ke dalam kantong plastik warna kuning, penanggung jawab pelaksanaan untuk melapisi tempat sampah infeksius adalah petugas CS. 2. Kantong plastik sampah infeksius yang telah terisi 2/3 bagian, diikat ujungnya oleh petugas cleaning service untuk memudahkan pengambilan dan pengangkutan. 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. 4. Tempat sampah infeksius yang telah kosong segera dibersihkan/ dicuci dengan air, kemudian diberi antiseptik secukupnya 5. Setelah tempat sampah infeksius bersih kemudian dilapisi kantong plastik sesuai dengan peruntukannya, kemudian ditempatkan kembali ditempatnya masing-masing 6. Penanggung jawab pelaksanaan pengumpulan sampah di dalam ruangan adalah pengawas perawatan/ kepala ruangan	

SIGN
HERE



PROSEDUR TETAP PENGOLAHAN LIMBAH INFEKSIOUS

Nomor Dokumen

PPI/ 006 /RSUD-PS/XI/2018

No Revisi :

01

Halaman : 2/3

II. Tahap Pengangkutan

1. Pengangkutan sampah infeksius. Kantong plastik yang telah terikat ujungnya jangan dilepas.
2. Sampah infeksius diangkut oleh petugas setiap hari pukul 06.30 Wib – 10.00 Wib
3. Sampah infeksius diangkut dari ruangan ke lokasi pembakaran sampah/ incenerator
4. Alat pengangkut sampah dengan gerobak dorong/ yang sejenis. dilengkapi dengan dinding dan tertutup rapat
5. Penanggung jawab pelaksanaan pengangkut sampah adalah unit penyehatan lingkungan.

III. Tahap Pembuangan

1. Sampah infeksius beserta kantong plastiknya dimasukkan oleh petugas pengangkutan sampah kedalam tungku pembakaran sampah infeksius (incenerator) untuk dilakukan pembakaran.
2. Penanggung jawab pelaksanaan tahap pembuangan sampah infeksius adalah unit penyehatan lingkungan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

Pelaksanaan kegiatan pengelolaan :

1. Petugas wajib menggunakan alat pelindung diri seperti : sarung tangan, masker, helm dan sepatu kerja setiap akan memulai melakukan kerja
2. Pengambilan limbah infeksius dilakukan setiap hari
3. Pembersihan kontainer dilakukan tiap hari beserta trollynya
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



PROSEDUR TETAP PENGOLAHAN LIMBAH INFEKSIUS

Nomor Dokumen

PPI/ 006 /RSUD-PS/XI/2018

No Revisi :

01

Halaman : 3/3

Pada setiap tiga bulan sekali dilaporkan pada :

1. Direktur Rumah Sakit

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Penyehatan Lingkungan
2. Cleaning Service
3. Rawat Inap
4. Rawat Jalan