

**IMPLEMENTASI PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 18 TAHUN 2020 TENTANG PENGELOLAAN
LIMBAH MEDIS FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN
BERBASIS WILAYAH PADA PUSKESMAS
PADANG BULAN MEDAN**

TESIS

OLEH

**ROMI INDRA CAHAYA DEBATARAJA
NPM. 211801027**



**PROGRAM MAGISTER ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
PASCASARJANA UNIVERSITAS MEDAN AREA
MEDAN
2023**

UNIVERSITAS MEDAN AREA

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

Document Accepted 10/7/23

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Access From (repository.uma.ac.id)10/7/23

**IMPLEMENTASI PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 18 TAHUN 2020 TENTANG PENGELOLAAN
LIMBAH MEDIS FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN
BERBASIS WILAYAH PADA PUSKESMAS
PADANG BULAN MEDAN**

TESIS

Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Publik
pada Pascasarjana Universitas Medan Area



OLEH

**ROMI INDRA CAHAYA DEBATARAJA
NPM. 211801027**

**PROGRAM MAGISTER ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
PASCASARJANA UNIVERSITAS MEDAN AREA
MEDAN
2023**

UNIVERSITAS MEDAN AREA

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

Document Accepted 10/7/23

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Access From (repository.uma.ac.id)10/7/23

**UNIVERSITAS MEDAN AREA
PASCA SARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

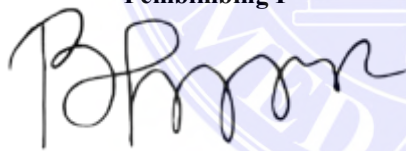
HALAMAN PERSETUJUAN

**Judul : Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan
Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan
Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang
Bulan Medan**

**Nama : ROMI INDRA CAHAYA DEBATARAJA
NPM : 211801027**

Menyetujui

Pembimbing I



Dr. Budi Hartono, M.Si

Pembimbing II



Dr. Maksum Syahri Lubis, S.STP, MAP

Ketua Program Studi

Magister Ilmu Administrasi Publik



Dr. Budi Hartono, M.Si

Direktur



Prof. Dr. Ir. Retna Astuti Kuswardani, MS

UNIVERSITAS MEDAN AREA

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

Document Accepted 10/7/23

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Access From (repository.uma.ac.id)10/7/23

Telah diuji pada 08 April 2023

Nama : ROMI INDRA CAHAYA DEBATARAJA

NPM : 211801027

Panitia Penguji Tesis :

Ketua : Prof. Dr. Ir. Yusniar Lubis, MMA

Sekretaris : Dr. Nadra Ideyani Vita, M.Si

Pembimbing I : Dr. Budi Hartono, M.Si

Pembimbing II : Dr. Maksum Syahri Lubis, S.STP. MAP

Penguji Tamu : Prof. Dr. Marlon Sihombing, MA

UNIVERSITAS MEDAN AREA

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

Document Accepted 10/7/23

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Access From (repository.uma.ac.id)10/7/23

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR/SKRIPSI/TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Medan Area, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ROMI INDRA CAHAYA DEBATARAJA
NPM : 201801045
Program Studi : Magister Ilmu Administrasi Publik
Fakultas : Pascasarjana
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Medan Area Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan

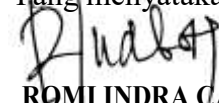
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Medan Area berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir/skripsi/tesis saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Medan

Pada tanggal :

Yang menyatakan



ROMI INDRA CAHAYA DEBATARAJA

PERNYATAAN

Melalui pernyataan ini saya menerangkan bahwa Tesis ini dengan judul **–Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan**” adalah benar tulisan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi. Selain itu, sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara jelas tertulis dalam naskah ini disebutkan dalam daftar pustaka.



Medan, 08 April 2023

Romi Indra Cahaya Debataraaja
NPM. 211801027

ABSTRAK

IMPLEMENTASI PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 18 TAHUN 2020 TENTANG PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN BERBASIS WILAYAH PADA PUSKESMAS PADANG BULAN MEDAN

Nama : Romi Indra Cahaya Debataraja
NPM : 211801027
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Pembimbing I : Dr. Budi Hartono, M.Si
Pembimbing II : Dr. Maksum Syahri Lubis, S.STP, MAP

Penelitian ini menganalisa implementasi dan faktor yang mempengaruhi implementasi peraturan Menteri Kesehatan nomor 18 tahun 2020 pada Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Padang Bulan Medan. Penelitian ini mengaplikasikan Teori Edward III. Penggunaan pendekatan deskriptif kualitatif dengan observasi, wawancara, dan dokumentasi serta teori Miles, Huberman, dan Saldana (2014). Hasil penelitian menunjukkan Puskesmas Padang Bulan mengimplementasikan Peraturan Menteri Kesehatan No 18 tahun 2020 terlihat dari komunikasi yang baik antara Kepala Puskemas dengan pegawai, sumber daya berupa *safety box*, tempat sampah yang dilapisi plastik dan tenaga sanitasi lingkungan, pengolahan limbah secara internal dan eksternal, Standar Operasional Prosedur, dan pencatatan dan pelaporan jumlah limbah setiap bulannya. Faktor yang mempengaruhi implementasi adalah komitmen dari Kepala Puskesmas dan pegawai.

Kata kunci: Implementasi, Pengelolaan limbah medis fasilitas pelayanan kesehatan berbasis wilayah, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020.

ABSTRACT

IMPLEMENTATION OF MINISTER OF HEALTH REGULATION NUMBER 18 OF 2020 CONCERNING MEDICAL WASTE MANAGEMENT OF REGION-BASED HEALTH SERVICE FACILITIES AT THE PADANG BULAN MEDAN HEALTH CENTER

Name : Romi Indra Cahaya Debataraaja
Student Id. Number : 211801027
Study Program : Master of Public Administration
Advisor I : Dr. Budi Hartono, M.Si
Advisor II : Dr. Maksum Syahri Lubis, S.STP, MAP

This research analyzes the implementation and factors influencing the implementation of the regulation of the Minister of Health No. 18/2020 at the Community Health Center (Puskesmas) of Padang Bulan Medan. This research applies Edward III Theory. The use of a qualitative descriptive approach with observations, interviews, and documentation as well as the theories of Miles, Huberman, and Saldana (2014). The results showed that the Puskesmas of Padang Bulan implemented the Minister of Health Regulation No. 18 of 2020 as seen from good communication between the Head of the Puskemas and employees, resources in the form of safety boxes, plastic coated bins and environmental sanitation personnel, internal and external waste management, Standard Operating Procedures, and recording and reporting the amount of waste every month. Factors that influence implementation are the commitment of the Head of the Puskesmas and employees.

Key words: *implementation, Region-based health care facility medical waste management, Regulation of the Minister of Health Number 18 of 2020*

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Medan Pada tanggal dua puluh empat agustus seribu sembilan ratus tujuh puluh enam dari ayah Maroloan Debataraaja dan ibu Nelly Gultom Penulis merupakan putra ke lima dari enam orang bersaudara.

Tahun seribu sembilan ratus sembilan puluh lima Penulis lulus dari SMU Negeri 7 Medan kemudian pada tahun dua ribu dua belas mendaftar di Universitas Prima Indonesia untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang sarjana dan pada tahun dua ribu dua puluh satu terdaftar sebagai mahasiswa Program Studi Magister Administrasi Publik Program Pasca Sarjana Universitas Medan Area.

Saat ini penulis bekerja di Dinas Kesehatan Kota Medan dengan jabatan Penyusun bahan Informasi dan Publikasi di Sub Lingkup Program, Informasi dan Hubungan Masyarakat.

Penulis melaksanakan observasi dan pengambilan data di Puskesmas Padang Bulan Kota Medan pada bulan agustus tahun dua ribu dua puluh dua.

HALAMAN PERSEMBAHAN

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yesus yang telah memberikan kesehatan, rahmat, dan karunia yang diperlukan untuk menyelesaikan skripsi ini, yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister. Penulis berbahagia telah sampai pada tahap ini, ketika skripsi ini akhirnya dapat diselesaikan pada waktu yang tepat, walaupun sebenarnya masih jauh dari sempurna. Tesis ini dipersembahkan untuk:

1. Papi dan Mami Tercinta Sebagai tanda bakti, hormat, dan rasa terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada Papi dan Mami yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata cinta dalam kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Papi dan Mami bahagia karna kusadar, selama ini belum bisa berbuat yang lebih.
2. Untuk Inang Mertua (R. Siburian) yang selalu membuatku termotivasi dan selalu menyirami kasih sayang, selalu mendoakanku, selalu menasehatiku menjadi lebih baik. Terima kasih Inang atas semua yang telah engkau berikan semoga diberi kesehatan dan panjang umur agar dapat menemani langkahku dan borumu serta cucu-cucu mu ke depannya
3. Tesis ini kupersembahkan untuk orang paling istimewa dalam hidupku. Kamu (Gabriella Ruth Debora Tampubolon, S.Pd., M.Hum) adalah sosok terbaik, yang tidak bisa tetap acuh pada masalah orang-orang yang membutuhkan bantuan. Betapa beruntungnya aku bertemu denganmu di jalan hidupku.

4. Begitu juga buat ke 2 boruku Putri Citra Nauli Debataraja dan Zefanya Malona Debataraja yang selalu memberi semangat disaat dalam keadaan kurang baik.
5. Terima kasih yang begitu besar saya ucapkan buat Vivi Novalia Sitinjak, S.S., M.Hum, yang sudah banyak meluangkan waktunya untuk bertukar fikiran dalam penyusunan tesis ini sampai akhirnya dapat selesai tepat waktu
6. Begitu juga buat Keluarga Besar Opung Yohana Debataraja, yang selalu memberikan semangat mulai dari awal perkuliahan sampai selesainya penulisan tesis ini.

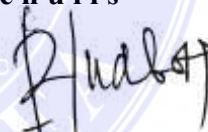


KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis sanjungkan kepada Tuhan Yesus yang telah melimpahkan rahmat karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul **"Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan"**. Tesis ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar Magister Administrasi Publik pada Program Studi Magister Ilmu Administrasi Publik, Program Pascasarjana Universitas Medan Area .

Penulis menyadari bahwa Tesis ini masih banyak kekurangannya, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis membuka diri untuk menerima saran maupun kritikan yang konstruktif, dari para pembaca demi penyempurnaannya dalam upaya menambah khasanah pengetahuan dan bobot dari Tesis ini. Semoga Tesis ini dapat bermanfaat, baik bagi perkembangan ilmu pengetahuan maupun bagi dunia usaha dan pemerintah.

Medan,
Penulis



Romi Indra Cahaya Debataraaja
NPM. 211801027

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur Penulis sanjungkan kepada Tuhan Yesus yang telah melimpahkan rahmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul ” **Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan**”.

Dalam penyusunan Tesis ini penulis telah banyak mendapatkan bantuan materil maupun dukungan moril dan membimbing (penulisan) dari berbagai pihak. Untuk itu penghargaan dan ucapan terima kasih disampaikan kepada :

1. Rektor Universitas Medan Area, Prof. Dr. Dadan Ramdan, M.Eng, M.Sc.
2. Direktur Pasca sarjana Universitas Medan Area, Prof. Dr. Ir. Hj. Retna Astuti Kuswardani, MS
3. Ketua Program Studi Magister Ilmu Administrasi Publik, Dr. Budi Hartono, M.Si.
4. Dosen Pembimbing I : Dr. Budi Hartono, M.Si dan Dosen Pembimbing II : Dr. Maksum Syahri Lubis, S.STP, MAP.
5. Sub Koordinator dan teman-teman Perencanaan, Informasi dan Hubungan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Medan.
6. Seluruh staff/ pegawai Pascasarjana Universitas Medan Area.
7. Rekan-rekan mahasiswa Pascasarjana Universitas Medan Area seangkatan 2021 .

HALAMAN MOTTO

*“Pernah berada di satu posisi bukan berarti
memahami semuanya, teruslah belajar dan jangan
pernah sombong”*



DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
ABSTRACT	i
RIWAYAT HIDUP	iii
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Konsep Implementasi Kebijakan Publik	6
2.1.1. Implementasi Kebijakan Publik.....	6
2.1.2. Model Implementasi Kebijakan Publik	7
2.1.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Publik.....	13
2.2. Peraturan Pemerintah tentang Pengelolaan Limbah Medis..	17
2.3. Konsep Kualitas Pengelolaan Limbah Medis	22
2.3.1. Kriteria Desain Insenerator.....	23
2.3.2. Kriteria Persiapan Limbah Medis.....	25
2.3.3. Kriteria Pengumpulan Limbah Medis	26
2.3.4. Kriteria Pemisah Abu Limbah Medis	27
2.3.5. Kriteria Sistem Pengontrol Emisi Udara	28
2.3.6. Kriteria Sistem Kendali dari Pemantauan	31
2.3.7. Kriteria Ruang dan Lingkungan Sekitar	32
2.4. Pengelolaan Limbah Medis Puskesmas	33
2.5. Penelitian Terdahulu.....	37
2.6. Kerangka Pikiran.....	70
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	71
3.1. Waktu dan Tempat Penelitian	71
3.2. Metode Penelitian.....	71
3.3. Informan	72
3.4. Teknik dan Pengumpulan Data	73
3.5. Teknik Analisis Data.....	78
3.6. Definisi Konsep dan Definisi Operasional.....	80
3.6.1. Definisi Konsep	80
3.6.2. Definisi Operasional.....	81

BAB IV	GAMBARAN UMUM, HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	86
4.1.	Gambaran Umum dan Lokus Penelitian	86
4.2.	Hasil Penelitian dan Pembahasan.....	88
4.2.1.	ImplementasiPeraturan Menteri KesehatanNomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Padang Medan.....	88
4.2.2.	Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Peraturan Menteri KesehatanNomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang BulanMedan	116
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	123
5.1.	Kesimpulan	123
5.1.1.	Implementasi Peraturan Menteri KesehatanNomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan	123
5.1.2.	Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan	126
5.2.	Saran	127
DAFTAR PUSTAKA		129
DAFTAR LAMPIRAN		133

DAFTAR TABEL

Halaman

1. Penelitian Terdahulu	48
-------------------------------	----



DAFTAR GAMBAR

	<i>Halaman</i>
1. Model Proses Implementasi Kebijakan.....	8
2. Model Implementasi Kebijakan Publik	8
3. Model Edward III	13
4. Faktor Implementasi Kebijakan Publik	14
5. Gambar Kerangka Fikiran	70
6. Peta Puskesmas Padang Bulan Medan.....	71
7. Komponen Data Analisis Mile, Huberman, dan Saldana (2004).....	80
8. Struktur Organisasi Puskesmas Padang Bulan.....	87
9. Rapat bulanan Lintas Program bulan Juni	90
10. Surat Perintah Mulai Kerja Pengangkutan dan Pemusnahan Limbah Medis B3 Thn 2019.....	99
11. Tempat Limbah Medis B3 di ruangan TB Paru	102
12. Tempat Limbah Medis B3 di ruangan Vaksinasi	103
13. Penyimpanan Limbah Medis bersamaan dengan barang rusak	105
14. SOP Pengelolaan Limbah Medis b3	112
15. Limbah Medis b3 Puskesmas yang terletak di halaman	114

DAFTAR LAMPIRAN

	<i>Halaman</i>
1. Pedoman Observasi Dan Wawancara	132
2. Quistioner Penelitian	133
3. Foto-foto Penelitian	139
4. Surat Izin Penelitian dari Kampus UMA	141
5. Surat Keterangan Selesai Penelitian dari Puskesmas	142



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Puskesmas Padang Bulan Kota Medan sebagai salah satu penghasil limbah medis B3, berada di urutan ke-2 sebagai penghasil limbah medis terbanyak di Kota Medan yaitu 452 kg dari bulan Januari – November 2021 saja dan memperoleh akreditasi paripurna. Pengelolaan limbah B3 di Puskesmas Padang Bulan ini tentu saja perlu diperhatikan mengingat resiko terpapar limbah medis B3 sangat tinggi bila limbah ini tidak dikelola dengan baik. Hasil observasi awal menunjukkan dari sisi SDM, SOP, Dana Operasional, Sarana Prasarana, Penyimpanan Limbah Medis dan Pengangkutan Limbah Medis masih banyak tidak sesuai persyaratan. Lokasi Puskesmas Padang Bulan Kota Medan di depan pajak USU dimana setiap harinya banyak masyarakat yang berkunjung ke pajak USU untuk berbelanja.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan, seperti Puskesmas memiliki potensi menjadipenghasil limbah bahan beracun dan berbahaya (B3). Menurut Imawati (2019), fasilitas kesehatan utama bagi masyarakat adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Di masa pandemi, penanganan pasien dengan sindrom pernapasan akut coronavirus 2 (*SARS-CoV-2*) atau virus Corona mengakibatkan produksi limbah B3 yang tergolong limbah infeksius. Masker dan sarung tangan bekas, jarum suntik bekas, dan plastik atau kertas minuman dan makanan merupakan limbah infeksius yang dimaksud (Kriswibowo, Wahyuningtiyas, Kusmayadi, & Prasetyo, 2021).

Sejak pembuangan bahan berbahaya dan beracun B3 dapat mengakibatkan pencemaran lingkungan, limbah B3 telah menjadi isu global (Mostafa, 1990). Limbah medis termasuk dalam kategori limbah B3 di Indonesia. Yang dimaksud dengan “limbah medis” adalah limbah yang berpotensi terkontaminasi zat infeksius akibat kegiatan yang menjadi tanggungan pasien dan petugas di pelayanan kesehatan, seperti sisa pengobatan dan makanan. Limbah tajam, limbah infeksius, limbah patologis, limbah farmasi, limbah kimia, limbah kemasan bertekanan, limbah logam berat, dan sebagainya merupakan contoh limbah yang termasuk dalam kategori limbah medis B3.

Limbah B3 yang tidak ditangani dengan baik dapat menyebarkan penyakit dan berdampak negatif terhadap lingkungan. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun diterbitkan oleh pemerintah. Kebijakan pemerintah ini mengatur: pengurangan limbah B3, pengumpulan limbah B3, pengangkutan limbah B3, pemanfaatan limbah B3, pengolahan limbah B3, penimbunan limbah B3, pembuangan limbah B3, pemindahan limbah B3 lintas batas, pemulihan lingkungan fungsi, sistem tanggap darurat dalam pengelolaan limbah B3, pembinaan, pengawasan, pembiayaan, dan sanksi administrasi (Peraturan Pangkalan Data JDIH BPK RI, 2014).

Peraturan pemerintah harus dipatuhi dalam menangani limbah B3. PT. Dengan mengikuti langkah-langkah pengelolaan limbah B3, pengurangan limbah B3, pengemasan dan penampung limbah B3, penyimpanan limbah B3, pengangkutan limbah B3, dan pemanfaatan limbah B3, Holcim Indonesia sebagai penghasil limbah B3 mematuhi Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014

(Utami & Syafrudin, September 2018). Berbeda dengan yang diberlakukan di RSUD Kota Mataram, Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014 belum berjalan (Adawia, 2018). Selain itu, Rumah Sakit dan pengelola berizin melanggar Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014 dengan membakar limbah infeksius di insinerator di Bandung (Fadilla & Siska, 2021). Pengelolaan limbah B3 juga diatur dalam Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor P.56 Tahun 2015, selain diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014. Menurut Purwanti (2018), RS Dr. Soetomo Surabaya telah mengimplementasikan limbah B3 pengelolaan sesuai Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor P56 Tahun 2015 tentang Pengurangan, Pemilahan, Penyimpanan, Pengangkutan, dan Pengelolaan Limbah B3.

Dapat ditarik kesimpulan yang didukung dengan Surat Edaran No.2/MENLHK/PSLB3/PLB.3/3 tentang pembuangan limbah infeksius (limbah B3) dan limbah domestik hasil olahan Covid 19, bahwa pemerintah telah mengatur penggunaannya limbah B3. Hal ini menunjukkan bahwa pembuangan limbah medis di fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit dan puskesmas, perlu mendapat perhatian.

Diketahui dari wawancara dan observasi sebelumnya bahwa Puskesmas Padang Bulan tidak membuang limbah medis sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 dikarenakan sarana dan prasarana yang kurang memadai. SOP dan SDM. IGD, poliklinik, dan pusat vaksinasi Covid-19 menghasilkan 1,36 kg limbah medis padat per hari, yang terdiri dari barang dan limbah perawatan pasien. Fasilitas dan peralatan yang tidak memadai, SOP yang tidak memadai, dan dukungan anggaran dari manajemen Setelah memilah,

mengumpulkan/ menyimpan, mengangkut, memusnahkan, dan akhirnya membuang limbah medis padat, Puskesmas Padang Bulan belum melakukan pengolahan. Penulis melihat bagaimana penanganan limbah B3 di Puskesmas Padang Bulan dan bagaimana Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Daerah menangani masalah pengelolaan limbah medis B3 dengan menggunakan teori Edward III adalah belum diimplementasikan.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka rumusan penelitian ini sebagai berikut:

1. Bagaimana Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan?
2. Apa faktor yang mempengaruhi Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk menganalisa Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis

Fasilitas Pelayanan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

2. Untuk menganalisa faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

1.4. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Untuk menambah pengetahuan dalam bidang Ilmu Administrasi Publik tentang Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah.

2. Manfaat Praktis

Untuk memberi masukan kepada Puskesmas Padang Bulan dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi adalah kegiatan pendistribusian hasil strategi (*delivery strategy result*) dilakukan kepada kelompok sasaran oleh pelaksana untuk menerapkan kebijakan (Purwanto & Sulistyastuti, 1991). Menurut Setiawan (2004), implementasi adalah perluasan tindakan yang mengubah proses interaksi tujuan dan inisiatif untuk mencapainya. Ini membutuhkan jaringan pelaksana birokrasi yang efisien. Oleh karena itu implementasinya adalah diseminasi hasil kebijakan dari sumber sasaran.

2.1.1 Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi memiliki arti untuk melaksanakan, mencapai, memenuhi, menghasilkan, dan menyelesaikan (Hill & Hupe, 2002). Kebijakan merupakan fokus dari implementasi yang memiliki tujuan dan menjadi alat dalam pencapaian tujuan tersebut. Isi kebijakan dan dampak yang dihasilkan dapat dimodifikasi, elaborasi, dan bahkan dihilangkan secara substansial selama proses implementasi.

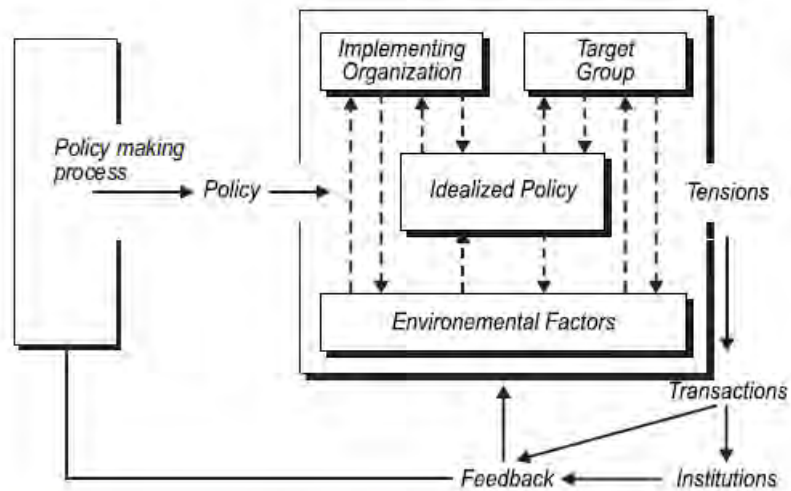
Implementasi juga dapat berarti pelaksanaan keputusan politik dalam bentuk peraturan atau keputusan yang dibuat oleh pengadilan yang menentukan masalah yang harus diselesaikan, tujuan yang harus dicapai, dan prosedur pelaksanaannya (Mazmanian & Sabatier, 1983). Ada pendekatan top-down dan bottom-up untuk implementasi kebijakan publik. Lihatlah dari bawah ke atas berfokus pada pemangku

kepentingan/ tindakan implementasi agar kebijakan yang diterapkan menjadi efektif. Sebaliknya, pendekatan bottom-up berfokus pada elemen-elemen yang mempengaruhi implementasi kebijakan (Tachjan, 2006).

2.1.2 Model Implementasi Kebijakan Publik

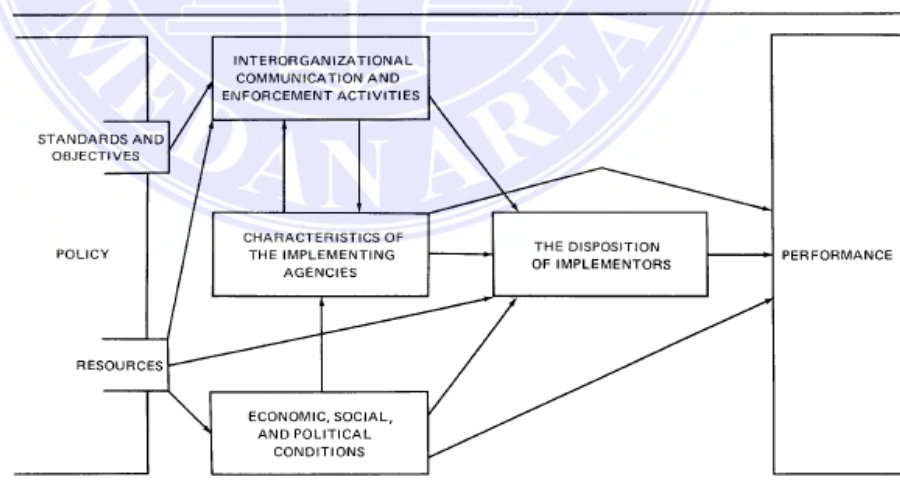
Secara umum, ada enam model implementasi kebijakan publik yang diuraikan oleh para ahli, yakni: model proses (Smith, 1973), model proses implementasi kebijakan (Van Meter & Van Horn, 1975), model pendekatan *top-down* (Hogwood & Gunn, 1986), model Hoogerwerf (Hoogerwerf, 1983), dan model Elmore (Elmore, 1979-1980), model transisional (Warwick, 1979).

Ada empat variable dalam model proses implementasi kebijakan, yakni: *implementing organization*, *target group*, *idealized policy*, dan *environmental factors*. Keempat variable ini saling berhubungan antara yang satu dengan lainnya. *Implementing organization* yang merupakan organisasi/ lembaga/ badan pemerintah yang memiliki tanggungjawab terhadap implementasi kebijakan berkaitan erat dengan *idealized policy* dan *environmental factors*. *Idealized policy* merupakan bentuk interaksi ideal dalam sebuah kebijakan dan *environmental factors* merupakan faktor-faktor di lingkungan yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan. Hal ini berhubungan dengan target group di mana target group merupakan pihak yang menerima pengaruh kebijakan secara langsung (Smith, 1973).



Gambar 1. Model proses implementasi kebijakan

Pada model kedua, ada enam variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan, yakni: standar dan objektif kebijakan, sumber daya, karakteristik dari pelaksana implementasi, disposisi implementasi, kinerja, dan kondisipolitik, sosial dan ekonomi. Keenam variable ini saling terkoneksi dalam mengimplementasikan kebijakan (Van Meter & Van Horn, 1975).



Gambar 2. Model Implementasi Kebijakan Publik

Model yang ketiga menyampaikan ada 10 persyaratan dalam mengimplementasikan kebijakan agar terwujud implementasi yang sempurna. Persyaratan itu meliputi kondisi eksternal, waktu dan sumber, hubungan kausalitas, tugas, dan komunikasi dan koordinasi antar pihak (Hogwood & Gunn, 1986).

Model keempat menjelaskan bahwa faktor implementasi meliputi isi kebijakan, tingkat informasi dari pelaksana implementasi, dan susunan organisasi (Hoogerwerf, 1983). Model kelima menjelaskan bahwa pengetahuan akan organisasi publik yang berperan dalam implementasi sangat penting (Elmore, 1979-1980). Model keenam menjabarkan faktor pendorong dan faktor penghambat implementasi kebijakan. Faktor pendorong implementasi meliputi komitmen dari pemimpin politik, kapasitas organisasi, komitmen implementasi serta dukungan dari pemangku kepentingan. Sedangkan faktor penghambat implementasi kebijakan meliputi banyaknya faktor, komitmen ganda, tingkat pengambilan keputusan yang banyak, kerumitan proyek, dan waktu (Warwick, 1979).

Model terakhir tetapi tidak kalah penting adalah model Edward III. Menurut Edward III ada empat variable yang berperan dalam implementasi kebijakan publik yaitu:

1. Komunikasi
2. Sumber Daya
3. Disposisi
4. Struktur Birokrasi

Indikator atau faktor yang Komunikasi adalah yang pertama. Menurutnya, hal itu juga menentukan berhasil atau tidaknya implementasi kebijakan publik dalam mencapai tujuannya. Ketika pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka lakukan, implementasi yang efektif terjadi. Setiap kebijakan dan arahan dari manajemen harus dikomunikasikan (atau dikomunikasikan) ke Departemen Sumber Daya Manusia terkait karena karyawan yang sukses tahu apa yang mereka lakukan. Komunikasi, atau transfer informasi, diperlukan untuk memastikan bahwa pembuat keputusan dan pelaksana masyarakat mematuhi kebijakan yang ditetapkan secara lebih konsisten.

Keberhasilan indikator komunikasi ini dapat dinilai dari tiga faktor, yaitu sebagai berikut :

- a. Penyebaran dan transmisi komunikasi yang efektif juga dapat menghasilkan eksekusi yang efektif. Penyampaian komunikasi seringkali menimbulkan kesalahpahaman (*miscommunication*). Hal ini sebagian disebabkan oleh fakta bahwa komunikasi telah melewati banyak lapisan birokrasi, mendistorsi apa yang diharapkan di tengah.
- b. Kejelasan: Komunikasi pelaksana harus dapat dimengerti dan tidak ambigu.
- c. Konsistensi: Saat berkomunikasi, instruksi harus jelas dan konsisten. karena kebingungan dapat timbul selama implementasi lapangan jika perintah yang diberikan sering berubah.

Sumber daya adalah indikator atau faktor kedua. Agustino, Edward III (2012: 151) mengemukakan bahwa indikator sumber daya mencakup komponen-komponen sebagai berikut:

- a. Sumber daya manusia: Sumber daya manusia adalah sumber daya yang paling penting untuk mengimplementasikan kebijakan. Implementasi kebijakan seringkali gagal karena, antara lain, staf lapangan yang tidak memadai, tidak kompeten, atau tidak memadai. Tidaklah cukup hanya menambah jumlah staf dan pelaksana; anggota staf tambahan dengan keterampilan dan kemampuan yang diperlukan juga diperlukan untuk melaksanakan tugas kebijakan yang diinginkan.
- b. Dalam konteks implementasi politik, ada dua jenis informasi—yang pertama adalah informasi tentang implementasi politik. Kedua, berkaitan dengan pelaksanaan informasi eksekutif yang bertentangan dengan arahan dan peraturan resmi.
- c. Pelaksana perintah membutuhkan otoritas formal. Dalam hal penegakan kebijakan, otoritas mengacu pada legitimasi otoritas.
- d. Implementasi kebijakan juga mempertimbangkan fasilitas dan ruang fisik. Ada kemungkinan pelaksana memiliki staf dan otoritas yang cukup untuk menyelesaikan tugas mereka. Namun, implementasi kebijakan tidak akan berhasil tanpa layanan pendukung.

Tiga indikator tingkat keberhasilan implementasi kebijakan publik (Edward III, Agustino, 2012:152) Aspek krusial ketiga dari pendekatan kebijakan publik adalah sikap pembuat kebijakan. Hal-hal

yang perlu diperhatikan terkait indikator dan faktor pelepasan Edward III:

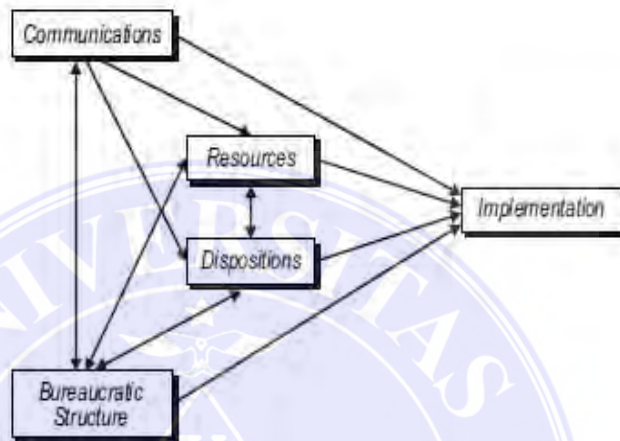
- a) Ketika pegawai tidak memenuhi kebijakan yang diinginkan oleh pejabat senior, penunjukan birokrat, penunjukan pelaksana, atau keduanya merupakan hambatan nyata bagi implementasi kebijakan.
- b) Insentif Edward menjelaskan bahwa manipulasi insentif merupakan salah satu cara yang disarankan untuk mengatasi isu bias implementasi. Akibatnya, individu lebih cenderung bertindak demi kepentingan terbaik mereka sendiri, itulah sebabnya pembuat kebijakan dapat memengaruhi tindakan mereka yang menerapkan kebijakan dengan memanipulasi insentif.

Struktur birokrasi merupakan faktor keempat yang mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi kebijakan publik.

Kebijakan dengan kerumitan ini membutuhkan kerja sama banyak individu; jika struktur birokrasi tidak mendukung kebijakan yang tersedia, sebagian sumber daya menjadi tidak efektif sehingga implementasi kebijakan menjadi sulit (Edward III dalam Agustino, 2012: 153).

Pihak yang menerapkan kebijakan publik harus menyadari apa yang perlu dilakukan agar kebijakan tersebut berhasil. Hal ini menunjukkan bahwa komunikasi diperlukan untuk mengetahui apa yang harus dilakukan. Dalam melaksanakan implementasi kebijakan publik, manusia memiliki mentalitas. Cara suatu keputusan dilaksanakan tergantung pada bagaimana perasaan Anda tentang menerimanya.

Komunikasi berkaitan dengan penentuan apa yang dilakukan oleh sumber daya dan bagaimana mereka bertindak dalam kaitannya dengan struktur birokrasi yang menjadi sumber implementasi kebijakan. 1980 Edward III).

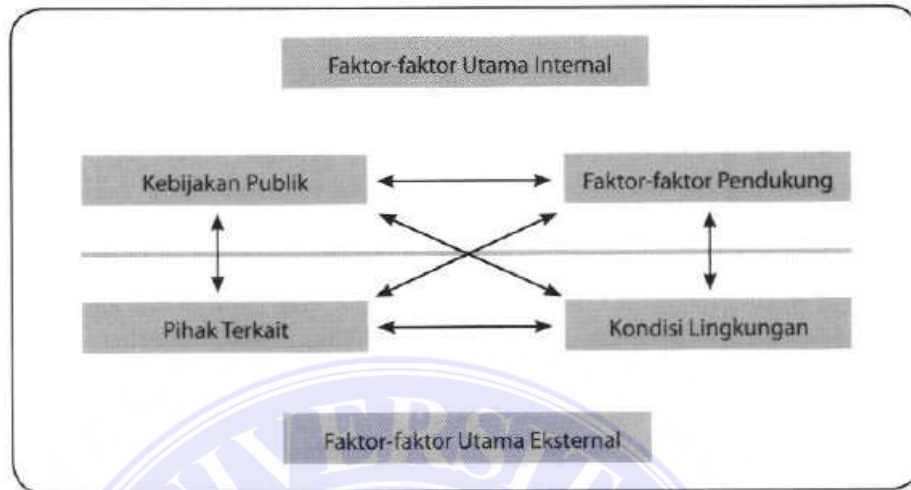


Gambar 3. Model Edward III

2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan Publik

Ada dua versi faktor-faktor mempengaruhi implementasi kebijakan publik. Versi pertama memuat faktor-faktor pendorong implementasi kebijakan, terdiri dari komitmen pemimpin politik, kapasitas organisasi, komitmen implementasi, dan dukungan pemangku kepentingan (Warwick, 1979). Faktor internal terdiri dari kebijakan publik dan faktor pendukungnya, sedangkan faktor eksternal terdiri dari teman dekat dan kondisi lingkungan. Hubungan antar organisasi mencakup kepentingan pihak terkait, peran dan wewenang dalam

masing-masing organisasi, serta teknik komunikasi yang digunakan (Abidin, 2012).



Gambar 4. Faktor Implementasi kebijakan publik

Selain itu, implementasi kebijakan publik dipengaruhi oleh dua faktor:

1. Proses pencapaian hasil akhir (*result*), khususnya apakah tujuan yang ingin dicapai tercapai atau tidak, dapat dijadikan ukuran keberhasilan implementasi kebijakan publik. Grindle menyatakan bahwa keberhasilan penerapan kebijakan dapat diukur dengan dua cara:
 - a. Untuk mengevaluasi prosedur, tanyakan apakah implementasi kebijakan sesuai dengan apa yang telah direncanakan dalam kaitannya dengan ukuran kebijakan.
 - b. Apakah tujuan kebijakan tercapai? Dua faktor dipertimbangkan saat mengukur dimensi ini:
 - Memiliki efek atau pengaruh terhadap masyarakat, baik secara individu maupun kolektif.

- Se jauh mana perubahan telah terjadi dan seberapa baik khalayak sasaran menerima perubahan tersebut.
2. Kelayakan kebijakan itu sendiri, yang mencakup unsur-unsur berikut, sangat menentukan keberhasilan implementasinya:

(1) Yang termasuk dalam polis adalah sebagai berikut :

a. Minat dapat mengubah banyak hal.

Yang dimaksud dengan “kepentingan” adalah berbagai kepentingan yang berdampak pada bagaimana kebijakan diimplementasikan. Kami ingin tahu lebih banyak tentang bagaimana manfaat ini memengaruhi implementasi kebijakan, karena indikator ini menyatakan bahwa indikator ini seharusnya memiliki banyak manfaat.

b. Jenis layanan Pada fase ini, isi kebijakan harus menunjukkan atau menjelaskan bahwa kebijakan tersebut akan memiliki manfaat yang luas yang akan menguntungkan implementasi kebijakan tersebut. Program air bersih atau listrik, misalnya, lebih populer di kalangan warga kumuh daripada program kredit sepeda motor.

c. Pertimbangkan sejauh mana perubahan (tingkat perubahan yang diinginkan).

Ada target untuk setiap kebijakan. Se jauh mana perubahan kebijakan yang diinginkan harus memiliki skala yang jelas adalah isi dari kebijakan yang ingin saya perjelas pada poin ini. Program yang memberikan pinjaman atau bantuan beras

kepada masyarakat miskin lebih mudah dilaksanakan daripada program yang bertujuan mengubah sikap dan perilaku kelompok sasaran.

- d. Lokasi Pengambilan Keputusan Politik Pengambilan keputusan politik sangat penting bagi implementasi kebijakan, sehingga bagian ini harus menggambarkan lokasi pengambilan keputusan politik. Apakah lokasi program sudah benar? Misalnya, ketika BKKBN memiliki program yang membantu keluarga kurang mampu meningkatkan kesejahteraan keluarganya, banyak orang yang menanyakan lokasi program tersebut.
- e. Pelaksana Program (Program *Executor*) Agar suatu kebijakan atau program dapat berhasil, perlu didukung oleh pelaksana kebijakan yang berkualitas dan kompeten. Terlepas dari apakah nama pelaksana kebijakan disebutkan, itu harus disajikan atau dicatat dengan benar.
- f. *Committed Resources* (Sumber Daya Terpakai) Program ini didukung oleh sumber daya yang memadai. Agar implementasi kebijakan berjalan lancar, diperlukan sumber daya pendukung.

(2) Lingkungan Pelaksanaan atau Konteks Pelaksanaan terdiri atas :

- a. Kekuatan, minat, dan strategi aktor

Agar lebih mudah diimplementasikan, kebijakan perlu mempertimbangkan kepentingan aktor, kekuatan kekuasaan,

dan strategi. Sangat mungkin bahwa program yang dilaksanakan akan memberikan hasil yang lebih dari yang diharapkan jika hal ini tidak dipertimbangkan dengan hati-hati.

- b. Karakteristik Institusi dan Rezim (ciri-ciri institusi dan rezim yang sedang berkuasa).

Bagian ini bertujuan untuk menjelaskan karakteristik lembaga yang mempengaruhi kebijakan serta lingkungan di mana kebijakan tersebut diimplementasikan.

- c. Daya tanggap dan kepatuhan (sejauh mana pelaksana patuh dan apakah mereka merespons atau tidak).

Eksekusi dan akuntabilitas pelaksana merupakan isu lain yang dianggap penting dalam proses implementasi kebijakan. Akibatnya, tujuan dari langkah ini adalah untuk memperjelas tanggung jawab pelaksana atas kepatuhan dan tingkat kepatuhan (Grindle, 1980).

2.2. Peraturan Pemerintah Tentang Pengelolaan Limbah Medis

Pengaturan terkait pengelolaan limbah B3 sudah ada dan tertuang dalam peraturan dan perundang-undangan antara lain :

1. Undang–Undang Republik Indonesia No.32 tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup.
2. Undang– Undang Republik Indonesia No.23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah.

3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.27 tahun 2012 tentang Izin Lingkungan .
4. Peraturan Pemerintah No.81 tahun 2012 tentang Pengelolaan Sampah Rumah Tangga dan Sampah Sejenis Sampah Rumah Tangga.
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.101 tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah B3.
6. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No.2 tahun 2008 tentang Pemanfaatan Limbah B3.
7. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No.18 tahun 2009 tentang TataCara Perizinan Pengelolaan Limbah B3.
8. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No.30 tahun 2009 tentang Tata Laksana Perizinan dan Pengawasan Pengelolaan Limbah B3 serta Pengawasan Pemulihan Akibat Pencemaran Limbah B3 oleh Pemerintah Daerah.
9. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No.5 tahun 2012 tentang Jenis Kegiatan / Usaha yang Wajib AMDAL.
10. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No.14 tahun 2013 tentang Simbol dan Label Limbah B3.
11. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No.56 tahun 2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Pengelolaan Limbah B3 dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
12. Keputusan Kepala Badan Pengendalian Dampak Lingkungan Nomor Kep-01/BAPEDAL/09/1995 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknik Penyimpanan dan Pengumpulan Limbah B3.

13. Keputusan Kepala Badan Pengendalian Dampak Lingkungan Nomor Kep-02/BAPEDAL/09/1995 tentang Dokumen Limbah B3.
14. Keputusan Kepala Badan Pengendalian Dampak Lingkungan Nomor Kep-03/BAPEDAL/09/1995 tentang Persyaratan Teknis Pengolahan Limbah B3. Dan beberapa perundangan dan peraturan terkait yang mengatur tentang pengelolaan limbah B3 lainnya (Adhani, 2018).

Undang-undang dan peraturan Kementerian Kesehatan mengatur bagaimana limbah B3 digunakan. Undang-Undang Republik Indonesia No. 58(1) 32 Tahun 2009, yang mengatur tentang pengelolaan dan perlindungan lingkungan hidup, menyatakan: Pengawasan B3 wajib dilakukan oleh setiap orang yang memasuki wilayah Negara Tingkat I Republik Indonesia dan menghasilkan, mengangkut mendistribusikan, menyimpan menggunakan, memproduksi, dan/atau menyimpan B3. Undang-Undang Republik Indonesia No. 32 Tahun 2009 pasal 58 ayat 1-7 kemudian mengatur tentang pemanfaatan limbah bahan beracun dan berbahaya, sebagaimana disebutkan:

1. Pengelolaan limbah B3 menjadi tanggung jawab setiap orang yang menghasilkannya.
2. Pengelola mengikuti tata cara pengelolaan limbah B3 apabila B3 sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 ayat (1) telah habis masa berlakunya.
3. Pengelolaan dilimpahkan kepada pihak lain apabila tidak ada yang mampu menangani sendiri limbah B3 tersebut.
4. Sesuai dengan kewenangannya, Menteri, Gubernur, atau Bupati /Walikota harus menerbitkan izin pengelolaan limbah B3.

5. Dalam perizinan, Menteri, Gubernur, Bupati/Walikota harus mencantumkan persyaratan dan kewajiban lingkungan yang harus dipenuhi oleh pengelola limbah B3.
6. Keputusan untuk menerbitkan izin harus diumumkan kepada publik.
7. Peraturan Pemerintah (Peraturan Database JDIH BPK RI, 2014) memuat tambahan pedoman pengelolaan limbah B3.

Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Daerah dilakukan melalui pengelolaan Limbah Medis, bunyi pasal 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 baik internal maupun eksternal.

Teks Pasal 6 adalah sebagai berikut:

1. Tahapan pengelolaan internal limbah medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf a adalah sebagai berikut :
 - a. penyortiran dan pengurangan;
 - b. transportasi domestik;
 - c. penyimpanan jangka pendek;
 - d. pengolahan internal.
- (1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertanggung jawab atas pengelolaan limbah medis secara internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dapat dipermudah oleh Pemerintah Daerah.
- (2) Pengurangan dan pemisahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan .
- (3) Alat angkut roda tertutup yang digunakan untuk pengangkutan dalam negeri ke tempat penyimpanan sementara limbah bahan berbahaya dan

beracun digunakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ayat (1) huruf b.

(4) Penyimpanan sementara sebagaimana dimaksud pada ayat(1) huruf c harus dilakukan di tempat penyimpanan sementara limbah bahan beracun dan berbahaya pemegang izin sesuai dengan peraturan perundang -undangan yang berlaku.

(5) Untuk Limbah Medis tertentu, metode noninsinerasi mengubah bentuk dari bentuk aslinya digunakan untuk pengolahan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d. Ini memastikan bahwa formulir tidak disalahgunakan.

Pasal 7 berbunyi:

1. Pengelolaan Limbah Medis secara eksternal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b dilakukan oleh Pengelola melalui tahapan :

- a. Pengangkutan eksternal;
- b. pengumpulan
- c. pengolahan dan
- d. penimbunan.

2. Pengangkutan eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan:

- a. Dari tempat penyimpanan sementara limbah bahan berbahaya dan beracun di Fasilitas Pelayanan Kesehatan ketempat pengumpulan atau
- b. Dari tempat penyimpanan sementara limbah bahan berbahaya dan beracun di Fasilitas Pelayanan Kesehatan ketempat pengolahan akhir.

3. Pengumpulan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilakukan pada tempat pengumpulan yang memiliki izin pengumpul sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Tempat pengumpulan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat disediakan oleh Pemerintah Daerah.

Pengolahan dan penimbunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan huruf d dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (JDIH BPK RI Database Peraturan, 2014).

2.3. Konsep Kualitas Pengelolaan Limbah Medis

Limbah padat, cair, pasta (*gel*), atau gas yang dapat mengandung mikroorganisme patogen infeksius, alat infus, jarum suntik, sarung tangan, bahan kimia beracun, bagian tubuh, dan bahan lainnya merupakan semua limbah di pelayanan kesehatan mengandung radioaktif. Terlepas dari kenyataan bahwa hal ini sangat merugikan masyarakat, sangat disayangkan bahwa banyak pengelola fasilitas pelayanan kesehatan kurang perhatian dalam hal pembuangan limbah dengan benar. Hal ini memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan masalah kesehatan, serta produksi limbah infeksius. Pengelolaan limbah di fasilitas kesehatan adalah suatu keharusan untuk mengurangi risiko ini. Kriteria setiap langkah dalam proses tersebut dapat menunjukkan seberapa baik pengelolaan limbah medis dilakukan (Adhani, 2018). Adhani (2018) mengidentifikasi tujuh kriteria.:

2.3.1. Kriteria Desain Insenerator

Penggunaan insinerasi dalam pembuangan limbah medis tergantung pada kebutuhan rumah sakit. Berikut adalah kriteria desain insenerator berdasarkan kebutuhan penggunaanya :

No	Kriteria Insenerator	Rumah Sakit				Puskesmas/ Poliklinik Kecil Terpencil (Kelas PK)
		Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D	
1	Kapasitas *)	> 200kg / jam	150 - 200 kg /jam	100 - 150 kg /jam	50- 100 kg / jam	< 50 kg/ jam
2	—Ruang bakar” Burner	2 ruang 2 burner	2 ruang 2 burner	2 ruang 2 burner	2 ruang 2 burner	2 ruang 1 atau 2 burner tergantung apakah limbah yang dibakar masih berhalogen atau tidak. Jika masih maka burner yang digunakan harus 2, jika tidak maka burner yang digunakan boleh 1
3	Temperature —ruang bakar” pertama waktu asap minimal	800-900 ⁰ C 2 det	800-900 ⁰ C 2 det	800-900 ⁰ C 2 det	800-900 ⁰ C 2 det	600–800 ⁰ C 2 det

	Temperatur —uang bakar” 2 waktu tinggal asap minimal	1000 – 1200 ⁰ C 5 det	1000 – 1200 ⁰ C 5 det	1000 – 1200 ⁰ C 5 det	1000 – 1200 ⁰ C 5 det	-
4	Lama pencapaian minimal temperature bakar 800 ⁰ C pada —uang bakar” pertama dan 1.000 ⁰ C pada —uang bakar” kedua	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt
5	Tekanan negative —uang bakar” 1 **)	1,27 - 2,54 m m Kolo m air	1,27 - 2,54 mm Kolom air	1,27 - 2,54 mm Kolom air	1,27 - 2,54 mm Kolom air	1,27 - 2,54 m m Kolom ai r
6	Pembagian 100% suplai udara berlebih (***) —Ruang bakar 1” —Ruang bakar 2”	30 – 80 % 170 - 120 %	30 – 80 % 170 - 120 %	30 – 80 % 170 - 120 %	30 – 80 % 170 - 120 %	30 – 80% 170 - 120%
7	Ketebalan minimal —refractory” —Ruang bakar 1” —Ruang bakar 2”	100 mm 120 mm	100 m m 120 m m	100 m m 120 m m	100 m m 120 m m	100 mm 120 mm
8	—Ketebalan plat MS pada body utama (shell) insenerator ” —Refractory lining pada duct” —Insulating castable” —Bahan pelindung panas pada duct flange & expansion joints ”	5 mm 45 mm 80 mm Ceramic v wool	5 mm 45 mm 80 mm Cera i c wool	5 mm 45 mm 80 mm Ceramic v wool	5 mm 45 mm 80 mm Ceramic v wool	5 mm 45 mm 80 mm Ceramic v wool
9	Nilai kalori pembakaran minimal	5000 kkal / kg	5000 kkal / kg	5000 kkal / kg	5000 kkal / kg	5000 kkal / kg
10	Memiliki bypass stack	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia

*) Kapasitas inseneratox relatif; namun, hal itu harus dievaluasi berdasarkan kebutuhan lapangan yang sebenarnya—setiap rumah, setiap rumah sakit, atau pusat kesehatan.

***) diperlukan untuk memastikan bahwa gas pembakaran tidak keluar.

****) Proses pembakaran pada "*chamber burn*" kedua membutuhkan kelebihan stoikiometri minimal 100% agar menghasilkan emisi PM_x dan gas buang yang rendah..

2.3.2. Kriteria Persiapan Limbah Medis

Fasilitas kesehatan termasuk penghasil limbah medis harus mempersiapkan pembakaran limbah medis yang meliputi:

1. Menetapkan prosedur dan kebijakan pemilahan sampah berdasarkan jenis dan karakteristik khususnya sampah medis. Agar setiap jenis sampah dapat dipisahkan dengan baik, setiap penghasil harus mengetahui karakteristik, jenis dan langkah pengolahan selanjutnya.
2. "*autoclave, hydroclave, microwave oven, disinfektan* " adalah contoh fasilitas atau peralatan untuk mengolah limbah infeksius.
3. Memanfaatkan *safety box*, kantong plastik, atau tempat sampah lainnya untuk menata tempat sampah khusus limbah B3 sesuai dengan karakteristiknya. Namun sesuai dengan Permen No. 14 Tahun 2013. tempat sampah tersebut harus diberi label dengan simbol, warna yang berbeda, dan tanda yang sesuai

- dengan jenis limbah B3. Pemanfaatan label dan simbol B3 dan/atau Kepmenkes RI nomor 1204/Menkes/SK/2004 yang mengatur tentang kewajiban penggunaan simbol dan label pada limbah B3 rumah sakit secara lebih rinci.
4. Memiliki tempat penampungan darurat (TPS) sendiri yang berbeda dengan TPS limbah medis, limbah non medis, dan limbah B3 serta memiliki karakteristik yang berbeda.
 5. TPS memiliki daya tampung maksimal 48 jam untuk limbah medis dan 90 hari untuk limbah B3 lainnya.
 6. Limbah medis harus disimpan dalam ruangan atau wadah berpendingin dengan suhu maksimal -50 derajat Celcius selama maksimal tujuh hari jika tidak dapat diangkut setiap hari.
 7. wajib mematuhi ketentuan yang berlaku dengan menandai TPS dan alat pengolah sampah dengan simbol.
 8. Becak dapat digunakan untuk transportasi luar (rumah sakit ke rumah sakit) selain layanan komersial, tetapi harus disegel dan ditandai dengan simbol dan stiker..

2.3.3. Kriteria Pengumpan Limbah Medis

Ada ketentuan tersendiri untuk pemberian pakan limbah medis sebelum insinerasi di ruang bakar insinerator untuk masing- masing rumah sakit dan puskesmas/klinik. Tabel berikut menunjukkan tersebut:

No	Kriteria Pengumpulan	Rumah Sakit				Puskesmas/ Poliklinik Kecil Terpencil (kelas PK)
		Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D	
1	Teknik pengumpulan limbah medis yang akan diinsenerasi	mekanis/ hidrolis	semi manual	manual	manual	manual
2	Jumlah maksimal limbah medis yang diumpangkan	90% kapasitas desain	90% kapasitas desain	90% kapasitas desain	75% kapasitas desain	75% kapasitas desain
3	Untuk sistem <i>Intermittent</i> , intensitas pengumpulan dilakukan : -rentang waktu minimal -umpan maksimal	15 menit 20% kapasitas	15 menit 20% kapasitas	15 menit 20% kapasitas	15 menit 20% kapasitas	15 menit 20% kapasitas
4	Pengumpulan dilakukan pada suhu minimal *) - Ruang bakar 1 - Ruang bakar 2	700 ⁰ C 1000 ⁰ C	700 ⁰ C 1000 ⁰ C	700 ⁰ C 1000 ⁰ C	700 ⁰ C 1000 ⁰ C	700 ⁰ C 1000 ⁰ C

*) harus telah lulus uji TBT (*Trial Burn Test*)

2.3.4. Kriteria Pemisah Abu Limbah Medis

Setelah tahap pembakaran pada proses pembakaran sampah medis, tidak semua sampah medis dapat dimusnahkan. Abu yang masih tergolong limbah B3 merupakan sisa dari proses pembakaran. Akibatnya, diperlukan pengelolaan tambahan untuk abu yang tersisa. Di TPS Limbah B3, abunya harus dipisahkan dari gedung insinerator untuk diproses lebih lanjut. Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi selama proses pemisahan, antara lain:

No	Kriteria	Rumah Sakit				Puskesmas/ Poliklinik Kecil Terpencil (kelas PK)
		Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D	
1	Pengeluaran abu B3 dari insenerator	Otomatis	Semi otomatis	Manual	Manual	Manual
2	Memiliki saluran khusus abu (pit), kedap air	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib
3	Tidak ada potensi terjadinya banjir pada saluran (pit) khusus abu	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib
4	Menyediakan wadah untuk abu sesuai dengan persyaratan lengkap dengan simbol dan label	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib
5	Memiliki alat kerja manual khusus abu insenerator misalnya sekop, sapu, pengki	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib
6	Pengelolaan lanjutan abu B3 - Solidifikasi - Landfill	SNI <i>Secured landfill</i>	SNI <i>Secured landfill</i>	SNI <i>Secured landfill</i>	SNI <i>Secured landfill</i>	SNI <i>Secured landfill</i>

2.3.5. Kriteria sistem Pengontrol Emisi Udara

Proses pembakaran menghasilkan abu terbang selain abu, yang dilepaskan ke atmosfer sebagai asap. Sudah pasti berpotensi mencemari udara jika tidak dikelola dengan baik. Oleh karena itu, diperlukan suatu sistem yang mampu mengendalikan emisi udara untuk mengurangi jumlah asap yang dikeluarkan dan memastikan tidak melebihi

baku mutu emisi sesuai dengan peraturan yang berlaku. Sebagai sarana pengendalian emisi udara telah ditetapkan beberapa kriteria yaitu:

No	Kriteria	Rumah Sakit				Puskesmas/ Poliklinik Kecil Terpencil (kelas PK)
		Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D	
1	Terdapat IPPU (instalasi pengontrol polusi udara)	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib
2	Memiliki <i>High Pressure Venturi Scrubber System</i> (HPVSS) atau <i>packed bed scrubber</i> *)	Minimal <i>wet scrubber</i> atau <i>cyclonic basah</i>	Minimal <i>wet scrubber</i> atau <i>cyclonic basah</i>	Minimal <i>wet scrubber</i> atau <i>cyclonic basah</i>	Minimal <i>wet scrubber</i> atau <i>cyclonic basah</i>	Minimal <i>wet scrubber</i> atau <i>cyclonic basah</i>
3	Penggunaan <i>dry lime injection</i> , diikuti <i>bag filter</i> sebagai alternatif HPVSS **)	Dapat dijadikan alternatif	Kurang praktis	Kurang praktis	Tidak praktis	Tidak praktis
4	Alat pengendali dioxin : sistem penukar panas dan <i>exhaust gas quench</i> ***)	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada

No	Kriteria Pengumpulan	Rumah Sakit				Puskesmas/ Poliklinik Kecil Terpencil (kelas PK)
		Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D	
5	Tersedianya “ <i>heat recovery</i> ”	Tidak wajib ada, tidak ekonomis	Tidak wajib ada	Tidak wajib ada	Tidak wajib ada	Tidak wajib ada
6	Tersedianya “ <i>Wet scrubber</i> ”, fasilitas daur ulang air atau akses <i>effluent</i> ke IPAL	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib	Wajib
7	Memiliki titik sampling	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada
8	Perlengkapan sampling (posisi lubang <i>sampling</i> , kelengkapan tangga dan lantai kerja untuk sampling)	Sesuai dengan peraturan yang berlaku	Sesuai dengan peraturan yang berlaku	Sesuai dengan peraturan yang berlaku	Sesuai dengan peraturan yang berlaku	Sesuai dengan peraturan yang berlaku
9	Lubang <i>sampling</i> yang diperlukan (pada ketinggian sama, dengan posisi 90° C) ****)	2	2	2	2	2

*) Biasanya, teknologi "*wet scrubber and cyclonic*" tidak mampu menangkap polusi udara secara konsisten sepanjang siang dan malam.

***) Untuk memenuhi standar kualitas emisi secara konsisten, setiap insinerator memiliki desain unik yang menyesuaikan

dengan kemajuan teknologi. Oleh karena itu, perlu dilakukan pengujian kemampuan alat tersebut.

***) Fasilitas ini diperlukan untuk menurunkan suhu gas dengan cepat menjadi 1500 C (*quenching*) dan 4500 C (*heat extractor*) untuk menghentikan pembentukan dioksin.

****) Sesuai dengan tata cara dan persyaratan teknis pengelolaan limbah B3 dari fasilitas pelayanan kesehatan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.

2.3.6. Kriteria Sistem Kendali dan Pemantauan

No	Kriteria	Rumah Sakit				Puskesmas/ Poliklinik Kecil Terpencil (kelas PK)
		Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D	
1	Tersedianya sistem control otomatis/ PLC*)	Wajib ada	Cukup semi otomatis	Cukup semi otomatis	Cukup semi otomatis	Kontrol manual
2	Jumlah termokopel minimal, yang diletakan tepat sebelum dan sesudah ruang bakar 2	2 unit	2 unit	2 unit	2 unit	2 unit
3	CEM (<i>continuous emission monitoring</i> **)	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada	Boleh alat ukur manual	Boleh alat ukur manual
4	Alat ukur emisi <i>portable</i> sebagai alternative atau pembanding	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada
5	<i>Time delay controller</i>	Minimal 1 jam	Minimal 1 jam	Minimal 1 jam	Minimal 1 jam	Minimal 1 jam

*) Sistem kontrol otomatis/ PLC (*Programmable Logic Control*) perlu dipasang untuk mencegah pengumpanan limbah medis sebelum suhu operasional insenerator tercapai

saat start awal, atau sebelum temperature suhu ruang bakar 1 dan 2 tercapai sebagaimana yang diinginkan, dan/ atau ketika kondisi luar biasa tiba-tiba terjadi *over heating*, kipas angin rusak, pompa resirkulasi gagal dsb.

**) CEM harus bisa mengukur minimal CO (mg/m³), CO₂ (%Vol), dan efisiensi pembakaran Efisiensi pembakaran (EP) \geq 99,99%. Insenerator plus alat pengendali dioxin/furan memiliki efisiensi penghancuran dan penghilang (DRE) : PDCF, PCDD, PCB = 99,9999 % dan POHC = 99,99% .

2.3.7. Kriteria Ruang dan Lingkungan Sekitar

No	Kriteria	Rumah Sakit				Puskesmas/ Poliklinik Kecil Terpencil (kelas PK)
		Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D	
1	Penempatan untuk menghindari tempas hujan (dinding dan ventilasi)	Harus berdinding dan berventilasi secukupnya	Harus berdinding dan berventilasi secukupnya	Boleh tanpa dinding, namun harus menggunakan dinding kawat atau ram dan terdapat pagar di sekelilingnya	Boleh tanpa dinding, namun harus menggunakan dinding kawat atau ram dan terdapat pagar di sekelilingnya	Boleh tanpa dinding, namun harus menggunakan dinding kawat atau ram dan terdapat pagar di sekelilingnya
2	Jarak minimal antara mesin insenerator dengan dinding	2 m	2 m	1,5 m	1,5 m	1 m
3	Lantai "ruang insenerator, ruang tempat <i>container</i> pengumpul abu, dan ruang penumpukan limbah medis yang akan dibakar"	Harus berlantai beton dan bebas banjir	Harus berlantai beton dan bebas banjir	Harus berlantai beton dan bebas banjir	Harus berlantai beton dan bebas banjir	Harus berlantai beton dan bebas banjir
4	Ketinggian minimal dudukan insenerator dari lantai	20 cm	20 cm	20 cm	20 cm	20 cm

No	Kriteria	Rumah Sakit				Puskesmas/ Poliklinik Kecil Terpencil (kelas PK)
		Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D	
5	Pelapisan "glazed material" pada lantai beton dan dinding agar mudah dibersihkan	Wajib dilapisi	Wajib dilapisi	Wajib dilapisi	Wajib dilapisi	Wajib dilapisi
6	Jarak horizontal minimal antara cerobong/ bangunan insenerator ke pemukiman	Minimal 14m	Minimal 14m	Minimal 14m	Minimal 14m	Minimal 14m
7	Tersedianya akses jalan yang dapat diakses dengan alat dorong atau truck pick up pengangkut abu B3	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada
8	Jarak minimal pengamanan lingkungan sekitar insenerator dari pipa gas dan kabel listrik bertegangan	25 m	25 m	25 m	25 m	25 m
9	Alat angkut limbah B3 difasilitasi untuk parkir dan dibersihkan dimana aliran buangan kegiatan pembersihan dialirkan ke IPAL	Wajib ada	Wajib ada	Wajib ada	Tidak wajib	Tidak wajib

2.4. Pengelolaan Limbah Medis Puskesmas

Tujuan utama Puskesmas atau disebut juga dengan "Pusat Kesehatan Masyarakat" adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

di wilayah kerjanya dengan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi tindakan medis serta kegiatan promosi dan pencegahan penyakit. Sebagai fasilitas publik, Puskesmas pasti akan menghasilkan limbah, baik limbah umum (domestik), limbah kantor, dan jenis limbah lainnya, serta limbah B3 limbah sisa dari kegiatan pelayanan kesehatan dan prosedur medis yang tidak dapat dilakukan pengelolaannya. sembarangan dan harus mengikuti ketentuan yang berlaku. Pelayanan gawat darurat, pelayanan farmasi dan laboratorium, pelayanan persalinan, dan Puskesmas menghasilkan limbah medis.

Jumlah rata-rata limbah medis yang dihasilkan oleh sebuah puskesmas adalah 7,5 gram per pasien per hari, menurut survei. Limbah medis yang dihasilkan puskesmas 65 persen berasal dari vaksinasi, 25 persen dari kontrasepsi, dan sisanya dari pengobatan. Meski dalam jumlah kecil, paparan benda tajam, terutama jarum suntik, dapat berdampak signifikan bagi kesehatan. Misalnya, pada tahun 2000, Organisasi Kesehatan Dunia memperkirakan bahwa 21 juta orang terinfeksi Hepatitis B, yang merupakan 32 persen dari semua infeksi baru, 2 juta dengan Hepatitis C, yang merupakan 40 persen dari semua infeksi baru, dan 260 ribu dengan HIV, yang menyumbang 5 persen dari semua infeksi baru. Pada hakekatnya, upaya Puskesmas dalam mengelola limbah medis dapat disamakan dengan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Pemisahan, penyimpanan, pengangkutan, penyimpanan sementara, dan pengolahan atau pemusnahan adalah semua aspek dari upaya pengelolaan.

Untuk membedakan antara sampah medis dan sampah non medis, dilakukan prosedur pemilahan. Warna digunakan untuk membedakan selama pemilahan, dengan warna kuning mewakili limbah medis atau infeksius. Tempat

pembuangan dan wadahnya identik dengan yang digunakan untuk limbah medis rumah sakit. Bentuknya berupa tempat sampah tertutup yang mudah dibersihkan, tidak bocor, dan berfungsi untuk mencegah infeksi nosokomial akibat kontak tangan dengan tempat sampah atau bagian dalam tempat sampah. Kotak pengaman paling baik untuk limbah tajam. Bedanya, transportasi di dalam Puskesmas dapat dilakukan langsung tanpa bantuan gerobak tertutup atau gerobak sampah karena lokasi Puskesmas yang terbatas dan/atau luas wilayah yang relatif kecil.

Sebelum diproses lebih lanjut, sampah medis akan diangkut setiap hari dari ruangan dan disimpan di TPS. Memiliki insinerator sebagai alat pemusnah sampah medis dinilai kurang efektif karena sampah medis di Puskesmas lebih sedikit dibandingkan di rumah sakit. Selain mahal biaya pembelian insinerator, masalah lainnya adalah keterbatasan lahan dan kedekatan dengan pemukiman penduduk. Limbah medis harus diangkut dalam waktu 24 jam ke pengolah limbah medis berizin bersama dengan pengangkut berizin atau ke fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memiliki insinerator dan izin untuk menerima dan mengolah limbah medis dari empat lainnya, yang pengangkutannya dapat menggunakan kendaraan roda tiga. kendaraan dengan boks tertutup dilengkapi dengan simbol limbah B3 dan persyaratan lain yang telah ditentukan apabila Puskesmas tidak memiliki insinerator. Jika Puskesmas tidak memiliki insinerator, maka limbah medis harus disimpan. Permasalahan yang sering muncul dalam limbah puskesmas, khususnya limbah medis. Kontainer yang tidak standar, kesalahan pemilahan, dan tidak semua Puskesmas menggunakan

safety box untuk menampung sampah tajam menjadi faktor penyebab kesalahan tersebut.

Mayoritas Puskesmas terpaksa mengirimkan limbah medisnya ke pengolah lain karena tidak memiliki insinerator atau teknologi lain yang dapat memusnahkannya. Masalahnya, bagaimanapun, tidak berakhir di situ. Biaya pengiriman dan pengolahan limbah medis yang termasuk dalam limbah B3 biasanya dihitung dengan satuan kilogram limbah yang perlu diangkut dan diolah. Biaya ini cukup tinggi. Limbah medis harus diangkut oleh pengangkut karena fasilitas pengolahan limbah B3 biasanya terletak jauh dari penghasil limbah. Untuk pengangkutan limbah medis dan/atau B3, perusahaan pengolah dan pengangkutan wajib memiliki izin dari KLH dan Departemen Perhubungan. Mengingat banyaknya jumlah Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, pengangkutan limbah medis dari Puskesmas secara rutin setiap hari (dalam satu jam) tidak mungkin dilakukan karena lokasinya yang terpencil dan pilihan transportasi yang terbatas.

Akibatnya, limbah medis Puskesmas menumpuk dan lebih lama disimpan pada suhu ruangan. Selama ada *freezer* khusus untuk limbah medis, penyimpanan bisa bertahan lebih lama dari jumlah waktu yang ditentukan. Rumah sakit, puskesmas dan klinik termasuk fasilitas pelayanan kesehatan yang telah memiliki insinerator dan izin berwenang menerima dan mengolah limbah medis. Sampah medis di sumber produksi (rumah sakit, puskesmas, dan klinik) harus diangkut sendiri oleh pemilik sampah, biasanya menggunakan alat angkut yang tersedia, seperti mobil pribadi, ambulans, dan alat angkut lain yang tidak ada.

Namun, kuitansi ini tidak termasuk pengumpulan limbah medis. Bahkan mungkin tidak dimaksudkan untuk mengangkut limbah medis (Abidin, 2012).

2.5. Penelitian Terdahulu

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Kawasan Pengelolaan Limbah Medis di Puskesmas Padang Bulan Medan” akan dikaji dalam penelitian ini. Penulis menggambarkan sepuluh penelitian sebelumnya yang relevan dengan masalah ini:

1. Kebijakan Hukum Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B2), oleh Absori dan Muhamad Latif Tahun 2020: Kajian Implementasi Pengelolaan Limbah Medis RS Salatiga Metode penelitian deskriptif kualitatif yang digunakan. Penelitian hukum empiris menggunakan data primer dan sekunder dalam jenis penelitian ini. Kepala Dinas Kesehatan Kota Salatiga, Kepala Badan Pengawas Lingkungan Hidup, Kepala Seksi Sanitasi, Operator Sanitasi, dan *Cleaning Service* RSUP Dr. Ario Wirawan merupakan mayoritas data penelitian ini. Dokumen resmi, publikasi, dan arsip dari instansi terkait menjadi data sekunder untuk penelitian ini. Penelitian ini menggunakan wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi sebagai metode pengumpulan data. Kebijakan yang digunakan adalah kebijakan pengelolaan limbah B3 rumah sakit dalam UU No. 31 Tahun 2009 tentang Pengelolaan dan Perlindungan Lingkungan Hidup (UU No. 32/2009). Temuan menunjukkan bahwa pengelolaan limbah B3 medis rumah sakit tidak memenuhi persyaratan peraturan. Persyaratan tersebut

antara lain pembuangan limbah medis secara langsung ke lingkungan, pengelolaan limbah yang tidak memenuhi kriteria, pengelolaan limbah yang tidak memenuhi kriteria, dan ketergantungan pelaksana dan penyidik terhadap limbah medis.

2. Pricilia Putri Ervian Sitompul Mencermati Kebijakan Pengelolaan Limbah B3 Fasilitas Pelayanan Kesehatan Provinsi Jawa Barat Pada Masa Pandemi Covid-19 Tahun 2021. digunakan dalam penelitian ini. Studi ini memaparkan kebijakan pemerintah terkait pengelolaan limbah B3 Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan (KLHK). Tentang pengelolaan limbah rumah tangga maupun limbah infeksius (limbah B3), Nomor S.0667/MENLHK/PSLB3.3/3/2020 kepada Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) tentang penonaktifan limbah B3 dan Peraturan Pemerintah Tentang pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun, peraturan 101 Tahun 2014 dan Peraturan Nomor 56 Tahun 2015 yang dikeluarkan oleh Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan. Studi ini menemukan bahwa Pemerintah Provinsi dapat bekerja sama dengan pabrik semen yang berbasis di Jawa Barat, PT Jasa Medinvest, atau bisnis lain untuk menggunakan kilang semen sebagai alternatif fasilitas insenerator. Selain itu, Pemerintah Provinsi dapat mempertimbangkan untuk menggunakan *Build-Operate Transfer Agreement* sebagai bagian dari skema Kemitraan Pemerintah Swasta.
3. Implementasi Kebijakan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang, oleh Siti Chotijah, Dewi Tuti Muryati, dan Tri Mulyani, 2017. Teknik pengumpulan data penelitian ini

menggunakan data primer karena sumber datanya adalah data yang diperoleh langsung dari lapangan, dan teknik analisis datanya adalah analisis kualitatif. Metode penelitian ini adalah penelitian yuridis sosiologis yang dilakukan secara langsung dengan melihat kenyataan yang ada di lapangan. Metode yang digunakan untuk memilih sampel disebut "*purposive sampling*". Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pengelolaan limbah rumah sakit di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang secara keseluruhan telah berjalan dengan baik. Kebijakan yang digunakan adalah 1204/MENKES/SK/X/2004 dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Republik Indonesia adalah P.68 / Menlhk / Setjen / Kum.1 / 8 / 2016. Kebijakan ini menyangkut persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit dan baku mutu air limbah di dalam negeri. Walaupun secara umum implementasi kebijakan pengelolaan limbah rumah sakit di Rumah Sakit Islam Sultan Agung telah berhasil, namun data penulis menunjukkan bahwa Rumah Sakit Islam Sultan Agung masih menghadapi tantangan, khususnya terkait baku mutu amoniak yang ditetapkan pada tahun 2016 oleh Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.

4. Implementasi Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Melalui Sistem Bank Sampah RS Surya Husad Denpasar Bali, oleh Khairul Hamdi dan I Gede Herry Purnama, 2019, pendekatan penelitian kualitatif deskriptif. Ada tiga pendekatan pengumpulan data: wawancara, observasi, dan dokumentasi *Miles dan Huberman* mengatakan bahwa analisis data deskriptif naratif digunakan. Mekanisme sistem bank sampah dapat digunakan untuk mencatat prosedur

pengelolaan dan penatausahaan akibat pelaksanaan pengelolaan limbah B3. Sejak Desember 2018 hingga April 2019, pendapatan dari infus bekas pengelolaan limbah non B3 dan kemasan cairan hemodialisa mencapai Rp2.304.442 per bulan. Angka ini lebih rendah dari perkiraan Rp 4.200.000 per bulan karena banyaknya kunjungan. Pelaksanaan program ini terkendala oleh kurangnya alat penghancur ampul kaca B3 bekas dan alat suntik dengan alat suntik bekas, serta sarana dan prasarana yang kurang memadai. Pengujian limbah cair tidak memenuhi syarat mutu.

5. Candra Nugraha, 2020, Kajian Kebijakan Pengelolaan Limbah Medis Infeksi Untuk Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19), mengacu pada;
 1. Surat Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (No. Kewaspadaan Pengelolaan Limbah Medis di Fasilitas Kesehatan Selama Pandemi *Corona Virus Disease* (Covid-19) 2019, tanggal 19 Maret 2020, dan dikirimkan ke Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Barat.
 2. Terkait Limbah B3 Medis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Darurat Covid-19, Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan menyurati Kepala BNPB dan Ketua Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19 tanggal 22 Maret 2020.
 3. Surat Edaran Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan SE.2/MENLHK/PSLB3.3/3/2020 tanggal 24 Maret 2020 ditujukan kepada Kepala BNPB/ Kepala Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19 Gubernur /Bupati / Walikota seluruh Indonesia tentang pengelolaan

limbah infeksius (limbah B3) dan limbah rumah tangga akibat penanganan *Corona Virus Disease (Covid-19)*.

4. Surat Kepala Dinas Lingkungan Hidup Provinsi Jawa Barat Nomor 65 8/1545/BD II/2020, disampaikan kepada Kepala Badan Lingkungan Hidup Jawa Barat pada tanggal 27 Maret 2020.
5. SE Menteri Dalam Negeri Nomor 440/2622/SJ tanggal 29 Maret 2020 ditujukan kepada Gubernur, Bupati, dan Walikota se-Indonesia, Tentang Pembentukan Gugus Tugas Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* Daerah.
6. Surat Dirjen PSLB3 KLHK S.156/PSLB3/PKPLB3/PLB.2/3/2020, tanggal 30 Maret 2020, ditujukan kepada pimpinan perusahaan pengelola dan pengangkutan limbah B3 infeksius, alamat pengelolaan limbah B3 selama masa darurat penanganan Corona virus disease-19.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2020 berjudul Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus 2019 (Covid-19)* telah diterbitkan tanggal 3 April 2020.

Penelitian tersebut adalah sebagai berikut: 1. Tahapan pengelolaan limbah B3 sebagian besar telah tercakup dalam kebijakan pemerintah yang dituangkan dalam beberapa surat atau surat edaran tersendiri yang berkaitan dengan pengelolaan limbah medis infeksius secara umum. 2. Kecuali limbah radioaktif, peralatan medis dengan kandungan logam tinggi, tabung gas, atau wadah bertekanan, dan limbah infeksius, limbah

medis dibakar di dalam insinerator bersama limbah medis lainnya. Pemusnahan limbah infeksius hasil penanganan Covid-19 harus menjadi prioritas 3. Dalam situasi darurat yang banyak menghasilkan limbah medis. Limbah medis yang berasal dari fasilitas kesehatan dikemas dalam wadah standar (plastik kuning bertanda “infeksius”) untuk memudahkan penanganan lebih lanjut 4. ODP/PDP/keluarga terlebih dahulu harus mendisinfeksi limbah medis infeksius yang berasal dari rumah isolasi mandiri atau karantina dengan merendam atau menyemprot limbah dengan cairan yang mengandung disinfektan (umum di pasaran: pemutih, asam karbol, dll). sebelum dimasukkan ke dalam kantong plastik berikat untuk penyimpanan. Ini sebagai upaya menghentikan penularan, termasuk kepada petugas yang mengumpulkan dan mengangkut sampah. Sangat penting untuk merusak masker sebelum membuangnya, seperti memotongnya, untuk mencegah penyalahgunaan. 5. Fasilitas yang ada di fasilitas kesehatan terdekat (rumah sakit, puskesmas, atau klinik) dapat digunakan sebagai tempat pengumpulan limbah medis infeksius hasil karantina mandiri atau isolasi. Jika tidak tersedia, jaraknya terlalu jauh, atau timbulan sampah di suatu wilayah sangat tinggi, pemerintah daerah harus menyiapkan lokasi penyimpanan lain yang memenuhi syarat minimum TPS untuk limbah B3: a. limbah infeksius harus disimpan dalam keadaan tersegel paling lama 2 (dua) hari setelah diproduksi; b. struktur penyimpanan memiliki atap yang menahan hujan; c. untuk menghindari kekhawatiran publik, bangunan tersebut tidak terletak di kawasan pemukiman dengan kepadatan tinggi; d. bangunan mampu menampung

semua limbah infeksius yang dihasilkan; e. bangunan yang dikunci untuk mencegah penyusup atau binatang keluar; f. memiliki APD dan peralatan yang memadai untuk disinfeksi; dan g. sebuah tanda mengidentifikasi bangunan sebagai tempat penyimpanan sementara untuk limbah infeksius.

6. Pengangkutan limbah medis infeksius dari fasilitas penyimpanan limbah ke fasilitas pembuangan limbah harus menjadi prioritas utama. Penyedia jasa pengangkutan limbah medis yang telah memiliki izin dari pemerintah dan ditunjuk oleh pemerintah untuk melakukan pengangkutan bertanggung jawab untuk melakukan pengangkutan limbah sesuai dengan peraturan. Kegiatan ini tercakup dalam standar APD untuk pekerja. Pengangkutan limbah medis dikecualikan dari kondisi khusus dimana wilayahnya dibatasi akibat pemberlakuan PSBB. Menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan, Dinas Perhubungan, Kepolisian, dan instansi terkait lainnya untuk menjamin pengangkutan limbah medis berjalan lancar tanpa hambatan.

7. Pihak penimbun limbah medis yang mendapat izin dari pemerintah seperti rumah sakit, fasilitas, atau penyedia jasa pembuangan limbah medis, bertanggung jawab untuk membuang limbah medis infeksius sesuai ketentuan. Tanpa membuka atau memeriksa isinya, sampah dalam kantong plastik langsung musnah. Autoklaf, pembakaran, atau keduanya adalah metode penghancuran. Setelah itu, sisa pencacahan atau pembakaran disimpan di fasilitas TPA. Ketersediaan suatu teknologi dapat menjadi faktor dalam pemilihan teknologi. Semua kegiatan ini tercakup dalam persyaratan APD pekerja.

8. Pemerintah perlu melakukan pengamanan yang memadai jika terjadi keadaan luar biasa dimana proses

pemusnahan pembakaran menjadi prioritas dan harus dilakukan tanpa henti. Selain itu, apabila produksi limbah medis infeksius melebihi kapasitas pembuangannya saat ini, pemerintah perlu mempertimbangkan untuk memanfaatkan fasilitas insinerasi yang tersedia di unit kegiatan lain, seperti semen. pabrik, dalam upaya membuang limbah medis infeksius sesegera mungkin. 9. Pelaksanaan pengelolaan limbah medis infeksius harus diawasi secara terus menerus dan menyeluruh, dimulai dari pemilahan di tempat penghasil dan dilanjutkan dengan penyimpanan sementara, pengangkutan, dan pemusnahan. Kegagalan atau hambatan implementasi satu rantai proses harus segera dievaluasi dan diperbaiki. 10. "Tidak ada bukti bahwa kontak manusia secara langsung dan tanpa perlindungan selama penanganan limbah layanan kesehatan mengakibatkan penularan virus COVID-19," menurut penelitian WHO[8], selama semua limbah dikumpulkan di wadah yang sesuai dan diproses/disimpan dengan aman, baik di lokasi produsen maupun di luar. Selain itu, setelah melepas peralatan, petugas pelaksana melakukan kebersihan tangan dan memakai APD yang memadai (sepatu bot, celemek, baju lengan panjang, sarung tangan, masker, dan kaca mata/pelindung wajah). 11. Dengan tetap berpegang pada prinsip pengelolaan limbah B3, seperti kehati-hatian (melindungi petugas pengelola limbah dari risiko) dan prinsip kedekatan (prinsip kedekatan dalam penanganan limbah untuk meminimalkan risiko perpindahan), pemerintah dimungkinkan untuk mengeluarkan ketentuan lain di luar peraturan perundang-undangan

tentang pengelolaan limbah infeksius yang berlaku saat ini sesuai dengan kewenangannya.

6. Pada tahun 2017, Oki Oktami Yuda dan Eko Priyo Purnomo menerapkan kebijakan pengendalian pencemaran air limbah hotel di Kota Yogyakarta. Melalui dokumentasi dan wawancara dengan pegawai Dinas Lingkungan Hidup Kota Yogyakarta, penelitian ini menggunakan metode kualitatif untuk mengumpulkan data. Studi ini menunjukkan bahwa hasil implementasi dilakukan melalui kontrol, pengawasan, dan pembinaan. Dinas Lingkungan Hidup Kota Yogyakarta berperan sebagai mediator antara pihak hotel dan masyarakat, dengan menggunakan anggaran yang efisien, sarana dan prasarana yang memadai, serta standar operasional prosedur yang jelas untuk mensukseskan implementasi kebijakan yang memiliki tingkat keberhasilan sebesar 99,60 persen.
7. Analisis Pengelolaan Limbah B3 (Limbah Padat Medis) Puskesmas Rejosari Kecamatan Tenayan Raya Tahun 2020 Muhammad Aldiansyah, Hayana, Hastuti Marlina, Tahun 2021 Desain penelitian kualitatif ini menggunakan desain observasional di Puskesmas Rejosari Kecamatan Tenayan Raya pada bulan Juli. dan Agustus 2020. Berdasarkan pemahaman mereka tentang masalah yang diteliti, lima subjek penelitian untuk penelitian ini adalah kepala Puskesmas Rejosari, penanggung jawab kesehatan lingkungan, perawat, apoteker, dan petugas kebersihan. Instrumen penelitian meliputi lembar observasi dan wawancara. Berdasarkan temuan penelitian ini, pengelolaan limbah B3 di Puskesmas Rejosari masih memerlukan perbaikan di beberapa bidang, antara lain SDM, SOP, dana operasional, infrastruktur,

serta pemilahan, pengumpulan, penyimpanan, dan pengangkutan. limbah medis.

8. Rigianda Sophie Ayu Wiranata, A. T. Diana Nerawati, Ferry Kriswandana, dan Iva Rustanti melakukan evaluasi Pengelolaan Limbah B3 Medis Tahun 2021 di RSUD Dr. M. Soewandhie Surabaya. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit, evaluasi tahapan wadah memperoleh skor persentase sebesar 93,3 persen yang memenuhi kriteria penilaian –Sangat Baik”.
9. Hestika Nurhayati, Agus Ramon, Henni Febriawati, dan Nopia Wati akan melakukan penelitian kualitatif dan deskriptif ini di Kota Bengkulu pada tahun 2021 di Puskesmas Betungan. Berdasarkan temuan penelitian dan observasi yang dilakukan peneliti di Puskesmas Betungan Kota Bengkulu, evaluasi Pengelolaan Limbah Medis Padat adalah sebagai berikut:
Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 7, berikut persyaratan teknis yang harus dipenuhi untuk mengurangi limbah medis padat:
Untuk upaya pengurangan dan pemilahan sampah diperlukan SOP yang dapat diperbaharui setiap saat. Rumah sakit menggunakan strategi berikut untuk mengurangi limbah padat: jika ada alternatif untuk menghindari penggunaan bahan yang mengandung bahan beracun dan berbahaya; Segala sesuatu yang berpotensi mengganggu kesehatan atau mencemari lingkungan harus ditata dengan baik; Saat membeli bahan kimia dan obat-obatan, tata kelola yang baik harus diikuti untuk menghindari penumpukan dan kedaluwarsa; Ikuti jadwal pemeliharaan rutin dan preventif untuk peralatan.

10. Tahun 2021, Nelson Sitohang, Winda Kristanti, Herniwanti, Herlina Susmeneli, Endang Purnawati Rahayu, dan Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun Medis Padat (B3) Penelitian ini mengandalkan penelitian kualitatif dan analitik. Limbah infeksius tampaknya merupakan jenis limbah padat B3 medis yang paling umum, dan jumlah rata-rata limbah padat B3 medis yang dihasilkan setiap hari adalah 1,56 kilogram. Meskipun kualitas sumber daya manusia belum memenuhi persyaratan PP, namun kuantitas sumber daya tersebut sudah mencukupi. 13 Tahun 2015. Baik biaya yang terkait dengan pengelolaan limbah padat B3 medis maupun pengadaan, pemeliharaan, dan perbaikan infrastruktur tidak didanai secara memadai. Ada akses dan penggunaan infrastruktur, prosedur pemilahan, prosedur operasi standar (SOP), transportasi internal, penyimpanan sementara, dan manajemen akhir; Namun, sumber daya tersebut tidak optimal dan tidak sesuai dengan PP No. 56 Tahun 2015.

Tabel 1 Penelitian Terdahulu

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
1	<p>Absori dan Muhamad Latif.</p> <p>Kebijakan Hukum Pengelolaan Limbah Berbahaya dan Beracun (B3): Studi Implementasi Pengelolaan Limbah Medis di Rumah Sakit Salatig , 2020.</p> <p>Jurnal of Indonesian Law Volume 1 nomor 1 Juni 2020 halaman 91-117 https://e-journal.iainsalatiga.ac.id/index.php/jil/index</p>	<p>Penelitian kualitatif deskriptif digunakan dalam penelitian ini. Penelitian hukum empiris menggunakan data primer dan sekunder dalam jenis penelitian ini. Kepala Dinas Kesehatan Kota Salatiga, Kepala Badan Pengawas Lingkungan Hidup, Kepala Seksi Sanitasi, Operator Sanitasi, dan Cleaning Service RSUP Dr. Paru merupakan mayoritas data penelitian ini. Dokumen resmi, publikasi dan arsip dari instansi terkait menjadi data sekunder untuk penelitian ini, yang meliputi Ario Wirawan (RS Tipe A) dan RSUD Salatiga (Tipe B). Melalui wawancara mendalam, observasi,</p>	<p>Kebijakan yang ditempuh adalah yang digunakan dalam UU No. 31 Tahun 2009 tentang Pengelolaan dan Perlindungan Lingkungan Hidup (UU No. 32/2009). Dasar untuk menganalisis implementasi bukanlah teori tertentu.</p>	<p>Temuan menunjukkan bahwa pengelolaan limbah B3 medis rumah sakit tidak memenuhi persyaratan peraturan. Persyaratan tersebut antara lain pembuangan limbah medis secara langsung ke lingkungan, pengelolaan limbah yang tidak memenuhi kriteria, pengelolaan limbah yang tidak memenuhi kriteria, dan ketergantungan pelaksana dan penyidik terhadap limbah medis.</p>	<p>Kesamaan: melalui wawancara, observasi dan pencatatan Perbedaan: Penelitian ini hanya memiliki kebijakan sebagai pedoman dan tidak didasarkan pada teori tertentu</p>

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
		dan dokumentasi, penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data.			
2	<p>Pricilia Putri Ervian Sitompul.</p> <p>Menilik Kebijakan Pengolahan Limbah B3 Fasilitas Pelayanan Kesehatan selama Pandemi Covid- Provinsi Jawa Barat, 2021.</p> <p>Jurnal Dinamika Lingkungan Indonesia 8 nomor 1, Januari 2021 halaman 73-79</p>	<p>Penelitian ini dilakukan di Jawa Barat antara bulan April dan September 2020. Metode deskriptif dan jenis penelitian normatif digunakan dalam penelitian ini. Menurut Hamdi (2014), penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kualitatif- interaktif yang menekankan pada analisis logis, deskripsi, dan kesimpulan naratif atau kata-kata. Karena data yang digunakan merupakan data sekunder, maka metode pengumpulan datanya adalah penelitian kepustakaan (library research)..</p>	<p>Kebijakan pemerintah tentang pengolahan limbah B3 di Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan (KLHK) no. dilaksanakan oleh penelitian ini. Tentang pengelolaan limbah rumah tangga maupun limbah infeksius (limbah B3), no. .0667/MENLHK/PSL B3.3/3/2020 kepada Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) tentang pemusnahan limbah B3, Peraturan Pemerintah No 101 Tahun 2014 tentang pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun, dan Peraturan No. 56</p>	<p>Hasil penelitian ini Tempat pembakaran semen dapat digunakandigunakan sebagai alternatif fasilitas insenator dengan bermitra dengan pabrik semen, PT Jasa Medinvest , yang berbasis di Jawa Barat, dan Pemerintah Provinsi juga dapat mempertimbangkan untuk menerapkan skema Public Privat e Partnership melalui <i>Build-Operate Transfer Agreement</i>.</p>	<p>Perbedaan: kebijakan yang digunakan berbeda dengan penelitian ini.</p>

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
			Tahun 2015 tentang Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Dasar untuk menganalisis implementasi bukanlah teori tertentu.		
3	Siti Chotijah, Dewi Tuti Muryati, Tri Mulyani, Implementasi Kebijakan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang, 2017. Jurnal HUMANI (Hukum dan Masyarakat Madani) Volume 7 Nomor 3 Desember 2017 halaman 223-236	Pendekatan penelitian ini berbentuk penelitian yuridis sosiologis, dan spesifikasi yang digunakan adalah deskriptif analitis. Penelitian ini dilakukan secara langsung dengan melihat realita yang ada pada praktek di lapangan. Teknik pengumpulan data penelitian ini menggunakan data primer karena sumber data yang diperoleh adalah data yang diperoleh langsung dari lapangan. Data tersebut kemudian dianalisis dengan menggunakan teknik	Kebijakan yang digunakan adalah P.68/Menlhk/Setjen/Ku m.1/8/2016 Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Republik Indonesia tentang baku mutu air limbah domestik dan 1204/MENKES/SK/X/2004 Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan. Dasar untuk menganalisis implementasi bukanlah teori tertentu .	Walaupun implementasi kebijakan pengelolaan limbah rumah sakit di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang secara umum sudah berjalan dengan baik, namun data yang diperoleh penulis menunjukkan bahwa Rumah Sakit Islam Sultan Agung masih menghadapi kendala khususnya terkait dengan baku mutu amoniak yang ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016. Temuan kajian	Perbedaan: Kebijakan tersebut berdasarkan persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit yang tertuang dalam Surat Keputusan No. 1204/MENKES/SK/X/2004 yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia. UU No. 32 Tahun 2009 tentang Pengelolaan dan Perlindungan Lingkungan Hidup UU RS RI (Lokasi 44 Tahun 2009) dan SK Menteri Kesehatan

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
		analisis kualitatif. Metode untuk memilih sampel disebut "pengambilan sampel bertujuan		menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pengelolaan limbah rumah sakit di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang secara umum sudah berjalan dengan baik.	
4	Khairul Hamdi dan I Gede Herry Purnama , Implementasi Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Melalui Sistem Bank Sampah di RSUD Husada Denpasar Bali, 2019. Jurnal Kesehatan Masyarakat (<i>Archive of Community Health</i>) volume 6 nomor 2 Desember 2019. (Hamdi, Khairul & Gede Herry Purnama,I, 2019)	Metode penelitian kualitatif dan deskriptif. Ada tiga pendekatan pengumpulan data: wawancara, observasi, dan dokumentasi Miles dan Huberman mengatakan bahwa analisis data deskriptif naratif digunakan..	Tidak ada teori tertentu yang menjadi pedoman.	Mekanisme sistem bank sampah dapat digunakan untuk mencatat prosedur pengelolaan dan penatausahaan akibat pelaksanaan pengelolaan limbah B3. Sejak Desember 2018 hingga April 2019, pendapatan dari infus bekas pengelolaan limbah non B3 dan kemasan cairan hemodialisa mencapai Rp2.304.442 per bulan. Angka ini lebih rendah dari perkiraan Rp	Perbedaan: Pasal 38 Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No. 56 Tahun 2015 Tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah B3 Fasilitas Pelayanan Kesehatan menjadi pokok bahasan penelitian ini yang mengkaji tentang pelaksanaan program pengelolaan limbah B3. Penelitian ini mengumpulkan data observasi dan wawancara serta menganalisisnya dengan menggunakan metode Miles, Huberman, dan Saldana..

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
				4.200.000 per bulan karena banyaknya kunjungan. Pelaksanaan program ini terhambat oleh kurangnya peralatan penghancur ampul kaca bekas B3 dan sarana dan prasarana yang tidak memadai, seperti alat pelepas jarum suntik yang menerima jarum suntik bekas. Pengujian limbah cair tidak memenuhi syarat mutu..	
5	Candra Nugraha, Tinjauan Kebijakan Pengelolaan Limbah Medis Infeksius Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19), 2020. Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS) volume 4 nomor 2, Oktober 2020.	Topik-topik berikut menjadi fokus kajian kebijakan ini 1.Surat Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (Kewaspadaan Pengelolaan Limbah Medis di Fasilitas Kesehatan Selama Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) tanggal	Tidak ada teori tertentu yang menjadi dasar dalam menganalisis implementasi. Penelitian ini hanya mengacu pada kebijakan yang ada.	Hasil penelitian: 1.Sebagian besar langkah pengelolaan limbah B3 dituangkan dalam serangkaian surat atau edaran yang menguraikan kebijakan pemerintah dalam pengelolaan limbah medis infeksius . 2. Limbah infeksius,	Perbedaan: Sementara penelitian saya menggunakan teori Edward III, penelitian ini adalah studi kebijakan tanpa teori implementasi.

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
		<p>19 Maret 2020 ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Jawa Barat.</p> <p>2. Terkait Limbah B3 Medis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Darurat Covid-19, Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan telah menyu ati Kepala BNPB dan Ketua Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19 pada tanggal 22 2020.</p> <p>3.Surat Edaran Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor SE.2/MENLHK/PSL B3.3/3/2020 tanggal 24 Maret 2020 ditujukan kepada Kepala BNPB/Kepala Gugus Tugas</p>		<p>selain limbah medis karakteristik lain, dibakar di dalam insinerator, kecuali bahan radioaktif, peralatan medis dengan kandungan logam tinggi, tabung gas, atau wadah bertekanan [7] Dalam situasi di mana limbah medis yang dihasilkan cukup banyak, pembuangan limbah infeksius dari penanganan Covid-19 harus menjadi prioritas utama.</p> <p>3. Oleh karena itu, pemisahan limbah medis infeksius dari sumbernya sangat penting untuk memastikan bahwa limbah tersebut dapat diangkut dan dibuang segera tanpa perlu pemilahan tambahan. Limbah medis dari fasilitas</p>	

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
		<p>Percepatan Penanganan Covid-19 19, Gubernur/Bupati/Walikota seluruh Indonesia, tentang pengelolaan limbah infeksius (limbah B3) dan limbah rumah tangga akibat penanganan Corona Virus Disease (Covid-19).</p> <p>4. Surat Edaran Kepala Dinas Lingkungan Hidup Provinsi Jawa Barat Nomor 658/1545/BD II/2020, yang dikirimkan kepada Kepala Dinas Lingkungan Hidup Jawa Barat pada tanggal 27 Maret 2020.</p> <p>5. SENomor Menteri Dalam Negeri 440/2622/SJ, tanggal 29 Maret 2020, ditujukan kepada</p>		<p>kesehatan dikemas dalam wadah standar (plastik kuning bertanda menular untuk memudahkan penanganan lebih lanjut.</p> <p>4. Dengan merendam atau menyemprot limbah medis infeksius yang berasal dari fasilitas isolasi atau karantina mandiri dengan cairan yang mengandung disinfektan umum (seperti pemutih, asam karbol, dll.), ODP/PDP/keluarga harus mendisinfeksi terlebih dahulu sebelum dikemas dalam kantong plastik dengan ikatan. Hal itu sebagai upaya pencegahan penularan, termasuk petugas yang mengumpulkan dan</p>	

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
		<p>Gubernur, Bupati, dan Walikota se-Indonesia, Tentang Pembentukan Gugus Tugas Percepatan Penanganan Virus Corona Daerah Penyakit 2019 (Covid-19).</p> <p>6. Surat Dirjen PSLB3 KLHK S.156/PSLB3/PKPL B3/PLB.2/3/2020, tanggal 30 Maret 2020, ditujukan kepada pimpinan perusahaan pengelola dan pengangkutan limbah B3 infeksius , alamat pengelolaan limbah B3 selama masa darurat penanganan Corona virus disease- 19.</p> <p>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka</p>		<p>mengangkut sampah. Untuk menghindari penyalahgunaan, sangat penting untuk merusak masker sebelum membuangnya , misalnya dengan memotongnya .</p> <p>5. Untuk limbah medis infeksius hasil isolasi mandiri atau karantina, dapat digunakan fasilitas di fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas , atau klinik) yang terdekat dengan tempat pengumpulan. Pemda harus menyiapkan lokasi penampungan lain yang memenuhi syarat minimal TPS LB3 jika tidak tersedia, terlalu jauh, atau menghasilkan banyak sampah di suatu wilayah tertentu: sebuah. limbah</p>	

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
		Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19), 3 April 2020		<p>infeksius harus disegel dalam waktu 2(dua) hari produksi;</p> <p>b.atap struktur penyimpanan tahan air</p> <p>c. bangunan tidak berada di kawasan pemukiman dengan kepadatan tinggi untuk menghindari perhatian publik;</p> <p>d.semua limbah infeksius yang dihasilkan dapat ditampung dalam gedung</p> <p>e. bangunan yang dikunci untuk mencegah binatang atau penyusup melarikan diri;</p> <p>f.memiliki APD dan alat desinfeksi yang memadai; g. tanda yang menggambarkan bangunn sebagai tempat untuk sementara menyimpan limbah</p>	

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
				<p>infeksius . 6. Pengangkutan limbah medis infeksius dari fasilitas penyimpanan limbah ke fasilitas pembuangan limbah harus menjadi prioritas utama. Menjadi tanggung jawab pihak yang menyediakan jasa pengangkutan limbah medis dan yang ditunjuk oleh pemerintah untuk melakukan pengangkutan tersebut untuk melaksanakan pengangkutan tersebut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Standar APD untuk pekerjaan mencakup informasi tentang kegiatan ini. Karena penerapan PSBB, pengangkutan limbah medis dikecualikan dari kondisi khusus</p>	

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
				<p>tertentu. Departemen Kesehatan , Departemen Perhubungan , Kepolisian , dan departemen terkait lainnya semua bertanggung jawab untuk memastikan bahwa pengangkutan limbah medis berlangsung tanpa insiden. 7. Sesuai peraturan, limbah medisinfeksius harus dibuang oleh pihak yang mengumpulkan limbah medis dengan izin dari pemerintah, seperti rumah sakit, fasilitas, atau penyedia layanan pembuangan limbah medis. Sampah di dalam kantong plastik langsung hancur tanpa membuk atau melihat ke dalam. Di antara metode</p>	

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
				<p>pemusnahan adalah autoklaf pembakaran , atau keduanya. Sisa bahan yang telah dicacah atau dibakar kemudian disimpan di fasilitas TPA. Memilih teknologi dapat dipengaruhi oleh ketersediaannya. Persyaratan APD pekerja mencakup semua kegiatan ini.</p> <p>8. Dalam hal terjadi keadaan luar biasa dimana proses pemusnahan pembakara menjadi prioritas dan harus dilakukan secara terus menerus, pemerintah perlu menerapkan pengamanan yang memadai. Selain itu, pemerintah perlu mempertimbangkan penggunaan fasilitas insinerasi yang terdapat pada unit</p>	

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
				<p>kegiatan lain, seperti semen apabila jumlah limbah medis infeksius yang dihasilkan melebihi kapasitas pembuangan saat ini. pabrik, dengan tujuan cepat membuang limbah medis infeksius.</p> <p>9. Dimulai dengan pemilahan di titik asal dan dilanjutkan dengan penyimpanan sementara , pengangkutan, dan pemusnahan pelaksanaan pengelolaan limbah medis infeksius harus diawasi secara ketat secara konsisten dan menyeluruh. Kekurangan atau hambatan rantai proses harus segera dinilai dan diatasi.</p> <p>10. Menurut penelitian WHO[8], "tidak ada bukti bahwa kontak</p>	

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
				<p>manusia secara langsung dan tanpa perlindungan selama penanganan limbah layanan kesehatan menyebabkan penularan virus COVID-19 asalkan semua limbah dikumpulkan dalam wadah yang sesuai dan dirawat atau disimpan dengan aman, baik i tempat produksi maupun di luar.Selain itu, setelah melepas peralatan, petugas pelaksana menjaga kebersihan tangan dan memaka alat pelindung diri (APD) yang sesuai. (sepatu bot, celemek, bajulengan panjang , sarung tangan, masker, dan kaca mata/pelindung wajah). Pemerintah dimungkinkan</p>	

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
				untuk mengeluarkan ketentuan lain di luar peraturan yang berlaku mengenai pengelola limbah infeksius sesuai dengan kewenangannya, meskipun tetap berpegang pada prinsip pengelolaan limbah B3 seperti kehati-hatian (melindungi petugas pengelola limbah dari risiko) dan prinsip kedekatan (prinsip kedekatan). kedekatan dalam penangan limbah untuk meminimalkan risiko pemindahan.)	
6	Oki Oktami Yuda & Eko Priyo Purnomo Implementasi Kebijakan Pengendalian Pencemaran Limbah Cair Hotel di Kota Yogyakarta Tahun 2017 2018. Jurnal Administrasi Publik (Public Administration Journal) volume 8	Penelitian ini mengaplikasikan jenis penelitian kualitatif dengan enis dan sumber data yang digunakan dalam penelitian ini ada 2 macam, yaitu (1) Data primer yang	Proses implementasi kebijakan pengendalian pencemaran limbah cair hotel berdasarkan teori Nugroho (2017) yaitu 6 indikator penilaia keberhasilan suatu kebijakan Enam indikator penilaian	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hasil dari implementasi dilaksanakan melalui 3 kegiatan yaitu pengendalian, pengawasan, dan pembinaan. Hasil	Perbedaan: terori pada penelitian ini adalah teori Nugroho dan penelitian saya teori Edward III. Persamaan: menggunakan wawancara dan Teknik analisis yang sama.

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
	nomor 2, Desember 2018.	diperoleh dari wawancara secara langsung ke subjek penelitian yang dipilih dengan teknik <i>purposive sampling</i> yaitu atas dasar orang-orang yang terlibat langsung pada pelaksanaan kebijakan pengendalian pencemaran limbah cair hotel yaitu Kepala Pengembang Kapasitas Lingkungan Hidup Dinas Lingkungan Hidup Kota Yogyakarta(2) Data sekunder adalah data yang diperoleh yang digunakan sebagai penunjang dalam menganalisa masalah penelitian yang berupa peraturan perundang-undangan, literatur, dokumen, laporan, dan arsip yang dikeluarkan oleh	keberhasilan dalam suatu kebijakan tersebut adalah (1) standar dan sasaran kebijakan, (2) sumber daya, (3) karakteristik organisasi pelaksana, (4) komunikasi antar komunikasi dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan, (5) sikap para pelaksana dan (6) lingkungan eksternal.	implementasi kebijakan terlaksana dengan baik mencapai 99.60%, penggunaan anggaran yang efisien, sarana dan prasarana yang memadai, <i>standard operating procedure</i> yang jelas, komunikasi yang informatif kepada pihak hotel, koordinasi dengan stakeholder, Dinas lingkungan hidup kota Yogyakarta sebagai mediator antara pihak hotel dan masyarakat.	

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
		pemerintah yang berkaitan dengan permasalahan yang diteliti adapun data sekunder dalam penelitian ini adalah Renstra dan Lakip Dinas Lingkungan Hidup Kota Yogyakarta serta Undang- Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengolahan lingkungan Hidup. Setelah data diperoleh kemudian dilakukan teknik analisis data dengan mereduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.			
7	Muhammad Aldiansyah, Hayana, Hastuti Marlina, Analisa Pengelolaan Limbah B3 (Medis Padat) Di Puskesmas Rejosari Kecamatan Tenayan Raya Tahun 2020, 2021	Jenis penelitian kualitatif dengan desain penelitian observasi dilakukan di Puskesmas Rejosari Kecamatan Tenayan Raya pada bulan Juli-Agustus 2020.	Penelitian ini berpedoman pada PermenLHK No. 56 tahun 2015,	Dilihat dari sisi SDM, SOP, Dana Operasional, Sarana Prasarana, Pemilahan Limbah Medis, Pengumpulan Limbah Medis, Penyimpanan Limba	Perbedaan penelitian ini berpedoman pada kebijakan tanpa pedoman teori tertentu, sedangkan penelitian saya menggunakan teori Edward III sebagai pedoman.

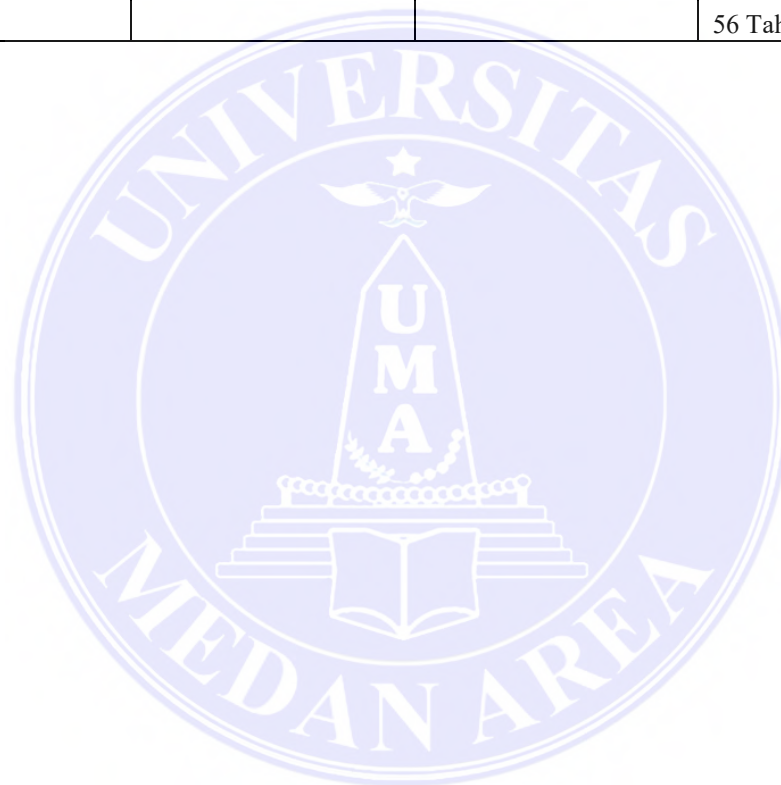
No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
	Media Kesmas (<i>PublicHealthMedia</i>) <i>e-ISSN 2776-1339</i> Volume1, Nomor 3 Tahun 2021	Subjek penelitian 5 orang terdiri dari 1 orang Kepala Puskesmas, penanggungjawab sanitasi 1 orang, petugas sanitasi 1 orang, petugas farmasi dan 1 orang petugas kebersihan. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan lembar observasi dan wawancara. Analisa data dilakukan dengan cara reduksi data, penyajian data dan menarik kesimpulan.		h Medis dan Pengangkutan Limbah Medis penulis menyatakan masih banyak hal-hal yang harus diperbaiki dalam Pengelolaan Limbah B3 di Puskesmas Rejosari.	Persamaan: menggunakan observasi dan wawancara serta Teknik analisis dengan reduksi data penyajian data dan penarikan kesimpulan.
8	Rigianda Sophie Ayu Wiranata, A. T Diana Nerawati, Ferry Kriswandana, Iva Rustanti Evaluasi Pengelolaan Limbah B3 Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Soewandhie Surabaya Pada Tahun 2020 GEMA Lingkungan Kesehatan Vol. 19 No. 01 Januari 2021	Metode kualitatif deskriptif digunakan dalam penelitian ini. Responden penelitian adalah koordinator limbah B3 medis, petugas pelaksana limbah B3 medis, dan kepala instalasi penyehatan lingkungan. Subjek investigasi adalah penggunaan lembar daftar periksa	Kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit menjadi landasan penelitian ini, bukan teori.	Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, penilaian tahap wadah menghasilkan nilai persentase sebesar 93,3 persen yang memenuhi kriteria penilaian —Sangat	\ Perbedaan: Sementara penelitian saya menggunakan wawancara, observasi, dan dokumentasi, penelitian ini menggunakan lembar daftar periksa

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
		untuk mengelola limbah B3 medis. Kemudian dianalisis secara deskriptif.		Baik	
9	Hestika Nurhayati, Agus Ramon, Henni Febriawati, Nopia Wati. Pengelolaan Limbah Medis Padat B3 Di Puskesmas Perawatan Betungan Kota Bengkulu Tahun 2021 AVICENNA ISSN : 1978 – 0664 EISSN : 2654 – 3249 Vol. 16. No. 2 Agustus 2021 : 97 - 110	pendekatan kualitatif deskriptif. Petugas kesling dan cleaning service menjadi narasumber informan. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi Hasil Pengolahan lanjutan limbah medis padat B3 oleh Puskesmas Perawatan Betungan, Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) limbah medis padat B3, dan identifikasi limbah B3 sesuai dengan Permenkes No. 7 Tahun 2019. Sedangkan Permenkes tidak ditaati dalam hal penampungan, pengangkutan, dan pemilahan limbah medis padat B3. 7 tahun 2019	hanya berfokus pada kebijakan daripada teori tertentu dalam implementasinya .	Evaluasi Pengelolaan Limbah Medis Padat adalah sebagai berikut berdasarkan temuan penelitian dan observasi yang dilakukan peneliti di Puskesmas Betungan Kota Bengkulu: Persyaratan teknis yang harus dipenuhi untuk mengurangi limbah medis padat, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019: SOP yang dapat diperbaharui setiap saat diperlukan untuk upaya pengurangan dan pemilahan sampah Rumah sakit mengurangi limbah padat dengan cara sebagai berikut: jika	Persamaan: menggunakan observasi, wawancara, dan dokumentasi Perbedaan: Teori Edward III tidak digunakan dalam penelitian ini.

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
				ada alternatif menghindari penggunaan bahan yang mengandung bahan beracun dan berbahaya Tata kelola yang baik harus diterapkan pada setiap bahan yang berpotensi membahayakan kesehatan atau mencemari lingkungan; Tata kelola yang baik harus diikuti saat membeli bahan farmasi dan bahan kimia untuk mencegah penumpukan dan kedaluwarsa; Ikuti jadwal perawatan peralatan baik preventif maupun rutin	
10	Winda Kristanti, Herniwanti, Herlina Susmeneli, Endang Purnawati Rahayu, Nelson Sitohang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) Medis Padat	Penelitian ini menggunakan kualitatif, penelitian analitis. Kebijakan tersebut adalah Peraturan Menteri	Tidak ada teori sebagai pedoman.	Berdasarkan temuan penelitian ini, limbah infeksius merupakan penyumbang terbesar limbah B3 medis	Persamaan: Wawancara, konservasi, dan dokumentasi digunakan dalam penelitian ini, demikian pula metode analisis data: reduksi data,

No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
	Higeia 5 (3) (2021) <i>Higeia Journal Of Public Health Research And Development</i>	Lingkungan Hidup dan Kehutanan Republik Indonesia nomor: Menlhk-Setjen/2015, hal. 56 Melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen, penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Delapan orang dipilih sebagai informan penelitian dengan menggunakan metode snowball sampling.		padat yang dihasilkan, dengan rata-rata produksi harian mencapai 1,56 kilogram. Kualitas SDM dan jumlah SDM profesional yang ada belum memenuhi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2015. Biaya pengadaan, perbaikan, dan pemeliharaan infrastruktur belum memadai, begitu pula biaya pengelolaan limbah B3 medis padat. Infrastruktur, prosedur operasi standar, prosedur pemilahan, transportasi internal, penyimpanan sementara, dan pengelolaan akhir semuanya dapat diakses dan digunakan, tetapi belum dalam kondisi	penyajian data, dan penarikan kesimpulan Perbedaan: Penelitian saya menggunakan teori Edward III untuk analisis implementasi, sedangkan penelitian ini tidak menggunakan teori sebagai pedoman implementasi.

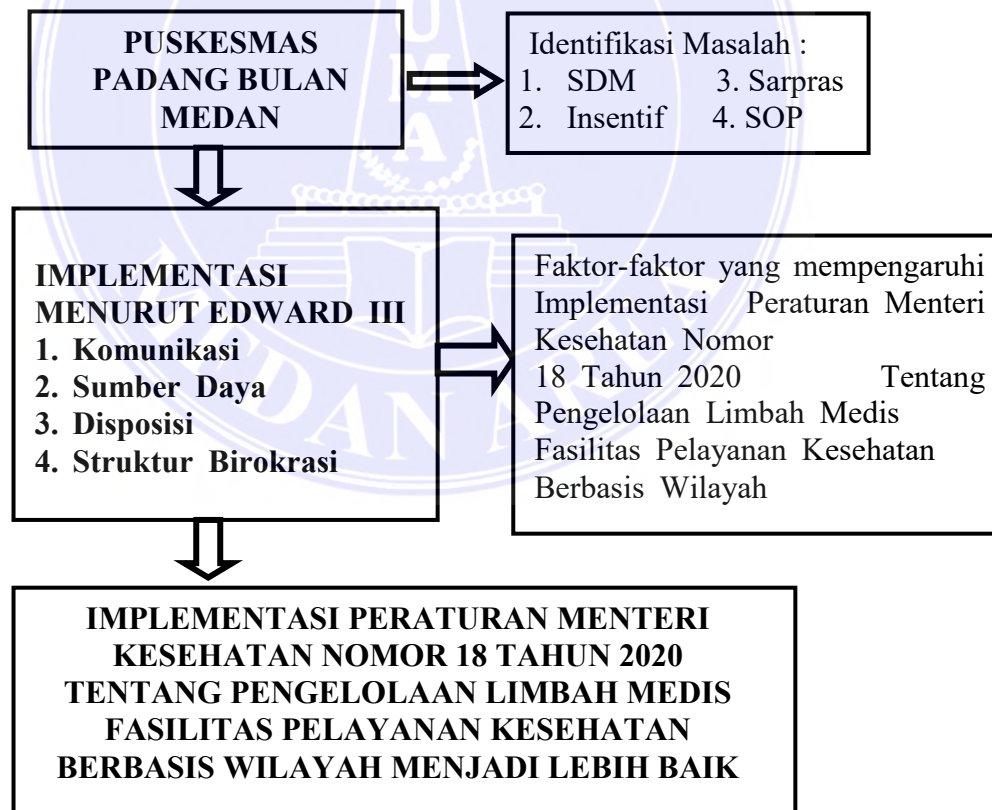
No	Nama, Judul, Tahun Penelitian, Sumber	Metode Penelitian	Teori	Hasil Penelitian	Persamaan/ perbedaan dengan Thesis
				terbaik dan tidak sesuai dengan Permen LHK No. 56 Tahun 2015	



2.6. Kerangka Pikiran

Penelitian ini menginvestigasi implementasi dan mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi implementasi Pengelolaan limbah medis di Puskesmas Padang Bulan Medan menjadi subyek Peraturan Nomor 18 Tahun 2020 yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan. Penelitian ini menggunakan hipotesis eksekusi yang ditunjukkan oleh Edward III yang terdiri dari komunikasi, Sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Tujuan penerapan teori Edward III adalah untuk mengetahui bagaimana implementasi bekerja dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhinya. tersebut. Sehingga, kualitas pengelolaan limbah medis di Puskesmas Padang Bulan Medan menjadi lebih baik lagi.

GAMBAR KERANGKA FIKIRAN



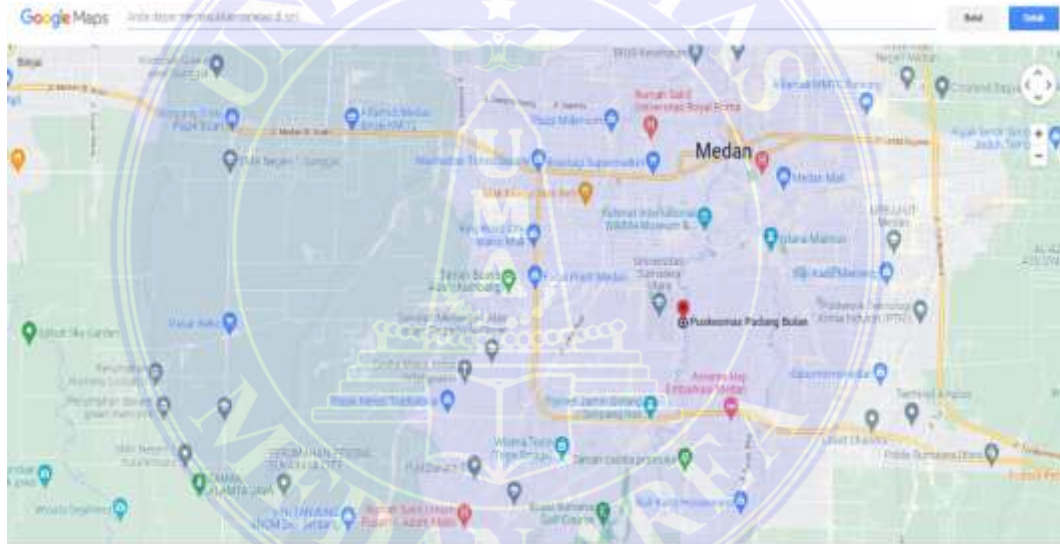
Sumber : Pengolahan Penelitian (2022)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu dan tempat penelitian mengemukakan tempat dimana situasi sosial akan diteliti serta waktu pelaksanaan penelitian seperti di sekolah tahun 2010, dijalan dan lain-lain (sugiyono 2018). Penelitian rencananya akan dilakukan di tahun 2022 ini dan lokasi penelitian ini adalah Puskesmas Padang Bulan, Medan yang beralamat di jalan Jamin Ginting nomor 31 Padang Bulan, Kecamatan Medan Baru, Kota Medan.



Gambar 6. Peta Puskesmas Padang Bulan Medan

3.2. Metode Penelitian

Menurut Sugiyono (2018), metode penelitian merupakan pendekatan ilmiah untuk memperoleh data untuk kegunaan tertentu. Pendekatan kualitatif dan deskriptif digunakan dalam penelitian ini. Metode penelitian naturalistik digunakan untuk mendeskripsikan penelitian kualitatif karena dilakukan dalam

setting yang natural dan menggunakan data dan analisis kualitatif (Sugiyono, 2018). Menurut Sugiyono (2018), deskriptif kualitatif adalah metode yang digunakan untuk menggambarkan suatu fenomena berdasarkan fakta di lapangan. Ia menganut post positivisme dan menempatkan peneliti sendiri sebagai instrumen utama. Menurut Sukmadinata (2017), metode ini juga mempertimbangkan keterkaitan antara kegiatan dengan karakteristik, kualitas, dan karakteristiknya. Kajian ini membahas tentang hambatan pengelolaan limbah B3 dan bagaimana peraturan Menteri Kesehatan tentang pengelolaan limbah diimplementasikan. Karena adanya interaksi langsung antara peneliti (*human instrument*) dengan sumber data, maka jenis ini dimanfaatkan oleh peneliti karena memenuhi syarat untuk memperoleh pemahaman yang komprehensif dan mendalam terhadap Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 tentang Penerapan B3 pengelolaan sampah..

3.3. Informan

Informan penelitian menurut Sugiyono (2010) adalah narasumber yang merujuk pada seseorang yang memahami subjek penelitian dan mampu memberikan penjelasan tentang topik penelitian yang diangkat.

Informan dalam penelitian ini antara lain:

- a. Informan Kunci yaitu orang yang dianggap mengetahui permasalahan yang diteliti. Adapun yang dimaksud sebagai informan kunci dalam penelitian ini adalah drg. Sufania sebagai Kepala Puskesmas.
- b. Informan Utama merupakan individu maupun kelompok yang dijadikan sebagai sumber data atau informasi primer dalam

memberikan gambaran teknis terkait masalah penelitian. Adapun yang dimaksud dalam penelitian ini adalah Siti Adabiah yang menjabat sebagai tenaga kesehatan lingkungan di Puskesmas.

- c. Informan tambahan merupakan individu maupun kelompok yang dijadikan sebagai sumber data atau informasi primer dalam memberikan gambaran teknis terkait masalah penelitian. Adapun yang dimaksud dalam penelitian ini adalah Angela T. Padang (Ka.Sub.Bag. Tata Usaha), Purnama Hutasoit (Pj. Upaya Kesehatan Masyarakat Essensial), dr. Titin Wahyuni (Pj. Upaya Kesehatan Perorangan Kefarmasian dan Laboratorium), Nila Sari Sargaih (Pj. Jejaring dan Jaringan Puskesmas dan 5 (lima) masyarakat umum yang datang berobat ke Puskesmas

Menurut Sugiyono (2018), pemilihan informan dilakukan dengan sengaja, yaitu dipilih berdasarkan seperangkat kriteria dan tujuan. Misalnya, informan yang dianggap paling tahu tentang apa yang diharapkan mungkin telah dipilih, atau sumber data mungkin dipilih sehingga akan lebih mudah bagi peneliti untuk menyelidiki subjek yang sedang dihadapi. Penelitian ini menggunakan laki-laki dan perempuan yang telah bekerja di Puskesmas Padang Bulan minimal lima tahun.

3.4. Teknik dan Pengumpulan Data

Sugiyono (2018) mengatakan bahwa observasi, wawancara, dan dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data. Data untuk penelitian ini dikumpulkan melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi.

1. Observasi menurut Sugiyono (2018) merupakan metode pengumpulan data yang menonjol dari metode lain dalam beberapa hal. Manusia bukanlah satu-satunya hal yang dapat diamati; objek lain juga. Peneliti dapat belajar tentang perilaku dan maknanya melalui kegiatan observasi. Observasi adalah suatu metode untuk mengamati dan mencatat peristiwa atau tindakan untuk mengumpulkan informasi. Dalam melakukan observasi, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, seperti:
 - a. Bersiaplah sebelum observasi dimulai. Sebelum observasi dimulai, buatlah rencana yang jelas dan pastikan bahwa Anda memiliki semua peralatan yang diperlukan.
 - b. Tentukan tujuan observasi. Sebelum memulai, pastikan untuk menetapkan tujuan pengamatan. Ini akan memudahkan untuk memutuskan apa yang akan direkam dan diamati.
 - c. Buat rencana rinci untuk observasi. Buat strategi ringkas untuk melakukan pengamatan. Ini termasuk lokasi yang akan diamati, kerangka waktu yang dibutuhkan, dan jadwal pengamatan.
 - d. Pilih sudut pandang Anda untuk observasi. Pastikan Anda tetap fokus pada perspektif yang paling sesuai dengan tujuan observasi selama proses berlangsung.
 - e. Gunakan metode observasi yang tepat. Pastikan Anda menggunakan metode observasi yang sesuai dengan tujuan observasi. Observasi partisipan, observasi non-partisipan, dan observasi instrumen adalah semua metode observasi yang umum.

- f. Didukung dengan baik. Simpan catatan mendetail tentang peristiwa atau tindakan yang diamati dan, jika perlu, catat informasi kontak Anda.
- g. Jangan berasumsi apapun. Hindari membuat asumsi tentang apa yang Anda lihat dan jangan membuat kesalahan dengan berpikir bahwa apa yang Anda lihat adalah seluruh kebenaran.
- h. Jangan mencoba mengubah subjek yang Anda tonton. Jangan melakukan apa pun yang dapat memengaruhi subjek yang Anda tonton sebagai pengamat.
- i. Bersikaplah objektif. Berhati-hatilah untuk tidak mendasarkan pengamatan Anda pada praduga atau bias.
- j. Meneliti hasil pengamatan. Menganalisis hasil pengamatan dan memastikan bahwa hasil tersebut disimpulkan dengan benar setelah pengamatan selesai.

Untuk mengetahui kondisi yang sebenarnya digunakan pengamatan langsung di lapangan dalam penelitian ini. Pengamatan terbuka adalah mereka yang akan dilakukan oleh penelitian. Peneliti akan bertemu dengan para pemangku kepentingan dan menginformasikan niat mereka untuk melakukan penelitian tahap pertama, yaitu observasi. Pengelolaan Limbah Medis di Puskesmas Padang Bulan dicatat oleh peneliti sambil membuat catatan lapangan, dan langkah awal yang dilakukan adalah mengamati kondisi dan keadaan lokasi penelitian. Sesuai dengan jam operasional Puskesmas, peneliti melakukan observasi pada tanggal 1 Agustus 2022 selama satu hari, mulai pukul 08.00 hingga 14.30 WIB. Peneliti memeriksa apakah pelayanan yang diberikan

kepada pasien menghasilkan limbah medis dan bagaimana proses pelayanan dimulai dari pendaftaran pasien dan dilanjutkan melalui pengobatan.

2. Wawancara Mendalam (Sugiyono, 2018): Wawancara adalah percakapan antara dua orang untuk tujuan tertentu. Pewawancara (*interviewer*) mengajukan pertanyaan dan pewawancara (*interviewee*) menanggapi pertanyaan tersebut. Menggunakan pertanyaan yang dirancang dengan baik, pewawancara mengumpulkan informasi dari seorang individu. Dalam melakukan wawancara, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain:
 - a. Sebelum wawancara dimulai, siapkan pertanyaannya. Pastikan untuk menyesuaikan pertanyaan Anda dengan latar belakang dan posisi orang.
 - b. yang diwawancarai, dan ajukan pertanyaan yang mencari informasi yang diperlukan.
 - c. Ciptakan lingkungan yang ramah. Selama wawancara, pastikan orang yang diwawancarai merasa nyaman dan santai.
 - d. Jangan menyela secara berlebihan. Berikan waktu kepada orang yang diwawancarai untuk menanggapi pertanyaan sepenuhnya dan menahan diri dari menyela atau terburu-buru melalui tanggapan.
 - e. Hindari menanggapi. Selama wawancara, Anda sebagai pewawancara tidak boleh menjawab pertanyaan atau membagikan pemikiran Anda sendiri.
 - f. Berikan waktu yang cukup. Jangan memulai wawancara terlalu cepat, dan berikan diri Anda cukup waktu untuk menjawab pertanyaan.
 - g. Bersikaplah tidak memihak. Berusahalah untuk tidak mengajukan pertanyaan berdasarkan praduga atau bias.

- h. Manfaatkan strategi tindak lanjut. Jika perlu, ajukan pertanyaan tambahan untuk tanggapan yang lebih mendalam.
- i. Buktinya kuat. Catat tanggapan orang yang diwawancarai secara rinci dan sertakan informasi kontak yang diperlukan.
- j. Ucapkan terima kasih, dan selamat berpisah kepada orang yang diwawancarai atas waktu dan kerja sama mereka.

Pada tanggal 9 dan 10 Agustus 2022 peneliti melakukan wawancara dengan narasumber yang terdiri dari Kepala Puskesmas, Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Medis, 4 (empat) orang pegawai Puskesmas, dan 5 (lima) orang masyarakat umum yang datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan guna menjawab pertanyaan penelitian. Peneliti menggunakan Kuesioner atau pertanyaan-pertanyaan yang sebelumnya telah mereka tinjau dan susun sesuai dengan petunjuk Pengawas. Karena banyaknya kegiatan Puskesmas dalam penanganan pandemi COVID 19, wawancara dilakukan hampir satu minggu setelah observasi. Agar informan dapat menjawab dengan tepat, peneliti terlebih dahulu menjelaskan maksud pertanyaan. Ada beberapa informan yang menolak untuk direkam atau difoto selama wawancara yang berlangsung kurang lebih lima belas menit per orang.

3. Rekaman kejadian masa lalu berupa gambar, foto, sketsa, dan bentuk lainnya disebut dokumentasi. Menurut Sugyono (2018), pengguna metode observasi dan wawancara dapat memanfaatkan penambahan dokumentasi. Foto dan arsip terkait pengelolaan limbah B3 akan dikumpulkan oleh peneliti.

Notebook, tape recorder, dan ponsel adalah alat penelitian. Manifes limbah B3, Nota Kesepahaman dengan pihak ketiga yang memiliki izin untuk

pengangkutan dan pengolahannya, serta *Standard Operating Procedure* (SOP) pengelolaan limbah B3 di Puskesmas Padang Bulan merupakan dokumen yang akan digunakan dalam penelitian ini. Sebagai bukti, peneliti mengambil foto *Mou*, beberapa catatan terkait limbah medis, dan salinan SK Pengelolaan Limbah Medis.

3.5. Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan teori Miles, Huberman, dan Saldana (2014) untuk teknik analisis data yang meliputi pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi.

1. Proses pengumpulan data untuk tujuan pencapaian tujuan penelitian dikenal dengan pengumpulan data. Observasi, wawancara, dan dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data untuk penelitian ini. Dalam penelitian ini, sebelas orang memberikan data. Kegiatan dan kondisi Puskesmas Medan Padang Bulan dicatat selama proses observasi yang dilanjutkan dengan wawancara dengan 11 informan yang telah ditentukan. Berdasarkan observasi, wawancara mendalam digunakan untuk melakukan wawancara ini. Foto-foto digunakan sebagai dokumentasi setelah wawancara dan observasi. Sarana dan prasarana puskesmas, serta kegiatan di Puskesmas Padang Bulan Medan tergambar dalam foto.
2. Reduksi data dapat dianggap sebagai proses seleksi yang berfokus pada penyederhanaan, abstraksi, dan transformasi data mentah dari catatan yang muncul di lapangan saat enam orang berinteraksi dengan sumber data. Selama proses pengumpulan data terus berlangsung, maka akan terjadi reduksi data.

Peneliti mengelompokkan data pada poin ini sesuai dengan hasil observasi, wawancara, dan dokumentasi. Data yang diperoleh dikelompokkan menurut proses implementasi dan faktor implementasi untuk mengurangi atau menghilangkan informasi yang tidak perlu.

3. Penyajian data adalah langkah penting selanjutnya dalam analisis data kualitatif. Sederhananya, cara data disajikan dapat dianggap sebagai kumpulan informasi terstruktur yang memungkinkan seseorang untuk membuat kesimpulan dan mengambil tindakan. Uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, bagan alir, dan format serupa lainnya dapat digunakan dalam penelitian kualitatif tentang penyajian data. Sebuah tabel yang berisi deskripsi dan hasil dari kesebelas sumber data akan dibuat.
4. Kesimpulan/Verifikasi Setelah mengumpulkan data, peneliti mencari makna hubungan, mencari keteraturan, dan menarik kesimpulan. Selama pengumpulan data berlanjut, asumsi mendasar dan kesimpulan awal yang disebutkan di atas tetap bersifat sementara. Namun, kesimpulan yang disajikan dapat dipercaya jika didukung oleh data (bukti) yang valid dan konsisten yang peneliti temukan di lapangan. Sepanjang sisa penelitian, peneliti berganti-ganti antara reduksi, presentasi, dan menarik kesimpulan atau verifikasi dalam tiga kegiatan ini. Dalam pengertian ini, analisis data kualitatif adalah upaya yang terus menerus, berulang, dan berkesinambungan di mana masalah reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan atau verifikasi menjadi gambaran keberhasilan yang berurutan sebagai rangkaian kegiatan analisis yang saling mengikuti. Tahap akhir dari analisis ini adalah

menarik kesimpulan dan memverifikasi hasil analisis dari kesebelas sumber data..



Gambar 7. Komponen Data Analisis Miles, Huberman, dan Saldana (2014)

3.6. Definisi Konsep Dan Defenisi Operasional

3.6.1. Definisi Konsep

1. Proses implementasi sangat penting karena sebgas apapun suatu kebijakan, tidak akan mencapai tujuannya jika tidak dilaksanakan dan direncanakan dengan baik.
2. Keputusan tertulis yang dibuat oleh negara atau pemerintah yang berisi petunjuk atau pola perilaku yang biasanya mengikat secara hukum disebut sebagai peraturan.
3. Upaya pengelolaan limbah medis di fasilitas pelayanan kesehatan adalah pengelolaan berbasis wilayah, dimana setiap tahapan dilakukan di suatu wilayah sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan wilayah tersebut.

3.6.2. Definisi Operasional

1. Agustino menyatakan (2006:157): –Keberhasilan pencapaian tujuan implementasi kebijakan publik sangat dipengaruhi oleh komunikasi, yang merupakan salah satu faktor signifikan yang mempengaruhi implementasinya. Jika pengambil keputusan tahu apa yang akan mereka lakukan, implementasi yang efektif akan terjadi. Komunikasi yang baik adalah satu-satunya cara untuk mendapatkan informasi dari pengambil keputusan. Variabel keberhasilan komunikasi dapat dinilai dengan menggunakan tiga indikator. Dalam Agustino (2006:157-158), Edward III menyarankan tiga variabel berikut:

a. Transmisi

Komunikasi yang baik menghasilkan eksekusi yang baik. Dalam komunikasi sering terjadi permasalahan yaitu kesalahpahaman (*miscommunication*), karena dalam proses komunikasi terdapat beberapa lapisan birokrasi yang harus diatasi, sehingga apa yang diharapkan justru terdistorsi ditengah-tengah.

b. Kejelasan

Komunikasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan (*street-level-bureaucrats*) harus jelas dan tidak membingungkan atau tidak ambigu/ mendua.

c. Konsistensi

Perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu

komunikasi harus konsisten dan jelas untuk ditetapkan atau dijalankan. Jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan.

2. Dalam Agustino (2006:158-159), Edward III mengatakan bahwa sumber daya penting untuk mewujudkan kebijakan yang baik. Berikut adalah indikator yang digunakan untuk menentukan sejauh mana sumber daya mempengaruhi implementasi kebijakan :

a. Staf

Sumber daya utama dalam implementasi kebijakan adalah staf atau pegawai (*street-level-bureaucrats*). Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan, salah satunya disebabkan oleh staf/ pegawai yang tidak cukup memadai, mencukupi, ataupun tidak kompeten dalam bidangnya. Penambahan jumlah staf dan *implementor* saja tidak cukup menyelesaikan persoalan implementasi kebijakan, tetapi diperlukan sebuah kecukupan staf dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabel) dalam mengimplementasikan kebijakan.

b. Informasi

Dalam implementasi kebijakan , informasi mempunyai dua bentuk yaitu : pertama informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Kedua, informasi mengenai

data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan.

c. Wewenang

Pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan efektif. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik. Ketika wewenang tidak ada, maka kekuatan para implementor dimata publik tidak dilegitimasi, sehingga dapat menggagalkan implementasi kebijakan publik. Tetapi dalam konteks yang lain, ketika wewenang formal tersedia, maka sering terjadi kesalahan dalam melihat efektivitas kewenangan. Di satu pihak, efektivitas kewenangan diperlukan dalam implementasi kebijakan; tetapi di sisi lain, efektivitas akan menyusut manakala wewenang diselewengkan oleh para pelaksana demi kepentingannya sendiri atau kelompoknya.

d. Fasilitasi

Fasilitas fisik merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin mempunyai staf yang mencukupi, kapabel dan kompeten, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil.

3. Kecenderungan atau disposisi merupakan salah satu faktor yang memiliki konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif, ujar Edward III dalam Winarno (2005:142-143). Implementasi kebijakan sangat mungkin dilaksanakan sesuai dengan keputusan awal jika para pelaksananya memiliki tendensi atau sikap yang positif atau mendukungnya. Sebaliknya, implementasi kebijakan akan menghadapi tantangan yang signifikan jika pelaksana menunjukkan sikap negatif atau menolak implementasi kebijakan karena konflik kepentingan. Dalam Agustinus (2006:159-160), Edward III memperhatikan aspek-aspek keputusan implementasi kebijakan sebagai berikut:

a. Pengangkatan Birokrasi.

Disposisi atau sikap pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personel yang ada tidak melaksanakan kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat yang lebih atas. Karena itu, pengangkatan dan pemilihan personel pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus lagi pada kepentingan warga masyarakat.

b. Insentif

Merupakan salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah sikap para pelaksana kebijakan dengan

memanipulasi insentif. Pada dasarnya orang bergerak berdasarkan kepentingan dirinya sendiri, maka manipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana menjalankan perintah dengan baik.

4. Struktur birokrasi menunjukkan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh struktur birokrasi. Birokrasi, menurut Edward III dalam Winarno (2005:150) terdapat dua karakteristik utama dari birokrasi yakni :

a. *Standard Operational Procedure (SOP)*

Merupakan perkembangan dari tuntutan internal akan kepastian waktu, sumber daya serta kebutuhan penyeragaman dalam organisasi kerja yang kompleks dan luas.

b. Fragmentasi

Merupakan penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan kepada beberapa badan yang berbeda sehingga memerlukan koordinasi. Pada umumnya, semakin besar koordinasi yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan, semakin berkurang kemungkinan keberhasilan program atau kebijakan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

5.1.1. Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan penulis menyimpulkan bahwa Implementasi Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan berjalan kurang baik sehingga masih banyak yang harus perbaiki. Penelitian ini memenuhi empat indikator dalam implementasi kebijakan publik menurut Edward III yakni komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.

Indikator pertama yaitu komunikasi. Berdasarkan hasil observasi, wawancara dan dokumentasi ditemukan bahwa pelaksanaan komunikasi kepala Puskesmas dengan pegawai Puskesmas sudah memenuhi indikator transmisi, kejelasan dan konsistensi dimana kebijakan diingatkan setiap bulannya dalam rapat bulanan Puskesmas dan disampaikan dengan bahasa yang mudah dimengerti dan jelas serta pemahaman dan pandangan yang sama dengan tenaga kesehatan. Hal ini terlihat jelas dari keterangan yang diperoleh dari informan kunci, informan utama, dan informan tambahan yang berasal dari pegawai

puskesmas. Akan tetapi, hasil wawancara terhadap informan tambahan yang berasal dari masyarakat ditemukan bahwa sosialisasi Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah tidak sampai kepada masyarakat sehingga masyarakat belum memahami perihal pengelolaan limbah medis.

Indikator kedua implementasi yakni sumber daya. Hasil penelitian menunjukkan Puskesmas Padang Bulan hanya memiliki satu tenaga sanitasi Kesehatan lingkungan yang diberi kewenangan sebagai penanggungjawab pengelolaan limbah medis b3. Kewenangan ini ditunjukkan dengan adanya SK Tugas Pokok dan Fungsi Pegawai Puskesmas yang dikeluarkan Kepala Puskesmas dan didukung sarana dan prasarana berupa tong sampah dan *safety box*. Namun sampai saat ini Puskesmas Padang Bulan belum memiliki Tempat Penyimpanan Sementara limbah medis b3 yang memenuhi persyaratan, sehingga limbah medis b3 yang diangkat dari ruangan pelayanan setiap harinya disimpan begitu saja digudang bersamaan dengan barang-barang yang rusak. Hal ini membuktikan bahwa Puskesmas Padang Bulan Medan mengimplementasikan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 tahun 2020 tentang pengelolaan limbah medis fasilitas pelayanan Kesehatan berbasis wilayah pada Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Padang Bulan Medan, meskipun tidak secara keseluruhan dan memenuhi persyaratan yang sudah ditetapkan.

Indikator ketiga yaitu Disposisi. Hal ini menunjukkan bahwa penunjukkan tenaga sanitasi Kesehatan Lingkungan sebagai penanggungjawab pengelola limbah medis b3 sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya dan dibuktikan oleh surat keputusan yang diberikan kepada petugas untuk melaksanakan tugasnya. Pengangkatan tenaga sanitasi oleh Kepala Puskesmas sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 tahun 2020 pasal 9 mengenai sumber daya manusia yang memiliki pengalaman dan kompetensi dalam pengelolaan limbah bahan berbahaya dan yang diperlukan dalam pengelolaan limbah medis fasilitas pelayanan kesehatan. Tetapi dalam penugasannya, tidak mendapatkan insentif yang dapat meningkatkan kinerja dikarenakan belum memiliki sumber dana khusus untuk penanganan limbah. Hal ini disebabkan oleh tidak adanya anggaran khusus untuk pengelolaan limbah medis oleh Puskesmas Padang Bulan Medan. Meskipun tanpa dana khusus, Puskesmas Padang Bulan Medan mengimplementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 tahun 2020 tentang pengelolaan limbah medis fasilitas pelayanan Kesehatan berbasis wilayah.

Indikator keempat adalah Struktur birokrasi di mana Puskesmas Padang Bulan memiliki SOP pengelolaan limbah B3 sehingga petugas melakukan pengelolaan limbah B3 sesuai dengan SOP yang ada meskipun masih harus direvisi kembali karena belum tercantumnya penggunaan APD dan belum adanya estimasi waktu pengangkutan limbah dari setiap ruangan pelayanan. Pada pembagian

tanggungjawab dalam pengelolaan limbah medis secara internal maupun eksternal antara Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Medan sudah berjalan baik, namun pada saat pengangkutan limbah medis b3 Puskesmas, tidak semua limbah diangkut oleh Pihak ke 3 dikarenakan keterbatasan anggaran dari Dinas Kesehatan Kota Medan. Di samping itu, Puskesmas Padang Bulan melakukan pelaporan neraca limbah dan laporan total limbah B3 ke dinas Kesehatan kota Medan.

5.1.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

Penulis menyimpulkan bahwa ada dua faktor yang mempengaruhi Implementasi Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan yakni faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal mencakup kebijakan yang diberikan oleh pemerintah mengenai pengelolaan limbah B3 sehingga kepala puskesmas melakukan sosialisasi dan edukasi kepada pegawai puskesmas. Sedangkan faktor eksternal adalah pihak terkait dan kondisi lingkungan yang dimiliki oleh Puskesmas Padang Bulan medan berupa pengelolaan limbah eksternal oleh dinas Kesehatan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi implementasi peraturan Menteri Kesehatan nomor 18 tahun 2020 tentang pengelolaan limbah

medis fasilitas pelayanan Kesehatan berbasis wilayah pada Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskemas) Padang Bulan Medan berjalan dengan cukup baik adalah pengelolaan limbah yang melibatkan pihak internal dan eksternal, sarana dan prasarana yang memadai, sumber daya manusia sesuai kompetensi yang dimiliki, serta pelaporan dan pencatatan setiap bulannya ke Dinas Kesehatan Kota Medan. Penulis menyimpulkan implementasi ini kurang baik karena masih memiliki kekurangan yakni tidak adanya tempat penyimpanan limbah sementara yang memenuhi syarat Peraturan Menteri Kesehatan dan Lingkungan Hidup Nomor P.56/Menlhk-Sekjen/2015 tentang dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah B3 dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tidak adanya pendanaan pengelolaan limbah B3.

5.2. Saran

Peneliti menyarankan bagi Kepala Puskemas Padang Bulan agar :

1. Segera mengajukan pengadaan pegawai untuk tenaga kesehatan lingkungan ke Dinas Kesehatan Kota Medan setelah melakukan analisis jabatan dan analisis beban kerja, serta melakukan sosialisasi kepada masyarakat/ pasien
2. SOP (Standar Operasional Prosedur) Pengelolaan Limbahnya segera direvisi, agar APD segera dimasukkan pada point Alat dan Bahan sehingga tenaga kesehatan lingkungan terlindungi dalam melaksanakan tugasnya.

3. Untuk dana operasional sebaiknya Kepala Puskesmas Padang Bulan segera berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan membicarakan apakah bisa menggunakan sumber dana yang ada untuk peningkatan sarana dan prasarana pengelolaan limbah medis b3.



DAFTAR PUSTAKA

- Absori & Latif, M.(2020). KEBIJAKAN HUKUM DALAM PENGELOLAAN LIMBAH BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3): STUDI IMPLIMENTASI PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS DI RUMAH SAKIT SALATIGA. *Journal of Indonesian Law*, 1(1), 91–117. <https://doi.org/10.18326/jil.v1i1.91-117>
- Adawia, M. (2018). Implementasi Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (Studi Di Rsud Kota Mataram). *Universitas Mataram Repository*, 1-20.
- Chotijah, Siti., Muryati, Dewi Tuti., & Mulyani, Tuti. (2017). Implementasi Kebijakan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit Islma Sultan AgungKota Semarang. *Jurnal HUMANI(Hukum dan Masyarakat Madani) volume 7 no. 3*.
- Edward III, G. C. (1980). *Implementing Publik Policy*. Washington DC: Congressional Quarterly Press.
- Elmore, R. F. (1979-1980). *Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions*. *Political Science Quarterly*, 601-616.
- Fadilla, R. H., &Siska, F. (2021). Implementasi Pengelolaan Limbah Infeksius yang Berasal dari Rumah Sakit pada Masa Pandemi Covid-19 di Kota Bandung Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dan Penegakkan Hukum Administra. *Prosiding Ilmu Hukum Vol.7No.2* (pp. 799-805). Bandung: <http://d.doi.org/10.29313/.v0i0.27641> ISSN 2460-643.
- Hamdi, K., & Purnama, I. H. (2019). IMPLEMENTASI PENGELOLAAN LIMBAH BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN DARI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN MELALUI SISTEM BANK SAMPAH DI RSU SURYA HUSADHA DENPASAR BALI. *Arc. Com. Health Vol. 6 No. 2*, 114 - 127.
- Hestika Nurhayati, Agus Ramon, Henni Febriawati, Nopia Wati (2021). Pengelolaan Limbah Medis Padat B3 Di Puskesmas Perawatan Betungan KotaBengkulu Tahun 2021. *Jurnal Imiah AVICENNA* ISSN : 1978 – 0664EISSN : 2654 – 3249Vol. 16. No.2 Agustus 2021 : 97 - 110|
- Imawati, D. (2019, 1021). Puskesmas Imogiri II-Bantul. Retrieved from Puskesmas Imogiri II-Bantul: <https://Puskesmas>.

bantulkab.go.id/imogiri2/Peraturan Menteri Kesehatan-ri-no-75-tahun-2014/

JDIH BPK RI Database Peraturan. (2014, Oktober17). Retrieved from JDIH BPK RI Database Peraturan: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/5555/pp-no-101-tahun-2014>

Khairul Hamdi dan I Gede Herry Purnama. (2019). Implementasi Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Melalui Sistem Bank Sampah di RSUD Surya Husada Denpasar Bali.

Kriswibowo, A., Wahyuningtiyas, A., Kusmayadi, N. W., & Prasetyo, K. (2021). *Jurna Administrasi: Inspirasi Publik Vol 6 No 1*.

Miles, M B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook, Third Editio .New York: Sage Publikation*.

Mostafa, K. T. (1990). *The Global Agenda and the Hazardous Wastes Challenge. Marine Policy Vol. 14 no.3, 2015*.

Muhammad Aldiansyah, Hayana, Hastuti Marlina (2021). Pengelolaan Limbah B3 (Medis Padat) Di Puskesmas Rejosari Kecamatan Tenayan Raya Tahun 2020. *Media Kesmas (Public HealthMedia) e-ISSN 2776-1339 Volume1, Nomor 3 Tahun 2021*.

Nugraha, Candra. (2020). Tinjauan Kebijakan Pengelolaan Limbah Medis Infeksius Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19). *Jurnal untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS) volume 4 nomor 2*.

Purwanti, A. A. (2018). Pengelolaan Limbah Padat Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) Rumah Sakit di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Vol. 10 no. 3 Juli, 291-298*.

Purwanto, & Sulistyastuti. (1991). *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan*. Jakarta: Bumi Aksara Jakarta.

Rigianda Sophie Ayu Wiranata, A. T Diana Nerawati, Ferry Kriswandana, Iva Rustanti (2021). Evaluasi Pengelolaan Limbah B3 Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Soewandhie Surabaya Pada Tahun 2020. *GEMA Lingkungan Kesehatan Vol. 19 No. 01 Januari 2021*

Setiawan, G. (2004). *Impelemtasi dalam Birokrasi Pembangunan*. Jakarta: Balai Pustaka.

Sitompul, P. P. E. (2021). *Menilik Kebijakan Pengolahan Limbah B3 Fasilitas Pelayanan Kesehatan Selama Pandemi COVID-19 di Provinsi*

- Jawa Barat. *Dinamika Lingkungan Indonesia*, 8(1), 73.
<https://doi.org/10.31258/dli.8.1.p.73-79>
- Smith, T. B. (1973). *THE STUDY OF POLICYMAKING IN DEVELOPING NATIONS*. *Policy Studies Journal*, 244-249.
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sukmadinata, N. S. (2017). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Tachjan, H. (2006). *Implementasi Kebijakan Publik*. Bandung: Penerbit Asosiasi Ilmu Politik Indonesia.
- Utami, K. T., & Syafrudin (September 2018). PENGELOLAAN LIMBAH BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3) STUDI KASUS PT. HOLCIM INDONESIA, TBK NAROGONG PLANT. *Jurnal Presipitasi: Media Komunikasi dan Pengembangan Teknik Lingkungan* ISSN 2550-0023 Vol.15 No.2, 127-132.
- Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). *The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework Administration & Society Volume 6 Number 4*, 445-488.
- Warwick, D. P. (1979). *Integrating planning and implementation: A transactional approach*. New York: Harvard Institute for International Development.
- Winda Kristanti, Herniwanti, Herlina Susmeneli, Endang Purnawati Rahayu, NelsonSitohang (2021) Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) Medis Padat. *Higeia* 5 (3) (2021) *Higeia Journal Of Public Health Research And Development*
- Yuda, O. O., & Purnomo (2018). Implementasi Kebijakan Pengendalian Pencemaran Limbah Cair Hotel di Kota Yogyakarta Tahun 2017. *Jurnal Administrasi Publik : Publi Administration Journal*, 8(2), 163.
<https://doi.org/10.31289/jap.v8i2.1906>
- Abidin, S. Z. (2012). *Kebijakan Publik*. Jakarta: Penerbit Salemba.
- Adhani, R. (2018). *Pengelolaan Limbah Pelayanan Kesehatan*. Banjarmasin: Lambung Mangkurat University Press.
- Dwijowijoto, R. N. (2003). *Kebijakan Publik: Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

- Grindle, M. S. (1980). *Politics and Policy Implementation in the Third World*. London: Princeton University Press.
- Hill, M., & Hupe, P. (2002). *Implementing Publik Policy*. London : SAGE Publikation Ltd.
- Hogwood, B. W., & Gunn, L. A. (1986). *Policy Analysis for the Real World*. London: Oxford University Press.
- Hoogerwerf, A. (1983). *Ilmu Pemerintahan*. Jakarta: Erlangga.
- Mazmanian, D. A., & Sabatier, P. A. (1983). *Implementation and Publik Policy*. Glenview: Scott, Foresman.



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Pedoman Observasi Dan Wawancara

PEDOMAN OBSERVASI DAN WAWANCARA

1. Pedoman Observasi

Dalam pengamatan (observasi) yang dilakukan adalah mengamati pengelolaan limbah medis B3 yang dihasilkan Puskesmas Padang Bulan dalam melayani masyarakat meliputi:

- a. Lokasi Puskesmas
- b. Lingkungan fisik Puskesmas
- c. Ruang Pelayanan Kesehatan
- d. Proses dihasilkannya Limbah Medis B3
- e. Proses Pengelolaan Limbah Medis B3

2. Pedoman Wawancara

Untuk mengetahui sejauh mana pengelolaan limbah medis B3 di Puskesmas Padang Bulan.

- a. Identitas (Latar belakang subjek)
- b. Permasalahan-permasalahan dengan yang dialami subjek
- c. Lingkungan Puskesmas

Bagaimana dampak yang dirasakan

Lampiran 2. Kuesioner Penelitian

DAFTAR PERTANYAAN

Nama : Romi Indra Cahaya Debataraaja
NPM : 211801027
Prodi : Magister Adminitrasi Publik
Universitas : Medan Area
Tempat : Puskesmas Padang Bulan

I. Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

A. Komunikasi

1. Transmisi

Bagaimana transmisi komunikasi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

2. Kejelasan

Bagaimana kejelasan komunikasi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

3. Konsistensi

Bagaimana konsistensi komunikasi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan

Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

B. Sumber Daya

1. Staf

Bagaimana staf pada sumber daya dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

2. Informasi

Bagaimana informasi pada sumber daya dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

3. Wewenang

Bagaimana wewenang pada sumber daya dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

4. Fasilitas

Bagaimana fasilitasi pada sumber daya dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

C. Disposisi

1. Pengangkatan Birokrasi

Bagaimana pengangkatan birokrasi pada disposisi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

2. Insentif

Bagaimana insentif pada disposisi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

D. Struktur Birokrasi

1. *Standard Operational Procedure* (SOP)

Bagaimana *Standard Operational Procedure* pada struktur birokrasi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

2. Fragmentasi

Bagaimana fragmentasi struktur birokrasi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan ?

II. Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

A. Komunikasi

1. Transmisi

Faktor-faktor yang mempengaruhi transmisi komunikasi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

2. Kejelasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kejelasan komunikasi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

3. Konsistensi

Faktor-faktor yang mempengaruhi konsistensi komunikasi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

B. Sumber Daya

1. Staf

Faktor-faktor yang mempengaruhi staf pada sumber daya dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020

Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

2. Informasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi informasi pada sumber daya dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

3. Fasilitas

Faktor-faktor yang mempengaruhi Fasilitas pada sumber daya dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

4. Wewenang

Faktor-faktor yang mempengaruhi wewenang pada sumber daya dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan..

C. Disposisi

1. Pengangkatan Birokrasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengangkatan birokrasi pada disposisi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

2. Insentif

Faktor-faktor yang mempengaruhi Penghargaan pada disposisi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

D. Struktur Birokrasi

1. SOP (Standar Operasional Prosedure)

Faktor-faktor yang mempengaruhi SOP pada struktur birokrasi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

2. Fragmentasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi fragmentasi pada struktur birokrasi dalam Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Puskesmas Padang Bulan Medan.

Lampiran 3. Foto-foto Penelitian

<p>Wawancara Kepala Puskesmas Padang Bulan dan Pj. Upaya Kesehatan Masyarakat Essensial</p>

<p>Wawancara Kepala Sub Bagian Tata Usaha</p>


<p>Wawancara Pj. Kerja Upaya Kesehatan Perorangan</p>



Wawancara
Pj. Pengelolaan Limbah Medis B3



Pemberian Surat Selesai Penelitian
Oleh Kepala Puskesmas Padang Bulan



Gambar 4.9 Wawancara dengan masyarakat

Lampiran 4. Foto-foto Penelitian



UNIVERSITAS MEDAN AREA PASCASARJANA

Program Magister : Ilmu Administrasi Publik – Agribisnis - Ilmu Hukum – Psikologi -
Manajemen - Program Doktor : Ilmu Pertanian

Jl. Setia Budi No. 79-B Tj. Rejo Medan Sunggal Kota Medan Sumatera Utara 20112 Indonesia
Telp. (061) 8201994 Fax. (061) 8226331

Nomor : 829/PPS-UMA/WD1/01/VII/2022
Lampiran : -
Hal : Surat Ijin Penelitian MAP

19 Juli 2022

Yth. Kepala Balitbang Kota Medan

Dengan hormat,

Sehubungan dengan adanya tugas akhir bagi mahasiswa Pascasarjana Universitas Medan Area Program Studi Magister Ilmu Administrasi Publik, kami mohon kesediaan Bapak/Tbu memberikan izin rekomendasi penelitian / observasi lapangan kepada mahasiswa tersebut namanya dibawah ini :

Nama : Romi Indra Cahaya Debataraja
NPM : 211801027
Program Studi : Ilmu Administrasi Publik
Judul Tesis : IMPLEMENTASI PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 18 TAHUN 2020 TENTANG PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN BERBASIS WILAYAH DALAM MENINGKATKAN KUALITAS PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS PADA PUSKESMAS PADANG BULAN MEDAN

Untuk melaksanakan pengambilan data di Kantor UPT Pukesmas Padang Bulan Medan sebagai bahan melengkapi tugas dalam Penulisan Tesis di Program Studi Magister Ilmu Administrasi Publik Universitas Medan Area.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Wasi Direktur Akademik
Dr. Suriani Hardjo, S.Psi, MA

CC. File

Lampiran 5. Foto-foto Penelitian



PEMERINTAH KOTA MEDAN
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS PADANG BULAN

Jalan Jamin Ginting Komplek Pamen 20157 - Medan
Telp / Fax. 061-8223282, email : puskemaspadangbulan@gmail.com

Medan, 11 Agustus 2022

No : 445 /467 / VIII /2022

Lamp :-

Hal : **Pemberitahuan**

Kepada Yth :
Wakil Direktur Akademik Pasca Sarjana
Universitas Medan Area
di
Medan

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Wakil Direktur Akademik Pasca Sarjana Universitas Medan Area Nomor 829/PPS-UMA/WDI/01/VII/2022 tanggal 19 Juli 2022, perihal *Perihal tentang permohonan melaksanakan izin Penelitian di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Medan*, kepada:

Nama : Romi Indra Cahaya Debatara

Nim : 211801027

Judul : Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah Dalam Meningkatkan Kualitas Pengelolaan Limbah Medis Pada Puskesmas Padang Bulan Kota Medan.

Telah selesai melakukan *Penelitian* sesuai dengan judul tersebut di Puskesmas Padang Bulan, Kecamatan Medan Baru, Medan.

Demikianlah surat ini disampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya, diucapkan terimakasih.

Ka. UPT Puskesmas Padang Bulan

drg. Sufania

NIP. 19590619 198712 2 001

Dipindai dengan CamScanner