

**KETERANGAN LAYAK ETIK**  
*DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL*  
"ETHICAL APPROVAL"

No.056/Perst.E/KEPK-TJK/IV/2025

Protokol penelitian versi 1 yang diusulkan oleh :  
*The research protocol proposed by*

Peneliti utama \_\_\_\_\_: YUNITA ANGGRAINI  
*Principal In Investigator*

Nama Institusi \_\_\_\_\_: Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang  
*Name of the Institution*

Dengan judul:

*Title*

**"EVALUASI SDM, SARANA DAN ORGANISASI PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKADANA KABUPATEN LAMPUNG TIMUR TAHUN 2024"**

*"EVALUATION OF HUMAN RESOURCES, FACILITIES AND ORGANIZATIONS OF MEDICAL WASTE MANAGEMENT AT SUKADANA REGIONAL GENERAL HOSPITAL, EAST LAMPUNG REGENCY IN 2024"*

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksplorasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

*Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.*

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 22 April 2025 sampai dengan tanggal 22 April 2026.

*This declaration of ethics applies during the period April 22 ,2025 until April 22, 2026.*

April 22, 2025  
, Chaipersonrperson



Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes

Nomor : PP.01.04/F.XXXV/2839/2025

15 Mei 2025

Lampiran : 1 Berkas

Hal : Izin Penelitian

Yth, Direktur RSUD.Sukadana Kabupaten Lampung Timur

Di- Tempat

Sehubungan dengan penyusunan skripsi bagi mahasiswa Tingkat IV Program Studi Sanitasi Lingkungan Program Sarjana Terapan Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang Tahun Akademik 2024/2025, maka dengan ini kami mengajukan permohonan izin penelitian bagi mahasiswa di institusi yang Bapak/Ibu Pimpin. Adapun mahasiswa yang melakukan penelitian adalah sebagai berikut:

No	NAMA	JUDUL	TEMPAT PENELITIAN
1.	Yunita Anggraini NIM:2413351152	Evaluasi Sdm, Sarana Dan Organisasi Pengelolaan Limbah Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Sukadana Kabupaten Lampung Timur Tahun 2024	RSUD.Sukadana

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Plh. Direktur Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Tanjungkarang,



**Ns. MARTINI FAIRUS,  
S.Kep, M.Sc**

Tembusan:

- 1.Ka.Jurusan Kesehatan Lingkungan
- 2.Ka.Bid.Diklat

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan lapor melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.

*Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik  
menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai  
Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi  
Negara*



## **LAMPIRAN**

### **Lampiran 1 Pedoman Wawancara Pengurangan Limbah B3**

#### **A. Tujuan Wawancara**

Mengidentifikasi sejauh mana fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan langkah-langkah pengurangan limbah B3 sesuai dengan panduan teknis Permenkes 2 tahun 2023.

#### **B. Informasi Dasar Responden**

Nama Responden :  
Jabatan :

#### **C. Pertanyaan Wawancara**

1. Apakah fasilitas pelayanan kesehatan Anda memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait pengurangan limbah B3?
2. Bagaimana proses pemutakhiran SPO tersebut dilakukan?
3. Siapa yang bertanggung jawab dalam penerapan SPO terkait pengurangan limbah B3?
4. Siapa yang bertanggung jawab dalam penerapan SPO terkait pengurangan limbah B3?
5. Apakah Rumah Sakit memiliki daftar bahan yang dianggap berisiko tinggi terhadap kesehatan dan lingkungan?
6. Bagaimana tata kelola material yang berpotensi menimbulkan limbah B3 dilakukan?
7. Apakah ada pelatihan bagi staf terkait tata kelola bahan kimia dan farmasi?
8. Apakah Rumah Sakit menggunakan prinsip FIFO atau FEFO dalam pengadaan bahan kimia atau farmasi? Jika tidak terapkan, apa penyebabnya?
9. Bagaimana upaya yang dilakukan untuk mencegah penumpukan bahan kedaluwarsa?
10. Apakah Rumah Sakit memiliki jadwal perawatan peralatan secara berkala?
11. Bagaimana mekanisme perawatan tersebut dijalankan dan didokumentasikan?
12. Apakah Rumah Sakit mengutamakan penggunaan produk yang dapat digunakan kembali dibandingkan produk sekali pakai?
13. Bagaimana proses pengumpulan, pembersihan, dan sterilisasi peralatan yang digunakan kembali?
14. Apakah fasilitas memiliki program daur ulang untuk material seperti plastik, kaca, kertas, atau logam?
15. Bagaimana fasilitas mengelola limbah seperti jarum suntik atau zat radioaktif yang tidak dapat digunakan kembali?
16. Apakah terdapat prosedur khusus untuk limbah tersebut?
17. Bagaimana Rumah Sakit mengevaluasi efektivitas upaya pengurangan limbah B3?
18. Apakah ada indikator kinerja yang digunakan untuk memantau pengurangan limbah?

#### **D. Lembar Ceklis**

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Keterangan
1	Rumah Sakit memiliki SPO terkait pengurangan limbah B3.			

2	SPO diperbarui secara berkala.			
3	Terdapat upaya mengganti bahan B3 dengan alternatif lebih aman.			
4	Ada daftar bahan berisiko tinggi yang diperhatikan.			
5	Material berisiko tinggi dikelola dengan baik.			
6	Fasilitas menerapkan prinsip FIFO/FEFO dalam pengadaan.			
7	Perawatan berkala dilakukan sesuai jadwal.			
8	Produk yang dapat digunakan kembali diprioritaskan.			
9	Material seperti plastik, kaca, atau logam didaur ulang.			
10	Limbah seperti jarum suntik dikelola sesuai prosedur.			
11	Ada evaluasi berkala terkait pengurangan limbah.			
12	Indikator kinerja digunakan untuk memantau hasil.			

## **Lampiran 2 Pedoman Wawancara Pemilahan dan Pewadahan Limbah B3**

### **A. Tujuan Wawancara**

Menilai penerapan pemilahan dan pewadahan Limbah B3 di Rumah Sakit, serta mengidentifikasi tantangan, prosedur yang diterapkan, dan kepatuhan terhadap regulasi terkait limbah berbahaya.

### **B. Informasi Dasar Responden**

Nama Responden :  
Jabatan :  
Lama Bekerja :

### **C. Pertanyaan Wawancara**

1. Apa yang Anda pahami tentang limbah B3 dan pentingnya pemilahan limbah B3 dalam fasilitas ini?
2. Bagaimana prosedur pemilahan limbah B3 dilakukan di Rumah Sakit ini, mulai dari sumber penghasil limbah hingga pengiriman ke TPS Limbah B3?
3. Apakah ada pelatihan atau sosialisasi yang diberikan mengenai pemilahan limbah B3 bagi staf di sini? Seperti apa bentuknya?
4. Apa jenis wadah yang digunakan untuk setiap kategori limbah B3 di fasilitas ini? Bagaimana cara membedakannya?
5. Apakah limbah B3 dan limbah non-B3 dipisahkan dengan jelas di fasilitas ini? Bagaimana Anda memastikan pemilahan yang benar?
6. Bagaimana prosedur pewadahan limbah B3 yang dilakukan di ruangan sumber? Apakah ada persyaratan khusus untuk wadah yang digunakan?
7. Dalam hal pengelolaan limbah infeksius, patologis, atau tajam, apakah Anda sudah familiar dengan simbol dan warna wadah yang digunakan?
8. Apa yang Anda lakukan jika terdapat tumpahan atau kebocoran dalam wadah limbah B3? Adakah prosedur khusus untuk menanganinya?
9. Bagaimana Rumah Sakit ini memastikan bahwa limbah B3 tidak tercampur dengan sampah non-B3? Apakah ada pengawasan khusus?
10. Menurut Anda, apa tantangan utama dalam pemilahan dan pewadahan limbah B3 di fasilitas ini? Adakah saran atau perubahan yang Anda anggap perlu untuk meningkatkan proses ini?

**D. Lembar Ceklis**

No	Indikator	Ya	Tidak	Ket
1	Pemilahan limbah B3 dilakukan mulai dari sumber penghasil limbah hingga ke TPS Limbah B3			
2	Limbah B3 dipisahkan dengan jelas dari limbah non-B3 dan sampah			
3	Wadah limbah B3 dilapisi dengan kantong plastik dan diberi simbol B3 sesuai jenis limbah			
4	Wadah limbah B3 kuat, anti karat, kedap air, dan mudah dibersihkan			
5	Wadah limbah B3 dilengkapi dengan penutup dan ditempatkan jauh dari jangkauan orang umum			
6	Limbah Infeksius dipisahkan dalam wadah berwarna kuning dengan simbol biohazard			
7	Limbah Patologis dipisahkan dalam wadah berwarna kuning dengan simbol biohazard			
8	Limbah Tajam disimpan dalam wadah kuat, anti bocor, berwarna kuning dengan simbol biohazard			
9	Limbah Bahan Kimia Kedaluwarsa disimpan dalam wadah tahan bahan kimia, berwarna coklat			
10	Limbah Radioaktif disimpan dalam kantong boks timbal (Pb), berwarna merah dengan simbol radioaktif			
11	Limbah Farmasi disimpan dalam wadah berwarna coklat			
12	Limbah Sitotoksik disimpan dalam wadah ungu dengan simbol sel membela			
13	Limbah Peralatan Medis yang Mengandung Logam Berat disimpan dalam wadah berwarna coklat			
14	Limbah Gas Kontainer Bertekanan disimpan dengan prosedur yang benar			
15	Adakah prosedur penanganan tumpahan atau kebocoran limbah B3?			
16	Adakah pelatihan atau sosialisasi yang dilakukan secara rutin terkait pemilahan dan pewadahan limbah B3?			
17	Pemilahan limbah B3 diawasi secara berkala untuk memastikan kepatuhan			
18	Terdapat sistem pelaporan atau evaluasi terkait kesalahan dalam pemilahan atau pewadahan limbah B3			

## **Lampiran 3 Pedoman Wawancara Pengangkutan Limbah Internal**

### **A. Informasi Dasar Responden**

Nama Responden :  
Jabatan :  
Lama Bekerja :

### **B. Pertanyaan Wawancara**

1. Bagaimana proses pengangkutan limbah B3 di fasilitas pelayanan kesehatan ini?
2. Apa jenis alat angkut yang digunakan di Rumah Sakit ini untuk mengangkut limbah B3?
3. Apakah alat angkut yang digunakan terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, anti karat, dan beroda? Bisa dijelaskan lebih lanjut?
4. Apakah alat angkut limbah B3 di fasilitas ini dilengkapi dengan penutup yang sesuai dan tulisan serta simbol B3?
5. Bagaimana prosedur pembersihan alat angkut limbah B3 dilakukan? Apakah ada jadwal pembersihan yang ditetapkan?
6. Apakah Rumah Sakit ini menggunakan jalur khusus untuk pengangkutan limbah B3 atau ada alternatif lain yang diterapkan?
7. Pada saat pengangkutan, apakah petugas sudah dilengkapi dengan alat pelindung diri yang memadai? Apa saja alat yang digunakan?
8. Bagaimana proses pengumpulan limbah B3 dilakukan sebelum pengangkutan ke TPS? Adakah prosedur khusus dalam hal ini?
9. Bagaimana prosedur penggantian kantong atau wadah limbah B3 setelah diangkut? Apakah kantong atau wadah segera diganti setelah pemindahan limbah?
10. Apakah ada pelatihan khusus yang diberikan kepada petugas terkait pengangkutan limbah B3? Sejauh mana pelatihan ini mencakup aspek keselamatan dan prosedur yang benar?

### C. Lembar Ceklis

No	Indikator	Ya	Tidak	Ket
1	Alat angkut limbah B3 (trolley) terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, anti karat, dan beroda.			
2	Alat angkut limbah B3 dilengkapi dengan penutup yang sesuai dan tulisan serta simbol B3.			
3	Alat angkut limbah B3 disimpan di TPS Limbah B3 dan siap digunakan saat diperlukan.			
4	Alat angkut limbah B3 dibersihkan secara periodik dan berkesinambungan.			
5	Jalur pengangkutan limbah B3 menggunakan jalur khusus yang tidak dilalui orang atau barang.			
6	Pengangkutan limbah B3 dilakukan pada jam pelayanan sepi jika tidak ada jalur khusus.			
7	Petugas pengangkutan limbah B3 sudah mendapatkan pelatihan penanganan limbah B3.			
8	Petugas menggunakan alat pelindung diri yang memadai saat pengangkutan limbah B3.			
9	Pengumpulan limbah B3 dilakukan setelah kantong penuh $\frac{3}{4}$ atau maksimal 1 hari.			
10	Kantong limbah B3 yang terisi diikat dengan kuat dan tidak menggunakan model "telinga kelinci".			
11	Pemindahan limbah B3 selalu diikuti dengan penggantian kantong atau wadah yang baru.			

#### Petunjuk Pengisian:

- Tandai **Ya** jika kriteria tersebut sudah diterapkan dengan benar sesuai prosedur.
- Tandai **Tidak** jika kriteria tersebut belum diterapkan atau tidak sesuai prosedur.
- Berikan keterangan atau catatan tambahan jika ada aspek yang perlu diperbaiki atau diperjelas.

## Lampiran 4 Lembar Observasi Penyimpanan Sementara Limbah B3

### A. Tujuan Wawancara

Mengumpulkan informasi mengenai pelaksanaan penyimpanan sementara limbah B3 di fasilitas pelayanan kesehatan, mulai dari desain TPS, pemeliharaan, hingga prosedur operasional standar yang diterapkan.

### B. Lembar Ceklis

No	Indikator	Ya	Tidak	Ket
1	Lokasi TPS berada di area servis, bebas banjir, dan jauh dari kegiatan pelayanan serta permukiman?			
2	Bangunan TPS berbentuk tertutup, dilengkapi pintu, ventilasi, exhaust fan, dan sistem drainase?			
3	TPS memiliki ruangan terpisah untuk limbah B3 infeksius, noninfeksius cair, dan noninfeksius padat?			
4	Limbah B3 cair ditempatkan di drum anti bocor dengan lantai anti rembes dan sistem penanggulangan tumpahan?			
5	Limbah B3 padat ditempatkan dalam wadah yang kedap air, anti korosif, mudah dibersihkan?			
6	Setiap wadah limbah B3 dilabel dengan simbol dan label yang sesuai dengan sifat limbah?			
7	TPS dilengkapi dengan fasilitas keamanan (pagar, kunci pengaman, penerangan luar)?			
8	TPS dilengkapi dengan papan informasi, termasuk nomor telepon darurat dan simbol B3?			
9	TPS dilengkapi dengan SPO penanganan limbah B3 dan logbook untuk pencatatan limbah?			
10	TPS dibersihkan secara periodik, dan limbah hasil pembersihan disalurkan ke sistem pembuangan yang sesuai?			
11	Penyimpanan limbah B3 infeksius, patologis, dan benda tajam dilakukan dengan suhu yang sesuai ( $\leq 0^{\circ}\text{C}$ untuk 90 hari atau $3-8^{\circ}\text{C}$ untuk 7 hari)?			
12	Limbah B3 kimia, radioaktif, farmasi, dan lainnya disimpan sesuai dengan ketentuan waktu penyimpanan maksimal (90-180 hari)?			

## **Lampiran 5 Pedoman Wawancara Pengolahan Limbah B3**

### **A. Informasi Dasar Responden**

Nama Responden :  
Jabatan :  
Lama Bekerja :

### **B. Pertanyaan Wawancara**

1. Bagaimana fasilitas Anda mengelola limbah B3 secara internal? (Apakah menggunakan insinerator, autoclave, atau metode lain?)
2. Apa saja kendala yang dihadapi dalam pengolahan limbah B3 secara internal di fasilitas ini?
3. Apakah fasilitas ini sudah memiliki peralatan pengolah limbah B3 yang sesuai dengan standar peraturan, seperti insinerator dengan dua ruang bakar atau autoclave?
4. Apakah Anda dapat mengonfirmasi bahwa peralatan pengolah di fasilitas ini memenuhi spesifikasi terkait suhu dan kapasitas pengolahan?
5. Bagaimana prosedur pengolahan limbah infeksius dan benda tajam di fasilitas ini?
6. Apakah Anda memisahkan jenis limbah ini untuk pengolahan yang berbeda, dan bagaimana cara Anda melakukannya?
7. Bagaimana Rumah Sakit ini mengelola limbah farmasi, terutama yang tidak dapat dikembalikan ke distributor?
8. Apakah limbah sitotoksis ditangani dengan cara yang aman dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku?
9. Apa prosedur fasilitas ini dalam menangani limbah bahan kimia dan limbah dengan kandungan logam berat tinggi?
10. Apakah Rumah Sakit ini menangani limbah radioaktif? Jika ya, bagaimana prosedur yang diterapkan untuk memastikan pengolahan limbah radioaktif aman dan sesuai dengan ketentuan?
11. Apakah fasilitas ini bekerja sama dengan pihak ketiga untuk pengolahan limbah B3 eksternal? Jika ya, bagaimana prosedur dan perjanjian yang diterapkan?
12. Apa yang Anda pastikan sebelum menandatangani nota kesepakatan dengan pihak pengangkut dan pengolah limbah?
13. Bagaimana Rumah Sakit ini memastikan pengangkutan limbah B3 dilakukan dengan aman dan sesuai ketentuan peraturan?
14. Apakah pengangkutan limbah B3 di fasilitas ini dilengkapi dengan manifest dan pengawasan yang tepat?
15. Apa saja tantangan yang dihadapi oleh fasilitas ini dalam pengelolaan limbah B3, baik secara internal maupun eksternal?

### C. Lembar Ceklis

No	Indikator	Ya	Tidak	Ket
1	Rumah Sakit memiliki izin operasional untuk pengolahan limbah B3.			
2	Pengolahan limbah B3 dilakukan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.			
3	Pengolahan dilakukan dengan peralatan yang sesuai standar (insinerator, autoclave, dll).			
4	Alat insinerator dilengkapi dengan dua ruang bakar yang sesuai spesifikasi (800°C dan 1000°C).			
5	Tinggi cerobong pengolahan limbah B3 minimal 14 meter.			
6	Fasilitas memiliki alat pengendalian pencemaran udara pada insinerator.			
7	Limbah B3 radioaktif dikelola sesuai ketentuan dengan pengawasan ketat			
8	Limbah farmasi yang tidak dapat dikembalikan dikelola dengan insinerator atau perusahaan pengolahan.			
9	Limbah kimia dikelola dengan memisahkan berdasarkan sifat dan karakteristiknya.			
10	Pengangkutan limbah B3 dilakukan dengan kendaraan yang sesuai izin dan dilengkapi dengan manifest.			
11	Terdapat perjanjian kerja sama dengan pengangkut dan pengolah limbah B3 yang mencakup kewajiban masing-masing pihak.			
12	Prosedur pengolahan limbah B3 selalu diperbarui dan sesuai dengan regulasi terbaru.			
13	Rumah Sakit melakukan pemantauan dan pencatatan secara rutin terhadap limbah B3 yang diproduksi.			

#### Petunjuk Pengisian:

- Tandai **Ya** jika kriteria tersebut sudah diterapkan dengan benar sesuai prosedur.
- Tandai **Tidak** jika kriteria tersebut belum diterapkan atau tidak sesuai prosedur.
- Berikan keterangan atau catatan tambahan jika ada aspek yang perlu diperbaiki atau diperjelas.

## **Lampiran 6 Pedoman Wawancara Perizinan Pengelolaan Limbah B3**

### **A. Informasi Dasar Responden**

Nama Responden : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

Lama Bekerja : \_\_\_\_\_

### **B. Pertanyaan Wawancara**

1. Apakah fasilitas pelayanan kesehatan ini memiliki surat persetujuan teknis dari instansi pemerintah yang berwenang untuk fasilitas penanganan Limbah B3?
2. Bagaimana prosedur pembaruan atau perpanjangan surat persetujuan teknis fasilitas pengelolaan Limbah B3?
3. Apakah ada tim atau individu khusus yang bertanggung jawab untuk memastikan kepatuhan terhadap regulasi pengelolaan Limbah B3 di fasilitas ini?
4. Bagaimana Anda memonitor masa berlaku surat persetujuan teknis fasilitas pengelolaan Limbah B3?
5. Apakah fasilitas ini telah dilakukan pemeriksaan atau audit terkait perizinan pengelolaan Limbah B3? Jika ya, bagaimana hasilnya?
6. Apakah fasilitas ini memiliki prosedur untuk memastikan semua izin terkait fasilitas pengelolaan Limbah B3 tetap valid dan terbaru?

### **C. Lembar Ceklis**

No	Indikator	Ya	Tidak	Ket
1	Rumah Sakit memiliki persetujuan teknis dari instansi pemerintah yang berwenang			
2	Rumah Sakit memiliki izin pengelolaan Limbah B3 yang masih berlaku			
3	Surat persetujuan teknis didokumentasikan dengan baik dan mudah diakses			
4	Rumah Sakit memiliki sistem untuk memonitor masa berlaku izin pengelolaan Limbah B3			
5	Rumah Sakit melakukan pembaruan izin sesuai jadwal			
6	Rumah Sakit memiliki prosedur untuk memastikan kepatuhan terhadap peraturan terkait Limbah B3			
7	Rumah Sakit memiliki tim atau individu yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Limbah B3			

## Lampiran 7 Pedoman Wawancara Pelaporan Limbah B3

### A. Informasi Dasar Responden

Nama Responden :  
Jabatan :  
Lama Bekerja :

### B. Pertanyaan Wawancara

1. Bagaimana proses pelaporan limbah B3 di fasilitas pelayanan kesehatan yang Anda kelola? Apakah laporan dilakukan setiap tiga bulan sesuai ketentuan yang berlaku?
2. Dapatkah Anda menjelaskan secara rinci isi laporan limbah B3 yang disampaikan? Apakah mencakup skema penanganan, izin alat pengolah, bukti kontrak kerjasama, serta logbook dan manifest limbah?
3. Apakah laporan yang disampaikan kepada instansi pemerintah disertai bukti tanda terima? Bagaimana prosedur pengarsipan dan pemantauan terhadap bukti tanda terima laporan yang sudah diajukan?

### C. Lembar Ceklis

No	Indikator	Ya	Tidak	Ket
1	Rumah Sakit menyampaikan laporan limbah B3 minimal setiap 3 bulan ke instansi pemerintah yang tepat.			
2	Laporan mencakup:			
	a. Skema penanganan Limbah B3			
	b. Izin alat pengolah Limbah B3			
	c. Bukti kontrak kerja sama (MoU) dengan pihak pengangkut / pengolah / penimbun limbah B3			
	d. Logbook limbah B3 untuk periode laporan			
	e. Neraca air limbah untuk periode laporan			
	f. Lampiran manifest limbah B3 sesuai dengan kode lembarannya			
3	Setiap laporan yang disampaikan disertai dengan bukti tanda terima laporan			
4	Rumah Sakit memiliki sistem atau prosedur untuk mendokumentasikan dan mengarsipkan laporan dan tanda terima			
5	Rumah Sakit bekerja sama dengan pihak ketiga (pengangkut, pengolah, penimbun) untuk pengelolaan limbah B3			
6	Pemerintah daerah memiliki fasilitas pengolahan limbah B3 di wilayah setempat atau fasilitas Anda memiliki akses ke fasilitas tersebut			

## **Lampiran 8 Pedoman Wawancara Sumber Daya Manusia Pengelolaan LB3**

### **A. Informasi Dasar Responden**

Nama Responden :  
Jabatan :  
Lama Bekerja :

### **B. Pertanyaan Wawancara**

1. Apakah petugas di RSUD Sukadana telah mendapatkan pelatihan khusus terkait pengelolaan limbah medis? Jika iya, pelatihan apa saja yang sudah dilakukan dan bagaimana frekuensinya?
2. Berapa jumlah total SDM yang terlibat langsung dalam pengelolaan limbah medis di rumah sakit ini? Apakah jumlah ini cukup untuk menangani limbah medis dengan baik?
3. Bagaimana Anda memastikan bahwa seluruh petugas RSUD Sukadana mematuhi prosedur dan SOP dalam pengelolaan limbah medis?
4. Apakah ada tindakan yang diberikan kepada petugas yang tidak mengikuti prosedur atau SOP pengelolaan limbah medis? Sejauh mana tindakan ini efektif?

### **C. Lembar Ceklis**

No	Indikator	Ya	Tidak	Ket
1	Adakah pelatihan khusus untuk pengelolaan limbah medis bagi petugas rumah sakit?			
2	Apakah petugas RSUD Sukadana telah mengikuti pelatihan mengenai pengelolaan limbah medis dalam 12 bulan terakhir?			
3	Adakah jumlah petugas yang cukup untuk menangani limbah medis sesuai dengan beban kerja di rumah sakit?			
4	Apakah semua petugas RSUD Sukadana mematuhi SOP dalam pengelolaan limbah medis?			
5	Adakah tindakan tegas (misalnya, peringatan atau sanksi) bagi petugas yang melanggar SOP pengelolaan limbah medis?			

## **Lampiran 9 Pedoman Wawancara Ketersedian Sarana dan Prasarana LB3**

### **A. Informasi Dasar Responden**

Nama Responden :  
Jabatan :  
Lama Bekerja :

### **B. Pertanyaan Wawancara**

1. Apa saja sarana pengelolaan limbah medis yang ada di RSUD Sukadana saat ini? Apakah sarana tersebut sudah memenuhi standar yang ditetapkan?
2. Bagaimana kondisi fisik sarana pengelolaan limbah medis yang ada? Apakah ada sarana yang tidak berfungsi dengan baik?
3. Bagaimana sistem pemeliharaan sarana pengelolaan limbah medis di RSUD Sukadana? Siapa yang bertanggung jawab terhadap pemeliharaan sarana ini?
4. Berapa besar anggaran yang dialokasikan untuk pengadaan dan pemeliharaan sarana pengelolaan limbah medis? Apakah anggaran ini cukup untuk kebutuhan operasional?
5. Apakah ada perencanaan atau evaluasi rutin mengenai sarana pengelolaan limbah medis di RSUD Sukadana? Jika ada, bagaimana proses evaluasi tersebut dilakukan?

### **C. Lembar Ceklis**

No	Indikator	Ya	Tidak	Ket
1	Sarana pengelolaan limbah medis lengkap sesuai standar			
2	Sarana dalam kondisi baik dan berfungsi			
3	Anggaran yang dialokasikan cukup untuk pemeliharaan dan pengadaan sarana			
4	Pemeliharaan sarana dilakukan secara rutin			
5	Tersedia rencana dan evaluasi berkala terhadap sarana pengelolaan limbah medis			

## **Lampiran 10 Pedoman Wawancara Keorganisasian Pengelolaan LB3**

### **A. Informasi Dasar Responden**

Nama Responden :  
Jabatan :  
Lama Bekerja :

### **B. Pertanyaan Wawancara**

1. Apakah RSUD Sukadana memiliki kebijakan tertulis terkait pengelolaan limbah medis?
2. Bagaimana kebijakan tersebut disosialisasikan kepada seluruh pihak yang terlibat dalam pengelolaan limbah medis?
3. Apakah SOP pengelolaan limbah medis di RSUD Sukadana sudah disetujui oleh manajemen puncak rumah sakit?
4. Bagaimana prosedur pengelolaan limbah medis di rumah sakit diterapkan di lapangan?
5. Apakah ada mekanisme untuk memperbarui atau merevisi SOP pengelolaan limbah medis di RSUD Sukadana?

### **C. Lembar Ceklis**

No	Indikator	Ya	Tidak	Ket
1	Terdapat struktur organisasi pengelolaan limbah medis di rumah sakit			
2	Ada tim atau personel khusus yang bertanggung jawab untuk pengelolaan limbah medis			
3	Pembagian tugas terkait pengelolaan limbah medis sudah jelas dan terdokumentasi			
4	Komunikasi antar bagian terkait pengelolaan limbah medis berjalan dengan lancar			
5	Terdapat evaluasi atau monitoring rutin terkait pengelolaan limbah medis			
6	RSUD Sukadana memiliki kebijakan tertulis mengenai pengelolaan limbah medis			
7	Kebijakan pengelolaan limbah medis sudah disosialisasikan kepada seluruh pihak terkait			
8	SOP pengelolaan limbah medis sudah disetujui oleh manajemen puncak			
9	SOP pengelolaan limbah medis sudah diterapkan dengan baik di lapangan			
10	Ada mekanisme untuk memperbarui atau merevisi SOP pengelolaan limbah medis			

## Lampiran 11 Dokumentasi Penelitian

### *Wawancara dengan Narasumber*



### *Observasi Pengelolaan Limbah B3*

