

LAMPIRAN

**CHECKLIST PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS PADAT DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH AZIZAH KOTA METRO TAHUN 2025**

No	Prosedur	Nilai		
		0	1	2
A	Pengurangan			
	1. Melakukan pengadaan bahan kimia berbahaya dengan sistem satu pintu;			
	2. Memantau aliran atau distribusi bahan kimia pada beberapa fasilitas atau unit sampai dengan pembuangannya sebagai Limbah B3			
	3. Menerapkan sistem “pertama masuk pertama keluar” (FIFO: First In First Out, FEFO: First Expired First Out) dalam penggunaan produk atau bahan kimia;			
	4. Melakukan pengadaan produk atau bahan kimia dalam jumlah yang kecil, terutama untuk produk atau bahan kimia yang tidak stabil (mudah kadaluarsa) atau frekuensi penggunaannya tidak dapat ditentukan;			
	5. Mengoptimalkan penggunaan produk atau bahan kimia sampai habis, sehingga tidak meninggalkan sisa limbah, seperti membuka kemasan baru ketika produk atau bahan kimia sudah habis;			
	6. Penggunaan obat dan alat kesehatan termasuk bahan medis habis pakai yang rasional sesuai dengan kebutuhan;			
	7. Selalu memastikan tanggal kadaluarsa seluruh produk pada saat diantar oleh pemasok yang disesuaikan dengan kecepatan konsumsi terhadap produk tersebut			
B	Pemilahan			

	1. Petugas cleaning service bekerja sama dengan penanggung jawab kebersihan/house keeping di ruangan menyiapkan tempat sampah infeksius/benda tajam/sitotoksik/radioaktif/non infeksius, kantong plastik kuning/ungu/merah/hitam dan stiker sampah.			
	2. Petugas cleaning service meletakkan wadah benda tajam dan tempat sampah infeksius/sitotoksik yang telah dilapisi kantong plastik sesuai jenis sampah			
	3. Penghasil sampah (dokter, perawat, karyawan, pasien, keluarga pasien) membuang sampah infeksius/benda tajam/sitotoksik/ radioaktif/non infeksius pada tempat sampah yang sesuai.			
C	Pewadahan			
	1. Pewadahan limbah dilakukan di sumber penghasil. Minimal ada 3 wadah limbah untuk 3 jenis limbah berbeda yaitu benda tajam (contoh: jarum suntik), limbah infeksius, botol infus/plastik kemasan.			
	2. Untuk limbah jarum suntik, wadah yang digunakan adalah safety box atau wadah yang tahan tusukan.			
	3. Wadah harus memenuhi persyaratan, yaitu tertutup, dilengkapi dengan pedal injakan untuk membuka, dilapisi kantong plastik berwarna sesuai dengan jenis limbah			
	4. Seluruh wadah dilengkapi dengan simbol dan label sesuai jenis limbah yang dihasilkan dengan mengacu ketentuan peraturan perundang-undangan			
D	Pengumpulan			
	1. Petugas cleaning service menggunakan APD (sarung			

	tangan, masker, apron dan sepatu boot) kemudian mengikat kantong sampah dari tempat sampah dan mengangkatnya, memberi identitas sampah dan melapisi tempat sampah dengan kantong plastik baru			
	2. Tempat sampah yang kotor diganti dengan tempat sampah yang bersih			
	3. Stiker sampah medis yang rusak diganti dengan stiker yang baru.			
	4. Petugas cleaning service mengumpulkan sampah dalam troli sampah sesuai dengan jenisnya			
	5. Petugas unit kerja/ruangan menyerahkan sampah sitotoksik ke petugas cleaning service dengan menggunakan dokumen pengiriman sampah medis (manifest)			
	6. Memberi identitas sampah pada kantong plastik, safety box atau sharp container sebagai berikut: - Asal ruangan - Tanggal dan jam pembuangan			
E	Pengangkutan			
	1. Pengangkutan internal minimal satu kali sehari atau jika limbah medis sudah memenuhi 3/4 wadah, sesuai dengan jadwal pengangkutan yang telah ditentukan			
	2. Petugas cleaning service menyiapkan dokumen manifes sampah medis			
	3. Petugas cleaning service mengangkut troli sampah dengan membawa dokumen manifes dan mengirimnya ke Tempat Pembuangan Sementara (TPS) sampah dan insinerator			

	4. Troli sampah medis (untuk sampah infeksius/sitotoksik/radioaktif) berwarna kuning, simbol biohazard dan tertutup rapat dan troli sampah non medis (untuk sampah non infeksius dan sampah daur ulang) berwarna hijau atau biru			
	5. Pengangkutan menggunakan jalur yang sudah ditentukan, apabila menggunakan lift harus lift khusus mengangkut barang kotor atau bila tidak ada lift khusus maka jam pembuangan harus ditentukan oleh manajer gedung dan lakukan disinfeksi segera setelah dipergunakan.			
	6. Alat pengangkutan limbah internal yang digunakan harus dibersihkan dan dilakukan disinfeksi setiap hari, menggunakan disinfektan yang tepat seperti senyawa klorin, formaldehida, fenol atau bersifat asam			
	7. Petugas cleaning service menyerahkan sampah medis (sampah infeksius/sampah sitotoksik/sampah radioaktif) dan dokumen manifes ke operator insinerator dan untuk sampah non infeksius dan daur ulang diserahkan ke petugas TPS sampah.			
	8. Petugas yang melakukan pengangkutan limbah harus terlatih sesuai standar dan dilengkapi dengan alat pelindung diri yang memenuhi standar keselamatan dan kesehatan kerja.			
	9. Sampah yang telah diserahkan ditimbang dan dicatat dalam dokumen manifest			
F	Penyimpanan			
	1. TPS limbah medis harus memiliki izin dari Dinas			

	Lingkungan Hidup setempat			
	2. Limbah medis kategori sitotoksik dan farmasi, harus disimpan pada TPS dengan suhu lebih besar dari 0°C dalam waktu sampai dengan 90 hari; .			
	3. Limbah medis kategori infeksius, patologis, benda tajam harus disimpan pada TPS dengan suhu lebih kecil atau sama dengan 0°C dalam waktu sampai dengan 30 hari.			
	4. Lantai kedap (impermeabel), berlantai beton atau semen dengan sistem drainase yang baik, serta mudah dibersihkan dan dilakukan disinfeksi.			
	5. Tersedia sumber air atau kran air untuk pembersihan.			
	6. Mudah diakses untuk penyimpanan Limbah			
	7. Dapat dikunci untuk menghindari akses oleh pihak yang tidak berkepentingan			
	8. Mudah diakses oleh kendaraan yang akan mengumpulkan atau mengangkut Limbah			
	9. Terlindungi dari sinar matahari, hujan, angin kencang, banjir, dan faktor lain yang berpotensi menimbulkan kecelakaan atau bencana kerja.			
	10. Tidak dapat diakses oleh hewan, serangga, dan burung.			
	11. Dilengkapi dengan ventilasi dan pencahayaan yang baik dan memadai.			
	12. Berjarak jauh dari tempat penyimpanan atau penyiapan makanan.			
	13. Peralatan pembersihan, pakaian pelindung, dan wadah atau kantong Limbah harus diletakkan sedekat			

	mungkin dengan lokasi fasilitas penyimpanan.			
	14. Dinding, lantai, dan langit-langit fasilitas penyimpanan senantiasa dalam keadaan bersih, termasuk pembersihan lantai setiap hari.			
	15. Penyimpanan Limbah B3 yang dihasilkan dari fasilitas pelayanan kesehatan oleh penghasil Limbah B3 sebaiknya dilakukan pada bangunan terpisah dari bangunan utama Fasyankes.			
G	Prosedur			
	1. Penyediaan sarana dan peralatan sesuai dengan ketentuan teknis yang dipersyaratkan seperti: - Kantong plastik limbah dengan pembedaan warna sesuai dengan jenis limbah berdasarkan ketentuan yang berlaku - Kontainer/tempat sampah, termasuk safety box - Label sesuai dengan jenis-jenis limbah - Wheel bin untuk pengangkut limbah dari ruangan ke TPS - Timbangan - TPS sampah medis			
	2. Tersedianya dan digunakannya APD (sepatu, sarung tangan, apron, masker, dan topi) oleh petugas pelaksana sesuai dengan prosedur, baik pada tahap pewadahan, pengangkutan, maupun pengolahan.			
	3. Terimplementasinya kegiatan pengelolaan limbah, baik oleh petugas ruangan, petugas cleaning service, dan petugas TPS, sesuai dengan kebijakan, SPO dan Instruksi Kerja yang berlaku			

	4. Terlaksananya kegiatan pengawasan yang efektif oleh petugas sanitasi, dalam upaya mencegah terjadinya kesalahan maupun penyalahgunaan yang tidak diharapkan			
	5. Beberapa SPO yang terkait dengan kegiatan pengelolaan limbah medis padat adalah : - SPO Pengelolaan Limbah Medis Padat - SPO Pengoperasian Alat Pengolah Limbah Medis Padat (insinerator/autoclave/microwave dll) - SPO Tanggap Darurat Jika Alat Pengolah Limbah Medis Padat Terganggu			

Sumber : Kurikulum Pelatihan Pengelolaan Limbah Fasyankes (2022) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Keterangan:

0 = Tidak dilakukan

1 = Dilakukan tetapi belum konsisten

2 = Dilakukan dengan konsisten

Formula:

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jumlah nilai}}{\text{jumlah daftar cek} \times 2} \times 100\%$$

Kategori:

0%-20% = Tidak baik

21%-40% = Kurang baik

41%-60% = Cukup baik

61%-80% = Baik

81%-100% =Sangat baik



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Tanjungkarang
 Jalan Sekeloa Harjo No. 3 Bandar Lampung
 Lampung 35145
 Telp. (071) 88352
 Email: https://www.poltekkes-tj.go.id

Nomor : PP.01.04/F.XXXV/1772/2025
 Lampiran : 1 eks
 Hal : Izin Penelitian

14 Maret 2025

Yth, Direktur RS. Azizah Kota Metro
 Di Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir bagi mahasiswa Tingkat III Program Studi Sanitasi Program Diploma Tiga 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	Dinda Dwi Salsabila NIM: 2213451119	Pengelolaan Limbah Medis di Rumah Sakit Azizah Kota Metro Tahun 2025	RS. Azizah Kota Metro

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian
 Kesehatan Tanjungkarang.



Dewi Purwaningsih, S.SiT., M.Kes

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 silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500667 dan <http://www.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://tts.keminfo.go.id/verifyPDF>.





Nomor : 053/DIR/RSA/IV/2025

Lampiran : -

Perihal : *Surat Balasan*

Kepada Yth,

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjung Karang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat yang kami terima dari Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjung Karang Nomor : PP.01.04/F.XXXV/1772/2025 perihal Izin Penelitian, maka Bersama ini kami sampaikan bahwa RS. Azizah memberikan izin terkait penelitian tersebut, dengan kebijakan tarif yang ada di RS Azizah, tarif tersebut sebesar Rp 750.000./ Siswa.

Demikian surat penawaran ini kami sampaikan. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Metro, 30 April 2025

Direktur,



dr. Eymuey David
 NIK RSA.134.06.21

DOKUMENTASI

	
Pewadahan Limbah Medis Padat	Pengangkutan Limbah Medis Padat
	
Pengangkutan melalui jalur umum	Penimbangan Limbah Medis
	
Tempat Penyimpanan Sementara	Troli yang digunakan dalam pengangkutan (Wheel Bin)

	
Tampak dalam bangunan TPS	TPS mudah diakses selama proses pengangkutan
	
Pengangkutan Limbah Medis	Tempat Penyimpanan Sementara
	
Simbol PadaAa Wadah Limbah	Alat Pelindung Diri Petugas Pengangkutan

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 23 Desember 2021	Ditetapkan: Direktur <u>dr.HL Tobing,Sp.OG</u> NIK.RSA.001.11.16
Pengertian	Suatu upaya yang dilakukan guna mencegah terjadinya bahaya terhadap kesehatan atau menyebabkan kematian apabila terserap ke dalam tubuh karena tertelan, lewat pernafasan atau kontak lewat kulit dan juga pencemaran lingkungan	
Tujuan	a. Mencegah terjadinya bahaya terhadap kesehatan atau menyebabkan kematian apabila terserap ke dalam tubuh karena tertelan, lewat pernafasan atau kontak lewat kulit dari limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit b. Mencegah terjadinya pencemaran lingkungan akibat bahan dan limbah yang digunakan dan dihasilkan dari kegiatan rumah sakit	
Kebijakan	a. UU No. 23 Pasal 23 Tahun 1992 tentang Upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja b. SK Direktur RS Rumah Sakit Azizah No : Tentang Kebijakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Azizah	
Prosedur	a. PERSIAPAN 1) APD a) Sepatu tahan api b) Masker c) Helm d) Hand Scoon tahan api 2) Air Mengalir 3) Alat Komunikasi (Telephone dan sebagainya) b. PELAKSANAAN 1) Petugas menggunakan APD yang telah disediakan	

	PENANGGAPAN BAHAN & LIMBAH DENGAN KARAKTERISTIK BERACUN (TOXIC)		
	No.Dokumen: RSA/KESLING/SPO/037	No. Revisi: 00	Halaman:
	dengan benar 2) Basuh bagian jaringan tubuh atau bahan lain yang terkena kontak dengan limbah tersebut dengan sabun kemudian bilas dengan air mengalir 3) Rujuk pada dokter untuk penanganan lebih lanjut 4) Buat laporan insiden dan laporkan kepada tim K3 RS		
Unit Terkait	a. Seluruh Unit yang memiliki bahan dan menghasilkan limbah beracun di RS Azizah b. Tim K3 RS		

 RUMAH SAKIT AZIZAH	PENGAWASAN PENGOLAHAN LIMBAH CAIR DAN PENGAMBILAN SAMPEL AIR LIMBAH		
	No.Dokumen: RSA/KESLING/SPO/025	No. Revisi: 00	Halaman: 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 23 Desember 2021	Ditetapkan: Direktur <u>dr.HL Tobing,Sp.OG</u> NIK.RSA.001.11.16	
Pengertian	Suatu upaya pengawasan yang dilakukan pada unit Instalasi Pengolahan Air Limbah dalam mengolah air limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit agar nantinya kualitas air limbah tersebut memenuhi baku mutu yang telah ditetapkan		
Tujuan	1. Mengetahui karakteristik dari air limbah 2. Mengetahui proses pengolahan air limbah 3. Untuk memastikan bahwa instalasi pengolahan air limbah selalu beroperasi secara maksimal 4. Menghindari kemungkinan terjadinya pencemaran dan penyakit yang disebabkan oleh air limbah yang tidak memenuhi persyaratan kesehatan 5. Sebagai langkah awal guna tindakan koreksi bila terjadi ketidak sesuaian antara kualitas air limbah di rumah sakit dengan peraturan yang ada		
Kebijakan	Peraturan Gubernur Lampung Nomor 7 tahun 2010 tentang Baku Mutu Air Limbah Bagi Usaha dan Atau Kegiatan Yang Ada Di Provinsi Lampung		
Prosedur	a. PERSIAPAN 1) Derigen dengan Volume ± 2 liter		

	PENGAWASAN PENGOLAHAN LIMBAH CAIR DAN PENGAMBILAN SAMPEL AIR LIMBAH		
	No.Dokumen: RSA/KESLING/SPO/025	No. Revisi: 00	Halaman: 2 / 2
	2) Label 3) ATK(Alat Tulis Kantor) b. PELAKSANAAN 1) Tempat atau alat yang dipakai harus bersih 2) Pengambilan sampel air limbah pada titik outlet IPAL (sewaktu-waktu sampel limbah juga dapat diambil secara bersamaan di inlet dan outlet IPAL.) 3) Pengambilan air pertama digunakan untuk membilas botol sampel (dibilas sebanyak 3 kali) 4) Pengambilan air limbah selanjutnya diisikan ke tempat/ botol sampel untuk dianalisa 5) Jumlah sampel yang diperlukan $\pm$ 2 liter 6) Tempat/ botol yang dikirim diberi label yang berisikan keterangan Tentang sampel air limbah, lokasi pengambilan, waktu pengambilan, nama petugas dan lainnya, kemudian dikirim ke Laboratorium Lingkungan 7) Hasil analisis kualitas air limbah dicatat di dalam buku Laporan (dianalisis kembali jika hasilnya tidak sesuai dengan ketentuan yang ada maka akan dilakukan tindak lanjut sesuai dengan parameternya) <i>Catatan : Pengawasan pengolahan dan pengambilan sampel limbah cair dilakukan setiap bulannya</i>		
Unit Terkait	a. Keuangan b. Cleaning Servis c. Laboratorium Lingkungan		

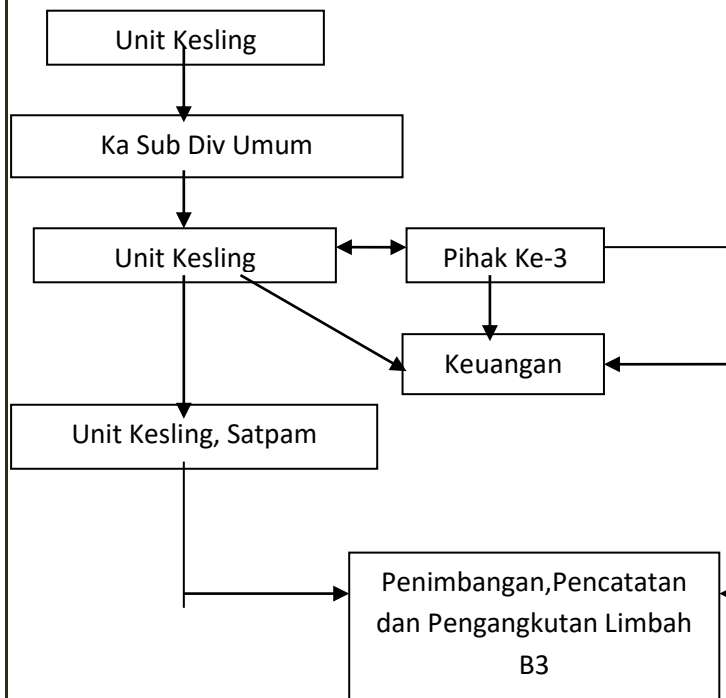
	PEWADAHAN DAN PEMILAHAN LIMBAH PADAT MEDIS NON BENDA TAJAM		
	No.Dokumen: RSA/KESLING/SPO/041	No. Revisi: 00	Halaman: 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 23 Desember 2021	Ditetapkan: Direktur <u>dr.HL Tobing,Sp.OG</u> NIK.RSA.001.11.16	
	Pengertian	1. Pewadahan limbah padat medis adalah penanganan limbah padat medis di ruangan pada wadah “LIMBAH MEDIS”. 2. Pemilahan limbah padat medis adalah kegiatan pemisahan limbah padat medis dengan limbah padat domestik, dan limbah padat medis non benda tajam dengan limbah padat medis benda tajam di ruangan. 3. Limbah padat medis non benda tajam adalah limbah padat medis yang tidak berbentuk tajam, meliputi limbah padat infeksius, limbah padat jaringan tubuh, limbah padat citotoksis, limbah padat farmasi dan limbah padat klinis. 4. Limbah padat infeksius adalah limbah padat yang berkaitan dengan pasien isolasi penyakit menular dan sampah laboratorium yang berkaitan dengan pemeriksaan mikrobiologi. 5. Limbah padat jaringan tubuh adalah organ, anggota badan, darah dan cairan tubuh dari kegiatan pembedahan dan autopsi. 6. Limbah padat citotoksis adalah bahan yang terkontaminasi oleh obat citotoksis dalam peracikan, pengangkutan atau tindakan terapi citotoksis.	

	PEWADAHAN DAN PEMILAHAN LIMBAH PADAT MEDIS NON BENDA TAJAM		
	No.Dokumen: RSA/KESLING/SPO/041	No. Revisi: 00	Halaman: 2 / 2
	7. Limbah padat farmasi adalah obat – obatan kadaluarsa, obat – obatan tidak memenuhi spesifikasi dan atau terkontaminasi. 8. Limbah padat kimia adalah bahan yang dihasilkan dari tindakan medis, laboratorium, sterilisasi yang menggunakan bahan kimia.		
Tujuan	Untuk mengatur pewadahan dan pemilahan limbah padat medis non benda tajam pada lokasi penghasil secara baik agar dapat mengamankan dan melindungi masyarakat rumah sakit dari bahaya yang diakibatkannya terutama infeksi nosokomial serta kecelakaan dan penyakit akibat kerja.		
Kebijakan	c. Permenkes Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit d. PP No. 101 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya Beracun.		
Prosedur	1. Sediakan wadah kotak sampah limbah padat medis non benda tajam berlabel “LIMBAH MEDIS” dan berlapiskan kantong plastik kuning berlabel “LIMBAH MEDIS”. 2. Masukkan setiap limbah padat medis non benda tajam ke dalam wadah kotak sampah “LIMBAH MEDIS” . 3. Jaga jangan sampai ada limbah yang tercecer. 4. Bersihkan wadah kotak sampah dan lokasi peletakan wadah kotak sampah setiap hari dengan menggunakan desinfektan. 5. Gunakan masker, sarung tangan, pakaian dan sepatu khusus setiap menangani sampah medis.		
Unit Terkait	a. Unit Kesehatan Lingkungan b. Cleaning Servis c. Seluruh bagian / unit yang terkait		

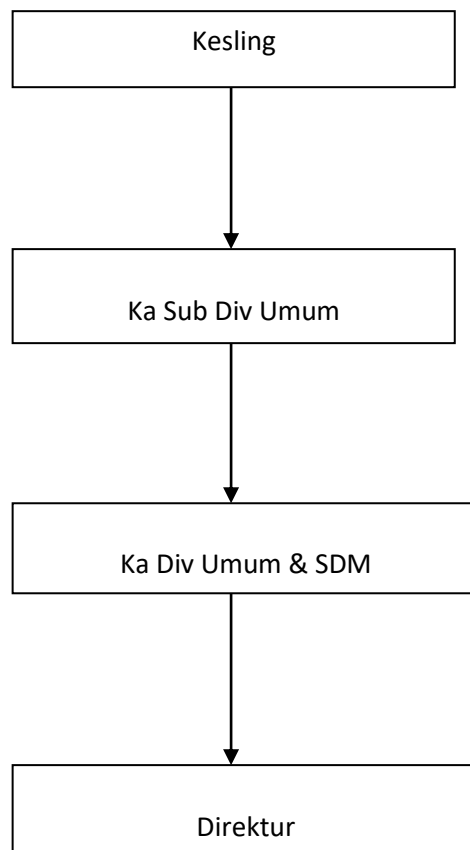
	PENGANGKUTAN LIMBAH B3		
	No.Dokumen: RSA/KESLING/SPO/032	No. Revisi: 00	Halaman: 1 / 4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 23 Desember 2021	Ditetapkan: Direktur <u>dr.HL Tobing,Sp.OG</u> NIK.RSA.001.11.16	
Pengertian	Suatu upaya yang dilakukan dalam rangka mengangkut atau mengirim atau mengambil limbah B3 baik dengan cara pihak ke- 3 yang mengambil langsung dari Rumah Sakit Azizah		
Tujuan	1. Untuk meminimalisir jumlah limbah B3 yang ada di Rumah Sakit Azizah 2. Untuk meminimalisir adanya gangguan kesehatan serta pencemaran lingkungan di wilayah kerja Rumah Sakit Azizah		
Kebijakan	Permenkes Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit		
Prosedur	a. PERSIAPAN 1) Masker 2) Pakaian Kerja (wear pack) 3) Sarung tangan (hand scon) 4) Sepatu 5) Penutup kepala 6) Celemek 7) Drum 8) Timbangan 9) ATK b. PELAKSANAAN 1) Unit Kesling berkoordinasi dengan Ka Div Umum &		

	PENGANGKUTAN LIMBAH B3		
	No.Dokumen: RSA/KESLING/SPO/032	No. Revisi: 00	Halaman: 2 / 4
	Keuangan untuk pengangkutan limbah B3 2) dengan Ka Div Umum & Keuangan berkoordinasi dengan Unit Umum lainnya untuk membantu pengangkutan Limbah B3. 3) Siapkan alat dan bahan yang dibutuhkan dibantu oleh tekhnisi dan satpam 4) Timbang dan catat volume limbah B3 yang akan diangkut (dibantu oleh tekhnisi dan satpam) 5) Pelunasan terhadap biaya limbah B3 yang akan dibayarkan Bagian Keuangan ke Rek Pihak ke-3 6) Penyerahan bukti pelunasan oleh Bagian Keuangan ke petugas Kesling untuk mengkonfirmasi ke pihak ke-3 7) Pengangkutan limbah B3 oleh Rumah Sakit Azizah atau oleh pihak ke-3 (dibantu oleh cs dan satpam) 8) Simpan catatan tentang volume limbah B3 dan bukti pembayaran dari pihak Ke-3 9) Buat laporan tentang pengangkutan limbah B3 <i>Catatan : Pengangkutan limbah B3 dilakukan dengan frekuensi 4 kali dalam 1 bulan atau sesuai dengan limbah yang dihasilkan</i>		
Unit Terkait	a. Tekhnisi b. Satpam c. Keuangan		

ALUR KERJA PENGANGKUTAN LIMBAH B3



**ALUR KERJA PELAPORAN PENGANGKUTAN
LIMBAH B3**



 RUMAH SAKIT AZIZAH	PENYIMPANAN LIMBAH B3		
	No.Dokumen: RSA/KESLING/SPO/031	No. Revisi: 00	Halaman: 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 23 Desember 2021	Ditetapkan: Direktur <u>dr.HL Tobing,Sp.OG</u> NIK.RSA.001.11.16	
Pengertian	Suatu upaya yang dilakukan guna penempatan B3 untuk menjaga kualitas dan kuantitas B3 dan atau mencegah dampak negatif B3 terhadap lingkungan hidup, kesehatan manusia, dan makhluk hidup lainnya.		
Tujuan	Mencegah dan atau mengurangi risiko dampak B3 terhadap lingkungan hidup, kesehatan manusia dan makhluk hidup lainnya khususnya pada tahap proses penyimpanannya.		
Kebijakan	Permenkes Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit		
Prosedur	a. PERSIAPAN 1) Masker 2) Pakaian Kerja (wear pack) 3) Sarung tangan (hand scon) 4) Sepatu 5) Penutup kepala 6) Celemek 7) Drum (tempat yang sesuai dengan karakteristik limbah B3) 8) Label karakteristik limbah B3 b. PELAKSANAAN		

	PENYIMPANAN LIMBAH B3		
	No.Dokumen: RSA/KESLING/SPO/031	No. Revisi: 00	Halaman: 2 / 2
	1) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 2) Tempatkan limbah B3 ke dalam drum atau tempat yang sesuai dengan persyaratan guna penyimpanan limbah B3 3) Tutup rapat limbah B3 4) Beli label sesuai dengan karakteristik limbah B3 5) Periksa kondisi tempat penyimpanan limbah B3 setiap hari, untuk mengetahui ada tidaknya kerusakan, pada kemasan tempat penyimpanan limbah B3 6) Perhatikan juga waktu penyimpanan limbah B3, penyimpanan limbah B3 tidak boleh melebihi waktu 90 hari apabila jumlah limbah yang di hasilkan mencapai 50 kg setiap harinya (disesuaikan dengan karakteristik limbah B3 tersebut) <i>Catatan : Penyimpanan limbah B3 dilakukan dengan frekuensi setiap hari</i>		
Unit Terkait	a. Tekhnisi b. Ambulance c. Radiologi d. Farmasi e. Laboraturium dan ruang perawatan		



PENGADAAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)

No.Dokumen:
RSA/KESLING/SPO/040

No. Revisi:
00

Halaman:
1 / 2

STANDAR

PROSEDUR

OPERASIONAL

Tanggal Terbit

23 Desember 2021

Ditetapkan:
Direktur

dr.HL Tobing,Sp.OG
NIK.RSA.001.11.16

Pengertian

Pengadaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) adalah penyediaan permintaan bahan-bahan B3 yang dibutuhkan unit-unit terkait kepada bagian perencanaan dan pengadaan dengan melampirkan surat tertulis yaitu surat pemesanan.

Tujuan

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengadaaan bahan berbahaya dan beracun sesuai dengan fungsinya, sehingga terhindar dari bahaya dari akibat yang bisa ditimbulkan.

Kebijakan

1. Undang-undang Nomor 01 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja
2. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan
3. Undang-undang nomor 13 tahun 2003 Tentang Ketenagaan Kerjaan
4. Undang-Undang No 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja pasal 3 (tiga) dan pasal 8 (delapan).
5. Peraturan Menteri Perburuhan no 7 Tahun 1964 tentang Syarat-Syarat Kesehatan, Kebersihan serta Penerangan di Tempat Kerja.
6. Permenaker No 2 Tahun 1980 tentang Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja dalam Penyelenggaraan Keselamatan Kerja.
7. Permenaker No 1 Tahun 1981 tentang Kewajiban Melapor Penyakit Akibat Kerja.

PENGADAAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)

No.Dokumen:
RSA/KESLING/SPO/040

No. Revisi:
00

Halaman:
2 / 2

8. Permenaker No 3 Tahun 1983 tentang Pelayanan Kesehatan Kerja. Peraturan Pemerintah RI No.50 Tahun 2012 tentang Penerapan SMK3

Prosedur

1. Unit yang membutuhkan B3 mengajukan jenis bahan berbahaya yang diperlukan dan telah disetujui/ditandatangani oleh kepala bagian
2. Surat tersebut disampaikan ke unit untuk dilayani sesuai dengan permintaan bahan berbahaya yang dibutuhkan, apabila tidak terdapat di unit maka dilakukan pemesanan oleh bagian perencanaan dan pengadaan.
3. Pemesanan oleh gudang farmasi
 - Unit menulis pada buku permintaan dan menyerahkan ke bagian penerimaan dan penyimpanan (gudang farmasi).
 - Bagian penerimaan dan penyimpanan melayani permintaan bagian unit sesuai dengan form permintaan apabila persediaan/ perbekalan di bagian gudang habis/menipis, bagian gudang menulis pada lembar pemesanan dan menyerahkan kepada bagian perencanaan
 - Untuk perbekalan yang tidak mempunyai persediaan di gudang, bagian produksi langsung melaporkan kepada bagian pengadaan untuk dicatat dalam buku defecta.

pengadaan merekap daftar perbekalan farmasi di lembar defecta menurut supplier kemudian melakukan pemesanan kepada supplier melalui



PENGADAAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)

No.Dokumen:
RSA/KESLING/SPO/040

No. Revisi:
00

Halaman:
3 / 2

telepon maupun secara langsung melalui sales berdasarkan lembar defecta.

Pemasok bahan berbahaya / supplier wajib melaporkan MSDS (Material Safety Data Sheet) / LPD (Lembar Data Pengaman) yaitu informasi dari pabrik mengenai sifat fisik maupun kimiawi dari bahan, cara penyimpanan, resiko pemaparan dan cara penanggulangan bila terjadi kontaminasi. Setelah selesai menelepon dan barang dipesan tersedia dan dilengkapi MSDS / LDP untuk barang/bahan berbahaya bagian, perencanaan dan pengadaan menulis surat pesanan rangkap 2 :

Lembar 1 : diserahkan kepada supplier
Lembar 2 : diserahkan kepada penerimaan dan penyimpanan

4. Penyerahan Barang

Pada saat penyerahan B3, nota penyerahan harus mencantumkan dengan jelas nama bahan, nama dagang, nama kimia, jumlah bahan, nama distributor, dan nama produsen Setiap B3 yang diserahkan harus disertai dengan Lembar Data Pengamanan Bahan yang berisi merk dagang, rumus kimia, jenis B3, klasifikasi, teknik penyimpanan, dan tatacara penanganan bila kecelakaan

Pada saat diserahkan B3 harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- Diserahkan dalam bentuk kemasan yang kompak
- Wadah kemasan tidak bocor
- Tidak berkarat
- Tidak rusak
- Disertai dengan penandaan nama dagang, nama

	PENGADAAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)		
	No.Dokumen: RSA/KESLING/SPO/040	No. Revisi: 00	Halaman: 4 / 2
	bahan, berat, yang sesuai dengan yang tertera pada nota penyerahan bahan □ Setiap B3 yang diserahkan harus telah memiliki tanda peringatan sesuai dengan jenis dan bahayanya, symbol bahaya dan petunjuk P3K yang harus mudah dilihat, dibaca, dimengerti dan tidak luntur. □ Bahan berbahaya dan beracun tidak dapat diterima apabila: - Dokumen tidak lengkap - Sudah kadaluarsa - Label yang tertera pada bahan dan dokumen tidak cocok Penyerahan B3 harus dilakukan secara langsung kepada petugas bagian logistik sedangkan bahan langsung ditempatkan pada ruang penyimpanan B3.		
Unit Terkait	d. Bagian Keuangan e. Bagian Kesling f. Bagian Umum g. Bagian farmasi h. Unit Terkait : Unit Rawat Jalan, Unit Rawat Inap, Unit Kamar Operasi, Unit Laboratorium		

