

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep pengalaman**

**2.1.1 Definisi pengalaman**

Pengalaman dapat diartikan sebagai sesuatu yang pernah dialami, maupun dirasakan, baik sudah lama maupun yang baru saja terjadi. Pengalaman dapat diartikan juga sebagai memori episodik, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu, yang berfungsi sebagai referensi otobiografi (Saparwati, 2013).

Pengalaman perawat adalah sesuatu yang didapat mengenai keahlian pekerjaan dibidang tertentu atau masa kerja, lama seorang perawat bekerja pada bidang tertentu berkaitan dengan usia. Sebab dengan masa kerja yang panjang secara tidak sadar perawat tersebut akan belajar bidang yang telah ditekuni. Dapat dikatakan bahwa seorang perawat yang pada mulanya belum mempunyai pengalaman kerja, kemudian secara berangsur-angsur akan mempunyai pengalaman kerja sesuai dengan berjalannya waktu dan apa yang telah dikerjakan. Perawat yang berpengalaman akan lebih berkualitas dalam melaksanakan pekerjaan, sekaligus tanggung jawab yang diberikan dapat dikerjakan sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan (Potter & Perry, 2010).

### 2.1.2 Faktor yang mempengaruhi pengalaman

Setiap orang mempunyai pengalaman yang berbeda walaupun melihat suatu obyek yang sama, hal ini dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang, pelaku atau faktor pada pihak yang mempunyai pengalaman, faktor obyek atau target yang dipersepsikan dan faktor situasi dimana pengalaman itu dilakukan. Umur, tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup setiap individu juga ikut menentukan pengalaman. (Saparwati, 2013).

## 2.2 Konsep persepsi

### 2.2.1 Definisi persepsi

Persepsi merupakan sesuatu yang alami di dalam diri manusia dan proses yang bersifat psikologis yang telah terbukti sebab melalui persepsi manusia mendapatkan informasi yang akurat tentang karakteristik dunia dan seputarnya (Margawati, 2014).

Menurut Walgito (2010), persepsi merupakan pengorganisasian, penginterpretasian terhadap stimulus yang diinderanya sehingga merupakan suatu yang berarti dan merupakan respon yang *integrated* dalam diri individu. Stimulus dalam persepsi dapat datang dari luar, tetapi juga dapat datang dalam diri individu sendiri. Stimulus sebagian besar datang dari luar individu yang bersangkutan. Sekalipun persepsi dapat melalui macam-macam alat indera yang ada pada diri individu, tetapi sebagian besar persepsi melalui alat indera penglihatan.

### 2.2.2 Proses terjadinya persepsi

Proses terjadinya persepsi menurut Walgito (2010) dapat dijelaskan

sebagai berikut:

1. Objek menimbulkan stimulus, dan stimulus mengenai alat indera atau reseptor. Objek dan stimulus itu berbeda, tetapi ada kalanya bahwa objek dan stimulus itu menjadi satu, misalnya dalam hal tekanan. Benda sebagai objek langsung mengenai kulit, sehingga akan terasa tekanan tersebut.
2. Proses kealaman atau proses fisik  
Proses kealaman atau proses fisik merupakan proses ketika stimulus mengenai alat indera.
3. Proses fisiologis  
Proses fisiologis merupakan proses ketika stimulus yang diterima oleh alat indera diteruskan oleh syaraf sensoris ke otak.
4. Proses psikologis  
Proses psikologis merupakan ketika terjadilah proses di otak sebagai pusat kesadaran sehingga individu menyadari apa yang dilihat, atau apa yang didengar, atau apa yang diraba.
5. Taraf terakhir dari proses persepsi ialah individu menyadari tentang misalnya apa yang dilihat, atau apa yang didengar, atau apa yang diraba, yaitu stimulus yang diterima melalui alat indera.

### 2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi

Individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan stimulus yang diterimanya, sehingga stimulus tersebut mempunyai arti bagi individu yang bersangkutan. Demikian dapat dikemukakan bahwa stimulus merupakan salah satu faktor yang berperan dalam persepsi. Menurut Walgito (2010: 101)

berkaitan dengan faktor-faktor yang berperan dalam persepsi dapat dikemukakan adanya beberapa faktor, yaitu:

1. Objek yang dipersepsi

Objek menimbulkan stimulus yang mengenai alat indera atau reseptor. Stimulus dapat datang dari luar individu yang mempersepsi, tetapi juga dapat datang dari dalam diri individu yang bersangkutan yang langsung mengenai syaraf penerima yang bekerja sebagai reseptor. Namun sebagian terbesar stimulus datang dari luar individu.

2. Alat indera, syaraf, dan pusat susunan syaraf

Alat indera atau reseptor merupakan alat untuk menerima stimulus. Di samping itu juga harus ada syaraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat susunan syaraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran. Sebagai alat untuk mengadakan respon diperlukan syaraf motoris.

3. Perhatian

Untuk menyadari atau untuk mengadakan persepsi diperlukan adanya perhatian, yaitu merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam rangka mengadakan persepsi. perhatian merupakan pemusatan atau konsentrasi dari seluruh aktivitas individu yang ditujukan kepada suatu atau sekumpulan objek.

Berdasarkan hal-hal tersebut untuk mengadakan persepsi adanya beberapa faktor yang berperan, yang merupakan syarat agar terjadi persepsi, yaitu (1) objek atau stimulus yang dipersepsi; (2) alat indera dan syaraf-syaraf serta pusat susunan syaraf, yang merupakan syarat fisiologis; dan (3) perhatian,

yang merupakan syarat psikologis (Walgito, 2010).

## **2.3 Konsep perawat komunitas**

### **2.3.1 Definisi**

Keperawatan komunitas atau *community health nursing* merupakan praktik untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat dengan menggunakan pengetahuan dari ilmu keperawatan, ilmu sosial dan ilmu kesehatan masyarakat.

### **2.3.2 Peran dan fungsi perawat komunitas**

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan mempunyai peran dan fungsi dalam meningkatkan kesehatan komunitas. Perawat dituntut mempunyai sekumpulan kemampuan/kompetensi yang telah ditetapkan oleh kebijakan organisasi dengan merujuk pada persepsi dan harapan komunitas terhadap pelayanan keperawatan komunitas yang diberikan.

#### **1 Manager kasus**

Perawat harus mampu mengelola pelayanan yang berkoordinasi dengan komunitas atau keluarga, penyedia pelayanan kesehatan atau pelayanan sosial yang ada. Hal ini bertujuan untuk mempermudah pencapaian tujuan asuhan keperawatan komunitas. Perawat komunitas harus dapat berfungsi untuk melakukan tindakan sebagai berikut.

- 1) Mengidentifikasi kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini penting dilakukan agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan komunitas.

- 2) Menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas. Rencana ini dibuat berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan.
- 3) Mengoordinasikan aktivitas tim kesehatan multidisiplin sehingga pelayanan yang diberikan dapat optimal dan tepat sasaran.
- 4) Menilai kualitas pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Sebagai manager, hal ini penting untuk meningkatkan pengelolaan berikutnya.

## 2 Pelaksana Asuhan keperawatan

Salah satu peran penting perawat adalah memberikan pelayanan langsung kepada komunitas sesuai dengan kebutuhan komunitas atau keluarga. Anda dapat mencoba peran ini sesuai dengan tahapan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Sebagai pelaksana asuhan keperawatan, perawat dapat berfungsi untuk:

- 1) melakukan pengkajian secara komprehensif;
- 2) menetapkan masalah keperawatan komunitas;
- 3) menyusun rencana keperawatan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan potensi komunitas;
- 4) melakukan tindakan keperawatan langsung mencakup tindakan mandiri (seperti melakukan perawatan luka, melatih napas dalam dan batuk efektif, melatih latihan rentang gerak/rom, dan

sebagainya), serta tindakan kolaboratif (seperti pemberian obat TBC dan sebagainya);

- 5) mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan;
- 6) mendokumentasikan semua tindakan keperawatan.

### 3 Pendidik

Jika berperan sebagai pendidik, maka perawat harus mampu menjadi penyedia informasi kesehatan dan mengajarkan komunitas atau keluarga tentang upaya kesehatan yang dapat dilakukan komunitas. Peran tersebut dapat Anda lihat saat perawat melakukan pendidikan kesehatan. Berikut fungsi yang dapat dijalankan oleh perawat komunitas dalam menjalankan perannya sebagai pendidik

- 1) Mengidentifikasi kebutuhan belajar, yaitu apa yang ingin diketahui oleh komunitas, ini bisa diketahui saat perawat melakukan pengkajian komunitas.
- 2) Memilih metode pembelajaran (ceramah, diskusi, atau demonstrasi), dan materi yang sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Menyusun rencana pendidikan kesehatan.
- 4) Melaksanakan pendidikan kesehatan.
- 5) Melatih komunitas/kelompok/keluarga tentang keterampilan yang harus dimiliki sesuai kebutuhannya.
- 6) Mendorong keluarga untuk melatih keterampilan yang sudah diajarkan perawat.
- 7) Mendokumentasikan kegiatan pendidikan kesehatan.

### 4 Pembela (*Advocate*)

Peran sebagai pembela (*advocate*) dapat dilakukan perawat dengan mendukung pelayanan keperawatan yang berkualitas dan kompeten. Sikap perawat yang selalu berupaya meningkatkan kompetensinya agar asuhan keperawatan komunitas yang diberikan terjaga kualitasnya, merupakan contoh pelaksanaan peran sebagai pembela (*advocate*). tindakan yang dapat dilakukan perawat sebagai pembela (*advocate*) adalah:

- 1) Menyediakan informasi yang dibutuhkan komunitas atau keluarga untuk membuat keputusan;
- 2) Memfasilitasi komunitas atau keluarga dalam mengambil keputusan;
- 3) Membuka akses ke *provider* agar komunitas atau keluarga mendapatkan pelayanan yang terbaik (membangun jejaring kerja);
- 4) Menghormati hak klien;
- 5) Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan;
- 6) Melaksanakan fungsi pendampingan komunitas atau keluarga;
- 7) Memberikan informasi terkait sumber-sumber pelayanan yang dapat digunakan;
- 8) Memfasilitasi masyarakat dalam memanfaatkan sumber-sumber tersebut.

Perawat kesehatan komunitas proaktif dengan menghormati kecenderungan pelayanan kesehatan masyarakat dan sosial, mengubah kepedulian, dan aktivitas legislative serta kebijakan. Fungsinya adalah sebagai advokat pada populasi yang mereka layani. Seperti advokasi untuk



kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan lingkungan, perawat kesehatan komunitas menciptakan kondisi yang memperbaiki dan mempertahankan kesehatan populasi dan merupakan peranan kunci dari perawat kesehatan komunitas (Efendi, F & Mahfudli, 2009).

#### 5 Konselor

Perawat konselor membutuhkan keterampilan khusus, yaitu perawat tersebut adalah orang yang memahami (*expert*) di bidang keahliannya, dapat dipercaya untuk membantu komunitas atau keluarga dan mengembangkan koping yang konstruktif dalam penyelesaian masalah. Perawat juga dapat memberikan berbagai solusi dalam rangka menetapkan cara yang lebih baik untuk penyelesaian masalah.

#### 6 *Role Model*

Perawat yang dapat dijadikan role model adalah perawat yang mau meningkatkan kemampuan dirinya, berperilaku sehat, dan bertanggung jawab terhadap tugasnya sebagai perawat komunitas

#### 7 Penemu Kasus

Peran yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas adalah melibatkan diri dalam penelusuran kasus di komunitas atau keluarga, untuk selanjutnya dilakukan kajian apa saja yang dibutuhkan komunitas. Kasus yang membutuhkan intervensi dari profesi lain atau pelayanan kesehatan yang lebih kompleks, peran perawat komunitas adalah segera merujuk klien. Merujuk juga membutuhkan ketelitian perawat untuk mengidentifikasi, kasus mana yang seharusnya di rujuk dan ke mana harus merujuk

## 8 Pembaharu

Pembaharu (*change agent*). Peran ini membantu komunitas untuk melakukan perubahan ke arah kehidupan yang lebih sehat. Hal yang dilakukan perawat sebagai pembaharu adalah sebagai berikut.

- 1) Mengidentifikasi kekuatan dan penghambat perubahan. Hal ini penting dilakukan karena suatu perubahan merupakan suatu hal yang baru yang membutuhkan dukungan.
- 2) Membantu pencairan dan memotivasi untuk berubah.
- 3) Membantu komunitas menginternalisasi perubahan.

## 2.4 Konsep COVID-19

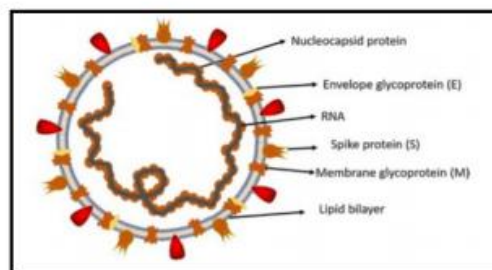
### 2.4.1 Epidemiologi

*Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh Coronavirus jenis baru. Penyakit ini diawali dengan munculnya kasus pneumonia yang tidak diketahui etiologinya di Wuhan, China pada akhir Desember 2019 (Li et al, 2020). Berdasarkan hasil penyelidikan epidemiologi, kasus tersebut diduga berhubungan dengan Pasar *Seafood* di Wuhan. Pada tanggal 7 Januari 2020, Pemerintah China kemudian mengumumkan bahwa penyebab kasus tersebut adalah Coronavirus jenis baru yang kemudian diberi nama SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). Virus ini berasal dari famili yang sama dengan virus penyebab SARS dan MERS. Meskipun berasal dari famili yang sama, namun SARS-CoV-2 lebih menular dibandingkan dengan SARS-CoV dan MERS-CoV (CDC China, 2020). Proses penularan yang cepat membuat WHO

menetapkan COVID-19 sebagai KKMMMD/PHEIC pada tanggal 30 Januari 2020. Angka kematian kasar bervariasi tergantung negara dan tergantung pada populasi yang terpengaruh, perkembangan wabahnya di suatu negara, dan ketersediaan pemeriksaan laboratorium.

#### 2.4.2 Etiologi

Penyebab COVID-19 adalah virus yang tergolong dalam *family coronavirus*. *Coronavirus* merupakan virus RNA *strain* tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. Terdapat 4 struktur protein utama pada *Coronavirus* yaitu: protein N (nukleokapsid), glikoprotein M (membran), glikoprotein spike S (spike), protein E (selubung). *Coronavirus* tergolong ordo Nidovirales, keluarga Coronaviridae. Coronavirus ini dapat menyebabkan penyakit pada hewan atau manusia. Terdapat 4 genus yaitu *alphacoronavirus*, *betacoronavirus*, *gammacoronavirus*, dan *deltacoronavirus*. Sebelum adanya COVID19, ada 6 jenis *coronavirus* yang dapat menginfeksi manusia, yaitu HCoV-229E (*alphacoronavirus*), HCoV-OC43 (*betacoronavirus*), HCoVNL63 (*alphacoronavirus*) HCoV-HKU1 (*betacoronavirus*), SARSCoV (*betacoronavirus*), dan MERS-CoV (*betacoronavirus*).



Gambar 2.1 Struktur Coronavirus 1

Sumber: Shereen, et al. (2020) dalam KMK No. HK. 01. 07-MENKES-413-2020

Coronavirus yang menjadi etiologi COVID-19 termasuk dalam genus betacoronavirus, umumnya berbentuk bundar dengan beberapa pleomorfik, dan berdiameter 60-140 nm. Hasil analisis filogenetik menunjukkan bahwa virus ini masuk dalam subgenus yang sama dengan coronavirus yang menyebabkan wabah SARS pada 2002- 2004 silam, yaitu Sarbecovirus. Atas dasar ini, *International Committee on Taxonomy of Viruses* (ICTV) memberikan nama penyebab COVID-19 sebagai SARS-CoV-2.

#### 2.4.3 Penularan

*Coronavirus* merupakan zoonosis (ditularkan antara hewan dan manusia). Penelitian menyebutkan bahwa SARS ditransmisikan dari kucing luwak (*civet cats*) ke manusia dan MERS dari unta ke manusia. Adapun, hewan yang menjadi sumber penularan COVID-19 ini masih belum diketahui. Masa inkubasi COVID-19 rata-rata 5-6 hari, dengan *range* antara 1 dan 14 hari namun dapat mencapai 14 hari. Risiko penularan tertinggi diperoleh di hari-hari pertama penyakit disebabkan oleh konsentrasi virus pada sekret yang tinggi. Orang yang terinfeksi dapat langsung dapat menularkan sampai dengan 48 jam sebelum onset gejala (presimptomatik) dan sampai dengan 14 hari setelah onset gejala. Sebuah studi Du Z et. al, (2020) melaporkan bahwa 12,6% menunjukkan

penularan presimptomatik. Penting untuk mengetahui periode presimptomatik karena memungkinkan virus menyebar melalui droplet atau kontak dengan benda yang terkontaminasi. Sebagai tambahan, bahwa terdapat kasus konfirmasi yang tidak bergejala (asimptomatik), meskipun risiko penularan sangat rendah akan tetapi masih ada kemungkinan kecil untuk terjadi penularan.

Berdasarkan studi epidemiologi dan virologi saat ini membuktikan bahwa COVID-19 utamanya ditularkan dari orang yang bergejala (simptomatik) ke orang lain yang berada jarak dekat melalui droplet. Droplet merupakan partikel berisi air dengan diameter  $>5-10 \mu\text{m}$ . Penularan droplet terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernapasan (misalnya, batuk atau bersin) sehingga droplet berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata). Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi droplet di sekitar orang yang terinfeksi. Oleh karena itu, penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan atau benda yang digunakan pada orang yang terinfeksi (misalnya, stetoskop atau termometer).

Dalam konteks COVID-19, transmisi melalui udara dapat dimungkinkan dalam keadaan khusus dimana prosedur atau perawatan suportif yang menghasilkan aerosol seperti intubasi endotrakeal, bronkoskopi, suction terbuka, pemberian pengobatan nebulisasi, ventilasi manual sebelum intubasi, mengubah pasien ke posisi tengkurap, memutus

koneksi ventilator, ventilasi tekanan positif non-invasif, trakeostomi, dan resusitasi kardiopulmoner.

#### 2.4.4 Manifestasi Klinis

Gejala-gejala yang dialami biasanya bersifat ringan dan muncul secara bertahap. Beberapa orang yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala apapun dan tetap merasa sehat. Gejala COVID-19 yang paling umum adalah demam, rasa lelah, dan batuk kering. Beberapa pasien mungkin mengalami rasa nyeri dan sakit, hidung tersumbat, pilek, nyeri kepala, konjungtivitis, sakit tenggorokan, diare, hilang penciuman dan pembauan atau ruam kulit.

Menurut data dari negara-negara yang terkena dampak awal pandemi, 40% kasus akan mengalami penyakit ringan, 40% akan mengalami penyakit sedang termasuk pneumonia, 15% kasus akan mengalami penyakit parah, dan 5% kasus akan mengalami kondisi kritis. Pasien dengan gejala ringan dilaporkan sembuh setelah 1 minggu. Pada kasus berat akan mengalami *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), sepsis dan syok septik, gagal multi-organ, termasuk gagal ginjal atau gagal jantung akut hingga berakibat kematian. Orang lanjut usia (lansia) dan orang dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, gangguan jantung dan paru, diabetes dan kanker berisiko lebih besar mengalami keparahan.

#### 2.4.5 Diagnosis

WHO merekomendasikan pemeriksaan molekuler untuk seluruh pasien yang terduga terinfeksi COVID-19. Metode yang dianjurkan

adalah metode deteksi molekuler/NAAT (*Nucleic Acid Amplification Test*) seperti pemeriksaan RT-PCR

#### 2.4.6 Tatalaksana

Hingga saat ini, belum ada vaksin dan obat yang spesifik untuk mencegah atau mengobati COVID-19. Pengobatan ditujukan sebagai terapi simptomatis dan suportif. Ada beberapa kandidat vaksin dan obat tertentu yang masih diteliti melalui uji klinis.

## 2.5 Konsep pencegahan dan pengendalian COVID-19

### 2.5.1 Pencegahan dan pengendalian di masyarakat

Pencegahan dan pengendalian COVID-19 di masyarakat dilakukan dengan pencegahan penularan pada individu dan perlindungan kesehatan pada masyarakat.

#### 1. Pencegahan penularan pada individu

Penularan COVID-19 terjadi melalui droplet yang mengandung virus SARS-CoV-2 yang masuk ke dalam tubuh melalui hidung, mulut dan mata, untuk itu pencegahan penularan COVID-19 pada individu dilakukan dengan beberapa tindakan, seperti:

- 1) Membersihkan tangan secara teratur dengan cuci tangan pakai sabun dan air mengalir selama 40-60 detik atau menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol (*handsanitizer*) minimal 20 – 30 detik. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang tidak bersih.

- 2) Menggunakan alat pelindung diri berupa masker yang menutupi hidung dan mulut jika harus keluar rumah atau berinteraksi dengan orang lain yang tidak diketahui status kesehatannya (yang mungkin dapat menularkan COVID-19).
- 3) Menjaga jarak minimal 1 meter dengan orang lain untuk menghindari terkena droplet dari orang yang batuk atau bersin. Jika tidak memungkinkan melakukan jaga jarak maka dapat dilakukan dengan berbagai rekayasa administrasi dan teknis lainnya.
- 4) Membatasi diri terhadap interaksi / kontak dengan orang lain yang tidak diketahui status kesehatannya.
- 5) Saat tiba di rumah setelah bepergian, segera mandi dan berganti pakaian sebelum kontak dengan anggota keluarga di rumah.
- 6) Meningkatkan daya tahan tubuh dengan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) seperti konsumsi gizi seimbang,
- 7) Mengelola penyakit penyerta/komorbid agar tetap terkontrol
- 8) Mengelola kesehatan jiwa dan psikososial Kondisi kesehatan jiwa dan kondisi optimal dari psikososial dapat ditingkatkan melalui:
  - (1) Emosi positif: gembira, senang dengan cara melakukan kegiatan dan hobi yang disukai, baik sendiri maupun bersama keluarga atau teman dengan mempertimbangkan aturan pembatasan sosial berskala besar di daerah masing-masing;
  - (2) Pikiran positif: menjauhkan dari informasi hoax, mengenang semua pengalaman yang menyenangkan, bicara pada diri



sendiri tentang hal yang positif (*positive self-talk*), responsif (mencari solusi) terhadap kejadian, dan selalu yakin bahwa pandemi akan segera teratasi;

(3) Hubungan sosial yang positif: memberi pujian, memberi harapan antar sesama, saling mengingatkan cara-cara positif, meningkatkan ikatan emosi dalam keluarga dan kelompok, menghindari diskusi yang negatif, tetap melakukan komunikasi secara daring dengan keluarga dan kerabat.

9) Apabila sakit menerapkan etika batuk dan bersin. Jika berlanjut segera berkonsultasi dengan dokter/tenaga kesehatan.

10) Menerapkan adaptasi kebiasaan baru dengan melaksanakan protokol kesehatan dalam setiap aktivitas.

## 2. Perlindungan kesehatan pada masyarakat

Perlindungan kesehatan masyarakat bertujuan mencegah terjadinya penularan dalam skala luas yang dapat menimbulkan beban besar terhadap fasyankes. Tingkat penularan COVID-19 di masyarakat dipengaruhi oleh adanya pergerakan orang, interaksi antar manusia dan berkumpulnya banyak orang, untuk itu perlindungan kesehatan masyarakat harus dilakukan oleh semua unsur yang ada di masyarakat baik pemerintah, dunia usaha, aparat penegak hukum serta komponen masyarakat lainnya. Adapun perlindungan kesehatan masyarakat dilakukan melalui:

### 1) Upaya pencegahan (*prevent*)

(1) Kegiatan promosi kesehatan (*promote*) dilakukan melalui sosialisasi, edukasi, dan penggunaan berbagai media informasi

untuk memberikan pengertian dan pemahaman bagi semua orang, serta keteladanan dari pimpinan, tokoh masyarakat, dan melalui media *mainstream*.

- (2) Kegiatan perlindungan (*protect*) antara lain dilakukan melalui penyediaan sarana cuci tangan pakai sabun yang mudah diakses dan memenuhi standar atau penyediaan *handsanitizer*, upaya penapisan kesehatan orang yang akan masuk ke tempat dan fasilitas umum, pengaturan jaga jarak, disinfeksi terhadap permukaan, ruangan, dan peralatan secara berkala, serta penegakkan kedisiplinan pada perilaku masyarakat yang berisiko dalam penularan dan tertularnya COVID-19 seperti berkerumun, tidak menggunakan masker, merokok di tempat dan fasilitas umum dan lain sebagainya.
- 2) Upaya penemuan kasus (*detect*)
  - (1) Deteksi dini untuk mengantisipasi penyebaran COVID-19 dapat dilakukan semua unsur dan kelompok masyarakat melalui koordinasi dengan dinas kesehatan setempat atau fasyankes.
  - (2) Melakukan pemantauan kondisi kesehatan (gejala demam, batuk, pilek, nyeri tenggorokan, dan/atau sesak nafas) terhadap semua orang yang berada di lokasi kegiatan tertentu seperti tempat kerja, tempat dan fasilitas umum atau kegiatan lainnya.
- 3) Unsur penanganan secara cepat dan efektif (*respond*)

Melakukan penanganan untuk mencegah terjadinya penyebaran yang lebih luas, antara lain berkoordinasi dengan dinas kesehatan

setempat atau fasyankes untuk melakukan pelacakan kontak erat, pemeriksaan laboratorium serta penanganan lain sesuai kebutuhan. Penanganan kesehatan masyarakat terkait respon adanya kasus COVID-19 meliputi:

(1)Pembatasan fisik dan pembatasan sosial

Pembatasan fisik harus diterapkan oleh setiap individu.

Pembatasan fisik merupakan kegiatan jaga jarak fisik (*physical distancing*) antar individu yang dilakukan dengan cara:

1. Dilarang berdekatan atau kontak fisik dengan orang mengatur jaga jarak minimal 1 meter, tidak bersalaman, tidak berpelukan dan berciuman
2. Hindari penggunaan transportasi publik (seperti kereta, bus, dan angkot) yang tidak perlu, sebisa mungkin hindari jam sibuk ketika berpergian.
3. Bekerja dari rumah (*Work from Home*), jika memungkinkan dan kantor memberlakukan ini
4. Dilarang berkumpul massal di kerumunan dan fasilitas umum
5. Hindari bepergian ke luar kota/luar negeri termasuk ke tempat-tempat wisata
6. Hindari berkumpul teman dan keluarga, termasuk berkunjung/bersilaturahmi/mengunjungi orang sakit/melahirkan tatap muka dan menunda kegiatan bersama. Hubungi mereka dengan telepon, internet, dan media sosial

7. Gunakan telepon atau layanan online untuk menghubungi dokter atau fasilitas lainnya
  8. Jika anda sakit, dilarang mengunjungi orang tua/lanjut usia. Jika anda tinggal satu rumah dengan mereka, maka hindari interaksi langsung dengan mereka dan pakai masker kain meski di dalam rumah
  9. Untuk sementara waktu, anak sebaiknya bermain bersama keluarganya sendiri di rumah
  10. Untuk sementara waktu, dapat melaksanakan ibadah di rumah
  11. Jika terpaksa keluar harus menggunakan masker kain
  12. Membersihkan /disinfeksi rumah, tempat usaha, tempat kerja, tempat ibadah, kendaraan dan tempat tempat umum secara berkala
  13. Dalam adaptasi kebiasaan baru, maka membatasi jumlah pengunjung dan waktu kunjungan, cek suhu pengunjung, menyediakan tempat cuci tangan pakai sabun dan air mengalir, pengecekan masker dan desinfeksi secara berkala untuk mall dan tempat tempat umum lainnya
  14. Memakai pelindung wajah dan masker kepada para petugas/pedagang yang berinteraksi dengan banyak orang
- (2)Penerapan etika batuk dan bersin

Menerapkan etika batuk dan bersin meliputi:

1. Jika memiliki gejala batuk bersin, pakailah masker medis. Gunakan masker dengan tepat, tidak membuka tutup masker dan tidak menyentuh permukaan masker. Bila tanpa sengaja menyentuh segera cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau menggunakan pembersih tangan berbasis alkohol
2. Jika tidak memiliki masker, saat batuk dan bersin gunakan tisu lalu langsung buang tisu ke tempat sampah tertutup dan segera cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau menggunakan pembersih tangan berbasis alkohol
3. Jika tidak ada tisu, saat batuk dan bersin tutupi dengan lengan atas bagian dalam

(3)Isolasi mandiri / perawatan di rumah

Isolasi mandiri atau perawatan di rumah dilakukan terhadap orang yang bergejala ringan dan tanpa kondisi penyerta seperti (penyakit paru, jantung, ginjal dan kondisi immunocompromise). Tindakan ini dapat dilakukan pada pasien dalam pengawasan, orang dalam pemantauan dan kontak erat yang bergejala dengan tetap memperhatikan kemungkinan terjadinya perburukan. Beberapa alasan pasien dirawat di rumah yaitu perawatan rawat inap tidak tersedia atau tidak aman. Pertimbangan tersebut harus memperhatikan kondisi klinis dan keamanan lingkungan pasien.

Pertimbangan lokasi dapat dilakukan di rumah, fasilitas umum, atau alat angkut dengan mempertimbangkan kondisi dan situasi

setempat. Perlu dilakukan informed consent sebagaimana formulir terlampir terhadap pasien yang melakukan perawatan rumah.

Penting untuk memastikan bahwa lingkungan tempat pemantauan kondusif untuk memenuhi kebutuhan fisik, mental, dan medis yang diperlukan orang tersebut. Idealnya, satu atau lebih fasilitas umum yang dapat digunakan untuk pemantauan harus diidentifikasi dan dievaluasi sebagai salah satu elemen kesiapsiagaan menghadapi COVID-19. Evaluasi harus dilakukan oleh pejabat atau petugas kesehatan masyarakat.

Selama proses pemantauan, pasien harus selalu proaktif berkomunikasi dengan petugas kesehatan. Petugas kesehatan yang melakukan pemantauan menggunakan APD minimal berupa masker bedah dan sarung tangan karet sekali pakai (jika harus kontak dengan cairan tubuh pasien). Prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi untuk isolasi di rumah:

1. Tempatkan pasien/orang dalam ruangan tersendiri yang memiliki ventilasi yang baik (memiliki jendela terbuka, atau pintu terbuka).
2. Batasi pergerakan dan minimalkan berbagi ruangan yang sama. Pastikan ruangan bersama (seperti dapur, kamar mandi) memiliki ventilasi yang baik.
3. Anggota keluarga yang lain sebaiknya tidur di kamar yang berbeda, dan jika tidak memungkinkan maka jaga jarak minimal 1 meter dari pasien (tidur di tempat tidur berbeda).

4. Batasi jumlah orang yang merawat pasien. Idealnya satu orang yang benar-benar sehat tanpa memiliki gangguan kesehatan lain atau gangguan kekebalan. Pengunjung/penjenguk tidak diizinkan sampai pasien benar-benar sehat dan tidak bergejala.
5. Lakukan *hand hygiene* (cuci tangan) segera setiap ada kontak dengan pasien atau lingkungan pasien. Lakukan cuci tangan sebelum dan setelah menyiapkan makanan, sebelum makan, setelah dari kamar mandi, dan kapanpun tangan kelihatan kotor. Jika tangan tidak tampak kotor dapat menggunakan *handsanitizer*, dan untuk tangan yang kelihatan kotor menggunakan air dan sabun.
6. Jika mencuci tangan menggunakan air dan sabun, handuk kertas sekali pakai direkomendasikan. Jika tidak tersedia bisa menggunakan handuk bersih dan segera ganti jika sudah basah.
7. Pasien menggunakan masker bedah jika berada di sekitar orang-orang yang berada di rumah atau ketika mengunjungi fasyankes untuk mencegah penularan melalui droplet. Anak berusia 2 tahun ke bawah tidak dianjurkan menggunakan masker.
8. Orang yang memberikan perawatan menggunakan masker bedah terutama jika berada dalam satu ruangan dengan pasien. Masker tidak boleh dipegang selama digunakan. Jika masker kotor atau basah segera ganti dengan yang baru. Buang masker dengan cara yang benar (jangan disentuh bagian depan, tapi

mulai dari bagian belakang dengan memegang tali masker).

Buang masker bedah segera dan segera cuci tangan.

9. Gunakan sarung tangan dan masker bedah jika harus memberikan perawatan mulut atau saluran nafas dan ketika kontak dengan darah, tinja, air kencing atau cairan tubuh lainnya seperti ludah, dahak, muntah dan lain-lain. Cuci tangan sebelum dan sesudah membuang sarung tangan dan masker.
10. Jangan gunakan masker atau sarung tangan yang telah terpakai.
11. Pisahkan alat makan untuk pasien (cuci dengan sabun dan air hangat setelah dipakai agar dapat digunakan kembali).
12. Bersihkan permukaan di sekitar pasien termasuk toilet dan kamar mandi secara teratur. Sabun atau detergen rumah tangga dapat digunakan, kemudian larutan NaOCl 0.5% (setara dengan 1 bagian larutan pemutih dan 9 bagian air).
13. Cuci pakaian, seprai, handuk, masker kain pasien menggunakan sabun cuci rumah tangga dan air atau menggunakan mesin cuci dengan suhu air 60-90°C dengan detergen dan keringkan. Tempatkan pada kantong khusus dan jangan digoyang-goyang, dan hindari kontak langsung kulit dan pakaian dengan bahan-bahan yang terkontaminasi. Menggunakan sarung tangan saat mencuci dan selalu mencuci tangan sebelum dan setelah menggunakan sarung tangan.



14. Sarung tangan, masker dan bahan-bahan sisa lain selama perawatan harus dibuang di tempat sampah di dalam ruangan pasien yang kemudian ditutup rapat sebelum dibuang sebagai kotoran infeksius.
15. Hindari kontak dengan barang-barang terkontaminasi lainnya seperti sikat gigi, alat makan-minum, handuk, pakaian dan sprei.
16. Ketika petugas kesehatan memberikan pelayanan kesehatan rumah, maka selalu perhatikan APD dan ikut rekomendasi pencegahan penularan penyakit melalui *droplet*.

(4) Pelaksanaan tindakan karantina terhadap populasi berisiko

Tindakan karantina dilakukan untuk mengurangi risiko penularan dan identifikasi dini COVID-19 melalui upaya memisahkan individu yang sehat atau belum memiliki gejala COVID-19, tetapi memiliki riwayat kontak dengan pasien konfirmasi COVID-19 atau memiliki riwayat bepergian ke wilayah yang sudah terjadi transmisi lokal. Tindakan karantina dilakukan terhadap populasi berisiko seperti kontak erat dan pelaku perjalanan dari luar negeri.

Karantina dilakukan terhadap kontak erat untuk mewaspadai munculnya gejala sesuai definisi operasional. Lokasi karantina dapat dilakukan di rumah, fasilitas umum, atau alat angkut dengan mempertimbangkan kondisi dan situasi setempat. Penting untuk

memastikan bahwa lingkungan tempat pemantauan kondusif untuk memenuhi kebutuhan fisik, mental, dan medis yang diperlukan orang tersebut. Idealnya, satu atau lebih fasilitas umum yang dapat digunakan untuk observasi harus diidentifikasi dan dievaluasi sebagai salah satu elemen kesiapsiagaan menghadapi COVID-19. Evaluasi harus dilakukan oleh pejabat atau petugas kesehatan masyarakat.

Setiap akan melakukan karantina maka harus mengkomunikasikan dan mensosialisasikan tindakan yang akan dilakukan dengan benar, untuk mengurangi kepanikan dan meningkatkan kepatuhan:

1. Masyarakat harus diberikan pedoman yang jelas, transparan, konsisten, dan terkini serta diberikan informasi yang dapat dipercaya tentang tindakan karantina
2. Keterlibatan masyarakat sangat penting jika tindakan karantina harus dilakukan
3. Orang yang di karantina perlu diberi perawatan kesehatan, dukungan sosial dan psikososial, serta kebutuhan dasar termasuk makanan, air dan kebutuhan pokok lainnya. Kebutuhan populasi rentan harus diprioritaskan
4. Faktor budaya, geografis dan ekonomi mempengaruhi efektivitas karantina. Penilaian cepat terhadap faktor lokal harus dianalisis, baik berupa faktor pendorong keberhasilan maupun penghambat proses karantina

2.5.2 Pencegahan dan pengendalian infeksi di Fasyankes

- 1 Prinsip pencegahan dan pengendalian faktor risiko covid-19 di fasilitas pelayanan kesehatan.

Untuk meminimalkan risiko terjadinya pajanan virus SARS-CoV-2 kepada petugas kesehatan dan non kesehatan, pasien dan pengunjung di fasilitas pelayanan kesehatan, perlu diperhatikan prinsip pencegahan dan pengendalian risiko penularan sebagai berikut:

- 1) Menerapkan kewaspadaan isolasi untuk semua pasien
  - 2) Menerapkan pengendalian administrasi
  - 3) Melakukan pendidikan dan pelatihan
- 2 Strategi pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan

Strategi PPI untuk mencegah atau memutuskan rantai penularan infeksi COVID-19 di fasilitas pelayanan kesehatan dapat dicapai dengan penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian risiko penularan COVID-19.

- 1) Penerapan kewaspadaan isolasi

Kewaspadaan isolasi terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi.

- a) Kewaspadaan standar terdiri dari:

- 1) Kebersihan tangan/*hand hygiene*

(a) Kebersihan tangan dilakukan pada kondisi dibawah ini sesuai 5 *moment* WHO:

- (1) Sebelum menyentuh pasien

- (2) Sebelum melakukan tindakan aseptik
  - (3) Setelah kontak atau terpapar dengan cairan tubuh
  - (4) Setelah menyentuh pasien
  - (5) Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien
- (b) Selain itu, kebersihan tangan juga dilakukan pada saat:
- (1) Melepas sarung tangan steril
  - (2) Melepas APD
  - (3) Setelah kontak dengan permukaan benda mati dan objek termasuk peralatan medis
  - (4) Setelah melepaskan sarung tangan steril.
  - (5) Sebelum menangani obat-obatan atau menyiapkan makanan
- (c) Kebersihan tangan dilakukan sebagai berikut:
- (1) Kebersihan tangan dengan sabun dan air mengalir apabila terlihat kotor atau terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh lainnya atau setelah menggunakan toilet
  - (2) Penggunaan handrub berbasis alkohol dipilih untuk antiseptik tangan rutin pada semua situasi
- (d) Cara melakukan Kebersihan tangan:
- (1) Kebersihan tangan dengan alkohol handrub selama 20-30 detik bila tangan tidak tampak kotor

- (2) Kebersihan tangan dengan mencuci tangan di air mengalir pakai sabun selama 40-60 detik bila tangan tampak kotor

b) Alat pelindung diri

APD dipakai untuk melindungi petugas atau pasien dari paparan darah, cairan tubuh sekresi maupun ekskresi yang terdiri dari sarung tangan, masker bedah atau masker N95, gaun, apron, pelindung mata (*goggles*), *faceshield* (pelindung wajah), pelindung/penutup kepala dan pelindung kaki.

- 1) Penggunaan alat pelindung diri memerlukan 4 unsur yang harus dipatuhi:

- (1) Tetapkan indikasi penggunaan APD mempertimbangkan risiko terpapar dan dinamika transmisi:

- a. Transmisi penularan COVID-19 ini adalah droplet dan kontak: Gaun, sarung tangan, masker bedah, penutup kepala, pelindung mata (*goggles*), sepatu pelindung
- b. Transmisi airborne bisa terjadi pada tindakan yang memicu terjadinya aerosol: Gaun, sarung tangan, masker N95, penutup kepala, *goggles*, *face shield*, sepatu pelindung

- (2) Cara “memakai” dengan benar

- (3) Cara “melepas” dengan benar

- (4) Cara mengumpulkan (disposal) yang tepat setelah dipakai
- 2) Hal – hal yang harus dilakukan pada penggunaan APD:
  - (1) Melepaskan semua aksesoris di tangan seperti cincin, gelang dan jam tangan
  - (2) Menggunakan baju kerja/ scrub suit sebelum memakai APD
  - (3) Melakukan kebersihan tangan sebelum dan setelah memakai APD
  - (4) Menggunakan sarung tangan saat melakukan perawatan kepada pasien
  - (5) Melepaskan sarung tangan setelah selesai melakukan perawatan di dekat pasien dan lakukan kebersihan tangan
  - (6) Memakai APD di anteroom atau ruang khusus. APD dilepas di area kotor segera setelah meninggalkan ruang perawatan
  - (7) Menggunakan masker N95 pada saat melakukan tindakan yang menimbulkan aerosol
  - (8) Mengganti googles atau faceshield pada saat sudah kabur/kotor
  - (9) Mandi setelah melepaskan APD dan mengganti dengan baju bersih
- 3) Hal-hal yang tidak boleh dilakukan pada penggunaan APD

- (1) Menyentuh mata, hidung dan mulut saat menggunakan APD
  - (2) Menyentuh bagian depan masker
  - (3) Mengalungkan masker di leher
  - (4) Menggantung APD di ruangan kemudian menggunakan kembali
  - (5) Menggunakan APD keluar dari area perawatan
  - (6) Membuang APD dilantai
  - (7) Menggunakan sarung tangan berlapis saat bertugas apabila tidak dibutuhkan
  - (8) Menggunakan sarung tangan terus menerus tanpa indikasi
  - (9) Menggunakan sarung tangan saat menulis, memegang rekam medik pasien, memegang handle pintu, memegang HP
  - (10) Melakukan kebersihan tangan saat masih menggunakan sarung
- c) Kebersihan pernafasan
- 1) Perhatikan etika batuk atau bersin
  - 2) Gunakan masker kain /masker bedah apabila mengalami gangguan system pernafasan.
  - 3) Apabila tidak ada masker, maka tutup mulut dan hidung menggunakan tissue / menggunakan lengan atas bagian

dalam saat batuk atau bersn. Tissue segera buang ke tempat sampah tertutup

- 4) lakukan kebersihan tangan setelah kontak dengan sekret pernafasan
- 5) Pisahkan penderita dengan infeksi pernafasan idealnya > 1meter di ruang tunggu Fasyankes

d) Kebersihan lingkungan

- 1) Lakukan prosedur pembersihan dan desinfeksi seara rutin sekitar lingkungan dengan cara mengelap seluruh permukaan lingkungan ruangan dan pengepelan lantai ruangan dengan menggunakan cairan detergen kemudian bersihkan dengan air bersih selanjutnya menggunakan klorin 0.05 %. Cairan pembersih harus diganti setelah digunakan di area perawatan pasien COVID-19.
- 2) Aplikasi desinfektan ke permukaan lingkungan secara rutin di dalam ruangan dengan penyemprotan atau fogging tidak direkomendasikan

e) Penanganan linen

- 1) Semua linen di ruang perawatan COVID-19 dianggap infeksius yang dibagi menjadi dua yaitu linen kotor tidak ternoda darah atau cairan tubuh dan linen ternoda darah atau cairan tubuh.
- 2) Pisahkan linen kotor ternoda darah dan cairan tubuh dengan linen kotor tanpa noda darah dan cairan tubuh,



masuk ke wadah infeksius yang tertutup dan diberi label.

Semua linen harus dikemas (dimasukkan dalam plastik infeksius) di dalam ruang perawatan pasien

- 3) Ganti linen setiap satu atau dua hari atau jika kotor dan sesuai dengan kebijakan rumah sakit
  - 4) Linen harus ditangani dan diproses khusus untuk mencegah kontak langsung dengan kulit dan membran mukosa petugas, mengkontaminasi pakaian petugas dan lingkungan
  - 5) Gunakan APD yang sesuai dengan risiko saat menangani linen infeksius
  - 6) Tempatkan linen bersih pada lemari tertutup, dan tidak bercampur dengan peralatan lainnya
- f) Tatalaksana limbah
- 1) Limbah pasien COVID-19 dianggap sebagai limbah infeksius dan penatalaksanaannya sama seperti limbah infeksius lainnya
  - 2) Segera buang limbah yang dihasilkan, ke tempat pembuangan limbah sesuai kebijakan dan SOP
  - 3) Pertahankan tempat limbah tidak lebih mencapai 3/4 penuh sudah dibuang
  - 4) Pertahankan kebersihan kontainer sampah senantiasa bersih
- g) Desinfeksi peralatan perawatan pasien berdasarkan jenisnya

1) Peralatan kritikal

Peralatan kritikal adalah peralatan yang masuk kedalam pembuluh darah dan jaringan steril, risiko infeksiya tinggi, maka peralatan ini harus dilakukan pemrosesan sterilisasi, contohnya instrument bedah, intravena kateter vena, kateter jantung, jarum suntik, dialyser.

2) Peralatan semi kritikal

Peralatan semi kritikal adalah peralatan yang masuk kedalam membrane mukosa, risiko infeksiya sedang, maka alat ini harus melalui disinfeksi tingkat tinggi (DTT) contoh alatnya ETT, spekulum telinga, hidung, vagina, mulut, spatel dan lain-lain.

3) Peralatan non kritikal

Peralatan non kritikal adalah peralatan yang hanya menyentuh sekitar permukaan tubuh, risiko infeksiya kecil bahkan tidak ada, namun demikian peralatan ini melalui pemrosesan dekontaminasi pembersihan setelah dipakai oleh pasien, jika terkontaminasi darah, cairan tubuh sekresi dan ekskresi harus dilakukan pemrosesan disinfeksi tingkat rendah dengan larutan klorin 0,05%, alkohol 70% dan air dan deterjen sesuai indikasi.

h) Praktik menyuntik yang aman

1) Menggunakan jarum suntik sekali pakai

- 2) Segera buang jarum suntik yang sudah dipakai ke tempat benda tajam tahan tusuk dan tahan air
- 3) Obat suntikan kalau sudah dilarutkan harus segera diberikan

2) Kewaspadaan transmisi

Kewaspadaan transmisi dapat dibagi menjadi tiga yaitu: droplet, kontak, dan airborne. Penerapan kewaspadaan berdasarkan transmisi antara lain:

- a) Melakukan triase dengan melakukan penyaringan dipintu masuk ruang penerimaan pasien baru.
- b) Pemisahan antara pasien dengan gangguan sistem pernapasan dan tidak dengan gangguan sistem pernapasan
  - (1) Pasien dengan gangguan sistem pernapasan dimasukkan dalam ruangan khusus dan pastikan agar alur gerak pasien dan staf tetap satu arah. Petugas kesehatan yang melakukan pemeriksaan menggunakan APD standar (gaun, masker bedah, pelindung mata/wajah dengan kaca mata atau faceshield, dan sarung tangan).
  - (2) Pasien bukan dengan gangguan pernapasan boleh langsung masuk ke ruang tunggu pasien poliklinik umum, pasien dan petugas cukup menggunakan masker bedah.
- c) Memberi penanda khusus untuk mengatur jarak minimal 1 meter di lokasi-lokasi antrian pasien/pengunjung.

- d) Membuat penghalang fisik (barrier) antara petugas dan pengunjung. Pembatas terbuat dari kaca atau mika dan dapat dipasang pada: loket pendaftaran, apotek, penerimaan spesimen, kasir, dan lain-lain.
- e) Mengatur penempatan posisi meja konsultasi, tempat tidur periksa dan kursi pasien dengan tenaga kesehatan, dan lain - lain yang mencegah aliran udara dari pasien ke pemeriksa/petugas.
- f) Menempatkan kasus suspek atau terkonfirmasi positif di ruang Isolasi:
  - (1) Pasien COVID-19 dengan menggunakan ruangan tersendiri jika memungkinkan atau melakukan kohorting dengan memberi jarak tempat tidur minimal 1 meter - 1.8 meter dengan ventilasi yang baik. Apabila menggunakan ventilasi natural, ventilasi yang adekuat sebesar 60L/s per pasien.
  - (2) Ruangan tidak harus tekanan negatif kecuali pasien dengan penyakit penyerta yang lain/ komorbid dan kondisi menurun dengan pemasangan alat dan tindakan yang berisiko menghasilkan aerosol dan menimbulkan airborne, maka wajib ditempatkan di ruang isolasi dengan tekanan negatif.
- g) Petugas kesehatan yang memberikan perawatan untuk pasien sebaiknya ditetapkan untuk mengurangi transmisi.

3) Pengendalian Administratif

- (1) Memastikan penerapan jaga jarak minimal 1 meter dapat diterapkan di semua area fasyankes.
- (2) Melakukan pelarangan pengunjung dan penunggu pada pasien dewasa kasus suspek, kasus probable atau terkonfirmasi positif COVID-19.
- (3) Mengorganisir logistik APD agar persediaan digunakan dengan benar.
- (4) Membuat kebijakan tentang kesehatan dan perlindungan petugas kesehatan seperti:
  - (1) Petugas kesehatan dalam keadaan sehat, apabila sakit tidak boleh bekerja.
  - (2) Pengaturan waktu kerja maksimal 40 jam seminggu dengan waktu kerja harian 7-8 jam dan tidak melebihi 12 jam.
  - (3) Memantau aspek kesehatan pekerja dengan penekanan pada surveilans ISPA pada petugas kesehatan.
  - (4) Pemantauan kesehatan pada petugas kesehatan secara berkala sesuai indikasi medis.
  - (5) Melakukan penilaian kelaikan kerja untuk petugas dengan komorbid dan kondisi khusus seperti kehamilan, sebelum ditugaskan memberikan pelayanan pasien COVID-19.
  - (6) Melakukan penilaian kembali bekerja (*return to work*) pada petugas pasca sakit.

(7) Memastikan adanya jaminan kesehatan dan jaminan kecelakaan kerja bagi petugas di fasyankes.

(8) Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja (PAK) pada petugas yang terkena COVID-19 akibat kerja

4) Pendidikan dan pelatihan

a) Berikan pendidikan pelatihan kepada seluruh staf fasyankes tentang COVID-19 dengan materi:

(1) Segitiga epidemiologi

(2) Rantai Infeksi

(3) Konsep Infeksi

(4) Program PPI

(5) Kewaspadaan Isolasi (Kewaspadaan standar dan Kewaspadaan berdasarkan transmisi

(6) Konsep COVID-19

(7) Alat pelindung diri

(8) Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

(9) Pengelolaan limbah

b) Berikan sosialisasi kepada masyarakat tentang COVID-19

(1) Rantai Infeksi untuk awam

(2) Kewaspadaan Standar

(3) Kewaspadaan berdasarkan transmisi

(4) Konsep COVID-19

## 2.6 Protokol kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan

Pelaksanaan protokol kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan secara prinsip dilakukan sesuai dengan konsep dasar Pencegahan dan Penularan Infeksi (PPI). Dengan demikian fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan yang memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan, serta pemangku kepentingan terkait harus memahami konsep dasar pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Lebih lanjut pelaksanaan protokol Kesehatan di Fasyankes bagi tenaga kesehatan adalah

### 1. Umum

- 1) Memastikan diri dalam kondisi sehat sebelum berangkat. Jika mengalami gejala klinis COVID-19 tetap di rumah dan periksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan melaporkan kepada pimpinan/atasan langsung.
- 2) Saat perjalanan ke atau dari fasilitas pelayanan kesehatan, dan selama di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan selalu menggunakan masker dan jika diperlukan dapat menggunakan tambahan pelindung mata (*eye protection*) atau pelindung wajah (*face shield*), menjaga jarak dengan orang lain minimal 1 (satu) s.d. 2 (dua) meter, dan menghindari menyentuh area wajah. Apabila terpaksa akan menyentuh area wajah, pastikan tangan bersih dengan cuci tangan pakai sabun dan air mengalir atau

menggunakan *hand sanitizer*. Selain itu, diupayakan tidak berbicara selama berada di transportasi umum atau fasilitas umum yang ramai.

- 3) Menghindari kontak fisik langsung dengan orang lain, seperti bersalaman, berpelukan, dan sebagainya.
- 4) Meningkatkan daya tahan tubuh dengan menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), seperti mengkonsumsi gizi seimbang, aktivitas fisik minimal 30 (tiga puluh) menit sehari dan istirahat yang cukup dengan tidur minimal 7 (tujuh) jam, serta menghindari faktor risiko penyakit.
- 5) Mematuhi protokol kesehatan yang berlaku di fasilitas umum, khususnya di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti lift, tempat ibadah, kantin, toilet, dan fasilitas umum lainnya.
- 6) Selalu membawa masker pengganti, hand sanitizer, dan kebutuhan pribadi termasuk perlengkapan ibadah, peralatan makan dan minum pribadi. Apabila sedang makan dan minum agar tidak saling berbicara serta masker diletakkan di tempat yang higienis agar tidak menjadi media penularan penyakit.
- 7) Saat tiba di rumah dan sebelum kontak dengan anggota keluarga, segera mandi dan berganti pakaian serta membersihkan handphone, kaca mata, tas, dan barang lainnya dengan cairan disinfektan.

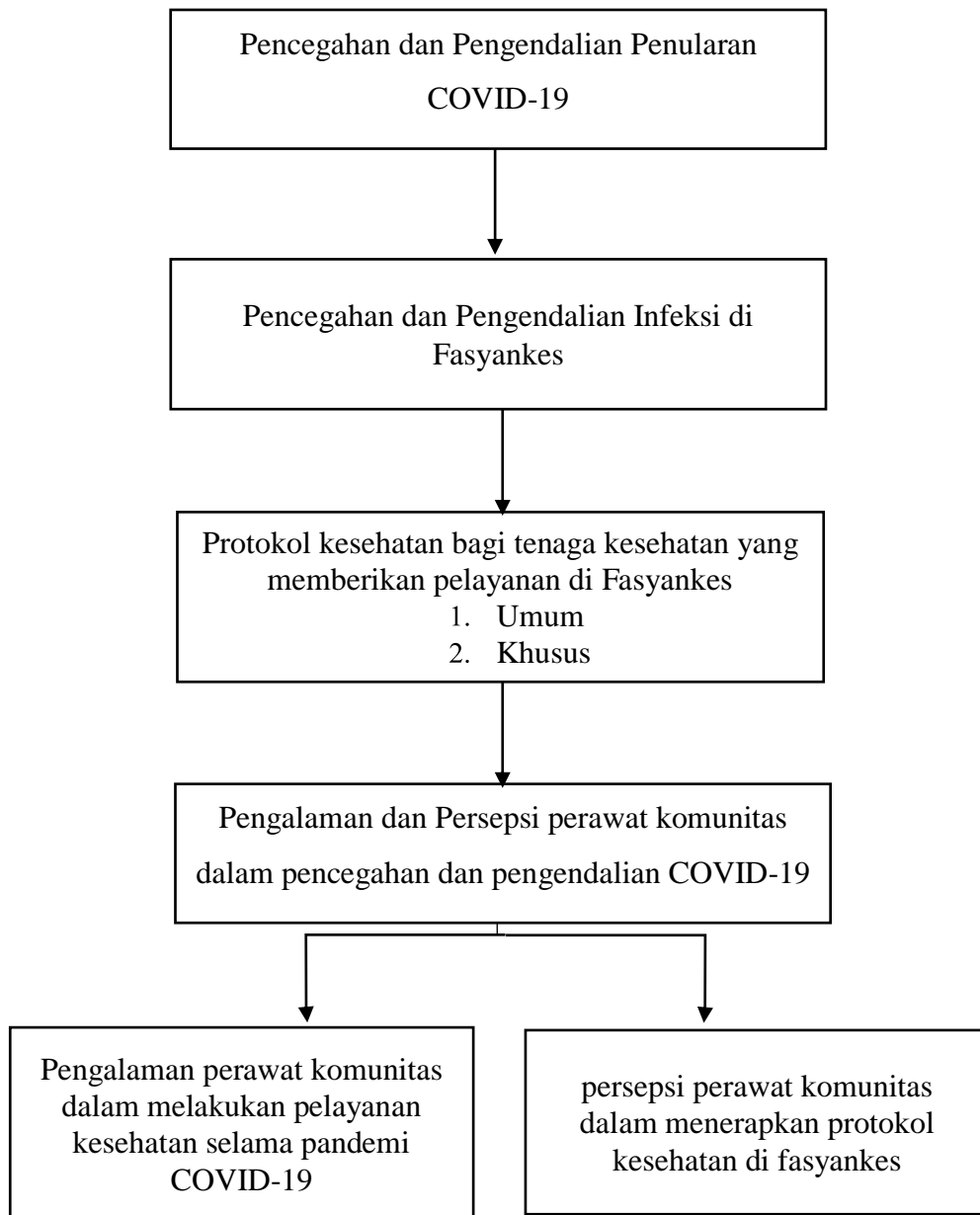
## 2. Khusus



Pelaksanaan kegiatan di ruang kerja pada fasilitas pelayanan kesehatan:

- 1) Mematuhi kebijakan PPI terutama kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi yang telah ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Selalu melakukan anamnesa tambahan sebagai skrining kepada semua pasien yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan terkait dengan adanya infeksi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).
- 3) Melakukan pembersihan area kerja masing-masing sebelum dan sesudah memberikan pelayanan, serta mengoptimalkan sirkulasi udara di ruang kerja.
- 4) Seluruh tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan harus berpartisipasi aktif mengingatkan satu sama lain dalam penerapan protokol kesehatan dan mematuhi kebijakan PPI.

## 2.7 Kerangka pikir



Bagan 2.2 Kerangka pikir penelitian dengan modifikasi pedoman pencegahan dan pengendalian COVID-19 KMK No. HK. 01. 07-MENKES-413-2020

## 2.8 Keaslian penelitian

Tabel 2.1 Keyword development

Perawat	Pengalaman	Pencegahan dan Pengendalian
Nurse	<i>Experience</i>	<i>Prevention</i>
<i>Perawat Komunitas</i>	Persepsi	<i>Pandemic</i>
<i>Community Nurse</i>	<i>Perception</i>	COVID-19

Untuk melakukan tinjauan pustaka, peneliti menggunakan kata kunci dan alternatif kata kunci seperti di atas. Alternatif kata kunci tersebut digunakan untuk mencari literatur artikel jurnal, science direct, scopus, lib.unair, dan google scholar digunakan untuk mendapatkan artikel dan mengerucutkan pencarian berdasarkan judul, abstrak, dan hasil penelitian.

Tabel 2.2 Keaslian Penulisan Penelitian

No.	Judul artikel; Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1	Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the covid-19 pandemic: A qualitative study  Schroeder K, Norful AA, Travers J, Aliyu S. (2020)	<b>Desain:</b> Penelitian deskriptif kualitatif  <b>Partisipan:</b> 21 Perawat terdaftar yang merawat pasien COVID-19, usia $\geq 18$ tahun, dan berbahasa Inggris  <b>Instrumen:</b> Wawancara semi-terstruktur  <b>Analisis:</b> Analisis isi kualitatif untuk	Hasil: 21 perawat berpartisipasi dalam penelitian ini. Tiga tema muncul dari data, termasuk satu yang relevan dengan struktur dan dua yang relevan dengan proses perawatan selama pandemi. Perawat menganggap konteks klinis sangat dinamis, tetapi cepat beradaptasi untuk pemberian perawatan terkait pandemi. Mereka merasakan “rasa tanggung jawab” untuk merawat pasien dengan COVID19, meski takut tertular atau menyebarkan infeksi.

		mrngidentifikasi tema	
2	Novel Coronavirus (COVID-19) Knowledge and Perceptions: A Survey of Healthcare Workers; Akshaya Srikanth Bhagavathula, Wafa Ali Aldhaleei, Jamal Rahmani, Mohammadjavad Ashrafi Mahabadi, Deepak Kumar Bandari; 2020	<p><b>Desain:</b> studi cross-sectional prospektif berbasis web</p> <p><b>Sampel:</b> petugas kesehatan</p> <p><b>Variabel:</b> Pengetahuan dan perspsi petugas kesehatan</p> <p><b>Instrumen:</b> Quesioner</p> <p><b>Analisis:</b> Uji chi-square</p>	<p>Seluruh responden 529 peserta, total 453 petugas kesehatan menyelesaikan survei (tingkat tanggapan: 85,6%); 51,6% adalah laki-laki, dan 219 ( 32,1% berusia 25-34 tahun, dan sebagian besar adalah dokter (30,2%) dan mahasiswa kedokteran (29,6%).</p> <p>Terkait COVID-19, sebagian besar partisipan menggunakan media sosial untuk mendapatkan informasi (61%), dan sebagian besar petugas kesehatan memiliki pengetahuan buruk tentang penularan COVID-19 (61%) dan onset gejala (63,6%) serta menunjukkan persepsi positif dalam pencegahan dan pengendalian COVID-19. Faktor-faktor seperti usia dan profesi terkait dengan pengetahuan yang tidak memadai dan persepsi yang buruk tentang COVID-19</p>
3	COVID-19: Results of a national survey of United Kingdom healthcare professionals' perceptions of current management strategy – A cross-sectional questionnaire study; M. RAfaih, A. Chaudhuri, C. Surgery et al; 2020	<p><b>Desain:</b> Kuantitatif, cross sectional</p> <p><b>Sampel:</b> Tenaga kesehatan profesional</p> <p><b>Variabel:</b> Persepsi tenaga kesehatan profesional</p> <p><b>Instrumen:</b> Quesioner</p> <p><b>Analisis:</b></p>	<p>Sebanyak 1007 tanggapan diperoleh dengan mayoritas tanggapan dari Inggris (n = 850, 84,40%). Ada 670 (66,53%) tanggapan dari dokter dan 204 (20,26%) dari perawat. Sebagian besar responden (95,23%) melakukan kontak langsung dengan pasien dalam aktivitas sehari-hari. Hanya sepertiga dari responden setuju bahwa mereka merasa didukung atas kepercayaan mereka dan setengah dari responden melaporkan bahwa pelatihan yang memadai telah diberikan kepada staf garis depan. Dua pertiga dari responden</p>

			berpandangan bahwa Alat Pelindung Diri yang tersedia tidak mencukupi sementara 80% berpendapat bahwa pandemi ini telah meningkatkan praktik mencuci tangan mereka. Sebagian besar responden mendukung penguncian lebih awal (90%) dan menguji semua staf garis depan di fasilitas pelayanan kesehatan (94%).
4	Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19 : A Health Belief Model approach ; Jose, Regi Narendran, Meghana Bindu, Anil Beevi, Nazeema Manju, L Benny, P V; 2020	<b>Desain:</b> Kuantitatif, cross-sectional  <b>Sampel:</b> 680 orang dewasa di seluruh negara bagian Kerala  <b>Variabel:</b> Persepsi dan kesiapsiagaan public  <b>Instrumen:</b> Quesioner  <b>Analisis:</b> deskriptif dan analisis Regresi Logistik Biner menggunakan SPSS versi 22	Hasil: Di antara 680 peserta, 675 (99,3%) mengetahui tentang COVID-19 dan 598 (88%) memiliki pengetahuan yang baik. Perubahan perilaku diamati pada 638 (93,8%) dan variabel dalam Health Belief Model menunjukkan hubungan yang signifikan dengan perubahan perilaku. Kesimpulan: Kebanyakan orang yang tinggal di seluruh Kerala mendekati pandemi COVID-19 dengan cara yang sama, tanpa memandang usia, pendidikan, atau kaitannya dengan bidang perawatan kesehatan. Persepsi masyarakat yang dijelaskan oleh Health Belief Model sangat dipengaruhi oleh pendekatan pelayanan kesehatan primer oleh pemerintah dan untuk perubahan perilaku selanjutnya.
5	Knowledge, Attitude, and Practices of Healthcare Professionals on COVID-19 and Risk Assessment to Prevent the Epidemic Spread: A Multicenter Cross-Sectional Study from	<b>Desain:</b> cross-sectional  <b>Sampel:</b> 384 tenaga kesehatan Dokter, apoteker dan perawat  <b>Variabel:</b> Pengetahuan,	Hasil : 385 menanggapi survei. Mayoritas (70%) responden berusia 22–29 tahun; 144 (37,4%) dokter, 113 (29,4%) perawat, dan 128 (33,2%) apoteker  Secara keseluruhan, 94,8% profesional perawatan kesehatan mendapat skor memadai (> 14) untuk terkait

---

Punjab , Pakistan	sikdap, perilaku, dan pengkajian risiko tenaga kesehatan profesional	COVID-19 pengetahuan; 97,9% menunjukkan sikap optimis (> 42) dan 94,5% memiliki skor perilaku yang memadai (> 28).
Malik, Usman Rashid Atif, Naveel Hashmi, Furqan Khurshid Saleem, Fahad	<b>Instrumen:</b> Quesioner	
2020	<b>Analisis:</b> Kruskal–Wallis and Jonckheere– Terpstra tests	

---