MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/413/2020
TENTANG
PEDOMAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
*CORONAVIRUS DISEASE* 2019 (COVID-19)

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19) telah dinyatakan oleh WHO sebagai *global pandemic* dan di Indonesia dinyatakan sebagai jenis penyakit yang menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat serta bencana nonalam, yang tidak hanya menyebabkan kematian tapi juga menimbulkan kerugian ekonomi yang cukup besar, sehingga perlu dilakukan upaya penanggulangan termasuk pencegahan dan pengendaliannya;

b. bahwa dalam rangka memberikan acuan dalam upaya pencegahan dan pengendalian COVID-19 dibutuhkan pedoman bagi pemerintah dan fasilitas/tenaga pemberi pelayanan kesehatan agar pelayanan yang diberikan kepada masyarakat terstandar, efektif, dan efisien;

c. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/247/2020 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19) perlu disesuaikan dengan perkembangan keilmuan dan teknis kebutuhan pelayanan;

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19);

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3237);

2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4723);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

5. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 128, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6236);

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

7. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501/Menkes/Per/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 503);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1113);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN *CORONAVIRUS DISEASE* 2019 (COVID-19).

KESATU : Menetapkan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19) yang selanjutnya disebut Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

KEDUA : Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU menjadi acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, serta seluruh pihak terkait dalam melakukan upaya pencegahan dan pengendalian *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19).

KETIGA : Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 sesuai dengan kewenangan masing-masing, dan dapat melibatkan masyarakat.

KEEMPAT : Pada saat Keputusan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/247/2020 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KELIMA : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 13 Juli 2020

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

TERAWAN AGUS PUTRANTO

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum dan Organisasi
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
SEKRETARIAT JENDERAL

Sundoyo, SH, MKM, M.Hum
NIP 196504081988031002

LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/413/2020
TENTANG
PEDOMAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN *CORONAVIRUS DISEASE* 2019 (COVID-19)

# PEDOMAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN COVID-19

## BAB I
## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh S*evere Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* 2 (SARS-CoV-2). SARS-CoV-2 merupakan coronavirus jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Ada setidaknya dua jenis *coronavirus* yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). Tanda dan gejala umum infeksi COVID-19 antara lain gejala gangguan pernapasan akut seperti demam, batuk dan sesak napas. Masa inkubasi rata-rata 5-6 hari dengan masa inkubasi terpanjang 14 hari. Pada kasus COVID-19 yang berat dapat menyebabkan pneumonia, sindrom pernapasan akut, gagal ginjal, dan bahkan kematian.

Pada tanggal 31 Desember 2019, WHO China *Country Office* melaporkan kasus pneumonia yang tidak diketahui etiologinya di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, Cina. Pada tanggal 7 Januari 2020, China mengidentifikasi kasus tersebut sebagai jenis baru coronavirus. Pada tanggal 30 Januari 2020 WHO menetapkan kejadian tersebut sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD)/*Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC) dan pada tanggal 11 Maret 2020, WHO sudah menetapkan COVID-19 sebagai pandemi.

Berkaitan dengan kebijakan penanggulangan wabah penyakit menular, Indonesia telah memiliki Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penangulangan Wabah Penyakit Menular, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501/Menkes/Per/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangan. Untuk itu dalam rangka upaya penanggulangan dini wabah COVID-19, Menteri Kesehatan telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/104/2020 tentang Penetapan Infeksi Novel Coronavirus (Infeksi 2019-nCoV) sebagai Jenis Penyakit Yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangannya. Penetapan didasari oleh pertimbangan bahwa Infeksi Novel Coronavirus (Infeksi 2019-nCoV) telah dinyatakan WHO sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD)/*Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Selain itu meluasnya penyebaran COVID-19 ke berbagai negara dengan risiko penyebaran ke Indonesia terkait dengan mobilitas penduduk, memerlukan upaya penanggulangan terhadap penyakit tersebut.

Peningkatan jumlah kasus berlangsung cukup cepat, dan menyebar ke berbagai negara dalam waktu singkat. Sampai dengan tanggal 9 Juli 2020, WHO melaporkan 11.84.226 kasus konfirmasi dengan 545.481 kematian di seluruh dunia (*Case Fatality Rate*/CFR 4,6%). Indonesia melaporkan kasus pertama pada tanggal 2 Maret 2020. Kasus meningkat dan menyebar dengan cepat di seluruh wilayah Indonesia. Sampai dengan tanggal 9 Juli 2020 Kementerian Kesehatan melaporkan 70.736 kasus konfirmasi COVID-19 dengan 3.417 kasus meninggal (CFR 4,8%).

Dilihat dari situasi penyebaran COVID-19 yang sudah hampir menjangkau seluruh wilayah provinsi di Indonesia dengan jumlah kasus dan/atau jumlah kematian semakin meningkat dan berdampak pada aspek politik, ekonomi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan, serta kesejahteraan masyarakat di Indonesia, Pemerintah Indonesia telah menetapkan Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19). Keputusan Presiden tersebut menetapkan COVID-19 sebagai jenis penyakit yang menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat (KKM) dan menetapkan KKM COVID-19 di Indonesia yang

wajib dilakukan upaya penanggulangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Selain itu, atas pertimbangan penyebaran COVID-19 berdampak pada meningkatnya jumlah korban dan kerugian harta benda, meluasnya cakupan wilayah terdampak, serta menimbulkan implikasi pada aspek sosial ekonomi yang luas di Indonesia, telah dikeluarkan juga Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) Sebagai Bencana Nasional.

Penanggulangan KKM dilakukan melalui penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan baik di pintu masuk maupun di wilayah. Dalam penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan di wilayah, setelah dilakukan kajian yang cukup komprehensif Indonesia mengambil kebijakan untuk melaksanakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) yang pada prinsipnya dilaksanakan untuk menekan penyebaran COVID-19 semakin meluas, didasarkan pada pertimbangan epidemiologis, besarnya ancaman, efektifitas, dukungan sumber daya, teknis operasional, pertimbangan politik, ekonomi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan. Pengaturan PSBB ditetapkan melalui Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19), dan secara teknis dijabarkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19).

Sampai saat ini, situasi COVID-19 di tingkat global maupun nasional masih dalam risiko sangat tinggi. Selama pengembangan vaksin masih dalam proses, dunia dihadapkan pada kenyataan untuk mempersiapkan diri hidup berdampingan dengan COVID-19. Oleh karenanya diperlukan pedoman dalam upaya pencegahan dan pengendalian COVID-19 untuk memberikan panduan bagi petugas kesehatan agar tetap sehat, aman, dan produktif, dan seluruh penduduk Indonesia mendapatkan pelayanan yang sesuai standar. Pedoman pencegahan dan pengendalian COVID-19 disusun berdasarkan rekomendasi WHO yang disesuaikan dengan perkembangan pandemi COVID-19, dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

B. Tujuan Pedoman

1. Tujuan Umum

   Melaksanakan pencegahan dan pengendalian COVID-19 di Indonesia.

2. Tujuan Khusus

   a. Memahami strategi dan indikator penanggulangan
   b. Melaksanakan surveilans epidemiologi
   c. Melaksanakan diagnosis laboratorium
   d. Melaksanakan manajemen klinis
   e. Melaksanakan pencegahan dan pengendalian penularan
   f. Melaksanakan komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat
   g. Melaksanakan penyediaan sumber daya
   h. Melaksanakan pelayanan kesehatan esensial

C. Ruang Lingkup

Pedoman ini meliputi beberapa pokok bahasan yaitu: strategi dan indikator penanggulangan, surveilans epidemiologi, diagnosis laboratorium, manajemen klinis, pencegahan dan pengendalian penularan, komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat, penyediaan sumber daya, dan pelayanan kesehatan esensial.

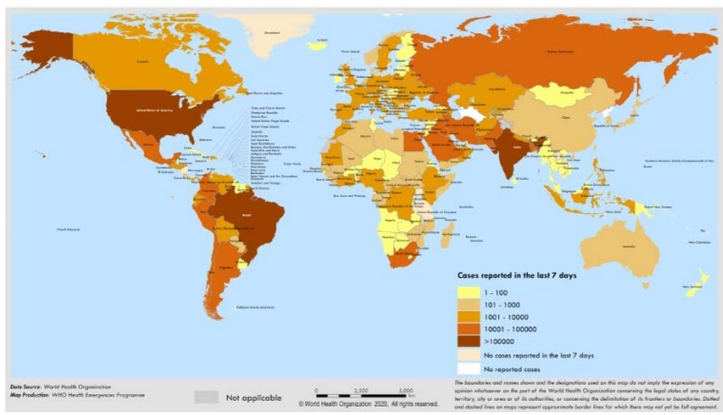
D. Gambaran Umum

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 KKMMD/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.

Thailand merupakan negara pertama di luar China yang melaporkan adanya kasus COVID-19. Setelah Thailand, negara berikutnya yang melaporkan kasus pertama COVID-19 adalah Jepang dan Korea Selatan yang kemudian berkembang ke negara-negara lain. Sampai dengan tanggal 30 Juni 2020, WHO melaporkan 10.185.374 kasus konfirmasi dengan 503.862 kematian di seluruh dunia (CFR 4,9%). Negara yang paling banyak melaporkan kasus konfirmasi adalah Amerika Serikat, Brazil, Rusia, India, dan United Kingdom. Sementara, negara dengan angka kematian paling tinggi adalah Amerika Serikat, United Kingdom, Italia, Perancis, dan Spanyol. Peta sebaran COVID-19 di dunia dapat dilihat pada gambar 1.1




Sumber: World Health Organization

Gambar 1. 1. Peta Sebaran COVID-19

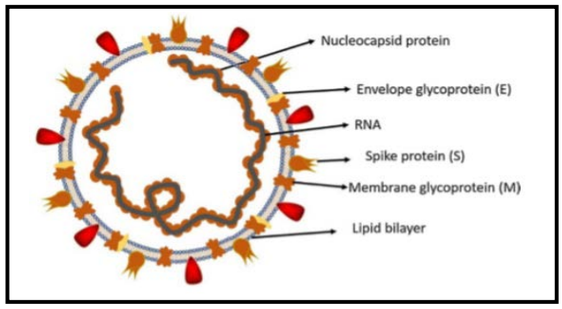
Indonesia melaporkan kasus pertama COVID-19 pada tanggal 2 Maret 2020 dan jumlahnya terus bertambah hingga sekarang. Sampai dengan tanggal 30 Juni 2020 Kementerian Kesehatan melaporkan 56.385 kasus konfirmasi COVID-19 dengan 2.875 kasus meninggal (CFR 5,1%) yang tersebar di 34 provinsi. Sebanyak 51,5% kasus terjadi pada laki-laki. Kasus paling banyak terjadi pada rentang usia 45-54 tahun dan paling sedikit terjadi pada usia 0-5 tahun. Angka kematian tertinggi ditemukan pada pasien dengan usia

55-64 tahun.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh CDC China, diketahui bahwa kasus paling banyak terjadi pada pria (51,4%) dan terjadi pada usia 30-79 tahun dan paling sedikit terjadi pada usia <10 tahun (1%). Sebanyak 81% kasus merupakan kasus yang ringan, 14% parah, dan 5% kritis (Wu Z dan McGoogan JM, 2020). Orang dengan usia lanjut atau yang memiliki penyakit bawaan diketahui lebih berisiko untuk mengalami penyakit yang lebih parah. Usia lanjut juga diduga berhubungan dengan tingkat kematian. CDC China melaporkan bahwa CFR pada pasien dengan usia ≥ 80 tahun adalah 14,8%, sementara CFR keseluruhan hanya 2,3%. Hal yang sama juga ditemukan pada penelitian di Italia, di mana CFR pada usia ≥ 80 tahun adalah 20,2%, sementara CFR keseluruhan adalah 7,2% (Onder G, Rezza G, Brusaferro S, 2020). Tingkat kematian juga dipengaruhi oleh adanya penyakit bawaan pada pasien. Tingkat 10,5% ditemukan pada pasien dengan penyakit kardiovaskular, 7,3% pada pasien dengan diabetes, 6,3% pada pasien dengan penyakit pernapasan kronis, 6% pada pasien dengan hipertensi, dan 5,6% pada pasien dengan kanker.

2. Etiologi

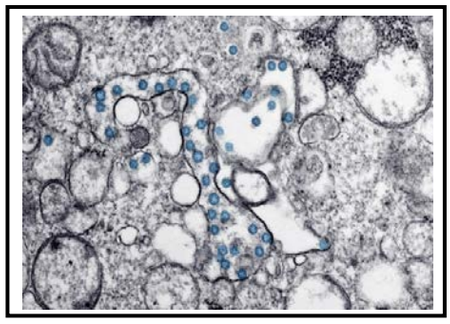
Penyebab COVID-19 adalah virus yang tergolong dalam *family coronavirus*. *Coronavirus* merupakan virus RNA *strain* tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. Terdapat 4 struktur protein utama pada *Coronavirus* yaitu: protein N (nukleokapsid), glikoprotein M (membran), glikoprotein spike S (spike), 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 COVID-19, ada 6 jenis *coronavirus* yang dapat menginfeksi manusia, yaitu HCoV-229E (*alphacoronavirus*), HCoV-OC43 (*betacoronavirus*), HCoVNL63 (*alphacoronavirus*) HCoV-HKU1 (*betacoronavirus*), SARS-CoV (*betacoronavirus*), dan MERS-CoV (*betacoronavirus*).




Sumber: Shereen, et al. (2020) *Journal of Advanced Research* 24

Gambar 1. 2. Struktur Coronavirus

*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.



Sumber: CDC (2020)

Gambar 1. 3. Gambaran mikroskopis SARS-CoV-2

Belum dipastikan berapa lama virus penyebab COVID-19 bertahan di atas permukaan, tetapi perilaku virus ini menyerupai jenis-jenis *coronavirus* lainnya. Lamanya *coronavirus* bertahan mungkin dipengaruhi kondisi-kondisi yang berbeda (seperti jenis permukaan, suhu atau kelembapan lingkungan). Penelitian (Doremalen et al, 2020) menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 dapat bertahan selama 72 jam pada permukaan plastik dan *stainless steel*, kurang dari 4 jam pada tembaga dan kurang dari 24 jam pada kardus. Seperti virus corona lain, SARS-COV-2 sensitif terhadap sinar ultraviolet dan panas. Efektif dapat dinonaktifkan dengan pelarut lemak (*lipid*

*solvents*) seperti eter, etanol 75%, ethanol, disinfektan yang mengandung klorin, asam peroksiasetat, dan khloroform (kecuali khlorheksidin).

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 μm. 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. Masih diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai transmisi melalui udara.

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.

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.

6. Tata Laksana

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.

# BAB II
# STRATEGI DAN INDIKATOR PENANGGULANGAN PANDEMI

## A. Strategi Penanggulangan Pandemi

Sejak kasus pertama diumumkan pada tanggal 2 Maret 2020, penyebaran penularan COVID-19 terjadi dengan cepat di Indonesia. Hal ini memerlukan strategi penanggulangan sesuai dengan transmisi yang terjadi baik di tingkat nasional maupun provinsi, dengan tujuan:

1. Memperlambat dan menghentikan laju transmisi/penularan, dan menunda penyebaran penularan.
2. Menyediakan pelayanan kesehatan yang optimal untuk pasien, terutama kasus kritis.
3. Meminimalkan dampak dari pandemi COVID-19 terhadap sistem kesehatan, pelayanan sosial, kegiatan di bidang ekonomi, dan kegiatan sektor lainnya.

Seluruh provinsi dan kabupaten/kota perlu melakukan identifikasi kasus baru, mengelola, dan memberikan intervensi pada kasus-kasus baru COVID-19, serta upaya pencegahan penularan kasus baru dalam adaptasi kebiasaan baru dengan pelaksanaan protokol kesehatan yang ketat dalam setiap aktifitas masyarakat. Setiap daerah juga harus menyiapkan dan merespon berbagai skenario kesehatan masyarakat.

Strategi yang komprehensif perlu disusun dalam dokumen Rencana Operasi (Renops) Penanggulangan COVID-19 yang melibatkan lintas sektor. Renops mencakup (1) Koordinasi, perencanaan dan monitoring; (2) komunikasi risiko dan pemberdayaan Masyarakat (3) Surveilans, Tim Gerak Cepat (TGC), Analisis Risiko, Penyelidikan Epidemiologi; (4) Pintu Masuk negara/ Wilayah, Perjalanan Internasional dan transportasi (5) Laboratorium; (6) Pengendalian Infeksi; (7) Manajemen Kasus; (8) Dukungan Operasional dan Logistik; (9) Keberlangsungan pelayanan dan sistem esensial dan memperhatikan kondisi transmisi di komunitas atau kondisi kapasitas terbatas dan kondisi yang memerlukan bantuan kemanusiaan.

Pandemi merupakan salah satu bencana nonalam sehingga rencana respon penanggulangan COVID-19 dapat menggunakan kerangka kerja respon bencana nasional berdasarkan prinsip penanggulangan manajemen risiko pandemi. Dokumen renops perlu direview dan

diperbaharui minimal setiap 2 minggu. Konsep operasi respon penanggulangan COVID-19 berdasarkan *framework* kebencanaan nasional.

Berdasarkan panduan WHO, terdapat 4 skenario transmisi pada pandemi COVID-19 yaitu:

1. Wilayah yang belum ada kasus (*No Cases*)
2. Wilayah dengan satu atau lebih kasus, baik kasus import ataupun lokal, bersifat sporadik dan belum terbentuk klaster (*Sporadic Cases*)
3. Wilayah yang memiliki kasus klaster dalam waktu, lokasi geografis, maupun paparan umum (*Clusters of Cases*)
4. Wilayah yang memiliki transmisi komunitas (*Community Transmission*)

Setiap provinsi dan kabupaten/kota harus dapat memetakan skenario transmisi di wilayahnya. Suatu wilayah dapat memiliki lebih dari 1 skenario transmisi pada wilayah yang lebih kecil, misalnya beberapa kabupaten/kota di suatu provinsi atau beberapa kecamatan di suatu kabupaten/kota. Inti utama dalam skenario penanggulangan adalah sebanyak mungkin kasus berada pada klasternya dan berhasil dilakukan penanggulangan (minimal 80%), setelah dilakukan penanggulangan terjadi penurunan jumlah kasus minimal 50% dari puncak tertinggi selama minimal 2 minggu dan terus turun 3 minggu selanjutnya. Skenario transmisi yang berbeda membutuhkan persiapan dan respon berbeda seperti dijabarkan pada tabel berikut:

Tabel 2. 1. Tujuan dan Strategi Penanggulangan berdasarkan Tingkat Penularan

| | **TIDAK ADA KASUS** | **KASUS SPORADIK** | **KASUS KLASTER** | **PENULARAN KOMUNITAS** |
|---|---|---|---|---|
| **Tingkat Penularan** | Tidak terdapat kasus yang terlaporkan | Satu atau lebih kasus, kasus bisa import maupun lokal tapi belum terbukti adanya penularan lokal | Dominasi penularan lokal yang berkaitan dengan rantai penyebaran | Tidak diketahui sumber rantai penularan dengan jumlah kasus yang besar atau peningkatan kasus dengan test positif melalui sampel sentinel (pengujian sampel secara massif dari laboratorium yang kompeten) |
| **Tujuan penanggulangan** | Menghentikan penularan dan mencegah penyebaran | Menghentikan penularan dan mencegah penyebaran | Menghentikan penularan dan mencegah penyebaran | Menghambat penularan, mengurangi jumlah kasus, mengakhiri wabah di komunitas |
| **Pilar Penanggulangan** | | | | |
| **Surveilans Epidemiologi dan Upaya Penemuan Kasus Secara Aktif** | 1. Penemuan Kasus Secara Aktif dan isolasi.<br>2. Menyiapkan menghadapi lonjakan kebutuhan pelacakan kontak<br>3. Melaksanakan pemeriksaan surveilans COVID-19 melalui surveilans berbasis komunitas, surveilans ILI, SARI, pneumoni, *Event Base surveillance* baik FKTP dan FKRTL<br>4. Melaksanakan surveilans di fasilitas tertutup dan kelompok rentan | 1. Penemuan Kasus Secara Aktif dan isolasi, karantina kontak<br>2. Melaksanakan pelacakan kontak dan monitoring serta karantina kontak<br>3. Pelaksanaan surveilans COVID-19 melalui surveilans berbasis komunitas, surveilans ILI, SARI, pneumoni, *Event Base surveillance* baik FKTP dan FKRTL<br>4. Melaksanakan surveilans di fasilitas tertutup dan kelompok rentan | 1. Mengintensifkan Penemuan Kasus dan isolasi<br>2. Mengintensifkan pelacakan kontak dan monitoring serta karantina kontak<br>3. Memperluas surveilans COVID-19 melalui surveilans berbasis komunitas, surveilans ILI, SARI, ISPA dan Pneumonia di FKTP dan FKRTL<br>4. Melaksanakan surveilans di fasilitas tertutup dan kelompok rentan | 1. Terus melanjutkan penemuan kasus dan isoasi jika memungkinkan khususnya pada daerah yang baru melaporkan kasus<br>2. Terus melanjutkan pelacakan kontak dan monitoring jika memungkinkan serta karantina kontak<br>3. Isolasi mandiri pada kasus yang bergejala ringan<br>4. Memantau perkembangan COVID-19 surveilans sentinel yang ada<br>5. Melaksanakan surveilans di fasilitas tertutup dan kelompok rentan |

| | TIDAK ADA KASUS | KASUS SPORADIK | KASUS KLASTER | PENULARAN KOMUNITAS |
|---|---|---|---|---|
| **Pemeriksaan laboratorium** | Pemeriksaan RT-PCR untuk Suspek dan sampling pada kasus yang terdeteksi melalui surveilans sentinel ILI, SARI, dan Pneumonia. | Pemeriksaan RT-PCR untuk Suspek dan sampling pada kasus yang terdeteksi melalui surveilans sentinel ILI, SARI, dan Pneumonia. | Pemeriksaan RT-PCR untuk Suspek dan sampling pada kasus yang terdeteksi melalui surveilans sentinel ILI, SARI, dan Pneumonia. | Apabila kapasitas diagnostik tidak mencukupi, lakukan langkah prioritas untuk mengurangi penyebaran (seperti: isolasi), termasuk prioritas pemeriksaan:<br>• Kelompok risiko tinggi dan populasi rentan yang memerlukan rawat inap dan perawatan intensif<br>• Tenaga kesehatan yang mengalami gejala sekalipun merasa tidak pernah kontak dengan pasien konfirmasi. (Untuk melindungi tenaga kesehatan dan mengurangi risiko transmisi nosokomial)<br>• Individu dengan gejala pada populasi di fasilitas tertutup (seperti: penjara, panti asuhan/ jompo) |
| **Manajemen Klinis** | 1. Mengatur *screening* dan protokol triase pada setiap titik akses fasyankes<br>2. Mempersiapkan pengobatan COVID-19 pada pasien terinfeksi<br>3. Mengatur *hotline* COVID-19 dan sistem rujukan di Rumah Sakit<br>4. Mempersiapkan rumah sakit terhadap lonjakan kasus | 1. Menyaring dan melakukan triase pasien pada setiap titik akses sistem kesehatan<br>2. Perawatan untuk seluruh pasien suspek dan konfirmasi berdasarkan keparahan penyakit dan kebutuhan pelayanan akut<br>3. Mempersiapkan rumah sakit terhadap lonjakan<br>4. Mempersiapkan komunitas terhadap lonjakan, termasuk mengatur fasilitas umum untuk isolasi kasus ringan/sedang<br>5. Membuat protokol untuk isolasi rumah | 1. Skrining dan melakukan triase pasien pada setiap titik akses fasyankes<br>2. Perawatan untuk seluruh pasien suspek dan konfirmasi berdasarkan keparahan penyakit dan kebutuhan pelayanan akut<br>3. Mengaktivasi rencana lonjakan fasyankes<br>4. Mengakitvasi fasilitas umum dan mengaktivasi protokol isolasi rumah | 1. skrining dan melakukan triase pasien pada setiap titik akses sistem kesehatan<br>2. Perawatan untuk seluruh pasien suspek dan konfirmasi berdasarkan keparahan penyakit dan kebutuhan pelayanan akut<br>3. Meningkatkan rencana *surge capacity* (kapasitas lonjakan) pada fasyankes termasuk fasilitas umum, perawatan rumah, RS Darurat serta penguatan sistem rujukan COVID-19 |

| | TIDAK ADA KASUS | KASUS SPORADIK | KASUS KLASTER | PENULARAN KOMUNITAS |
|---|---|---|---|---|
| **Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)** | 1. Melatih/*refreshment* staf mengenai PPI dan pengelolaan klinis, khususnya untuk COVID-19<br>2. Melaksanakan strategi PPI untuk mencegah penularan di fasyankes<br>3. Penggunaan APD yang sesuai oleh petugas yang merawat pasien COVID-19<br>4. Mempersiapkan lonjakan kebutuhan fasyankes termasuk dukungan APD, ruangan isolasi, rawat intensif dan alat bantu pernafasan di RS serta dukungan kesehatan jiwa dan psikososial untuk tenaga kesehatan<br>5. Reviu lonjakan lonjakan kebutuhan fasyankes termasuk alat bantu pernapasan, dan persediaan APD | 1. Melatih/*refreshment* staf mengenai PPI dan pengelolaan pasien COVID-19<br>2. Melaksanakan strategi PPI untuk mencegah penularan di fasyankes<br>3. Penggunaan APD yang sesuai oleh petugas yang merawat pasien COVID-19<br>4. Mempersiapkan lonjakan kebutuhan fasyankes, termasuk dukungan APD, ruangan isolasi, rawat intensif dan alat bantu pernafasan di RS serta dukungan kesehatan jiwa dan psikososial untuk tenaga kesehatan<br>5. Reviu lonjakan kebutuhan fasyankes termasuk alat bantu pernapasan dan persediaan APD | 1. Melatih/*refreshment* staf mengenai PPI dan pengelolaan pasien COVID-19<br>2. Melaksanakan strategi PPI untuk mencegah penularan di fasyankes<br>3. Penggunaan APD yang sesuai oleh petugas yang merawat pasien COVID-19<br>4. Mempersiapkan lonjakan kebutuhan fasyankes, termasuk dukungan APD, ruangan isolasi, rawat intensif dan alat bantu pernafasan di RS serta dukungan kesehatan jiwa dan psikososial untuk tenaga kesehatan<br>5. Mengadvokasi perawatan di rumah bagi kasus ringan apabila sistem pelayanan kesehatan sudah melebihi kapasitas | 1. Memberikan *refreshment* kepada staf mengenai PPI dan pengelolaan pasien COVID-19<br>2. Memperkuat strategi PPI untuk mencegah penularan di fasyankes<br>3. Penggunaan APD yang sesuai oleh petugas yang merawat pasien COVID-19<br>4. Implementasi rencana lonjakan fasyankes<br>5. Imlpementasi rencana lonjakan fasyankes, termasuk dukungan APD, ruangan isolasi, rawat intensif dan alat bantu pernafasan di RS serta dukungan kesehatan jiwa dan psikososial untuk tenaga kesehatan<br>6. Mengadvokasi perawatan di rumah bagi kasus ringan apabila sistem pelayanan kesehatan sudah melebihi kapasitas |

| | TIDAK ADA KASUS | KASUS SPORADIK | KASUS KLASTER | PENULARAN KOMUNITAS |
|---|---|---|---|---|
| **Pencegahan Penularan di Masyarakat** | 1. *Physical Distancing*<br>2. Kebersihan tangan<br>3. Etika batuk/bersin<br>4. Pemakaian masker<br>5. Memastikan akses kebersihan tangan di depan gedung fasilitas umum dan pusat transportasi (misalnya pasar, toko, tempat ibadah, lembaga pendidikan, stasiun kereta atau bus). Tersedia fasilitas cuci tangan dengan air dan sabun dalam jarak 5 m dari semua toilet, baik di fasilitas umum maupun swasta | 1. *Physical Distancing*<br>2. Kebersihan tangan<br>3. Etika batuk/bersin<br>4. Pemakaian masker<br>5. Pembatasan Aktivitas luar rumah<br>6. Memastikan akses kebersihan tangan di depan gedung fasilitas umum dan pusat transportasi (misalnya pasar, toko, tempat ibadah, lembaga pendidikan, stasiun kereta atau bus). Tersedia fasilitas cuci tangan dengan air dan sabun dalam jarak 5 m dari semua toilet, baik di fasilitas umum maupun swasta | 1. *Physical Distancing*<br>2. Kebersihan tangan<br>3. Etika batuk/bersin<br>4. Pemakaian masker<br>5. Pembatasan Aktivitas luar rumah<br>6. Memastikan akses kebersihan tangan di depan gedung fasilitas umum dan pusat transportasi (misalnya pasar, toko, tempat ibadah, lembaga pendidikan, stasiun kereta atau bus). Tersedia fasilitas cuci tangan dengan air dan sabun dalam jarak 5 m dari semua toilet, baik di fasilitas umum maupun swasta | 1. *Physical Distancing*<br>2. Kebersihan tangan<br>3. Etika batuk/bersin<br>4. Pemakaian Masker<br>5. Pembatasan Aktivitas luar rumah<br>6. Mempertimbangkan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB)<br>7. Memastikan akses kebersihan tangan di depan gedung fasilitas umum dan pusat transportasi (misalnya pasar, toko, tempat ibadah, lembaga pendidikan, stasiun kereta atau bus). Tersedia fasilitas cuci tangan dengan air dan sabun dalam jarak 5 m dari semua toilet, baik di fasilitas umum maupun swasta |
| **Komunikasi Risiko dan Pemberdayaan Masyarakat** | Mengedukasi dan berkomunikasi secara aktif dengan masyarakat melalui komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat, membangun dan menjaga kepercayaan publik melalui komunikasi dua arah | | | |
| | 1. Membentuk/memperbarui Tim Komunikasi Risiko dan Pemberdayaan Masyarakat (KRPM)<br>2. Menilai situasi dan menyusun serta mengembangkan perencanaan dan strategi komunikasi, | 1. Menilai dan memperbarui perencanaan dan strategi komunikasi berdasarkan situasi dan kondisi dari hasil kerja dan pemantauan Tim KRPM<br>2. Menyediakan pelatihan untuk tambahan anggota Tim KRPM<br>3. Memberdayakan masyarakat dengan menggerakan para pemengaruh/*influencer* dan | 1. Menerapkan langkah-langkah tindakan dari kasus sporadik.<br>2. Memelihara kepercayaan, mempererat jalinan komunikasi, dan melibatkan masyarakat/kelompok secara berkesinambungan untuk mencegah kesalahpahaman, kesalahan informasi, isu/rumor/hoaks, dan pertanyaan yang sering diajukan | 1. Menerapkan langkah-langkah tindakan dari kasus klaster<br>2. Mengedukasi individu, kelompok/masyarakat untuk melakukan upaya pencegahan dan pengendalian di masyarakat dilakukan melalui upaya kebersihan personal dan rumah, peningkatan imunitas diri dan mengendalikan komorbid, serta peningkatan Kesehatan jiwa dan psikososial, pembatasan interaksi fisik |

| | TIDAK ADA KASUS | KASUS SPORADIK | KASUS KLASTER | PENULARAN KOMUNITAS |
|---|---|---|---|---|
| | meliputi sumberdaya (5 M: *men, machine, method, material, money*), peran, kewenangan, dan tanggung jawab yang jelas dari para pelaku KRPM (jubir, para pemengaruh, mitra/pemangku kepentingan)<br>3. Menilai kapasitas dan menyiapkan pelatihan KRPM<br>4. Melakukan pengkajian untuk menilai persepsi risiko (penelitian formatif)<br>5. Menyiapkan mekanisme umpan balik dari upaya KRPM (hasil pemantauan, saluran informasi dan pengaduan, pelatihan, dan lain-lain)<br>6. Merancang sistem pemantauan dari upaya KRPM (isu dan berita, perkembangan kasus dan situasi, dan lain-lain) | jejaring komunitas (RT/RW, LSM, ormas, PKK, dunia usaha, dan lain-lain) yang dibutuhkan pada situasi ini<br>4. Melakukan pengkajian untuk menilai persepsi risiko (penelitian formatif)<br>5. Melakukan mekanisme umpan balik dari upaya KRPM (hasil pemantauan, saluran informasi dan pengaduan, dan lain-lain)<br>6. Melakukan pemantauan (isu dan berita, perkembangan kasus dan situasi, dan lain-lain) | 3. Mempererat kolaborasi di antara para mitra/pemangku kepentingan | dan pembatasan social (*physical contact/physical distancing* dan *social distancing*), menerapkan etika batuk dan bersin, melakukan isolasi/karantina sampai Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB)<br>3. Menerapkan protokol kesehatan dengan konsepsi Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB) |
| **Pelayanan** | 1. Mempersiapkan atau | 1. Menerapkan kapasitas sistem kesehatan dan strategi | 1. Memperkuat kapasitas sistem kesehatan dan strategi | 1. Mengintensifkan kapasitas sistem kesehatan dan Strategi menghadapi |

| | TIDAK ADA KASUS | KASUS SPORADIK | KASUS KLASTER | PENULARAN KOMUNITAS |
|---|---|---|---|---|
| **Kesehatan Esensial** | meninjau kapasitas sistem kesehatan dan strategi menghadapi lonjakan<br>2. Menetapkan atau meninjau mekanisme untuk memantau pelayanan kesehatan esensial sedang berlangsung<br>3. Memulai pelatihan untuk meningkatakan kapasitas petugas di daerah penting (triase, gawat darurat, dan lain-lain)<br>4. Mempertahankan dan memperkuat surveilans Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)<br>5. Mengembangkan atau meninjau strategi untuk layanan imunisasi | menghadapi lonjakan.<br>2. Pastikan bahwa pelayanan gawat darurat 24 jam tersedia di semua level RS dan memastikan kesadaran publik<br>3. Melakukan penilaian cepat kapasitas cepat<br>4. Mempertahankan dan memperkuat surveilans PD3I<br>5. Mengembangkan atau meninjau strategi untuk pelayanan imunisasi | menghadapi lonjakan<br>2. Menerapkan protokol jalur rujukan<br>3. Menjadwalkan pertemuan, batasi pengunjung, dan buat alur pasien dan petugas untuk memastikan jaga jarak<br>4. Menerapkan alat dan sistem informasi untuk mendukung konsultasi jarak jauh<br>5. Mengkoordinasikan dana tambahan untuk memastikan pembayaran gaji tepat waktu, lembur, cuti sakit dan insentif<br>6. Mempertahankan dan memperkuat surveilans PD3I, mengembangkan atau meninjau strategi untuk pelayanan imunisasi | lonjakan.<br>2. Melanjutkan pemantauan pelayanan Kesehatan esensial pada komunitas dan fasyankes<br>3. Identifikasi hambatan untuk mengakses dan mengantisipasi mengembalikan pelayanan yang ditangguhkan berdasarkan perubahan kebutuhan<br>4. Membuat pelaporan mingguan pendistribusian logistik penting yang mungkin berisiko mengalami kekurangan<br>5. Mengkoordinasikan dukungan pelayanan primer, menyesuaikan pemasukan dan pengeluaran pasien di rumah sakit sesuai protokol untuk membatasi durasi rawat inap<br>6. Dokumentasikan respons adaptif diimplementasikan selama masa pandemi yang harus dipertimbangkan untuk jangka panjang ke dalam sistem operasi kesehatan<br>7. Mempertahankan surveilans PD3I, melaksanakan strategi untuk pemberian pelayanan imunisasi |

B. Indikator Penanggulangan Pandemi

Dalam rangka menanggulangi pandemi COVID-19, Indonesia telah menerapkan berbagai langkah kesehatan masyarakat termasuk Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dalam Rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) seperti penutupan sekolah dan bisnis, pembatasan perpindahan atau mobilisasi penduduk, dan pembatasan perjalanan internasional.

Dalam perkembangan pandemi selanjutnya, WHO sudah menerbitkan panduan sementara yang memberikan rekomedasi berdasarkan data tentang penyesuaian aktivitas ekonomi dan sosial kemasyarakatan. Serangkaian indikator dikembangkan untuk membantu negara melalui penyesuaian berbagai intervensi kesehatan masyarakat berdasarkan kriteria kesehatan masyarakat. Selain indikator tersebut, faktor ekonomi, keamanan, hak asasi manusia, keamanan pangan, dan sentimen publik juga harus dipertimbangkan. Keberhasilan pencapaian indikator dapat mengarahkan suatu wilayah untuk melakukan persiapan menuju tatanan normal baru produktif dan aman dengan mengadopsi adaptasi kebiasaan baru.

Kriteria yang perlu dievaluasi untuk menilai keberhasilan dikelompokkan menjadi tiga domain melalui tiga pertanyaan utama yaitu:

1. Kriteria Epidemiologi - Apakah epidemi telah terkendali? (Ya atau tidak)
2. Kriteria Sistem kesehatan - Apakah sistem kesehatan mampu mendeteksi kasus COVID-19 yang mungkin kembali meningkat? (Ya atau tidak)
3. Kriteria Surveilans Kesehatan Masyarakat - Apakah sistem surveilans kesehatan masyarakat mampu mendeteksi dan mengelola kasus dan kontak, dan mengidentifikasi kenaikan jumlah kasus? (Ya atau tidak)

Ambang batas yang ditentukan sebagai indikasi untuk menilai keberhasilan penanggulangan dapat digunakan jika tersedia informasi epidemiologi COVID-19. Dari 3 kriteria tersebut, terdapat 24 indikator yang dapat dievaluasi untuk melakukan penyesuaian. Penilaian ini sebaiknya dilakukan setiap minggu di tingkat kabupaten/kota/provinsi.

1. Indikasi Wabah Terkendali

   Ukuran Utama: *Efektif Reproduction Number* (Rt) < 1 selama 2 minggu terakhir.

   Secara teori Rt (jumlah penularan efektif pada kasus sekunder di populasi), nilai di bawah 1 merupakan indikasi bahwa wabah sudah terkendali dan jumlah kasus baru semakin berkurang. Rt harus dihitung pada wilayah administratif yang tidak terlalu besar dan memiliki variabilitas yang tinggi. Perhitungan dapat dilakukan pada tingkat Kabupaten/kota, kecamatan dan kelurahan. Nilai Rt sangat tergantung jumlah kasus absolut, pada kasus yang tinggi > 100 perhari pengurangan 5-10 kasus tidak terlalu bermakna secara absolut, tetapi nilai Rt menjadi turun < 1, pada kasus dengan tren fluktuatif nilai Rt tidak relevan untuk dilakukan. Nilai Rt menjadi acuan terbaik setelah puncak kasus terjadi dan menilai program penanggulangan untuk mencegah terjadinya peningkatan baru dari pandemi.

   Karena itu selain nilai Rt, penilaian kualitatif juga dilakukan sebagai pelengkap/pendukung dengan beberapa kriteria, atau jika data surveilans tidak memadai untuk menilai Rt yang adekuat untuk menilai apakah pandemi telah terkendali.

Tabel 2. 2. Kriteria Epidemiologi

| **Kriteria Epidemiologi** | **Penjelasan** |
|---|---|
| Penurunan minimal 50% angka kasus konfirmasi baru dari puncak tertinggi selama 3 minggu berturut-turut dan terus menurun pada minggu-minggu selanjutnya | Indikator penurunan penularan setara dengan penurunan setengah dari jumlah kasus (50%) selama 3 minggu dari puncak tertinggi. Strategi ini mengharuskan untuk memperbanyak pemeriksaan RT-PCR, dengan prioritas pemeriksaan RT-PCR pada kasus suspek. |
| Jumlah spesimen positif (untuk keperluan diagnosis) pada semua kasus dalam 2 minggu terakhir <5%* | *Positivity rate* dalam 2 minggu terakhir= Jumlah kasus positif / (Jumlah kasus positif + Jumlah kasus negatif diagnosis) |

| | |
|---|---|
| | *dengan syarat surveilans berjalan optimal dan kapasitas lab mampu melakukan pemeriksaan 1/1000 penduduk per-minggu |
| Jumlah spesimen positif COVID-19 pada Sentinel ILI dan SARI dalam 2 minggu terakhir < 5% | Melalui surveilans sentinel ILI dan SARI, rendahnya % spesimen yang positif COVID-19 menunjukkan rendahnya transmisi di populasi.<br><br>*Positivity rate* pada sentinel ILI dan SARI dalam 2 minggu terakhir =<br>Jumlah kasus positif COVID-19<br>_____<br>(Jumlah kasus positif COVID-19 + Jumlah kasus negatif diagnosis) |
| ≥80% kasus konfirmasi berasal dari daftar kontak dan dapat diidentifikasi kelompok klasternya dalam 2 minggu terakhir | Indikator ini menunjukkan rantai penularan telah dapat diidentifikasi dan dilakukan upaya penanggulangan. |
| Penurunan jumlah kasus kematian, baik kasus *probable* maupun kasus konfirmasi dalam 3 minggu terakhir | Penurunan jumlah kematian ini menunjukkan bahwa jumlah kasus COVID-19 menurun dan tata laksana medis membaik. |
| Penurunan jumlah pasien dirawat dan kasus kritis yang butuh ICU pada kasus konfirmasi dalam 2 mingggu terakhir | Kriteria ini mengindikasikan adanya penurunan jumlah kasus di populasi. Penetapan ini apabila kualitas perawatan di rumah sakit belum berubah. |
| Penurunan kematian karena pneumonia pada setiap kelompok usia | Ketika kasus pneumonia tidak dapat dilakukan pemeriksaan RT-PCR, penurunan kematian karena pneumonia secara tidak langsung akan mengindikasikan pengurangan kematian karena COVID-19. |

*Evaluasi melalui tren tetap dibutuhkan dan tidak terjadi perubahan pada uji lab atau strategi pengukuran
**Masa 2 minggu berhubungan degan masa inkubasi terpanjang dan periode tersingkat untuk menilai perubahan tren

2. Sistem kesehatan mampu mengatasi lonjakan kasus yang mungkin timbul setelah penyesuaian (pelonggaran PSBB)

   Ukuran kunci: Jumlah kasus baru yang membutuhkan rawat inap lebih kecil dari perkiraan kapasitas maksimum rumah sakit dan tempat tidur ICU (Sistem kesehatan dapat mengatasi rawat inap baru dan pemberian pelayanan kesehatan esensial lainnya).

   Jika tidak ada informasi ini, penilaian kualitatif berdasarkan kriteria berikut dapat digunakan.

Tabel 2. 3. Kriteria Sistem Pelayanan Kesehatan

| **Kriteria Sistem Pelayanan Kesehatan** | **Penjelasan** |
|---|---|
| Seluruh pasien COVID-19 dapat memperoleh tatalaksana sesuai standar | Ini menunjukkan bahwa sistem kesehatan telah kembali ke keadaan di mana semua kondisi (staf, tempat tidur, obat-obatan, peralatan, dan lain-lain) tersedia untuk memberikan standar perawatan yang sama seperti sebelum krisis. |
| Semua pasien bukan COVID-19 yang memiliki kondisi parah memperoleh tatalaksana sesuai standar | |
| Tidak ada peningkatan kematian akibat penyakit selain COVID-19 di rumah sakit | |
| Sistem pelayanan kesehatan dapat mengatasi peningkatan lebih dari 20% kasus COVID-19 | Ini menunjukkan bahwa sistem kesehatan dapat berjalan ketika harus mengatasi lonjakan kasus saat melonggarnya pembatasan sosial. Indikator ini termasuk staf, peralatan, tempat tidur, dan lain-lain yang jumlahnya memadai. |
| Terdapat komite/tim/ | komite/tim/koordinator PPI |

| | |
|---|---|
| koordinator PPI di seluruh fasyankes dan penanggung jawab PPI di seluruh dinas kesehatan kabupaten/kota (1 orang petugas PPI terlatih per 250 tempat tidur) | mengindikasikan kemampuan untuk koordinasi, supervisi, pelatihan sebagai aktivitas PPI termasuk di puskesmas/FKTP lainnya. |
| Seluruh fasyankes dapat melakukan skrining terhadap COVID-19 | Hal ini untuk meyakinkan bahwa seluruh pasien yang datang ke fasyankes di skrining untuk gejala COVID-19 untuk mencegah infeksi di fasyankes |
| Seluruh fasyankes memiliki mekanisme isolasi suspek COVID-19 | Sistem kesehatan memiliki kapasitas memadai untuk isolasi seluruh pasien COVID-19 |

3. Surveilans kesehatan masyarakat dapat mengidentifikasi sebagian besar kasus dan kontak pada masyarakat

   Setiap daerah harus memiliki mekanisme surveilans yang berkualitas dan didukung dengan kapasitas dan mekanisme laboratorium yang memadai. Beberapa indikator di bawah ini dapat dimanfaatkan dalam menilai kapasitas surveilans kesehatan masyarakat.

Tabel 2. 4. Kriteria Surveilans Kesehatan Masyarakat

| **Kriteria Surveilans Kesehatan Masyarakat** | **Penjelasan** |
|---|---|
| **Sistem Surveilans** | |
| Setiap kasus baru dapat diidentifikasi, dilaporkan dan dianalisis kurang dari 24 jam.<br><br>Penemuan kasus baru dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (notifikasi) sesuai dengan formulir notifikasi penemuan kasus COVID-19 di Fasyankes | Ada sistem surveilans COVID-19 yang mencakup keseluruhan wilayah dan semua orang serta komunitas yang berisiko. Surveilans yang komprehensif mencakup surveilans di tingkat masyarakat, tingkat pelayanan kesehatan primer, di rumah sakit, dan pada wilayah yang memiliki surveilans sentinel ILI/SARI dan |

| | |
|---|---|
| sebagaimana terlampir. | penyakit-penyakit saluran pernapasan lain. |
| Perkembangan situasi COVID-19 di daerah dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota secara berkala harian kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan sesuai dengan formulir laporan harian agregat (formulir 4) melalui sistem pelaporan harian *online* sesuai pembahasan pada bagian pencatatan pelaporan (BAB III)<br>Laporan mencakup:<br>a. Jumlah suspek<br>b. Jumlah *probable*<br>c. Jumlah konfirmasi<br>d. Jumlah kematian<br>e. Jumlah kontak erat<br>f. Jumlah kasus rawat RS<br>g. Jumlah kasus yang diambil spesimen | Kriteria ini mengindikasikan adanya kebijakan-kebijakan kesehatan masyarakat yang sesuai sehingga notifikasi kasus COVID-19 dari semua fasyankes segera disampaikan. |
| Sistem surveilans diterapkan dan diperkuat di fasilitas tertutup (seperti lapas, panti jompo, panti rehabilitasi, asrama, pondok pesantren, dan lain-lain) dan pada kelompok-kelompok rentan | Ini mengindikasikan otoritas kesehatan telah mengidentifikasi populasi khusus yang rentan dan melakukan surveilans pada populasi ini. |
| Surveilans kematian COVID-19 dilakukan di Rumah Sakit dan masyarakat | Menunjukkan kemampuan melacak jumlah kematian COVID-19 dengan cepat dan handal. Jika memungkinkan dikeluarkan SMPK |

| | |
|---|---|
| | (Sertifikat Medis Penyebab Kematian) COVID-19. Pendekatan lain yang dilakukan dalam surveilans kematian adalah laporan dari pusat keagamaan atau tempat pemakaman. |
| **Investigasi (Penyelidikan) kasus** | |
| Tim Gerak Cepat COVID-19 berfungsi dengan baik di berbagai tingkat administrasi | Ukurannya adalah kemampuan melakukan penyelidikan kasus dan klaster COVID-19. |
| 90% kasus suspek diisolasi dan dilakukan pengambilan spesimen dalam waktu kurang dari 48 jam sejak munculnya gejala | Ini menunjukkan bahwa investigasi dan isolasi kasus baru dilakukan cukup cepat untuk meminimalkan timbulnya kasus sekunder. |
| Lama hasil pemeriksaan Lab. keluar sejak spesimen dikirimkan dan diterima hasilnya adalah 3x24 jam | Kriteria ini harus ditetapkan untuk memperbaiki sistem manajemen pemeriksaan spesimen. |
| **Pelacakan Kontak (*Contact Tracing*)** | |
| >80% kasus baru dapat diidentifikasi kontak eratnya dan mulai dilakukan karantina dalam waktu <72 jam setelah kasus baru di konfirmasi | Ini menunjukkan kapasitas pelacakan kasus dan kontak adequate |
| >80% kontak dari kasus baru dipantau selama 14 hari sejak kontak terakhir | Kontak harus dipantau setiap hari selama 14 hari dan idealnya umpan balik tidak boleh terlewat selama lebih dari dua hari. |
| Menggunakan sistem informasi dan manajemen data | Sementara pelacakan data kontak dapat diolah manual pada skala |

| | |
|---|---|
| tersedia untuk mengelola pelacakan kontak dan data terkait lainnya | kecil, pelacakan kontak skala besar dapat didukung oleh perangkat elektronik. |

Dalam konteks pandemi COVID-19, menemukan, menguji, dan mengisolasi kasus, pelacakan kasus dan karantina tetap menjadi langkah utama dalam semua tahap respons. Demikian pula langkah-langkah untuk memastikan perlindungan terhadap petugas kesehatan dan kelompok rentan harus dipertahankan. Tergantung pada tingkat risiko, tindakan lain seperti kegiatan di masyarakat, pembatasan pengumpulan massal, dan langkah-langkah untuk mengurangi risiko masuknya virus harus diadaptasi.

# BAB III
# SURVEILANS EPIDEMIOLOGI

## A. Tujuan Surveilans

Tujuan umum kegiatan surveilans antara lain:

1. Memantau tren penularan COVID-19 pada tingkat nasional dan global.
2. Melakukan deteksi cepat pada wilayah tanpa transmisi virus dan monitoring kasus pada wilayah dengan transmisi virus termasuk pada populasi rentan.
3. Memberikan informasi epidemiologi untuk melakukan penilaian risiko tingkat nasional, regional, dan global.
4. Memberikan informasi epidemiologi sebagai acuan kesiapsiasiagaan dan respon penanggulangan.
5. Melakukan evaluasi terhadap dampak pandemi pada sistem pelayanan kesehatan dan sosial.

## B. Definisi Operasional

Pada bagian ini, dijelaskan definisi operasional kasus COVID-19 yaitu Kasus Suspek, Kasus *Probable*, Kasus Konfirmasi, Kontak Erat, Pelaku Perjalanan, *Discarded*, Selesai Isolasi, dan Kematian. Untuk Kasus Suspek, Kasus *Probable*, Kasus Konfirmasi, Kontak Erat, istilah yang digunakan pada pedoman sebelumnya adalah Orang Dalam Pemantauan (ODP), Pasien Dalam Pengawasan (PDP), Orang Tanpa Gejala (OTG).

1. Kasus Suspek

   Seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut:

   a. Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)* DAN pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal**.
   b. Orang dengan salah satu gejala/tanda ISPA* DAN pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi/*probable* COVID-19.

c. Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat*** yang membutuhkan perawatan di rumah sakit DAN tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.

**Catatan:**

Istilah Pasien Dalam Pengawasan (PDP) saat ini dikenal kembali dengan istilah kasus suspek.

* ISPA yaitu demam (≥38°C) atau riwayat demam; dan disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan seperti: batuk/sesak nafas/sakit tenggorokan/pilek/pneumonia ringan hingga berat

** Negara/wilayah transmisi lokal adalah negara/wilayah yang melaporkan adanya kasus konfirmasi yang sumber penularannya berasal dari wilayah yang melaporkan kasus tersebut.

Negara transmisi lokal merupakan negara yang termasuk dalam klasifikasi kasus klaster dan transmisi komunitas, dapat dilihat melalui situs https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports

Wilayah transmisi lokal di Indonesia dapat dilihat melalui situs https://infeksiemerging.kemkes.go.id.

*** Definisi ISPA berat/pneumonia berat dan ARDS dapat dilihat pada tabel 5.1 di BAB V.

2. Kasus *Probable*

Kasus suspek dengan ISPA Berat/ARDS***/meninggal dengan gambaran klinis yang meyakinkan COVID-19 DAN belum ada hasil pemeriksaan laboratorium RT-PCR.

3. Kasus Konfirmasi

Seseorang yang dinyatakan positif terinfeksi virus COVID-19 yang dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium RT-PCR.

Kasus konfirmasi dibagi menjadi 2:

a. Kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik)
b. Kasus konfirmasi tanpa gejala (asimptomatik)

4. Kontak Erat

Orang yang memiliki riwayat kontak dengan kasus *probable* atau konfirmasi COVID-19. Riwayat kontak yang dimaksud antara lain:

a. Kontak tatap muka/berdekatan dengan kasus *probable* atau kasus konfirmasi dalam radius 1 meter dan dalam jangka waktu 15 menit atau lebih.
b. Sentuhan fisik langsung dengan kasus *probable* atau konfirmasi (seperti bersalaman, berpegangan tangan, dan lain-lain).
c. Orang yang memberikan perawatan langsung terhadap kasus *probable* atau konfirmasi tanpa menggunakan APD yang sesuai standar.
d. Situasi lainnya yang mengindikasikan adanya kontak berdasarkan penilaian risiko lokal yang ditetapkan oleh tim penyelidikan epidemiologi setempat (penjelasan sebagaimana terlampir).

Pada kasus *probable* atau konfirmasi yang bergejala (simptomatik), untuk menemukan kontak erat periode kontak dihitung dari 2 hari sebelum kasus timbul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus timbul gejala.

Pada kasus konfirmasi yang tidak bergejala (asimptomatik), untuk menemukan kontak erat periode kontak dihitung dari 2 hari sebelum dan 14 hari setelah tanggal pengambilan spesimen kasus konfirmasi.

5. Pelaku Perjalanan

Seseorang yang melakukan perjalanan dari dalam negeri (domestik) maupun luar negeri pada 14 hari terakhir.

6. *Discarded*

*Discarded* apabila memenuhi salah satu kriteria berikut:

a. Seseorang dengan status kasus suspek dengan hasil pemeriksaan RT-PCR 2 kali negatif selama 2 hari berturut-turut dengan selang waktu >24 jam.
b. Seseorang dengan status kontak erat yang telah menyelesaikan masa karantina selama 14 hari.

7. Selesai Isolasi

Selesai isolasi apabila memenuhi salah satu kriteria berikut:

a. Kasus konfirmasi tanpa gejala (asimptomatik) yang tidak dilakukan pemeriksaan *follow up* RT-PCR dengan ditambah 10 hari isolasi mandiri sejak pengambilan spesimen diagnosis konfirmasi.

b. Kasus *probable*/kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik) yang tidak dilakukan pemeriksaan *follow up* RT-PCR dihitung 10 hari sejak tanggal onset dengan ditambah minimal 3 hari setelah tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan.

c. Kasus *probable*/kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik) yang mendapatkan hasil pemeriksaan *follow up* RT-PCR 1 kali negatif, dengan ditambah minimal 3 hari setelah tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan.

Ketentuan lebih lanjut mengenai kriteria selesai isolasi pada kasus *probable*/kasus konfirmasi dapat dilihat dalam Bab Manajemen Klinis.

8. Kematian

Kematian COVID-19 untuk kepentingan surveilans adalah kasus konfirmasi/*probable* COVID-19 yang meninggal.

C. Penemuan Kasus

Kegiatan penemuan kasus dilakukan di pintu masuk dan wilayah untuk mengidentifikasi ada atau tidaknya kasus suspek, *probable*, konfirmasi dan kontak erat dan melakukan respon adekuat. Dalam melakukan penemuan kasus tidak terpisahkan dari upaya kewaspadaan dini. Sumber informasi yang dapat digunakan untuk melakukan pemutakhiran perkembangan informasi terkini melalui:

- Situs resmi WHO (https://www.who.int/) untuk mengetahui negara terjangkit dan wilayah yang sedang terjadi KLB COVID-19.
- Sumber lain yang terpercaya dari pemerintah www.infeksiemerging.kemkes.go.id, www.covid19.kemkes.go.id, www.covid19.go.id dan lain-lain.
- Sumber media cetak atau elektronik nasional untuk mewaspadai rumor atau berita yang berkembang terkait dengan COVID-19.

1. Penemuan Kasus di Pintu Masuk

   Kegiatan penemuan kasus di pintu masuk bertujuan untuk mengidentifikasi ada atau tidaknya kasus melalui pintu masuk negara baik melalui pelabuhan udara/laut maupun daerah perbatasan (*check point*). Dalam rangka implementasi *International Health Regulation*/IHR (2005), pelabuhan, bandara, dan Pos Lintas Batas Darat Negara (PLBDN) melakukan kegiatan karantina, pemeriksaan alat angkut, pengendalian vektor serta tindakan penyehatan. Implementasi IHR (2005) di pintu masuk negara adalah tanggung jawab Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) beserta segenap instansi di pintu masuk negara. Kemampuan utama untuk pintu masuk negara sesuai amanah IHR (2005) adalah kapasitas dalam kondisi rutin dan kapasitas dalam kondisi Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD). Kegiatan di pintu masuk negara meliputi upaya *to prevent, to detect, dan to respond* terhadap COVID-19 di pelabuhan, bandar udara, dan PLBDN. Upaya tersebut dilaksanakan melalui pengawasan alat angkut, orang, barang, dan lingkungan yang datang dari wilayah/negara terjangkit COVID-19 yang dilaksanakan oleh KKP dan berkoordinasi dengan lintas sektor terkait.

   Secara umum kegiatan penemuan kasus COVID-19 di pintu masuk diawali dengan penemuan kasus pada pelaku perjalanan. Berikut langkah penemuan kasus di pintu masuk:

   a. Meningkatkan pengawasan terhadap pelaku perjalanan (awak/personel, penumpang) khususnya yang berasal dari wilayah/negara dengan transmisi lokal, melalui pengamatan suhu dengan *thermal scanner* maupun *thermometer infrared*, pengamatan tanda dan gejala, maupun pemeriksaan kesehatan tambahan.
   b. Melakukan pemeriksaan dokumen kesehatan pada orang.
   c. Jika ditemukan pelaku perjalanan yang terdeteksi demam melalui *thermal scanner/thermometer infrared* maka dipisahkan dan dilakukan wawancara serta dievaluasi lebih lanjut.
   d. Jika ditemukan pelaku perjalanan terdeteksi demam dan

menunjukkan gejala-gejala pneumonia di atas alat angkut berdasarkan laporan awak alat angkut, maka petugas KKP melakukan pemeriksaan dan penanganan ke atas alat angkut dengan menggunakan APD yang sesuai.

e. Tatalaksana terhadap pelaku perjalanan dilakukan sesuai dengan kriteria kasus dan kondisi, serta prosedur penanganan kasus.

f. Terhadap barang dan alat angkut dilakukan tindakan kekarantinaan sesuai SOP yang berlaku.

2. Penemuan Kasus di Wilayah

Kegiatan penemuan kasus di wilayah dapat dilakukan di fasyankes maupun di masyarakat. Yang dimaksud dengan wilayah adalah wilayah administratif provinsi dan kabupaten/kota. Kegiatan ini dilakukan untuk menemukan adanya seseorang yang terindikasi COVID-19 yang harus segera direspon. Bentuk respon berupa verifikasi, notifikasi, rujukan kasus dan respon penanggulangan. Bentuk kegiatan verifikasi adalah penyelidikan epidemiologi. Sedangkan, kegiatan respon penanggulangan antara lain identifikasi dan pemantauan kontak, rujukan, komunikasi risiko dan pemutusan rantai penularan. Secara umum, penemuan kasus di wilayah dilakukan melalui:

a. Peningkatan kegiatan surveilans ILI (*Influenza Like Illness*) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) melalui Puskesmas dan jaringan/jejaringnya serta Surveilans *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARI) di Rumah Sakit atau Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) baik swasta maupun pemerintah.

b. Kunjungan pasien ke fasyankes yang memenuhi kriteria kasus.

c. Laporan yang bersumber dari masyarakat.

d. Hasil penelusuran kontak erat di masyarakat dan fasyankes. Kontak dapat terjadi pada keluarga atau rumah tangga, petugas kesehatan di lingkungan rumah sakit, ruang kelas, tempat kerja dan sebagainya.

e. Jika ditemukan orang yang memenuhi kriteria kasus maka dilakukan tatalaksana sesuai dengan kriteria kasus dan

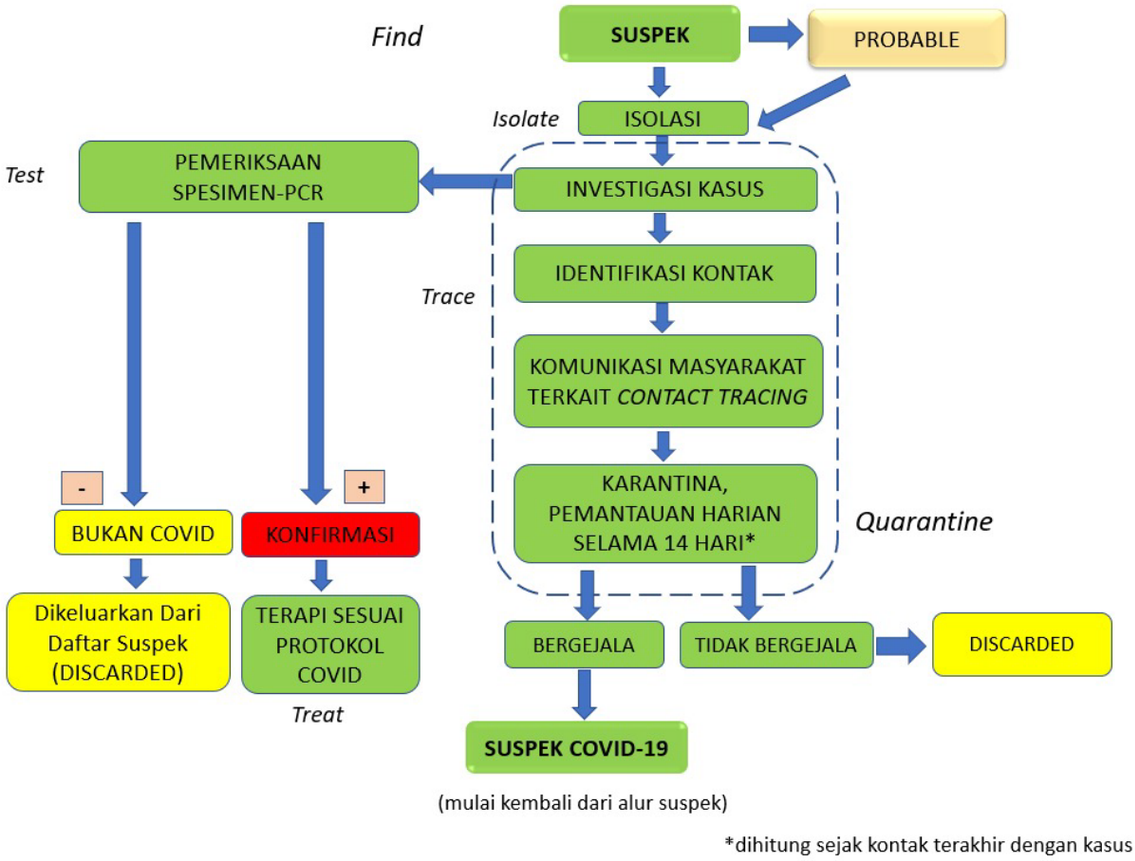
kondisi.

Ada beberapa kondisi di wilayah yang perlu perhatian khusus dalam mewaspadai penemuan kasus, misalnya pada fasilitas tertutup (seperti lapas, panti jompo, panti rehabilitasi, asrama, pondok pesantren, dan lain-lain) dan pada kelompok-kelompok rentan dilakukan melalui:

a. Peningkatan kegiatan surveilans khusus pada beberapa kelompok berisiko tinggi diperlukan untuk memastikan deteksi kasus dan klaster yang cepat, lebih cepat daripada surveilans FKTP atau surveilans berbasis rumah sakit. Orang yang tinggal di lingkungan tertutup, seperti penjara, atau fasilitas tempat tinggal khusus, seperti asrama, yayasan, dan lain-lain dapat menjadi sangat rentan karena mereka tidak mandiri.
b. Kelompok rentan lainnya terjadi pada kelompok dengan probabilitas penularan lebih tinggi dari pada populasi umum atau kelompok yang memiliki kondisi kesehatan buruk atau faktor predisposisi yang meningkatkan risiko risiko keparahan penyakit. Surveilans kelompok risiko tinggi harus dilakukan setiap hari dengan penemuan kasus aktif melalui skrining tanda dan gejala serta pemeriksaan suhu tubuh.
c. Pelaporan infeksi nosokomial dari Rumah Sakit, kasus COVID-19 harus dimasukkan sebagai prioritas untuk pelaporan segera. Semua klaster harus diinvestigasi dan dicatat kemungkinan sumber dan pola transmisi untuk melakukan pengendalian cepat. Pengumpulan data yang sistematis untuk kesehatan pekerja wajib dilakukan dan terintegrasi secara sistematis ke dalam sistem surveilans nasional.
d. Di lokasi pengungsi dan di antara populasi pengungsi dengan sumber daya rendah, dibutuhkan tambahan konsiderasi sebagai jaminan kemanusiaan.

Prinsip dasar upaya penanggulangan COVID-19 bertumpu pada penemuan kasus suspek/*probable* (*find*), yang dilanjutkan dengan upaya untuk isolasi (*isolate*) dan pemeriksaan laboratorium (*test*).

Ketika hasil test RT-PCR positif dan pasien dinyatakan sebagai kasus konfirmasi, maka tindakan selanjutnya adalah pemberian terapi sesuai dengan protokol. Pelacakan kontak (*trace*) harus segera dilaksanakan segera setelah kasus suspek/*probable* ditemukan. Kontak erat akan dikarantina selama 14 hari. Jika setelah dilakukan karantina selama 14 hari tidak muncul gejala, maka pemantauan dapat dihentikan. Akan tetapi jika selama pemantauan, kontak erat muncul gejala maka harus segera diisolasi dan diperiksa swab (RT-PCR).




Gambar 3. 1. Alur Manajemen Kesehatan Masyarakat

D. Manajemen Kesehatan Masyarakat

Manajemen kesehatan masyarakat merupakan serangkaian kegiatan kesehatan masyarakat yang dilakukan terhadap kasus. Kegiatan ini meliputi kegiatan karantina/isolasi, pemantauan, pemeriksaan spesimen, penyelidikan epidemiologi, serta komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat. Pembahasan mengenai masing-masing kegiatan dibahas pada bagian tersendiri. Ringkasan manajemen kesehatan masyarakat sebagaimana terlampir.

**Karantina** adalah proses 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.

**Isolasi** adalah proses mengurangi risiko penularan melalui upaya memisahkan individu yang sakit baik yang sudah dikonfirmasi laboratorium atau memiliki gejala COVID-19 dengan masyarakat luas.

Upaya karantina/isolasi dilakukan sesuai kondisi dan status kasus. Ringkasan upaya dijelaskan pada bagian Manajemen Klinis (BAB V).

1. Manajemen Kesmas pada Kasus Suspek

   Apabila menemukan kasus Suspek maka dilakukan manajemen kesmas meliputi:

   a. Dilakukan isolasi sesuai dengan kriteria sebagaimana terlampir. Isolasi dilakukan sejak seseorang dinyatakan sebagai kasus suspek. Isolasi dapat dihentikan apabila telah memenuhi kriteria *discarded.*

   b. Pengambilan spesimen untuk penegakan diagnosis

      Pengambilan spesimen dilakukan oleh petugas laboratorium setempat yang berkompeten dan berpengalaman baik di fasyankes atau lokasi pemantauan. Jenis spesimen dan waktu pengambilan dapat dilihat pada tabel 4.1 dan tabel 4.2 di BAB IV. Pengiriman spesimen disertai formulir penyelidikan epidemiologi sebagaimana terlampir.

   c. Pemantauan sejak mulai munculnya gejala

Pemantauan terhadap suspek dilakukan berkala selama menunggu hasil pemeriksaan laboratorium. Pemantauan dapat melalui telepon atau melalui kunjungan secara berkala (harian) dan dicatat pada formulir pemantauan harian sebagaimana terlampir. Pemantauan dilakukan dalam bentuk pemeriksaan suhu tubuh dan skrining gejala harian. Pada suspek yang melakukan isolasi mandiri di rumah, pemantauan dilakukan oleh petugas FKTP dan berkoordinasi dengan dinas kesehatan setempat.

Pemantauan dapat dihentikan apabila hasil pemeriksaan RT-PCR selama 2 hari berturut-turut dengan selang waktu >24 jam menunjukkan hasil negatif.

Kasus suspek yang sudah selesai isolasi dan pemantauan, dapat diberikan surat pernyataan selesai masa pemantauan sebagaimana formulir terlampir.

d. Komunikasi risiko

Petugas kesehatan memberikan komunikasi risiko pada kasus termasuk kontak eratnya berupa informasi mengenai COVID-19, pencegahan penularan, tatalaksana lanjut jika terjadi perburukan, dan lain-lain. Suspek yang melakukan isolasi mandiri harus melakukan kegiatan sesuai dengan protokol isolasi mandiri.

e. Penyelidikan epidemiologi

Penyelidikan epidemiologi dilakukan sejak seseorang dinyatakan sebagai suspek, termasuk dalam mengidentifikasi kontak erat.

*2.* Manajemen Kesmas pada Kasus *Probable*

Apabila menemukan kasus *probable* maka dilakukan manajemen kesmas meliputi:

a. Dilakukan isolasi sesuai dengan kriteria sebagaimana terlampir.

Isolasi pada kasus *probable* dilakukan selama belum dinyatakan selesai isolasi sesuai dengan pembahasan di manajemen klinis (BAB V).

b. Pemantauan terhadap kasus *probable* dilakukan berkala selama belum dinyatakan selesai isolasi sesuai dengan definisi operasional selesai isolasi. Pemantauan dilakukan oleh petugas FKRTL. Jika sudah selesai isolasi/pemantauan maka dapat

diberikan surat pernyataan sebagaimana formulir terlampir.

c. Apabila kasus *probable* meninggal, tatalaksana pemulasaraan jenazah sesuai protokol pemulasaraan jenazah kasus konfirmasi COVID-19.

d. Penyelidikan epidemiologi

   Penyelidikan epidemiologi tetap dilakukan terutama untuk mengidentifikasi kontak erat.

e. Komunikasi risiko

   Petugas kesehatan memberikan komunikasi risiko kepada kontak erat kasus berupa informasi mengenai COVID-19, pencegahan penularan, pemantauan perkembangan gejala, dan lain-lain.

3. Manajemen Kesmas pada Kasus Konfirmasi

   Apabila menemukan kasus konfirmasi maka dilakukan manajemen kesmas meliputi:

   a. Dilakukan isolasi sesuai dengan kriteria sebagaimana terlampir.

      Isolasi pada kasus konfirmasi dilakukan selama belum dinyatakan selesai isolasi sesuai dengan pembahasan di manajemen klinis BAB V.

   b. Pengambilan spesimen pada kasus dengan gejala berat/kritis untuk *follow up* pemeriksaan RT-PCR dilakukan di rumah sakit. Pada kasus tanpa gejala, gejala ringan, dan gejala sedang tidak perlu dilakukan *follow up* pemeriksaan RT-PCR.

   c. Pengambilan spesimen dilakukan oleh petugas laboratorium setempat yang berkompeten dan berpengalaman baik di fasyankes atau lokasi pemantauan. Jenis spesimen dapat dilihat pada tabel 4.1 di BAB IV Pengiriman spesimen disertai formulir penyelidikan epidemiologi sebagaimana terlampir.

   d. Pemantauan terhadap kasus konfirmasi dilakukan berkala selama belum dinyatakan selesai isolasi sesuai dengan definisi operasional selesai isolasi. Pada kasus konfirmasi yang melakukan isolasi mandiri di rumah, pemantauan dilakukan oleh petugas FKTP/FKRTL berkoordinasi dengan dinas kesehatan setempat. Pemantauan dapat melalui telepon atau melalui kunjungan secara berkala (harian) dan dicatat pada formulir pemantauan harian sebagaimana terlampir.

Pemantauan dilakukan dalam bentuk pemeriksaan suhu tubuh dan skrining gejala harian. Jika sudah selesai isolasi/pemantauan maka dapat diberikan surat pernyataan sebagaimana formulir terlampir. Pasien tersebut secara konsisten juga harus menerapkan protokol kesehatan.

e. Komunikasi risiko

Petugas kesehatan memberikan komunikasi risiko pada kasus termasuk kontak eratnya berupa informasi mengenai COVID-19, pencegahan penularan, tatalaksana lanjut jika terjadi perburukan, dan lain-lain. Kasus konfirmasi yang melakukan isolasi mandiri harus melakukan kegiatan sesuai dengan protokol isolasi mandiri.

f. Penyelidikan epidemiologi

Penyelidikan epidemiologi pada kasus konfirmasi juga termasuk dalam mengidentifikasi kontak erat.

4. Manajemen Kesmas pada Kontak Erat

Apabila menemukan kontak erat maka dilakukan manajemen kesmas meliputi:

a. Dilakukan karantina sesuai dengan kriteria sebagaimana terlampir

Karantina dilakukan sejak seseorang dinyatakan sebagai kontak erat selama 14 hari sejak kontak terakhir dengan dengan kasus *probable* atau konfirmasi COVID-19. Karantina dapat dihentikan apabila selama masa karantina tidak menunjukkan gejala (*discarded*).

b. Pemantauan dilakukan selama masa karantina. Pemantauan terhadap kontak erat dilakukan berkala untuk memantau perkembangan gejala. Apabila selama masa pemantauan muncul gejala yang memenuhi kriteria suspek maka dilakukan tatalaksana sesuai kriteria. Pemantauan dapat melalui telepon atau melalui kunjungan secara berkala (harian) dan dicatat pada formulir pemantauan harian sebagaimana terlampir. Pemantauan dilakukan dalam bentuk pemeriksaan suhu tubuh dan skrining gejala harian. Pemantauan dilakukan oleh petugas FKTP dan berkoordinasi dengan dinas kesehatan setempat.

c. Kontak erat yang sudah selesai karantina/pemantauan, dapat

diberikan surat pernyataan sebagaimana formulir terlampir.

d. Bagi petugas kesehatan yang memenuhi kriteria kontak erat yang tidak menggunakan APD sesuai standar, direkomendasikan untuk segera dilakukan pemeriksaan RT-PCR sejak kasus dinyatakan sebagai kasus *probable* atau konfirmasi.
   1) Apabila hasil positif, petugas kesehatan tersebut melakukan isolasi mandiri selama 10 hari. Apabila selama masa isolasi, muncul gejala dilakukan tata laksana sesuai kriteria kasus konfirmasi simptomatik.
   2) Apabila hasil negatif, petugas kesehatan tersebut tetap melakukan karantina mandiri selama 14 hari. Apabila selama masa karantina, muncul gejala dilakukan tata laksana sesuai kriteria kasus suspek.

e. Komunikasi risiko

   Petugas kesehatan memberikan komunikasi risiko pada kontak erat berupa informasi mengenai COVID-19, pencegahan penularan, tatalaksana lanjut jika muncul gejala, dan lain-lain.

f. Penyelidikan epidemiologi

   Penyelidikan epidemiologi dilakukan ketika kontak erat mengalami perkembangan gejala sesuai kriteria kasus suspek/konfirmasi.

5. Manajemen Kesmas pada Pelaku Perjalanan

   Dalam rangka pengawasan pelaku perjalanan dalam negeri (domestik) maupun luar negeri, diharuskan untuk mengikuti ketentuan sesuai protokol kesehatan ataupun ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Bagi pelaku perjalanan yang akan berangkat ke luar negeri harus mengikuti protokol yang sudah ditetapkan negara tujuan. Protokol kesehatan dilakukan sesuai dengan penerapan kehidupan masyarakat produktif dan aman terhadap COVID-19.

   Seluruh penumpang dan awak alat angkut dalam melakukan perjalanan harus dalam keadaan sehat dan menerapkan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian COVID-19 seperti menggunakan masker, sering mencuci tangan pakai sabun atau menggunakan *hand sanitizer*, menjaga jarak satu sama lain

(*physical distancing),* menggunakan pelindung mata/wajah, serta menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Selain menerapkan prinsip-prinsip tersebut, penumpang dan awak alat angkut harus memiliki persyaratan sesuai dengan peraturan kekarantinaan yang berlaku.

Petugas Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) di bandar udara atau pelabuhan keberangkatan/kedatangan melakukan kegiatan pemeriksaan suhu tubuh terhadap penumpang dan awak alat angkut, pemeriksaan lain yang dibutuhkan serta melakukan verifikasi kartu kewaspadaan kesehatan atau *Health Alert Card* (HAC) secara elektronik maupun non elektronik. Untuk, peningkatan kewaspadaan, dinas kesehatan daerah provinsi/kabupaten/kota dapat mengakses informasi kedatangan pelaku perjalanan yang melalui bandara atau pelabuhan ke wilayahnya melalui aplikasi *electronic Health Alert Card* (eHAC).

Penemuan kasus di pintu masuk dapat menggunakan formulir notifikasi penemuan kasus pada pelaku perjalanan sebagaimana terlampir. Penekanan pengawasan pelaku perjalanan dari luar negeri dilakukan untuk melihat potensi risiko terjadinya kasus importasi sehingga perlu adanya koordinasi antara KKP dengan dinas kesehatan.

E. Penyelidikan Epidemiologi

Setiap kasus suspek, kasus *probable* dan kasus konfirmasi harus dilakukan penyelidikan epidemiologi menggunakan formulir sebagaimana terlampir. Hasil penyelidikan epidemiologi dapat digunakan untuk memberikan masukan bagi pengambil kebijakan dalam rangka penanggulangan atau pemutusan penularan secara lebih cepat. Selain penyelidikan epidemiologi, kegiatan penanggulangan lain meliputi tatalaksana penderita, pencegahan, pemusnahan penyebab penyakit, penanganan jenazah, komunikasi risiko, dan lain-lain yang dijelaskan pada masing-masing bagian.

1. Definisi KLB

   Jika ditemukan satu kasus konfirmasi COVID-19 di suatu daerah maka dinyatakan sebagai KLB di daerah tersebut.

2. Tujuan Penyelidikan Epidemiologi

Penyelidikan epidemiologi dilakukan dengan tujuan mengetahui besar masalah KLB dan mencegah penyebaran yang lebih luas. Secara khusus tujuan penyelidikan epidemiologi sebagai berikut:

a. Mengetahui karakteristik epidemiologi, gejala klinis dan virus
b. Mengidentifikasi faktor risiko
c. Mengidentifikasi kasus tambahan
d. Mengidentifikasi kontak erat
e. Memberikan rekomendasi upaya penanggulangan

3. Tahapan Penyelidikan Epidemiologi

Tahapan penyelidikan epidemiologi secara umum meliputi:

a. Konfirmasi awal KLB

   Petugas surveilans atau penanggung jawab surveilans puskesmas/Dinas Kesehatan melakukan konfirmasi awal untuk memastikan adanya kasus konfirmasi COVID-19 dengan cara wawancara dengan petugas puskesmas atau dokter yang menangani kasus.

b. Pelaporan segera

   Mengirimkan laporan W1 ke Dinkes Kabupaten/Kota dalam waktu <24 jam, kemudian diteruskan oleh Dinkes Kabupaten/Kota ke Provinsi dan PHEOC.

c. Persiapan penyelidikan
   1) Persiapan formulir penyelidikan sebagaimana terlampir.
   2) Persiapan Tim Penyelidikan
   3) Persiapan logistik (termasuk APD) dan obat-obatan jika diperlukan

d. Penyelidikan epidemiologi
   1) Identifikasi kasus
   2) Identifikasi faktor risiko
   3) Identifikasi kontak erat
   4) Pengambilan spesimen di rumah sakit rujukan
   5) Penanggulangan awal

      Ketika penyelidikan sedang berlangsung petugas sudah harus memulai upaya pengendalian pendahuluan dalam rangka mencegah terjadinya penyebaran penyakit kewilayah yang lebih luas. Upaya ini dilakukan berdasarkan pada hasil penyelidikan epidemiologi yang dilakukan saat itu. Upaya tersebut dilakukan terhadap masyarakat maupun

lingkungan, antara lain dengan:

a) Menjaga kebersihan/higiene tangan, saluran pernapasan.
b) Sedapat mungkin membatasi kontak dengan kasus yang sedang diselidiki dan bila tak terhindarkan buat jarak dengan kasus.
c) Asupan gizi yang baik guna meningkatkan daya tahan tubuh.
d) Apabila diperlukan untuk mencegah penyebaran penyakit dapat dilakukan tindakan isolasi dan karantina.
e) Penggunaan APD sesuai risiko pajanan sesuai tabel 3.1

Tabel 3. 1. Penggunaan APD dalam Melakukan Penyelidikan Epidemiologi

| **Pelaksana** | **Kegiatan** | **APD yang Digunakan** |
|---|---|---|
| Petugas investigas/TGC | Wawancara kasus suspek atau konfirmasi COVID-19 maupun kontak erat | Tidak perlu menggunakan APD jika wawancara dilakukan melalui telepon. Wawancara melalui telepon merupakan metode yang disarankan |
| | Wawancara langsung dengan kasus suspek atau konfirmasi COVID-19 tanpa melakukan kontak langsung | Masker bedah.<br>Menjaga jarak minimal 1 meter<br>Wawancara harus dilakukan diluar rumah atau di luar ruangan dan kasus suspek atau konfirmasi COVID-19 menggunakan masker bedah<br>Jaga kebersihan tangan |

| Pelaksana | Kegiatan | APD yang Digunakan |
|---|---|---|
| | Wawancara langsung dengan kasus suspek atau konfirmasi COVID-19 dengan melakukan kontak langsung | Masker bedah<br>Sarung tangan karet sekali pakai (jika harus kontak dengan cairan tubuh pasien).<br>Menjaga jarak minimal 1 meter<br>Wawancara sebaiknya dilakukan di ruang terbuka dan jika diperlukan untuk masuk ke dalam rumah maka jaga jarak minimal 1 meter, jangan menyentuh apapun di dalam rumah, dan cek suhu kontak erat untuk memastikan tidak demam. |

e. Pengolahan dan analisis data

Pengolahan dan analisis data dilakukan sesuai dengan ketentuan pada Huruf H Bagian Pencatatan dan Pelaporan.

f. Penyusunan laporan penyelidikan epidemiologi

Setelah selesai melakukan penyelidikan epidemiologi maka dibuat laporan tertulis meliputi:

1) Latar belakang dan tujuan
2) Metodologi
3) Hasil penyelidikan epidemiologi meliputi:
   a) Data umum
   b) Analisis kasus COVID-19 berupa gambaran karakteristik kasus menurut variabel epidemiologi (waktu kejadian, tempat dan orang)
   c) Analisis faktor risiko
   d) Analisis kontak kasus
   e) Hasil pemeriksaan laboratorium
   f) Upaya yang sudah dilakukan seperti tatalaksana kasus, pemeriksaan laboratorium, tindakan pengendalian faktor lingkungan dan sebagainya
4) Kesimpulan dan rekomendasi

F. Pelacakan Kontak Erat

Pelacakan kontak erat yang baik menjadi kunci utama dalam memutus rantai transmisi COVID-19. Elemen utama pada implementasi pelacakan kontak adalah pelibatan dan dukungan masyarakat, perencanaan yang matang dengan mempertimbangkan situasi wilayah, masyarakat dan budaya, dukungan logistik, pelatihan dan supervisi, serta sistem manajemen data pelacakan kontak. Upaya pelacakan kontak harus diikuti dengan peningkatan kapasitas laboratorium untuk melakukan pemeriksaan swab pada kontak erat.

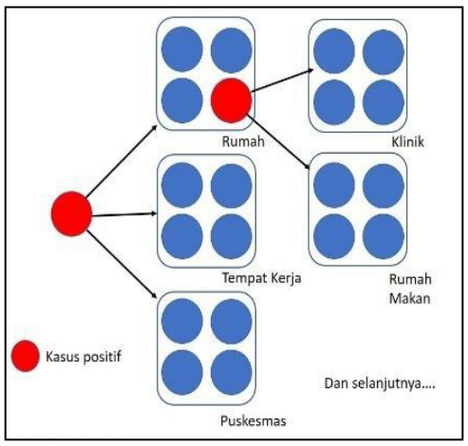
Pelibatan masyarakat juga sangat penting untuk memastikan tidak adanya stigma yang muncul pada orang-orang yang masuk kategori kontak erat. Komunikasi yang baik dan jelas dengan mengharapkan kesukarelaan pada kontak erat untuk dilakukan wawancara, melakukan karantina mandiri, pemeriksaan swab, pemantauan (atau melaporkan ada/tidaknya gejala setiap hari) dan untuk dilakukan isolasi jika muncul gejala.

Petugas yang akan melakukan pelacakan kontak sebaiknya berasal dari masyarakat setempat yang memiliki kedekatan baik secara sosial maupun budaya, yang kemudian mendapatkan pelatihan. Pelatihan yang diberikan minimal terkait informasi umum COVID-19, cara pencegahan, pelaksanaan pelacakan kontak, pemantauan harian, karantina/isolasi, etika dan kerahasiaan data serta komunikasi dalam konteks kesehatan masyarakat.

Tahapan pelacakan kontak erat terdiri dari 3 komponen utama yaitu identifikasi kontak (*contact identification*), pencatatan detil kontak (*contact listing*) dan tindak lanjut kontak (*contact follow up*).

1. Identifikasi Kontak

   Identifikasi kontak sudah dimulai sejak ditemukannya kasus suspek, kasus *probable* dan/kasus konfirmasi COVID-19. Identifikasi kontak erat ini bisa berasal dari kasus yang masih hidup ataupun kasus yang sudah meninggal. Proses identifikasi kontak merupakan proses kasus mengingat kembali orang-orang yang pernah berkontak dengan kasus dalam 2 hari sebelum kasus timbul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus timbul gejala. Konsep epidemiologi: waktu, tempat dan orang diterapkan disini.




Gambar 3. 2. Contoh Hubungan Kontak Erat

Selalu lakukan pengecekan ulang untuk memastikan konsistensi dan keakuratan data. Untuk membantu dalam melakukan identifikasi kontak dapat menggunakan tabel berikut.

Tabel 3. 2. Contoh Cara Melakukan Identifikasi Kontak Erat

| Tanggal | 28 Mei 2020 | 29 Mei 2020 | | | 30 Mei 2020 (Onset gejala) | 31 Mei 2020 | 1 Juni 2020 | Dst |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tempat yang dikunjungi | Rumah A | Restoran | Sekolah | Rumah Teman | Puskesmas | Rumah sakit | Dst | Dst |
| Orang/ kontak | Nama A (mis) | Nama C | … | … | dr. | dr | Dst | Dst |
| | Nama B (mis) | Nama D | … | … | perawat | perawat | Dst | Dst |
| | Dst. | Dst. | … | … | Dst. | Dst. | Dst. | Dst. |

2. Pendataan Kontak Erat

Semua kontak erat yang telah diidentifikasi selanjutnya dilakukan wawancara secara lebih detail. Berikut tahap pendataan kontak erat:

a. Wawancara dapat dilakukan baik wawancara langsung maupun via telepon/media komunikasi lainnya.
b. Sampaikan maksud dan tujuan pelaksanaan pelacakan kontak
c. Catat data-data kontak seperti nama lengkap, usia, alamat lengkap, nomer telepon, tanggal kontak terakhir dan sebagainya sesuai dengan formulir pemantauan harian sebagaimana terlampir. Sampaikan teknis pelaksanaan monitoring harian
d. Sampaikan kepada kontak erat untuk melakukan hal-hal

berikut ini:

1) Melakukan karantina mandiri
2) Laporkan sesegera mungkin jika muncul gejala seperti batuk, pilek, sesak nafas, dan gejala lainnya melalui kontak tim monitoring. Sampaikan bahwa semakin cepat melaporkan maka akan semakin cepat mendapatkan tindakan untuk mencegah perburukan.
3) Apabila kontak erat menunjukkan gejala dan harus dibawa ke fasyankes dengan kendaraan pribadi, perhatikan hal-hal sebagai berikut:
   a) Beritahu petugas fasyankes bahwa kontak yang memiliki gejala akan dibawa.
   b) Saat bepergian untuk mencari perawatan, kontak harus memakai masker medis.
   c) Hindari menggunakan transportasi umum ke fasyankes jika memungkinkan. Ambulans dapat dipanggil, atau kontak yang sakit dapat diangkut dalam kendaraan pribadi dengan semua jendela terbuka, jika memungkinkan.
   d) Kontak dengan gejala harus disarankan untuk selalu melakukan kebersihan pernapasan dan tangan. Misalnya berdiri atau duduk sejauh mungkin dari orang-orang di sekitar (setidaknya 1 meter) saat bepergian dan ketika berada di fasilitas perawatan kesehatan.
   e) Setiap permukaan yang terkena sekret pernapasan atau cairan tubuh lainnya selama proses transfer harus dibersihkan dengan sabun atau deterjen dan kemudian didisinfeksi dengan produk rumah tangga biasa yang mengandung larutan pemutih encer 0,5%.

3. *Follow up* Kontak Erat (Pemantauan dan Karantina)
   a. Petugas surveilans yang telah melakukan kegiatan identifikasi kontak dan pendataan kontak akan mengumpulkan tim baik dari petugas puskesmas setempat, kader, relawan dari PMI dan pihak-pihak lain terkait. Pastikan petugas yang memantau dalam kondisi fit dan tidak memiliki penyakit komorbid.

Alokasikan satu hari untuk menjelaskan cara melakukan monitoring, mengenali gejala, tindakan observasi rumah, penggunaan APD, tindakan pencegahan penularan penyakit lain serta promosi kesehatan untuk masyarakat di lingkungan.

b. Komunikasi risiko harus secara pararel disampaikan kepada masyarakat untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan seperti munculnya stigma dan diskriminasi akibat ketidaktahuan.

c. Petugas surveilans provinsi bertindak sebagai supervisor bagi petugas surveilans kabupaten/kota. Petugas surveilans kabupaten/kota bertindak sebagai supervisor untuk petugas puskesmas.

d. Laporan dilaporkan setiap hari untuk menginformasikan perkembangan dan kondisi terakhir dari kontak erat. Seluruh kegiatan pelacakan kontak sebaiknya dilakukan di ruangan terbuka untuk meminimalkan potensi penularan.

e. Pemeriksaan laboratorium kontak erat dilakukan ketika menunjukkan gejala.

f. Setiap petugas harus memiliki pedoman pencegahan dan pengendalian COVID-19 yang didalamnya sudah tertuang pelacakan kontak dan tindakan yang harus dilakukan jika kontak erat muncul gejala. Petugas juga harus proaktif memantau dirinya sendiri.

4. Pelacakan kontak pada petugas kesehatan

a. Petugas kesehatan yang melakukan perawatan langsung kepada pasien sebaiknya dilakukan penilaian risiko secara berkala.

b. Pada petugas kesehatan yang memenuhi kriteria kontak erat direkomendasikan untuk:

1) Berhenti bekerja sementara

2) Segera dilakukan pemeriksaan RT-PCR sejak kasus dinyatakan sebagai kasus *probable* atau konfirmasi

3) Melakukan karantina dan monitoring secara mandiri selama 14 hari

c. Petugas yang terpapar tetapi tidak memenuhi kriteria kontak erat maka dapat terus bekerja.

d. Petugas sebaiknya melaporkan secara rutin kondisi pribadinya (ada atau tidak gejala, komorbid, kemungkinan paparan dan

sebainya) kepada penanggung jawab di fasyankes masing-masing.

e. Petugas kesehatan yang kemungkinan terpapar COVID-19 dari luar (bukan dari fasyankes) tetap harus mengikuti prosedur yang sama.

5. Alat yang perlu disiapkan ketika akan melakukan pelacakan kontak termasuk monitoring:
   a. Formulir pemantauan harian sebagaimana terlampir
   b. Alat tulis
   c. Termometer (menggunakan thermometer tanpa sentuh jika tersedia)
   d. *Hand sanitizer* (cairan untuk cuci tangan berbasis alkohol)
   e. Informasi KIE tentang COVID-19
   f. Panduan pencegahan penularan di lingkungan rumah
   g. Panduan alat pelindung diri (APD) untuk kunjungan rumah
   h. Daftar nomor-nomor penting
   i. Masker bedah
   j. Identitas diri maupun surat tugas
   k. Alat komunikasi (grup Whatsapp dan lain-lain)
6. Seluruh kegiatan tatalaksana kontak ini harus dilakukan dengan penuh empati kepada kontak erat, menjelaskan dengan baik, dan tunjukkan bahwa kegiatan ini adalah untuk kebaikan kontak erat serta mencegah penularan kepada orang-orang terdekat (keluarga, saudara, teman dan sebagainya). Diharapkan tim promosi kesehatan juga berperan dalam memberikan edukasi dan informasi yang benar kepada masyarakat.
7. Petugas surveilans kabupaten/kota dan petugas survelans provinsi diharapkan dapat melakukan komunikasi, koordinasi dan evaluasi setiap hari untuk melihat perkembangan dan pengambilan keputusan di lapangan.

G. Penilaian Risiko

Berdasarkan informasi dari penyelidikan epidemiologi maka dilakukan penilaian risiko cepat meliputi analisis bahaya, paparan/kerentanan dan kapasitas untuk melakukan karakteristik risiko berdasarkan kemungkinan dan dampak. Hasil dari penilaian risiko ini diharapakan dapat digunakan untuk rekomendasi dan rencana operasi

penanggulangan kasus COVID-19. Penilaian risiko ini dilakukan secara berkala sesuai dengan perkembangan penyakit. Penjelasan lengkap mengenai penilaian risiko cepat dapat mengacu pada pedoman WHO *Rapid Risk Assessment of Acute Public Health*.

H. Pencatatan, Pelaporan, dan Distribusi Data dan Informasi

Berdasarkan Permenkes Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan, disebutkan bahwa Surveilans Kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien. Selanjutnya disebutkan pula bahwa kegiatan surveilans kesehatan diselenggarakan melalui pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, dan diseminasi sebagai satu kesatuan yang tidak terpisahkan untuk menghasilkan informasi yang objektif, terukur, dapat diperbandingkan antar waktu, antar wilayah, dan antar kelompok masyarakat sebagai bahan pengambilan keputusan.

Penyelenggaraan surveilans COVID-19 juga dilakukan sesuai amanat Permenkes Nomor 45 Tahun 2014 meliputi pencatatan, pelaporan, pengolahan data, hingga distribusi data dan informasi berdasarkan kebutuhan nasional dan wilayah sebagai bahan pengambilan kebijakan pencegahan dan pengendalian COVID-19.

1. Pencatatan dan Pelaporan

   Pencatatan dan pelaporan kasus terkait COVID-19 harus menjadi alat komunikasi efektif antara petugas kesehatan baik di daerah maupun di pusat, agar terjadi kesinambungan informasi dan upaya pengendalian kasus dapat tercapai. Oleh karena itu sistem pencatatan dan pelaporan COVID-19 harus dilaksanakan secara cepat, tepat, lengkap dan valid, dengan tetap memperhatikan indikator kinerja surveilans yaitu kelengkapan dan ketepatan laporan.

   Pencatatan dan pelaporan COVID-19 terbagi menjadi laporan notifikasi kasus, laporan pengiriman dan pemeriksaan spesimen,

laporan penyelidikan epidemiologi, pelacakan dan pemantauan kontak, dan laporan harian agregat.

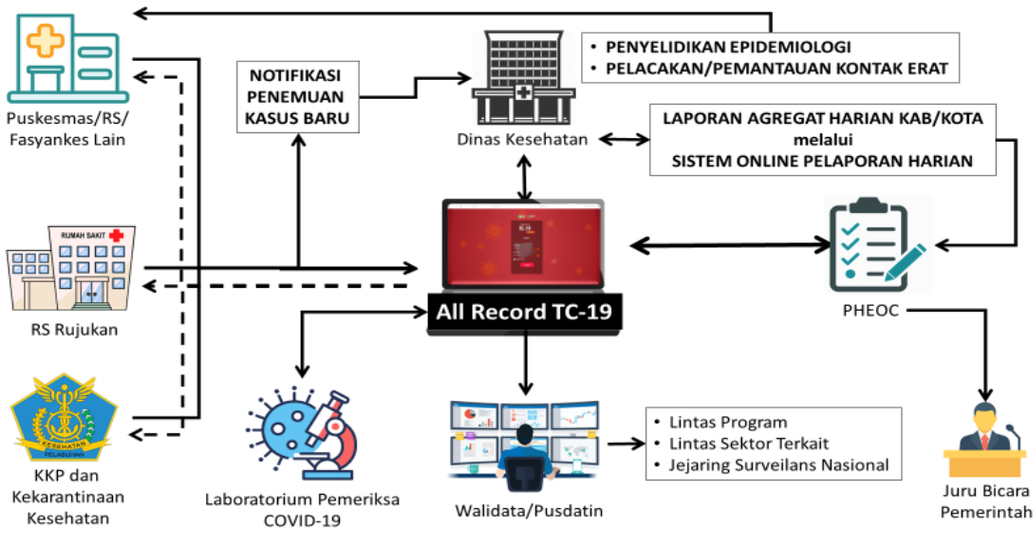
Secara umum, pencatatan dan pelaporan kasus COVID 19 dilaksanakan terkomputerisasi dengan cara *online* berbasis aplikasi. Beberapa wilayah yang tidak bisa melaporkan secara *online*, pengiriman pelaporan dilakukan secara *offline* menggunakan formulir-formulir terlampir melalui mekanisme yang disepakati. Laporan *offline* dari fasyankes akan diinput ke aplikasi online oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

Aplikasi online yang sudah disiapkan sebagai sistem pencatatan dan pelaporan COVID-19 adalah: All Record TC-19 (https://allrecord-tc19.kemkes.go.id), dan Sistem Online Pelaporan Harian COVID-19 (https://s.id/laporhariancovid).

Unit-unit yang melakukan pencatatan kasus COVID-19 diantaranya:

a. Puskesmas
b. Rumah sakit
c. Klinik dan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) lainnya
d. Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP)
e. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
f. Laboratorium Kesehatan yang ditunjuk:
    1) Puslitbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan
    2) Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda)
    3) Laboratorium RS
    4) Laboratorium Universitas
    5) B/BTKLPP
    6) B/BLK
    7) Laboratorium BPOM
    8) Balai Besar Veteriner
    9) Laboratorium swasta

    Setiap elemen data/variabel yang berhubungan dengan surveilans dilaporkan melalui aplikasi, dengan alur pencatatan dan pelaporan data sebagai berikut:




Gambar 3. 3. Alur Pencatatan dan Pelaporan COVID-19

a. Laporan Notifikasi Penemuan Kasus

1) Kasus di Wilayah

Kasus yang baru diterima oleh Fasyankes (Puskesmas, RS, Klinik, atau fasyankes lain) dan atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, baik dari kunjungan pasien atau hasil penelusuran kontak erat, harus dicatat dan dilaporkan dalam formulir notifikasi penemuan kasus COVID-19 sebagaimana terlampir.

Variabel yang harus dilengkapi saat mencatat notifikasi penemuan kasus adalah: Nama, NIK, Umur, Jenis Kelamin, Alamat Domisili 14 hari terakhir (lengkap dengan desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota), Nomor kontak seluler yang dapat dihubungi, tanggal onset (muncul gejala), gejala terkait COVID-19, Riwayat (kontak/perjalanan/tidak ada), kondisi penyerta, status epidemiologi (suspek/*probable*/konfirmasi), tindakan (rujuk/rawat/isolasi mandiri).

Variabel alamat domisili diisi dengan alamat tempat tinggal dalam 14 hari terakhir. Variabel ini penting untuk dilengkapi karena menjadi dasar penentuan lokasi asal ditemukannya kasus, dan berkaitan dengan area fokus penyelidikan epidemiologi.

Bagi Rumah Sakit yang sudah terdaftar ke dalam SIRS-Online, maka data kasus juga diinput ke dalam aplikasi SIRS-Online sesuai ketentuan pelayanan di rumah sakit. Bagi fasyankes yang melakukan pengambilan spesimen, setelah mencatat data diatas harus melakukan input melalui aplikasi online All Record TC-19.

Formulir notifikasi penemuan kasus tersebut selanjutnya dikirimkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi untuk direkap dan ditindaklanjuti. Dinas Kesehatan juga dapat melihat notifikasi penemuan kasus terkait kasus yang dikirim spesimennya melalui aplikasi online All Record TC-19 menggunakan akun Dinas Kesehatan.

Bila kasus merupakan kontak erat yang harus dipantau, maka dilanjutkan dengan pelaporan pemantauan kontak erat. Sedangkan bila kasus merupakan kasus suspek, *probable* atau konfirmasi yang perlu dilakukan penyelidikan epidemiologi dan pelacakan kontak, maka dilanjutkan dengan pelaporan penyelidikan epidemiologi.

Untuk kasus yang harus dirujuk ke fasyankes lain, pada formulir notifikasi harus mencantumkan tanggal merujuk dan fasyankes rujukan yang dituju untuk menjadi perhatian Dinas Kesehatan. Bagi fasyankes yang memiliki akses ke aplikasi online, data kasus yang akan dirujuk harus dipastikan sudah diinput ke dalam aplikasi SIRS-Online atau All Record TC-19 untuk memudahkan pelacakan riwayat pelayanan kesehatan bagi kasus yang bersangkutan.

2) Kasus di Pintu Masuk Negara dan Area Kekarantinaan Kesehatan

Pencatatan dan pelaporan kasus terkait COVID-19 di pintu masuk negara dan area kekarantinaan kesehatan dilakukan melalui aplikasi online SINKARKES/eHAC, selanjutnya akan dilakukan sinkronisasi *interoperable* kepada aplikasi All Record TC-19.

Variabel data yang wajib dicatat dan dilaporkan antara lain:

a) Identitas Pasien Lengkap, meliputi; Nama lengkap, NIK/Nomor Paspor, Tempat/tanggal lahir, Umur, Jenis Kelamin, Kewarganegaraan, Pekerjaan, Alamat sesuai KTP/Paspor, Alamat Domisili dalam 14 hari terakhir, Alamat Tujuan, Nomor seluler yang dapat dihubungi.
b) Informasi klinis, meliputi: Tanggal mulai sakit/onset, Gejala/Tanda, Diagnosis Awal/Status Kasus COVID-19 (Suspek, *Probable* atau Konfirmasi).
c) Riwayat Perjalanan Domestik/Internasional, meliputi: Nomor Penerbangan, Nomor tempat duduk, Tanggal kedatangan, Negara Asal Kedatangan.
d) Proses karantina, meliputi: Nama wisma/hotel, Nomor tower/kamar, Tanggal pengambilan swab, Lokasi pengambilan swab, Tanggal keluar swab, Hasil swab, Tanggal swab ulang (untuk kontak erat kasus konfirmasi), Hasil swab ulang, Tanggal keluar klirens kesehatan.
e) Proses rujukan, meliputi: Tanggal rujukan ke fasyankes, Nama fasyankes rujukan

   Data-data diatas harus dilengkapi sebelum pasien dirujuk ke Fasyankes. Selanjutnya Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) harus memberikan notifikasi kepada fasyankes rujukan dan dinas kesehatan tujuan, agar dapat ditindaklanjuti dengan perawatan atau pemantauan sesuai ketentuan.

   Variabel alamat domisili diisi dengan alamat tempat tinggal dalam 14 hari terakhir. Variabel ini penting untuk dilengkapi karena menjadi dasar penentuan lokasi asal ditemukannya kasus, dan berkaitan dengan area fokus penyelidikan epidemiologi, notifikasi ke negara asal WNA melalui National IHR Focal Point Indonesia, dan sebagai dasar pengeluaran klirens bagi WNI repatriasi, mandiri dan WNA yang datang dari luar

negeri (khusus untuk wisma karantina) serta notifikasi ke daerah tujuan.

Pengisian data proses karantina dikhususkan bagi KKP yang wilayah kerjanya menjadi pintu masuk WNI repatriasi, mandiri, dan WNA yang datang dari luar negeri dan tidak membawa surat keterangan negatif COVID-19, serta terdapat fasilitas wisma/asrama karantina. Pada proses karantina dilakukan pengambilan swab. Apabila hasil swab negatif, maka orang yang dikarantina dapat dipulangkan setelah terbit klirens kesehatan. Apabila hasil swab positif, maka dilakukan proses rujukan sesuai ketentuan.

Ketika ada proses pengambilan spesimen (swab), petugas yang ditunjuk di area kekarantinaan kesehatan juga harus melakukan input melalui aplikasi online All Record TC-19.

3) Kasus Notifikasi dari Negara Lain

Jika dilaporkan kasus notifikasi dari *IHR National Focal Point* negara lain maka informasi awal yang diterima oleh Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) akan diteruskan ke PHEOC untuk dilakukan pelacakan.

a) Bila data yang diterima meliputi: nama, nomor paspor, dan angkutan keberangkatan dari negara asal menuju pintu masuk negara (bandara, pelabuhan, dan PLBDN) maka dilakukan:

(1) PHEOC meminta KKP melacak melalui HAC atau jejaring yang dimiliki KKP tentang identitas orang tersebut sampai didapatkan alamat dan nomor seluler.

(2) Bila orang yang dinotifikasi belum tiba di pintu masuk negara, maka KKP segera menemui orang tersebut kemudian melakukan tindakan sesuai SOP, termasuk melakukan pencatatan dan pelaporan

sebagaimana pelaporan kasus di Pintu masuk negara.

(3) Bila orang tersebut sudah melewati pintu masuk negara, maka KKP melaporkan ke PHEOC perihal identitas dan alamat serta nomor seluler yang dapat dihubungi.

(4) PHEOC meneruskan informasi tersebut ke wilayah (Dinkes) dan KKP setempat untuk dilakukan pelacakan dan tindakan sesuai SOP, selanjutnya dilakukan pencatatan dan pelaporan sebagaimana pelaporan kasus di Pintu Masuk Negara.

b) Bila data yang diterima hanya berupa nama dan nomor paspor maka dilakukan:

(1) PHEOC menghubungi *contact person* (CP) di Direktorat Sistem Informasi dan Teknologi Keimigrasian (dapat langsung menghubungi direktur atau eselon dibawahnya yang telah diberi wewenang) untuk meminta data identitas lengkap dan riwayat perjalanan.

(2) Setelah PHEOC mendapatkan data lengkap, PHEOC meneruskan informasi tersebut ke wilayah (Dinkes) dan KKP setempat untuk dilakukan pelacakan dan tindakan sesuai SOP, selanjutnya dilakukan pencatatan dan pelaporan sebagaimana pelaporan kasus di Pintu Masuk Negara.

Alur pelacakan kasus notifikasi dari IHR National Focal Point negara lain ini dapat dilihat pada formulir terlampir.

b. Laporan Pengiriman dan Pemeriksaan Spesimen

1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pengirim Spesimen

Spesimen yang diambil dan dikirim ke laboratorium pemeriksa spesimen harus tercatat dan terlaporkan seluruhnya ke dalam aplikasi online All Record TC-19.

Variabel data yang wajib dicatat dan dilaporkan antara lain:

a) Identitas Pasien Lengkap, meliputi: Nama lengkap, NIK/Paspor, umur, jenis kelamin, alamat domisili dalam 14 hari terakhir, alamat sesuai identitas, nomor kontak seluler yang dapat dihubungi.
b) Informasi Klinis, meliputi: Tanggal mulai sakit/onset, gejala/tanda
c) Riwayat rujukan (data pengirim spesimen), meliputi: jenis fasyankes dan asal fasyankes.
d) Riwayat pengambilan spesimen, meliputi: tanggal pengambilan spesimen, jenis spesimen yang diambil, dan laboratorium pemeriksa tujuan.

Variabel alamat domisili diisi dengan alamat tempat tinggal dalam 14 hari terakhir. Variabel ini penting untuk dilengkapi karena menjadi dasar penentuan lokasi asal ditemukannya kasus, dan berkaitan dengan lokasi asal ditemukannya kasus berdasarkan laporan notifikasi yang sudah dikirimkan ke dinas kesehatan sebelumnya, dan berkaitan dengan area fokus penyelidikan epidemiologi.

Data kasus yang akan diambil spesimen dapat diperiksa melalui aplikasi, apakah pernah tercatat dalam database SIRS-Online atau All Record TC-19 sebelumnya, jika belum ada, maka fasyankes pengirim spesimen wajib menambah kasus tersebut sebagai data baru yang akan dikirimkan spesimennya.

Pada saat akan mengirimkan spesimen, fasyankes harus melampirkan form permintaan pemeriksaan laboratorium yang dapat dicetak dari aplikasi All Record TC-19. Sebagai panduan pengisian data pengiriman spesimen, dapat digunakan formulir penyelidikan epidemiologi sebagaimana terlampir. Dalam kondisi darurat, misalnya form permintaan pemeriksaan laboratorium tidak dapat dicetak dari aplikasi, fasyankes pengirim dapat mengirim spesimen dengan melampirkan formulir PE yang sudah terisi variabel wajib di atas, namun tetap memastikan data sudah diinput ke dalam aplikasi.

Fasyankes juga dapat mengajukan permohonan pemeriksaan menggunakan TCM dan Viral Load dengan melampirkan formulir sebagaimana terlampir, ditujukan kepada laboratorium rumah sakit yang ditunjuk oleh Pemerintah untuk melaksanakan pemeriksaan RT-PCR COVID-19 menggunakan alat *close system* (TCM Tuberkulosis dan Alat PCR Viral Load HIV).

Setelah spesimen diperiksa oleh laboratorium dan laboratorium memperbarui data, maka hasil pemeriksaan dapat langsung dilihat oleh fasyankes pengirim melalui aplikasi All Record TC-19. Hasil yang didapat harus segera dilakukan tindak lanjut, baik perbaikan tata laksana kasus, penyelidikan epidemiologi (berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan), maupun pengambilan/pengiriman spesimen ulang bila diperlukan.

2) Laboratorium Pemeriksa Spesimen

Seluruh laboratorium di lingkungan rumah sakit dan laboratorium lain yang ditunjuk untuk melakukan pemeriksaan uji RT-PCR SARS-CoV-2 diwajibkan melaporkan hasil uji dalam waktu 1 x 24 jam ke Kementerian Kesehatan melalui aplikasi *All Record TC-19.*

Untuk laboratorium rumah sakit yang ditunjuk untuk melakukan pemeriksaan COVID-19 dengan menggunakan alat TCM Tuberkulosis melaporkan hasil pemeriksaan dan penggunaan reagennya melalui Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB), dan RT-PCR Viral Load HIV melaporkan hasil pemeriksaan dan penggunaan reagennya sesuai alur pelaporan RT-PCR, serta melengkapi Register Pemeriksaan Laboratorium sebagaimana formulir terlampir.

Dalam hal pencatatan dan pelaporan untuk kepentingan surveilans, laboratorium pemeriksa yang menggunakan TCM dan Viral Load, tetap diwajibkan memperbarui hasil pemeriksaannya di aplikasi All Record TC-19. Hal ini dikarenakan fasyankes pengirim spesimen mengajukan permintaan pemeriksaan melalui aplikasi All Record TC-19.

Variabel yang wajib diperbarui oleh laboratorium melalui All Record TC-19 meliputi jenis spesimen, lab pemeriksa, nomor sampel lab, tanggal spesimen diterima, tanggal spesimen diperiksa, hasil pemeriksaan, dan kesimpulan.

Bila didapatkan spesimen tidak adekuat atau terdapat kekeliruan penggunaan material/media atau hasil pemeriksaan inkonklusif atau tidak valid, laboratorium dapat mengirimkan notifikasi ke fasyankes pengirim spesimen tersebut untuk melakukan pengambilan spesimen ulang dan pengirimannya sesegera mungkin.

3) Dinas Kesehatan

Dinas kesehatan baik kabupaten/kota maupun provinsi dapat memantau hasil pemeriksaan laboratorium melalui aplikasi All Record TC-19 menggunakan akun Dinas Kesehatan, selanjutnya dapat dilakukan tindakan sesuai hasil pemeriksaan yang ditampilkan.

4) Kementerian Kesehatan

*Public Health Emergency Operation Center* (PHEOC) dapat melakukan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium yang muncul di All Record TC-19 dan SITB. Hasil pemeriksaan tersebut dapat dikoordinasikan kembali dengan Dinas Kesehatan untuk ditindaklanjuti sesuai hasil pemeriksaan, termasuk meminta kelengkapan data kasus melalui proses penyelidikan epidemiologi dan pelacakan kontak erat.

c. Laporan Penyelidikan Epidemiologi (PE)

1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) yang melakukan perawatan kasus atau pemantauan kasus (isolasi mandiri) diharuskan melengkapi data kasus melalui aplikasi All Record TC-19. Bila fasyankes tersebut terdaftar dalam aplikasi SIRS-Online, maka harus memastikan kedua aplikasi tersebut sudah terisi data yang sama dengan lengkap. Bila tidak dapat melaporkan secara online, maka fasyankes harus melengkapi formulir PE terlampir, dan

mengirimkannya ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk dilengkapi dan ditindaklanjuti.

Variabel data yang wajib dilengkapi dalam pencatatan dan pelaporan di fasyankes antara lain:

a) Informasi klinis, meliputi: Tanggal mulai sakit/onset, gejala/tanda, kondisi penyerta atau penyakit komorbid, diagnosis/status kasus COVID-19 (suspek/*probable*/konfirmasi)
b) Riwayat perawatan, meliputi: tanggal mulai perawatan, tanggal mulai pemantauan (untuk isolasi mandiri), tanggal keluar RS/perbaikan klinis/selesai isolasi, dan tanggal meninggal.

Memeriksa kembali data yang sudah diisikan untuk memastikan tidak ada variabel yang terlewatkan tidak terisi.

2) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Dinas Kesehatan Kabupaten/kota selaku pemegang wilayah harus dapat menguasai seluruh data kesehatan termasuk data yang mengikat kasus yang sudah dinotifikasi oleh fasyankes/KKP dan berada dalam pengawasan tim kesehatan di wilayahnya. Oleh karena itu kegiatan surveilans epidemiologi berikutnya, berupa penyelidikan epidemiologi, bertujuan untuk mencari dan melokalisir risiko penularan.

Beberapa variabel data dasar atas nama kasus sudah bisa didapatkan melalui aplikasi online All Record TC-19, atau formulir PE yang sudah diisi oleh fasyankes yang merawat dan melakukan pemantauan kasus/kontak.

Pada kegiatan ini, selain memeriksa kelengkapan data dari fasyankes, dinas kesehatan juga harus melengkapi variabel wajib berikut ini pada aplikasi All Record TC-19:

a) Faktor risiko Riwayat perjalanan
b) Faktor risiko paparan/kontak
c) Daftar kontak erat
d) Penetapan kriteria kasus (suspek, *probable*, konfirmasi)

Bila terdapat data yang tidak lengkap dari fasyankes dan KKP (terutama nama, NIK, alamat domisili), maka Dinkes Kabupaten/kota harus mengingatkan fasyankes dan KKP yang bersangkutan untuk melengkapi datanya.

d. Laporan Pemantauan Kontak Erat

Setiap kasus yang dilakukan PE akan dilakukan pelacakan kontak erat yang diduga menjadi faktor risiko paparan terhadap kasus, juga kontak erat yang selalu bertemu dengan kasus.

Terhadap kontak erat yang sudah ditemukan harus dicatat dan dilaporkan secara harian, terkait status kesehatannya, tanggal kontak terakhir dengan kasus suspek/*probable*/konfirmasi, riwayat pengambilan spesimen jika terjadi perubahan status dari kontak menjadi suspek, riwayat rujukan, dan hasil pemantauan akhir. Formulir yang digunakan sebagaimana terlampir.

Fasyankes yang merawat kasus suspek/*probable* harus melakukan pelaporan pemantauan kontak erat, dan juga melakukan pemantauan petugas kesehatan yang merupakan kontak erat karena merawat kasus suspek/*probable*/konfirmasi.

Puskesmas, KKP (area kekarantinaan kesehatan), fasilitas khusus karantina, dan rumah yang melaksanakan isolasi atau karantina mandiri juga harus melakukan pelaporan pemantauan kontak erat. Pemantauan kontak erat di rumah menjadi tanggung jawab petugas kesehatan di Puskesmas setempat.

Setiap kontak erat yang dipantau setiap hari wajib diperiksa suhu tubuhnya dan gejala yang mungkin dikeluhkan. Hasil pemantauan harian dituliskan di dalam formulir yang disediakan, kemudian dilaporkan secara harian kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk selanjutnya dilakukan rekap ke dalam Laporan Harian Agregat.

e. Laporan Harian Agregat

Laporan harian agregat dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui aplikasi Sistem Online Pelaporan Harian COVID-19 (https://s.id/laporhariancovid). Laporan ini merupakan rekapitulasi agregat harian dari laporan notifikasi

penemuan kasus, laporan terkait spesimen, laporan PE, dan laporan pemantauan kontak erat. Laporan harian juga merupakan alat monitoring harian bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atas perkembangan kasus di wilayahnya, sehingga laporan harian ini wajib dilakukan secara lengkap dan tepat waktu. Formulir laporan harian sebagaimana terlampir.

Laporan ini sangat berguna untuk melakukan analisis cepat perkembangan kasus COVID-19 dalam jangka waktu harian dan jangka waktu tertentu, sehingga dapat dijadikan acuan pemegang kebijakan untuk bertindak cepat dan akurat sesuai indikator surveilans epidemiologi. Oleh karena laporan harian ini diisi dan dilaporkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota selaku pemegang wilayah, maka data ini dapat secara akurat digunakan sebagai acuan perencanaan respon pencegahan dan pengendalian COVID-19 di wilayah kabupaten/kota. Melalui aplikasi *online* tersebut, semua pihak yang membutuhkan penyajian hasil pelaporan harian dapat mengakses Sistem Online Pelaporan Harian COVID-19 dengan hak akses terbatas.

Variabel yang wajib dicatat dan dilaporkan ke dalam Sistem Online Pelaporan Harian adalah kasus-kasus baru pada tanggal pelaporan, antara lain:

1) Data Kasus Suspek, meliputi: jumlah suspek, jumlah *probable*, jumlah suspek *discarded*, dan jumlah kasus yang diambil spesimen untuk RT-PCR (termasuk Tes Cepat Molekuler/TCM yang digunakan untuk pemeriksaan TB dan mesin PCR Program HIV AIDS dan PIMS yang digunakan untuk memeriksa *Viral Load* HIV).
2) Data Kasus Konfirmasi, meliputi: jumlah konfirmasi harian, jumlah konfirmasi bergejala/tanpa gejala, konfirmasi berdasarkan risiko (perjalanan (importasi), kontak erat, dan tanpa riwayat perjalanan/kontak erat), dan jumlah selesai isolasi.
3) Data Pemantauan Kontak Erat, meliputi: jumlah kasus konfirmasi yang dilakukan pelacakan kontak erat, jumlah kontak erat, jumlah kontak erat yang menjadi suspek, jumlah kontak erat yang menjadi konfirmasi, jumlah kontak

erat *discarded*, jumlah kontak erat yang sedang dipantau dan jumlah kontak erat yang mangkir dari pemantauan.

4) Data Kasus Meninggal, meliputi: kasus konfirmasi yang meninggal, dan kasus meninggal *probable* COVID-19.

5) Data Suspek/*Probable*/Konfirmasi yang sedang dilakukan perawatan di RS Rujukan/RS Lain, RS Darurat, dan Isolasi mandiri (di bawah pemantauan Puskesmas dan fasilitas lainnya).

Dalam sistem pelaporan harian berlaku indikator kinerja surveilans yaitu kelengkapan dan ketepatan laporan. Kelengkapan laporan menunjukkan jumlah kabupaten/kota yang melapor di provinsi tertentu per hari, hal ini menunjukkan validitas dan kualitas data per provinsi, semakin tinggi kelengkapannya maka akan semakin valid dan baik datanya untuk dapat dianalisis. Sedangkan ketepatan laporan dibatasi dengan waktu laporan per hari akan diambil datanya, yaitu pukul 12.00 WIB setiap hari. Ketepatan laporan menunjukkan akurasi data untuk siap digunakan sebagai bahan laporan kepada pemegang kebijakan pada hari tersebut.

2. Pengolahan dan Analisis Data

Data yang telah diterima oleh All Record TC-19 selanjutnya akan diolah secara terkomputerisasi, dan unit pengampu data diberikan hak akses oleh walidata untuk dapat melakukan analisis sesuai dengan kebutuhannya. Analisis data dapat dilakukan di semua tingkatan, baik oleh Fasyankes, Laboratorium, Dinas Kesehatan, KKP, maupun Kementerian Kesehatan, dan sektor lain yang terkait dan membutuhkan.

Sedangkan laporan harian yang diinput melalui Sistem Online Pelaporan Harian COVID-19 (https://s.id/laporhariancovid), unit pengampu data dapat melihat hasil olah data dan analisis secara terkomputerisasi langsung melalui menu Penyajian Data Harian. Penyajian hasil olah data dan analisis ditampilkan berdasarkan data Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Nasional. Hal ini dimaksudkan agar setiap level dapat memperoleh hasil pengolahan dan analisis data secara cepat sesuai daerahnya masing-masing, untuk selanjutnya dapat dimanfaatkan sesuai kebutuhan.

Untuk mengukur indikator kinerja surveilans, data yang valid dan berkualitas sangat diperlukan agar hasil analisis mengenai perkembangan kasus COVID-19 dan faktor risikonya dapat diketahui secara tepat dan akurat, sehingga informasi yang dikeluarkan dapat dimanfaatkan dalam upaya penanggulangan COVID-19 dan tepat sasaran.

Berdasarkan tingkatannya, tujuan analisis dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Fasyankes (Rumah Sakit, Puskesmas, dan Fasyankes lain), analisis digunakan untuk:
   1) Mengetahui perkembangan jumlah kasus suspek/*probable*/konfirmasi menurut satuan waktu (harian dan mingguan) dan menurut wilayahnya.
   2) Mengetahui perkembangan kasus konfirmasi menurut gejala/tanda, karakteristik kondisi penyerta/penyakit komorbid lainnya
   3) Mengetahui perbandingan angka kematian kasus konfirmasi dengan angka kematian dengan COVID-19 sebagai penyebab kematian (*cause of death*).
   4) Mengetahui kapasitas fasyankes dan dapat digunakan untuk menghitung perencanaan logistik harian dan mingguan seperti APD, beban perawatan, *bed occupancy rate* (BOR), tenaga kesehatan dan lain-lain.
   5) Melakukan analisis data yang akan menjadi bahan untuk melakukan audit kinerja fasyankes, termasuk penerapan PPI dan SOP tata laksana medis.
b. Laboratorium, analisis digunakan untuk:
   1) Mengetahui angka *positive rate*.
   2) Mengetahui perbandingan jumlah spesimen adekuat, *invalid,* dan *inconclusive*, sehingga dapat digunakan untuk merencanakan evaluasi kemampuan lab dan rekomendasi cara pengambilan spesimen di lapangan.
   3) Mengetahui kapasitas laboratorium dan menghitung perencanaan kebutuhan logistik laboratorium.
   4) Melakukan analisis dan audit kinerja laboratorium, terutama perbandingan antara spesimen masuk dan

diperiksa.

c. Dinas Kesehatan (Kabupaten/Kota/Provinsi): analisis digunakan untuk mengetahui keberhasilan pengendalian COVID-19 di level kabupaten/kota maupun provinsi sesuai dengan indikator yang ditentukan oleh Kementerian Kesehatan melalui pedoman ini, selain itu bermanfaat untuk:
   1) Mengetahui proyeksi perkembangan kasus COVID-19 di wilayah
   2) Mengetahui laju perkembangan jumlah kasus suspek/*probable*/konfirmasi sekaligus suspek *discarded* menurut satuan waktu (harian dan mingguan) dan menurut wilayahnya
   3) Mengetahui perkembangan dan distribusi kasus konfirmasi berdasarkan waktu (tanggal onset, tanggal pengambilan spesimen, tanggal pelaporan), orang (umur, jenis kelamin), dan tempat (wilayah provinsi, kabupaten/kota, kecamatan/puskesmas), sehingga dapat diketahui
   4) Mengetahui perkembangan kasus konfirmasi menurut gejala/tanda, karakteristik kondisi penyerta/penyakit komorbid lainnya
   5) Mengetahui perbandingan angka kematian kasus konfirmasi dengan angka kematian dengan COVID-19 sebagai penyebab kematian (*cause of death*)
   6) Mengetahui perkembangan kasus konfirmasi menurut faktor risiko (pelaku perjalanan/importasi, kontak erat, tanpa riwayat perjalanan/kontak)
   7) Mengetahui perkembangan kontak erat yang sedang dipantau, proporsi kontak erat yang menjadi suspek/*probable*, proporsi kontak erat yang menjadi konfirmasi, kontak erat discarded dan mangkir dari pemantauan

d. Kementerian Kesehatan: analisis digunakan untuk mengetahui keberhasilan pengendalian COVID-19 di level nasional sesuai dengan indikator yang ditentukan dalam pedoman ini. Tujuan lain sama dengan level daerah ditambah dengan mengetahui perkembangan virus (peta genetik).

e. Sektor lain: analisis digunakan sesuai kebutuhan.

3. Distribusi Data dan Informasi

Data yang telah diterima oleh sistem All Record TC-19 dapat diakses melalui aplikasi Dashboard Satu Data Kesehatan (https://satudata.kemkes.go.id). Dashboard tersebut dapat diakses secara publik. Sedangkan untuk mengakses detail data COVID-19, walidata akan memberikan hak akses berjenjang mulai dari tingkat puskesmas hingga nasional dan disebarkan sesuai kebutuhan masing-masing unit yang menggunakan.

Data yang ada di sistem dapat langsung dimanfaatkan oleh unit terkait baik oleh fasyankes, laboratorium, maupun dinas kesehatan. Dalam keadaan KLB maupun pasca KLB, Kementerian Kesehatan dan dinas kesehatan dapat mengakses data individu. Sedangkan lintas program dan lintas sektor terkait dapat memanfaatkan data terbatas yang dipublikasikan oleh walidata.

Sedangkan hasil penyajian informasi dari data agregat laporan harian, dapat langsung dimanfaatkan untuk mengkaji indikator epidemiologi di wilayah yang bersangkutan sesuai dengan tujuan analisisnya.

I. Surveilans Berbasis Masyarakat (SBM): Menyiapkan Masyarakat dalam Penanggulangan COVID-19

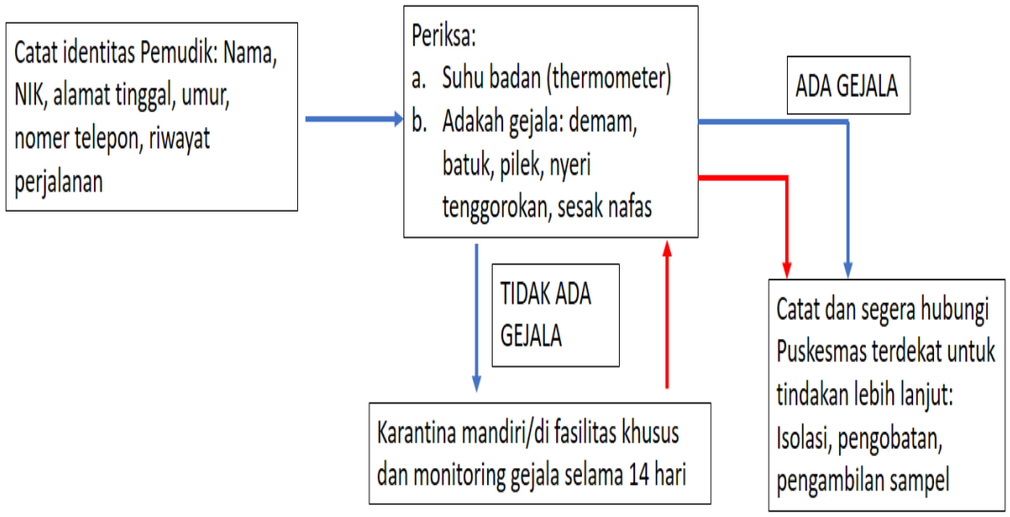
Tujuan dari SBM ini adalah untuk meningkatkan peran anggota masyarakat dalam upaya deteksi dini kasus COVID-19 sehingga setiap kasus dapat ditangani segera, tidak terjadi penularan di lingkungan masyarakat dan bagi yang sakit dapat segera mendapatkan perawatan dengan benar sampai sembuh

1. Sebagai bagian dari gugus tugas yang ada di masyarakat, maka yang dapat terlibat sebagai relawan dalam kegiatan surveilans berbasis masyarakat adalah:
   a. Kader desa (kader posyandu/lansia/jumantik dan lain-lain), PKK, tokoh agama, karang taruna, relawan organisasi, relawan yayasan
   b. Petugas yang ditunjuk oleh desa atau dusun atau RT/RW

c. Relawan dari organisasi lain yang telah mendapat persetujuan dari gugus tugas wilayah

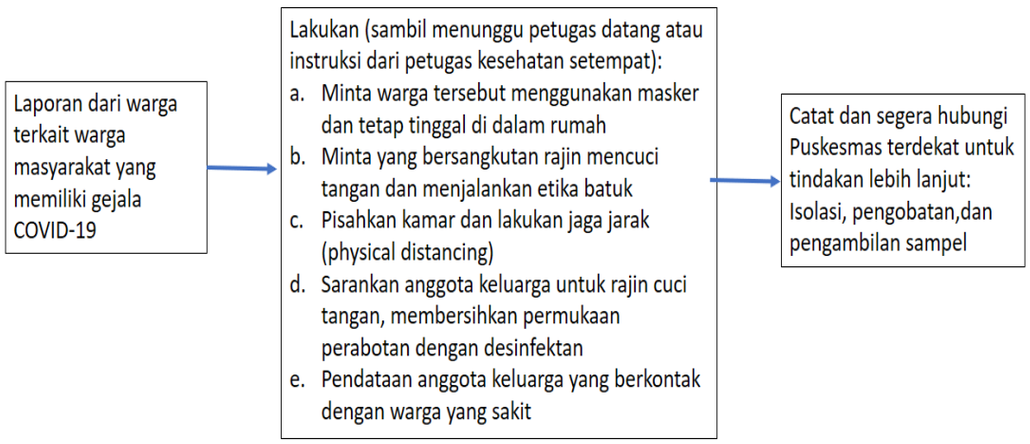
2. Warga yang mengalami gejala COVID-19 adalah warga yang mengalami gejala seperti demam, dan batuk/pilek/nyeri tenggorokan/sesak nafas, termasuk:
   a. Warga yang saat ini tinggal di wilayah penularan lokal (daftar kota bisa dilihat di www.infeksiemerging.kemkes.go.id) atau berkontak dengan orang yang baru datang dari luar wilayah; atau
   b. Warga yang datang/pemudik dari negara terjangkit atau kota/kabupaten di Indonesia yang telah melaporkan kasus COVID-19.
3. Di setiap Wilayah harus tersedia data kelompok rentan, yaitu penduduk/warga yang jika terinfeksi virus COVID-19 dapat mengalami gejala yang lebih parah bahkan kematian, dan/atau warga mengalami kesulitan kondisi sosial-ekonomi termasuk masalah psikososial. Hal-hal yang perlu dicatat untuk kelompok rentan adalah:
   a. Identitas: Nama lengkap, umur, jenis kelamin, NIK, alamat lengkap, nomer telepon yang dapat dihubungi
   b. Faktor risiko: lansia (>60 tahun), balita, ibu hamil, penyandang disabilitas, dan/atau penyakit penyerta seperti: penyakit jantung, penyakit kencing manis/gula (diabetes), penyakit paru-paru, penyakit kanker, darah tinggi, stroke, gangguan psikososial, dan lain-lain.
   c. Sosial ekonomi: Pendataan status sosial dan ekonomi
4. Data-data yang harus dicatat dan dilaporkan
   a. Seluruh warga yang baru datang/pemudik/warga yang memaksa mudik.
   b. Populasi rentan sesuai dengan penjelasan di butir nomor 3
   c. Warga sebagai kasus yang mengalami gejala-gejala COVID-19 seperti demam tinggi dan batuk/pilek/nyeri tenggorokan/sesak nafas (lihat angka 2)
   d. Warga yang menyatakan pernah memiliki kontak dengan kasus suspek atau kasus konfirmasi COVID-19
5. Sistem penapisan (skrining) bagi semua pendatang/warga yang memaksa mudik dilakukan oleh petugas/relawan yang ditunjuk oleh

gugus tugas wilayah. Puskesmas bertugas untuk verifikasi dan tindakan lebih lanjut.




Gambar 3. 4. Alur Penapisan Kasus pada Pemudik

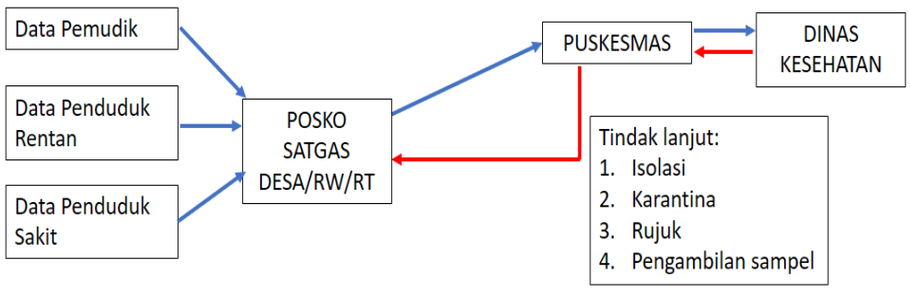
6. Alur penapisan kasus di masyarakat yang memiliki gejala COVID-19




Gambar 3. 5. Alur Penapisan Kasus di Masyarakat

7. Alur Pelaporan ke Puskesmas, petugas surveilans puskesmas menjadi koordinator pelaporan
   a. Relawan, setiap hari mencatat, sehingga memiliki data-data seperti warga pendatang/ pemudik, penduduk rentan, penduduk sakit/pendatang sakit, penduduk dalam karantina/isolasi dan petugas/relawan yang melayani karantina/isolasi) dan melaporkan setiap hari ke Posko Satgas RT/RW/Desa, termasuk ketika tidak terjadi perubahan;
   b. Posko Desa melaporkan setiap hari ke Puskesmas termasuk ketika tidak terjadi perubahan;

c. Berkoordinasi dengan Puskesmas untuk berkonsultasi terkait tindak lanjut, dan analisis data.




Gambar 3. 6. Alur Koordinasi Pelaporan

8. Upaya pencegahan penularan saat melakukan pencatatan warga dan pemantauan harian
   a. Pastikan menggunakan masker (pewawancara dan yang diwawancarai)
   b. Jaga jarak minimal 1 meter (*physical distancing*)
   c. Wawancara sebaiknya dilakukan di luar ruangan/di ruang terbuka
   d. Cuci tangan sebelum dan sesudah wawancara menggunakan air dan sabun atau cairan berbasis alkohol.
   e. Jika tidak memungkinkan, maka wawancara dilakukan melalui telpon/video call
9. Karantina/isolasi dapat dilakukan dengan mandiri (di rumah masing-masing) atau di tempat yang telah ditentukan oleh pemerintah daerah/gugus tugas percepatan penanganan COVID-19 dengan tetap berkoordinasi dengan petugas puskesmas di wilayah.
   a. Kriteria untuk karantina/isolasi mandiri: pendatang/pemudik dan keluarganya dinyatakan mampu melaksanakan ketentuan pelaksanaan karantina/isolasi mandiri dan masyarakat mau menerima dan menyetujui pelaksanaan karantina mandiri dan secara medis memenuhi syarat untuk karantina/isolasi mandiri.
   b. Kriteria karantina/isolasi di fasilitas khusus: jika dinilai tidak mampu memenuhi kriteria pelaksanaan karantina/isolasi mandiri.
10. Pemantauan harian dilakukan kepada warga yang melakukan karantina/isolasi. Pemantauan dilakukan setiap hari dapat dengan menggunakan telepon/SMS/*Whatsapp*. Hal yang perlu dipantau:

a. Munculnya gejala seperti demam, batuk, pilek, nyeri tenggorokan, sesak nafas dan lainnya.
b. Keluhan-keluhan lain seperti kebutuhan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial dan sebagainya.

(*pemantauan selain melalui media komunikasi juga bisa dilakukan dengan mendatangi rumah akan tetapi tetap di luar rumah kemudian meminta orang yang dikarantina untuk menunjukkan diri dan melaporkan bahwa mereka baik atau ada gejala. Hal ini dilakukan untuk meyakinkan bahwa karantina memang benar-benar dilakukan).

11. Warga bergotong royong membentuk RT-RW/desa/kelurahan siaga COVID-19 yang berpartisipasi melalui kegiatan seperti bergiliran menyediakan kebutuhan makanan atau membantu menyiapkan kebutuhan logistik makanan untuk anggota warganya yang harus menjalani karantina/isolasi jika diperlukan dengan tetap melakukan upaya pencegahan penularan.
12. Warga tidak diperkenankan menyebarkan berita-berita yang tidak jelas sumbernya atau belum tentu kebenarannya. Segera laporkan kepada Satgas Desa/RW/RT jika menerima berita yang meragukan untuk dikonfirmasikan kebenarannya.
13. Infomasi-informasi terkait COVID-19 dapat warga dapatkan melalui website berikut:
    a. Gugus tugas BNPB: https://www.covid19.go.id/
    b. Kementerian kesehatan RI: https://covid19.kemkes.go.id
    c. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) Indonesia: www.who.int/indonesia
14. Selalu sampaikan pesan kunci kepada seluruh warga untuk mengurangi risiko penularan:
    a. Sering cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir.
    b. Tutup mulut dan hidung saat batuk dan bersin menggunakan siku terlipat atau tisu.
    c. Menggunakan masker
    d. Tidak menyentuh wajah, mata, hidung dan mulut.
    e. Menjaga jarak fisik, tidak keluar rumah, tidak berkumpul. Belajar, bekerja dan beribadah di rumah. Ikuti anjuran pemerintah.

# BAB IV
# DIAGNOSIS LABORATORIUM

Pengambilan dan pemeriksaan spesimen dari pasien yang memenuhi definisi kasus suspek COVID-19 merupakan prioritas untuk manajemen klinis/pengendalian wabah, harus dilakukan secara cepat. Spesimen tersebut dilakukan pemeriksaan dengan metode deteksi molekuler/NAAT (*Nucleic Acid Amplification Test*) seperti RT-PCR (termasuk Tes Cepat Molekuler/TCM yang digunakan untuk pemeriksaan TB dan mesin PCR Program HIV AIDS dan PIMS yang digunakan untuk memeriksa *Viral Load* HIV).

Hasil tes pemeriksaan negatif pada spesimen tunggal, terutama jika spesimen berasal dari saluran pernapasan atas, tidak menyingkirkan kemungkinan tidak adanya infeksi. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan hasil negatif pada pasien yang terinfeksi meliputi:

1. kualitas spesimen yang tidak baik, mengandung sedikit material virus
2. spesimen yang diambil pada masa akhir infeksi atau masih sangat awal
3. spesimen tidak dikelola dan tidak dikirim dengan transportasi yang tepat
4. kendala teknis yang dapat menghambat pemeriksaan RT-PCR (seperti mutasi pada virus)

Jika hasil negatif didapatkan dari pasien dengan kecurigaan tinggi suspek terinfeksi virus COVID-19 maka perlu dilakukan pengambilan dan pengujian spesimen berikutnya, termasuk spesimen saluran pernapasan bagian bawah (*lower respiratory tract*). Koinfeksi dapat terjadi sehingga pasien yang memenuhi kriteria suspek harus di lakukan pemeriksaan COVID-19 meskipun patogen lain ditemukan.

## A. Jenis Spesimen

Tabel 4. 1. Jenis Spesimen Pasien COVID-19

| Jenis Spesimen | Bahan Pengambilan | Suhu Pengiriman | Penyimpanan | Keterangan | |
|---|---|---|---|---|---|
| Usap Nasofaring dan Orofaring | Swab Dacron atau Flocked Swab dalam *Viral Transport Medium* (VTM) atau saline steril* | 2-8°C | ≤12 hari: 2-8°C<br>>12 hari: -70°C (*dry ice*) | Kedua Swab harus ditempatkan di tabung yang sama untuk meningkatkan viral load. | WAJIB DIAMBIL |

| Jenis Spesimen | Bahan Pengambilan | Suhu Pengiriman | Penyimpanan | Keterangan | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sputum | Kontainer Steril | 2-8°C | ≤5 hari: 2-8°C<br>>5 hari: –70°C (*dry ice*) | Pastikan Sputum berasal dari Saluran Pernapasan bawah (BUKAN<br>Liur) | WAJIB DIAMBIL |
| *Bronchoalveolar Lavage* | Kontainer Steril | 2-8°C | ≤48 jam: 2-8°C<br>>48 jam: –70°C (*dry ice*) | WAJIB BILA MEMUNGKINKAN | |
| *Tracheal aspirate*, *Nasopharyngeal aspirate* atau *nasal wash* dalam VTM | Kontainer Steril | 2-8°C | ≤48 jam: 2-8°C<br>>48 jam: –70°C (*dry ice*) | WAJIB BILA MEMUNGKINKAN | |
| Jaringan biopsi atau autopsi termasuk dari paru-paru dalam media VTM atau saline | Kontainer Steril + Saline steril | 2-8°C | ≤24 jam: 2-8 °C<br>>24 jam: –70 °C (*dry ice*) | | |
| Serum (2 sampel yaitu akut dan konvalesen) UNTUK SEROLOGI | *Serum separator tubes* (Dewasa 3-5 ml *whole Blood*) | 2-8°C | ≤5 hari: 2-8 °C<br>>5 hari: -70 °C (*dry ice*) | Pengambilan 2 sampel:<br>o Akut minggu pertama saat sakit<br>o Konvalesen 2-3 minggu setelahnya | WAJIB DIAMBIL |

Keterangan: *Stabilitas virus COVID-19 di dalam Saline Steril atau VTM dapat bertahan selama 14 hari pada suhu 2-8°C. Sebagai pengganti Saline Steril dapat digunakan PBS (Phospate Buffer Saline).

B. Pengambilan Spesimen

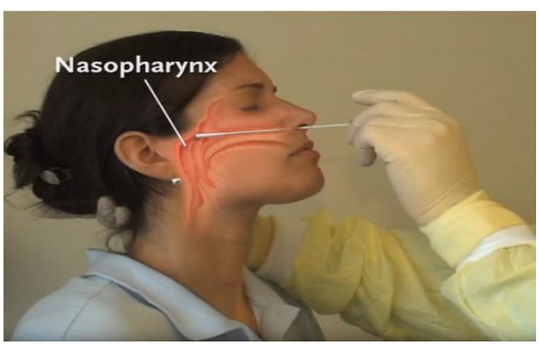
Sebelum kegiatan pengambilan spesimen dilaksanakan, harus memperhatikan *universal precaution* atau kewaspadaan universal untuk mencegah terjadinya penularan penyakit dari pasien ke paramedis maupun lingkungan sekitar. Hal tersebut meliputi: selalu mencuci tangan dengan menggunakan sabun/desinfektan SEBELUM dan SESUDAH tindakan, dan menggunakan APD. Penggunaan APD dapat

mengacu pada Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri Dalam Menghadapi Wabah COVID-19 yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Tahun 2020.

1. Bahan Pengambilan Spesimen
   a. Formulir Penyelidikan Epidemiologi

      Pengiriman spesimen ke Laboratorium harus disertai dengan Formulir Penyelidikan Epidemiologi terlampir sesuai dengan waktu pengambilan spesimen.
   b. Spesimen Saluran Pernapasan (*Respiratory Tract*)
      1) *Viral Transport Medium* (VTM)
      2) Dapat digunakan dengan beberapa merk komersil yang sudah siap pakai atau dengan mencampur beberapa bahan sesuai dengan panduan WHO (Hanks BBS; Antifungal dan Antibiotik dengan komposisi tertentu) untuk disatukan dalam 1 wadah steril. Hindari menggunakan VTM yang mengandung bahan yang menginaktifasi virus atau lisis buffer.
      3) *Swab Dacron* atau *Flocked Swab*
      4) *Tongue Spatel*
      5) *Kontainer Steril* untuk Sputum
      6) *Parafilm*
      7) *Plastik Klip*
      8) Marker atau Label
   c. Spesimen Darah/Serum:
      1) Spuit disposable 3ml atau 5 ml atau Sistem Vacutainer
      2) *Wing needle* (jika diperlukan)
      3) Kapas alkohol 70%
      4) Kapas Kering
      5) Vial 1,8 ml atau tabung tutup ulir (wadah Spesimen Serum)
      6) Marker atau Label
   d. Bahan Pengepakan/Pengiriman Spesimen:
      1) *Ice pack* dan *Cold Box* (diutamakan sudah menggunakan sistem tiga lapis)
      2) Label Alamat
      3) Lakban/Perekat

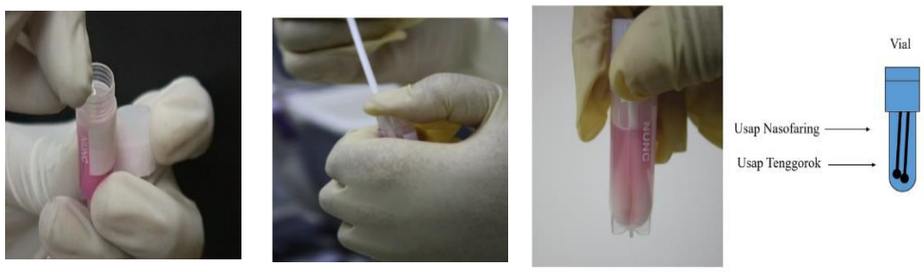
2. Tata Cara Pengambilan Spesimen Nasofaring
   a. Persiapkan *cryotube* yang berisi media transport virus (Hanks BSS + Antibiotika), dapat juga digunakan VTM komersil yang siap pakai (pabrikan).
   b. Berikan label yang berisi Nama Pasien dan Kode Nomer Spesimen. Jika label bernomer tidak tersedia maka Penamaan menggunakan Marker/Pulpen pada bagian berwarna putih di dinding *cryotube*. (Jangan gunakan Medium Hanks bila telah berubah warna menjadi Kuning).
   c. Gunakan swab yang terbuat dari *dacron*/rayon steril dengan tangkai plastik atau jenis *Flocked Swab* (tangkai lebih lentur). Jangan menggunakan swab kapas atau swab yang mengandung *Calcium Alginat* atau Swab kapas dengan tangkai kayu, karena mungkin mengandung substansi yang dapat menghambat menginaktifasi virus dan dapat menghambat proses pemeriksaan secara molekuler.
   d. Pastikan tidak ada Obstruksi (hambatan pada lubang hidung).
   e. Masukkan secara perlahan swab ke dalam hidung, pastikan posisi swab pada Septum bawah hidung.
   f. Masukkan swab secara perlahan-lahan ke bagian nasofaring.




*Sumber: New England Journal of Medicine*

Gambar 4. 1. Lokasi Pengambilan Nasofaring

   g. Swab kemudian dilakukan gerak memutar secara perlahan.
   h. Kemudian masukkan sesegera mungkin ke dalam *cryotube* yang berisi VTM
   i. Patahkan tangkai plastik di daerah mulut *cryotube* agar *cryotube* dapat ditutup dengan rapat.

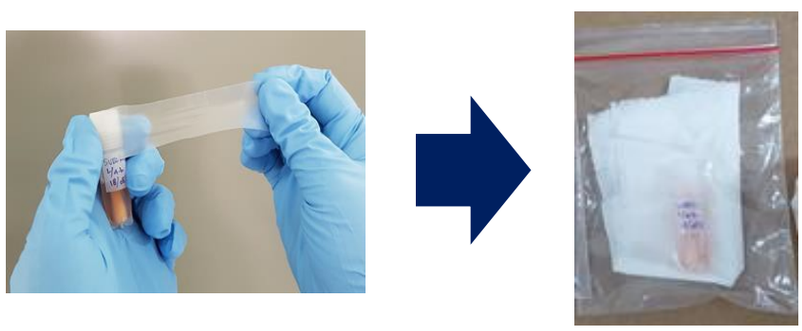



Sumber: dokumentasi Litbang

Gambar 4. 2. Cara Memasukkan Swab ke dalam VTM

j. Pastikan label kode spesimen sesuai dengan kode yang ada di formulir penyelidikan epidemiologi.

k. *Cryotube* kemudian dililit parafilm dan masukkan ke dalam Plastik Klip. Jika ada lebih dari 1 pasien, maka Plastik Klip dibedakan/terpisah. Untuk menghindari kontaminasi silang.



Sumber: dokumentasi Litbang

Gambar 4. 3. Pengemasan spesimen

l. Simpan dalam suhu 2-8$^{0}$C sebelum dikirim. Jangan dibekukan dalam *Freezer*.

3. Tata Cara Pengambilan Spesimen Sputum

Pasien berkumur terlebih dahulu dengan air, kemudian pasien diminta mengeluarkan dahaknya dengan cara batuk yang dalam. Sputum ditampung pada wadah steril yang anti bocor. Pengambilan sampel sputum dengan cara induksi dapat menimbulkan risiko infeksi tambahan bagi petugas kesehatan.

4. Tata Cara Pengambilan Spesimen Serum

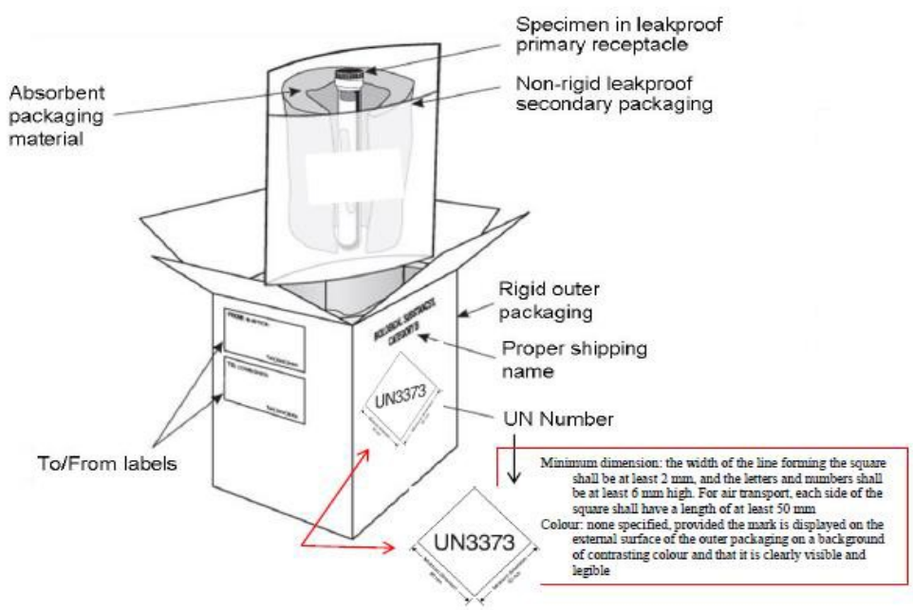
Sampel serum berpasangan diperlukan untuk konfirmasi, dengan serum awal dikumpulkan di minggu pertama penyakit dan serum yang kedua idealnya dikumpulkan 2-3 minggu kemudian. Jika hanya serum tunggal yang dapat dikumpulkan, ini harus diambil

setidaknya 14 hari setelah onset gejala untuk penentuan kemungkinan kasus.

Anak-anak dan dewasa: dibutuhkan *whole blood* (3-5 mL) dan disentrifus untuk mendapatkan serum sebanyak 1,5-3 mL. Sedangkan untuk bayi: Minimal 1 ml *whole blood* diperlukan untuk pemeriksaan pasien bayi. Jika memungkinkan, mengumpulkan 1 ml serum.

C. Pengepakan Spesimen

Spesimen dikonfirmasi harus dilakukan tata laksana sebagai UN3373, "Substansi Biologis, Kategori B", ketika akan diangkut/ditransportasikan dengan tujuan diagnostik atau investigasi. Semua spesimen harus dikemas untuk mencegah kerusakan dan tumpahan. Adapun sistem yang digunakan adalah dengan menggunakan tiga lapis (*Three Layer Pacakging*) sesuai dengan pedoman dari WHO dan *International Air Transport Association* (IATA).




Sumber: *WHO-Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2019–2020*

Gambar 4. 4. Contoh Pengepakan Tiga Lapis

Spesimen dari suspek COVID-19, harus disimpan dan dikirim pada suhu yang sesuai (lihat Tabel 4.1). Spesimen harus tiba di laboratorium segera setelah pengambilan. Penanganan spesimen dengan tepat saat pengiriman adalah hal yang sangat penting. Sangat disarankan agar pada saat pengiriman spesimen tersebut ditempatkan di dalam *cool box* dengan

kondisi suhu 2-8 $^{o}$C atau bila diperkirakan lama pengiriman lebih dari tiga hari spesimen dikirim dengan menggunakan es kering (*dry ice*).

D. Pengiriman Spesimen

Pengiriman spesimen kasus suspek COVID-19 maupun kontak erat dilakukan oleh petugas Dinas Kesehatan dengan menyertakan formulir penyelidikan epidemiologi terlampir. Pengiriman spesimen ditujukan ke laboratorium pemeriksa yang telah memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan atau pejabat yang ditunjuk.

Pengiriman spesimen ke laboratorium pemeriksa dapat dilakukan menggunakan jasa kurir *door to door.* Pada kondisi yang memerlukan pengiriman *port to port*, petugas Dinas Kesehatan dapat berkoordinasi dengan petugas KKP setempat dan laboratorium pemeriksa. Spesimen segera dikirimkan ke Laboratorium pemeriksa paling lama 1x24 jam.

Tabel 4. 2. Perbedaan Kriteria Kasus Untuk Konfirmasi Laboratorium dengan RT-PCR

| **Kriteria Kasus** | **Jenis Spesimen** | **Waktu Pengambilan** | **Laboratorium Pemeriksa** |
|---|---|---|---|
| Suspek | Sesuai dengan tabel 4.1 Jenis spesimen pasien COVID-19 | hari ke-1 dan ke-2 dengan selang waktu >24 jam serta bila ada perburukan. | Laboratorium Pemeriksa COVID-19 (daftar terlampir) |
| Kontak erat (khusus untuk petugas Kesehatan) | | segera dilakukan pemeriksaan RT-PCR sejak kasus dinyatakan sebagai kasus *probable* atau konfirmasi | |

Spesimen yang tiba di laboratorium pemeriksa, akan segera diproses untuk dilakukan pemeriksaan metode deteksi molekuler. Laboratorium pemeriksa (pemerintah dan swasta) wajib menginformasikan hasil pengujian positif dan negatif melalui sistem pelaporan yang sudah tersedia, berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan terkait. Masing-masing penerima laporan menindaklanjuti sesuai peraturan yang berlaku.

Setiap laboratorium pemeriksa COVID-19 yang menggunakan alat RT-PCR Program HIV AIDS & PIMS diwajibkan untuk mengirimkan laporan pemanfaatan yang meliputi kondisi alat dan ketersediaan reagen. Laporan yang dimaksud dapat dilihat sebagaimana formulir terlampir.

Laboratorium yang menggunakan alat TCM hanya melakukan pemeriksaan spesimen swab nasofaring. Laporan hasil pemeriksaan dengan TCM sesuai dengan pelaporan melalui SITB yaitu sistem informasi yang digunakan oleh Program Penanggulangan Tuberkulosis untuk Pencatatan dan Pelaporan (kasus, pengobatan, dan logistik) menggunakan formulir sebagaimana terlampir.

E. Pemeriksaan dengan *Rapid Test*

Penggunaan *Rapid Test* tidak digunakan untuk diagnostik. Pada kondisi dengan keterbatasan kapasitas pemeriksaan RT-PCR, *Rapid Test* dapat digunakan untuk skrining pada populasi spesifik dan situasi khusus, seperti pada pelaku perjalanan (termasuk kedatangan Pekerja Migran Indonesia, terutama di wilayah Pos Lintas Batas Darat Negara (PLBDN), serta untuk penguatan pelacakan kontak seperti di lapas, panti jompo, panti rehabilitasi, asrama, pondok pesantren, dan pada kelompok-kelompok rentan.

WHO merekomendasikan penggunaan *Rapid Test* untuk tujuan penelitian epidemiologi atau penelitian lain. Penggunaan *Rapid Test* selanjutnya dapat mengikuti perkembangan teknologi terkini dan rekomendasi WHO.

F. Pemantapan Mutu Laboratorium

Laboratorium yang akan menjadi laboratorium pemeriksa COVID-19 mengikuti langkah-langkah sebagai berikut:

1. Laboratorium berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi.
2. Dinas Kesehatan Provinsi mengirimkan Surat Kesiapan Laboratorium kepada Kepala Badan Litbang Kesehatan dengan tembusan Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
3. Laboratorium melakukan pemeriksaan sesuai dengan protokol/pedoman pemeriksaan yang dikeluarkan WHO.
4. Laboratorium harus melaporkan pemeriksaannya setiap hari melalui sistem pelaporan yang sudah tersedia.
5. Laboratorium mengirimkan spesimen pemeriksaan untuk Pemantapan Mutu Eksternal (PME) sesuai dengan ketentuan yang dikeluarkan oleh Badan Litbangkes.

Salah satu fungsi dari Laboratorium Rujukan Nasional COVID-19 yaitu melakukan fungsi pembinaan dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME). Dalam rangka meningkatkan mutu pemeriksaan COVID-19, laboratorium pemeriksa COVID-19 dengan metoda RT-PCR mengirimkan 10 (sepuluh) spesimen klinis negatif dan 20 (dua puluh) spesimen klinis positif COVID-19 ke Laboratorium Puslitbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan. Spesimen klinis yang dikirimkan yaitu spesimen nasofaring/orofaring dan sputum. Sedangkan untuk laboratorium yang melakukan pemeriksaan COVID-19 yang menggunakan Tes Cepat Molekular (TCM), diharapkan mengirimkan 5 (lima) spesimen klinis positif dan 10 (sepuluh) spesimen negatif. Spesimen klinis yang dikirimkan disertai dengan formulir pemantapan mutu eksternal.

# BAB V
# MANAJEMEN KLINIS

Manajemen klinis adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk menegakkan diagnosis, melaksanakan tata laksana pengobatan dan tindakan terhadap pasien COVID-19 sesuai indikasi klinis. Tenaga medis yang terlibat sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah dokter spesialis paru, dokter penyakit dalam, dokter sub spesialis penyakit dalam paru, dokter sub spesialis penyakit dalam tropik infeksi, dokter anak, dokter anak sub spesialis paru, dan dokter spesialis lain atau dokter sub spesialis lain sesuai dengan kebutuhan medis. Dalam hal di rumah sakit tidak terdapat dokter spesialis, maka dokter umum dapat merawat pasien COVID-19 sesuai dengan kewenangannya. Tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan COVID-19 adalah perawat dan tenaga kesehatan lainnya sesuai kebutuhan medis pasien.

Manajemen klinis merupakan tugas melaksanakan tata kelola klinis secara optimal dan berkualitas, supaya pasien mendapatkan pelayanan yang komprehensif berfokus pada pasien (*patien centered care*) secara berkesinambungan sesuai kebutuhan medis pasien, berbasis keselamatan pasien.

Adapun ruang lingkup manajemen klinis meliputi:

a. Pelayanan COVID-19 di fasyankes baik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) meliputi triase awal, anamnesis secara komprehensif, mulai dari keluhan yang disesuaikan dengan gejala klinis, riwayat penyakit terdahulu dan riwayat penyakit penyerta, termasuk latar belakang *contact tracing*, *surveillance* di daerahnya, pemeriksaan fisik didukung dengan pemeriksaan penunjang yang distandarkan sebagai penunjang diagnosis, sampai pasien mendapatkan terapi, serta pemulangan dengan kriteria sembuh, atau belum sembuh, sehingga pasien dapat melanjutkan isolasi mandiri.
b. Menjelaskan kriteria pasien masuk rawat inap dan kriteria pasien pulang rawat, pada pasien dengan kriteria dan pasien kondisi tertentu (dengan penyakit penyerta, dengan *co-insidens* dan dengan komplikasi).

A. Manajemen Klinis COVID-19

1. *Triage*: Deteksi Dini Pasien dalam Pengawasan COVID-19

Penapisan dan pemisahan pasien yang dicurigai COVID-19 harus dilakukan pada kontak pertama pasien dengan fasyankes, di FKTP maupun di FKRTL baik di IGD dan rawat jalan. Langkah awal dalam identifikasi individu yang diduga atau dikonfirmasi COVID-19 adalah dengan skrining semua pengunjung fasyankes pada titik kontak pertama. Pelaksanaan skrining dilakukan di semua fasyankes seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, dan praktik perorangan, serta dapat juga melalui *call center* pelayanan gawat darurat 119/*Public Safety Center* (PSC 119). Panduan petugas pelayanan *call center* pelayanan gawat darurat 119/*Public Safety Center* (PSC 119) dapat merujuk pada panduan terlampir.

Skrining dapat menggunakan serangkaian kegiatan seperti pemeriksaan suhu tubuh dengan *thermal gun*, pertanyaan sederhana seperti ada demam atau riwayat demam, batuk, nyeri tenggorokan, hidung tersumbat, sesak nafas, malaise, sakit kepala, nyeri otot, riwayat kontak erat dengan pasien konfirmasi dan atau riwayat perjalanan dalam 14 hari dari negara atau wilayah transmisi lokal untuk mendapatkan status awal pasien ada tidaknya gejala COVID-19.Sebaiknya membuat protokol skrining di semua titik akses masuk ke fasyankes dan selama kegiatan pelacakan kontak/*contact tracing.*

Pertimbangkan COVID-19 sebagai etiologi yang paling memungkinkan untuk pasien yang mengalami ISPA berat dan memenuhi kriteria definisi operasional surveilans. Infeksi COVID-19 dapat menyebabkan gejala ISPA ringan sampai berat bahkan sampai terjadi *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), sepsis dan syok septik.

Deteksi dini manifestasi klinis (tabel 5.1) akan memberikan kesempatan yang cukup untuk penerapan tatalaksana dan PPI yang tepat.

Setelah skrining pasien pada triase dengan dugaan COVID-19 dilakukan evaluasi pasien untuk menentukan tingkat keparahan penyakit (lihat Tabel 5.1). Setelah penilaian awal, manajemen dan stabilisasi, pasien diarahkan ke tujuan perawatan COVID-19 yang sesuai, yaitu di dalam fasyankes (unit perawatan kritis atau bangsal),

atau dirujuk ke fasyankes yang berbeda, fasilitas komunitas atau rumah, sesuai dengan kebutuhan medis pasien.

Mayoritas pasien dengan gejala ringan tidak memerlukan rawat inap kecuali ada kekhawatiran tentang kemungkinan terjadinya perburukan yang cepat dan sesuai dengan pertimbangan medis. Pasien yang berusia lanjut dan memiliki penyakit komorbid (contohnya: penyakit kardiovaskuler dan diabetes) memiliki resiko lebih besar untuk mengalami gejala yang lebih berat dan mengalami kematian, sehingga dapat dipertimbangkan untuk mendapat perawatan. Deteksi cepat COVID-19 diselenggarakan sesuai manifestasi klinis dan sesuai definisi operasional surveilans COVID-19.

Sebagian pasien yang dirawat (15%) akan mengalami sakit berat yang memerlukan terapi oksigen dan sekitar 5% akan dirawat di ICU dan sebagian diantaranya memerlukan ventilator mekanik. Pnemonia berat merupakan diagnosis yang paling umum untuk pasien COVID-19 yang sakit berat.

Pasien dengan gejala ringan, sedang atau berat/kritis dapat dirawat di rumah sakit rujukan COVID-19 atau rumah sakit lain yang memiliki fasilitas sesuai standar pelayanan yang telah ditentukan, sementara itu pasien dengan gejala ringan hingga sedang dapat juga dirawat di Rumah Sakit Lapangan/Rumah Sakit Darurat terutama bagi pasien yang dapat mandiri/*self handling* selama dirawat.

2. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik
   a. Anamnesis dilakukan dengan wawancara baik langsung pada pasien (*Auto anamnese*) atau pada orang tua atau sumber lain (*Allo anamneses*) untuk menegakkan diagnosa.
   b. Pemeriksaan fisik atau pemeriksaan klinis adalah sebuah proses dari tenaga medis memeriksa tubuh pasien untuk menemukan tanda klinis penyakit.

Tabel 5. 1 Kriteria Gejala Klinis Dan Manifestasi Klinis Yang Berhubungan Dengan Infeksi COVID-19

| **Kriteria Gejala** | **Manifestasi Klinis** | **Penjelasan** |
|---|---|---|
| Tanpa Gejala (asimptomatik) | *Tidak ada gejala klinis* | Pasien tidak menunjukkan gejala apapun. |
| Sakit ringan | Sakit ringan tanpa komplikasi | Pasien dengan gejala non-spesifik seperti demam, batuk, nyeri tenggorokan, hidung tersumbat, malaise, sakit kepala, nyeri otot. Perlu waspada pada usia lanjut dan *imunocompromised* karena gejala dan tanda tidak khas. |
| Sakit Sedang | Pneumonia ringan | **Pasien Remaja atau Dewasa** dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, dyspnea, napas cepat) dan tidak ada tanda pneumonia berat.<br>**Anak** dengan pneumonia ringan mengalami batuk atau kesulitan bernapas + napas cepat: frekuensi napas: <2 bulan, ≥60x/menit; 2–11 bulan, ≥50x/menit; 1–5 tahun, ≥40x/menit dan tidak ada tanda pneumonia berat. |
| Sakit Berat | Pneumonia berat / ISPA berat | **Pasien remaja atau dewasa** dengan demam atau dalam pengawasan infeksi saluran napas, ditambah satu dari: frekuensi napas >30 x/menit, distress pernapasan berat, atau saturasi oksigen (SpO2) <90% pada udara kamar.<br>**Pasien anak** dengan batuk atau kesulitan bernapas, ditambah setidaknya satu dari berikut ini:<br>- sianosis sentral atau SpO2 <90%;<br>- distres pernapasan berat (seperti mendengkur, tarikan dinding dada yang berat);<br>- tanda pneumonia berat: ketidakmampuan menyusui atau minum, letargi atau penurunan kesadaran, atau kejang.<br>Tanda lain dari pneumonia yaitu: tarikan dinding dada, takipnea :<br><2 bulan, ≥60x/menit;<br>2–11 bulan, ≥50x/menit;<br>1–5 tahun, ≥40x/menit;<br>>5 tahun, ≥30x/menit.<br>Diagnosis ini berdasarkan klinis; pencitraan dada dapat membantu penegakan diagnosis dan dapat menyingkirkan komplikasi. |
| Sakit Kritis | *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) | Onset: baru terjadi atau perburukan dalam waktu satu minggu.<br>Pencitraan dada (CT scan toraks, atau ultrasonografi paru): opasitas bilateral, efusi pluera yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya, kolaps paru, kolaps lobus atau nodul.<br>Penyebab edema: gagal napas yang bukan akibat gagal jantung atau kelebihan cairan. Perlu pemeriksaan objektif (seperti ekokardiografi) untuk menyingkirkan bahwa penyebab edema bukan akibat hidrostatik jika tidak ditemukan faktor risiko. |

| Kriteria Gejala | Manifestasi Klinis | Penjelasan |
|---|---|---|
| | | KRITERIA ARDS PADA DEWASA:<br>• ARDS ringan: 200 mmHg <$PaO_2/FiO_2$ ≤ 300 mmHg (dengan PEEP atau *continuous positive airway pressure* (CPAP) ≥5 $cmH_2O$, atau yang tidak diventilasi)<br>• ARDS sedang: 100 mmHg <$PaO_2$ / $FiO_2$ ≤200 mmHg dengan PEEP ≥5 $cmH_2O$, atau yang tidak diventilasi)<br>• ARDS berat: $PaO_2$ / $FiO_2$ ≤ 100 mmHg dengan PEEP ≥5 $cmH_2O$, atau yang tidak diventilasi)<br>Ketika $PaO_2$ tidak tersedia, $SpO_2/FiO_2$ ≤315 mengindikasikan ARDS (termasuk pasien yang tidak diventilasi) |
| | **KRITERIA ARDS PADA ANAK :** | |
| | Usia | Eksklusi pasien dengan penyakit paru perinatal |
| | Waktu | Dalam 7 hari sejak onset penyakit |
| | Penyebab edema | Gagal napas yang tidak dapat dijelaskan oleh gagal jantung atau kelebihan cairan (*fluid overload*) |
| | Radiologis | Infiltrat baru konsisten dengan penyakit paru akut |
| | Oksigenasi | Ventilasi mekanis non invasive / Ventilasi mekanis invasive<br>PARDS: Ringan / Sedang / Berat<br>Masker *full face* ventilasi bi-level atau CPAP ≥: 4 ≤ OI ≤8 / 8 ≤ OI ≤ 16 / OI ≥ 16 |

| POPULASI KHUSUS : | |
|---|---|
| Penyakit jantung sianotik | Kriteria standar usia, waktu, penyebab edema, dan radiologis sama seperti di atas, disertai perburukan oksigenasi akut yang tidak dapat dijelaskan oleh penyakit jantung dasar |
| Penyakit paru kronis | Kriteria standar usia, waktu, dan penyebab edema sama seperti diatas, disertai gambaran radiologis konsisten dengan infiltrate baru dan perburukan oksigenasi akut dari nilai sebelumnya, yang sesuai dengan kriteria oksgenasi di atas |
| Disfungsi ventrikel kiri | Kriteria standar usia, waktu, dan penyebab edema, dengan gambaran radiologis konsisten dengan infiltrate baru dan perburukan oksigenasi akut, yang memenuhi kriteria di atas, namun tidak dapat dijelaskan oleh disfungsi ventrikel kiri |
| Syok septik | Pasien dewasa: hipotensi yang menetap meskipun sudah dilakukan resusitasi cairan dan membutuhkan vasopresor untuk mempertahankan mean arterial pressure (MAP) ≥65 mmHg dan kadar laktat serum> 2 mmol/L.<br>Pasien anak: hipotensi (TDS < persentil 5 atau >2 SD di bawah normal usia) atau terdapat 2-3 gejala dan tanda berikut: perubahan status mental/kesadaran; takikardia atau bradikardia (HR <90 x/menit atau >160 x/menit pada bayi dan HR <70x/menit atau >150 x/menit pada anak); waktu pengisian kembali kapiler yang memanjang (>2 detik) atau vasodilatasi hangat dengan *bounding pulse*; takipnea; *mottled skin* atau ruam petekie atau purpura; peningkatan laktat; oliguria; hipertermia atau hipotermia.` |

Keterangan:

* Jika fasyankes berlokasi di ketinggian lebih dari 1000 meter d.p.l., maka faktor koreksi harus dihitung sebagai berikut: PaO2 / FiO2 x Tekanan barometrik / 760.
* Skor SOFA nilainya berkisar dari 0 - 24 dengan menilai 6 sistem organ yaitu pernapasan (hipoksemia didefinisikan oleh PaO2 / FiO2 rendah), koagulasi (trombosit rendah), hati (bilirubin tinggi), kardiovaskular (hipotensi), sistem saraf pusat (penurunan tingkat kesadaran dengan *Glasgow Coma Scale*), dan ginjal (urin output rendah atau kreatinin tinggi). Diindikasikan sebagai sepsis apabila terjadi peningkatan skor *Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment* (SOFA) ≥2 angka. Diasumsikan skor awal adalah nol jika data tidak tersedia.

3. Pemeriksaan Penunjang

   Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai dengan manifestasi klinis, antara lain:

   a. Laboratorium: Darah lengkap/Darah rutin, LED, Gula Darah, Ureum, Creatinin, SGOT, SGPT, Natrium, Kalium, Chlorida, Analisa Gas Darah, Procalcitonin, PT, APTT, Waktu perdarahan, Bilirubin Direct, Bilirubin Indirect, Bilirubin Total, pemeriksaan laboratorium RT-PCR, dan/atau semua jenis kultur MO (aerob) dengan resistensi Anti HIV.
   b. Radiologi: Thorax AP/PA

4. Komplikasi
   a. Komplikasi akibat penggunaan ventilasi mekanik invasif (IMV) yang lama
   b. ventilator-associated pneumonia (VAP)
   c. tromboemboli vena
   d. catheter-related bloodstream
   e. stres ulcer dan pendarahan saluran pencernaan
   f. kelemahan akibat perawatan di ICU
   g. komplikasi lainnya selama perawatan pasien

5. Komorbid
   a. Diabetes Mellitus
      1) Diabetes Mellitus Tipe 1
      2) Diabetes Mellitus Tipe 2
      3) *Glucocorticoid-associated diabete*s
   b. Penyakit terkait Geriatri

c. Penyakit terkait Autoimun
d. Penyakit Ginjal
e. ST Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI)
f. Non-ST-segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI)
g. Hipertensi
h. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
i. Tuberculosis
j. Penyakit kronis lain yang diperberat oleh kondisi penyakit COVID-19

B. Definisi Status Klinis Pasien COVID-19

Definisi status klinis pasien COVID-19, dibagi menjadi 3 kriteria yaitu:

a) Pasien Suspek
b) Pasien Konfirmasi
c) Pasien *Probable*

Penjelasan definisi status klinis pasien sesuai dengan pembahasan definisi operasional kasus pada BAB III. Kriteria perawatan pasien ringan, sedang, dan berat dapat dilihat pada panduan terlampir.

C. Pemeriksaan Laboratorium RT-PCR

Tabel 5. 2 Jadwal Pengambilan Swab Untuk Pemeriksaan RT-PCR

| **HARI KE -** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **...** (sesuai klinis) |
| **X** | **X** | | | | | **X** | | | **x** |

Keterangan :

- Pengambilan swab di hari ke-1 dan 2 untuk penegakan diagnosis
- Bila terjadi perbaikan klinis, maka untuk *follow-up* pasien dengan gejala berat/kritis, dilakukan pengambilan swab 1 kali yaitu pada hari ke-7 untuk menilai kesembuhan

D. Terapi dan Penatalaksanaan Klinis Pasien COVID-19

Penatalaksanaan klinis dilakukan pada pasien COVID-19 tanpa gejala,

sakit ringan, sakit sedang, sakit berat, kondisi kritis, dan pada kondisi tertentu. Berikut tata laksana klinis pasien terkonfirmasi COVID-19:

1. Tatalaksana Klinis Pasien terkonfirmasi COVID-19 Tanpa Gejala, Sakit Ringan Atau Sakit Sedang
   a. Pasien terkonfirmasi tanpa gejala

      Pada prinsipnya pasien terkonfirmasi COVID-19 yang tanpa gejala tidak memerlukan rawat inap di Rumah Sakit, tetapi pasien harus menjalani isolasi selama 10 hari sejak pengambilan spesimen diagnosis konfirmasi, baik isolasi mandiri di rumah maupun di fasilitas publik yang dipersiapkan pemerintah.

      Isolasi ini penting untuk mengurangi tingkat penularan yang terjadi di masyarakat. Pasien yang menjalani isolasi harus menjalankan aturan-aturan terkait PPI dan dilakukan monitoring secara berkala baik melalui kunjungan rumah maupun secara telemedicine oleh petugas FKTP. Pasien sebaiknya diberikan leaflet berisi hal-hal yang harus diketahui dan dilaksanakan, pasien diminta melakukan pengukuran suhu tubuh sebanyak dua kali sehari. Setelah 10 hari pasien akan kontrol ke FKTP terdekat.

   b. Pasien terkonfirmasi sakit ringan

      Pada prinsipnya tatalaksana pasien terkonfirmasi COVID-19 yang mengalami sakit ringan sama dengan pasien terkonfirmasi yang tanpa gejala. pasien harus menjalani isolasi minimal selama 10 hari sejak muncul gejala ditambah 3 hari bebas gejala demam dan gangguan pernafasan. Isolasi dapat dilakukan mandiri di rumah maupun di fasilitas publik yang dipersiapkan Pemerintah. Pasien yang sakit ringan dapat diberikan pengobatan simptomatik misalnya pemberian anti-piretik bila mengalami demam. Pasien harus diberikan informasi mengenai gejala dan tanda perburukan yang mungkin terjadi dan nomor *contact person* yang dapat dia hubungi sewaktu-waktu apabila gejala tersebut muncul. Petugas FKTP diharapkan proaktif untuk melakukan pemantauan kondisi pasien. Setelah melewati masa isolasi pasien akan kontrol ke FKTP terdekat.

   c. Pasien terkonfirmasi sakit sedang dan pasien sakit ringan dengan penyulit

Pasien terkonfirmasi COVID-19 yang mengalami sakit sedang dan pasien yang sakit ringan tetapi memiliki faktor penyulit atau komorbid akan menjalani perawatan di Rumah Sakit.

Prinsip tatalaksana untuk pasien yang sakit sedang adalah pemberian terapi simptomatis untuk gejala yang ada dan fungsi pemantauan, dilaksanakan sampai gejala menghilang dan pasien memenuhi kriteria untuk dipulangkan dari Rumah Sakit.

2. Tatalaksana Pasien Terkonfirmasi COVID-19 yang Sakit Berat

a. Terapi Suportif Dini dan Pemantauan

Pemberian terapi suplementasi oksigen segera pada pasien ISPA berat dan pasien yang mengalami distress pernapasan, hipoksemia, atau syok.

1) Terapi oksigen dimulai dengan pemberian 5 L/menit dengan nasal kanul dan titrasi untuk mencapai target SpO2 ≥90% pada anak dan orang dewasa, serta SpO2 ≥ 92% - 95% pada pasien hamil.

2) Pada anak dengan tanda kegawatdaruratan (obstruksi napas atau apneu, distres pernapasan berat, sianosis sentral, syok, koma, atau kejang) harus diberikan terapi oksigen selama resusitasi untuk mencapai target SpO2 ≥ 94%;

3) Semua pasien dengan ISPA berat dipantau menggunakan pulse oksimetri dan sistem oksigen harus berfungsi dengan baik, dan semua alat-alat untuk menghantarkan oksigen (nasal kanul, sungkup muka sederhana, sungkup dengan kantong reservoir) harus digunakan sekali pakai.

b. Terapkan kewaspadaan kontak saat memegang alat-alat untuk menghantarkan oksigen (nasal kanul, sungkup muka sederhana, sungkup dengan kantong reservoir) yang terkontaminasi dalam pengawasan atau terbukti COVID-19. Lakukan pemantauan ketat pasien dengan gejala klinis yang mengalami perburukan seperti gagal napas, sepsis dan lakukan intervensi perawatan suportif secepat mungkin.

1) Pasien COVID-19 yang menjalani rawat inap memerlukan pemantauan vital sign secara rutin dan apabila

memungkinkan menggunakan sistem kewaspadaan dini (misalnya NEWS2) untuk memantau perburukan klinis yang dialami pasien.

2) Pemeriksaan darah lengkap, kimia darah dan EKG harus dilakukan pada waktu pasien masuk perawatan untuk mengetahui dan memantau komplikasi yang mungkin dialami oleh pasien seperti: acute liver injury, acute kidney injury, acute cardiac injury atau syok.

3) Setelah melakukan tindakan resusitasi dan stabilisasi pasien yang sedang hamil, harus dilakukan monitoring untuk kondisi janin.

c. Pahami pasien yang memiliki komorbid untuk menyesuaikan pengobatan dan penilaian prognosisnya.

Perlu menentukan terapi mana yang harus dilanjutkan dan terapi mana yang harus dihentikan sementara. Berkomunikasi secara proaktif dengan pasien dan keluarga dengan memberikan dukungan dan informasi prognostik.

d. Melakukan manajemen cairan secara konservatif pada pasien dengan ISPA berat tanpa syok.

Pasien dengan ISPA berat harus hati-hati dalam pemberian cairan intravena, karena resusitasi cairan yang agresif dapat memperburuk oksigenasi, terutama dalam kondisi keterbatasan ketersediaan ventilasi mekanik.

3. Tatalaksana Pasien Terkonfirmasi COVID-19 Pada Kondisi Tertentu

a. Pemberian antibiotik empirik berdasarkan kemungkinan etiologi pada kasus yang dicurigai mengalami sepsis (termasuk dalam pengawasan COVID-19) yang diberikan secepatnya dalam waktu 1 jam setelah dilakukan asesmen.

Pengobatan antibiotik empirik berdasarkan semua etiologi yang memungkinkan (pneumonia komunitas, pneumonia nosokomial atau sepsis) berdasarkan data epidemiologi, peta kuman penyebab, serta pedoman pengobatan yang berlaku. Terapi empirik harus di de-ekskalasi apabila sudah didapatkan hasil pemeriksaan mikrobiologis dan penilaian klinis.

b. Tatalaksana pada pasien hamil, dilakukan terapi suportif dan sesuai dengan kondisi kehamilannya.

Pelayanan persalinan dan terminasi kehamilan perlu mempertimbangkan beberapa faktor seperti usia kehamilan, kondisi ibu dan janin. Perlu dikonsultasikan ke dokter kandungan, dokter anak, dokter lain sesuai kondisi kehamilannya, dan konsultan *intensive care.*

c. Jangan memberikan kortikosteroid sistemik secara rutin untuk pengobatan pneumonia karena virus atau ARDS di luar uji klinis kecuali terdapat alasan lain.

   Penggunaan jangka panjang sistemik kortikosteroid dosis tinggi dapat menyebabkan efek samping yang serius pada pasien dengan ISPA berat/SARI, termasuk infeksi oportunistik, nekrosis avaskular, infeksi baru bakteri dan replikasi virus mungkin berkepanjangan. Oleh karena itu, kortikosteroid harus dihindari kecuali diindikasikan untuk alasan lain.

d. Perawatan pada Pasien Terkonfirmasi COVID-19 yang berusia lanjut

   1) Perawatan pasien terkonfirmasi COVID-19 berusia lanjut memerlukan pendekatan multidisipliner antara dokter, perawat, petugas farmasi dan tenaga kesehatan yang lain dalam proses pengambilan keputusan mengingat masalah multi-morbiditas dan penurunan fungsional tubuh.

   2) Perubahan fisiologis terkait umur akan menurunkan fungsi intrinsik pasien seperti malnutrisi, penurunan fungsi kognitif dan gejala depresi. Deteksi dini mengenai kemungkinan pemberian obat yang tidak tepat harus dilakukan untuk menghindari munculnya kejadian tidak diharapkan dan interaksi obat untuk pasien lanjut usia.

      Orang berusia lanjut memiliki resiko yang lebih besar mengalami polifarmasi, dengan adanya pemberian obat-obat baru terkait COVID-19 maka diperlukan koordinasi dengan caregiver atau keluarga selama proses tatalaksana COVID-19 untuk menghindari dampak negatif terhadap kesehatan pasien.

e. Perawatan pada Pasien COVID-19 anak

   Terapi definitif untuk COVID-19 masih belum diketahui, tidak ada obat yang efikasi dan keamanannya terbukti. Beberapa

terapi masih dalam evaluasi (terutama pada dewasa), penggunaan pada kasus COVID-19 pada anak masih dalam penelitian. Pemberian antivirus maupun hidroksiklorokuin harus mempertimbangkan derajat beratnya penyakit, komorbid dan persetujuan orang tua. Perawatan isolasi pada pasien balita dan anak yang belum mandiri dilakukan sesuai dengan standar.

4. Tatalaksana Pasien Terkonfirmasi COVID-19 yang Sakit Kritis
   a. Manajemen Gagal Napas Hipoksemi dan ARDS
      1) Mengenali gagal napas hipoksemi ketika pasien dengan distress pernapasan mengalami kegagalan terapi oksigen standar

         Pasien dapat mengalami peningkatan kerja pernapasan atau hipoksemi walaupun telah diberikan oksigen melalui sungkup tutup muka dengan kantong reservoir (10 sampai 15 L/menit, aliran minimal yang dibutuhkan untuk mengembangkan kantong; FiO2 antara 0,60 dan 0,95). Gagal napas hipoksemi pada ARDS terjadi akibat ketidaksesuaian ventilasi-perfusi atau pirau/pintasan dan biasanya membutuhkan ventilasi mekanik.
      2) Oksigen nasal aliran tinggi (High-Flow Nasal Oxygen/HFNO) atau ventilasi non invasif (NIV), hanya pada pasien gagal napas hipoksemi tertentu, dan pasien tersebut harus dipantau ketat untuk menilai terjadi perburukan klinis.
         a) Sistem HFNO dapat memberikan aliran oksigen sampai dengan 60 L/menit dan FiO2 sampai 1,0; sirkuit pediatrik umumnya hanya mencapai 15 L/menit, sehingga banyak anak membutuhkan sirkuit dewasa untuk memberikan aliran yang cukup. Dibandingkan dengan terapi oksigen standar, HFNO mengurangi kebutuhan akan tindakan intubasi. Pasien dengan hiperkapnia (eksaserbasi penyakit paru obstruktif, edema paru kardiogenik), hemodinamik tidak stabil, gagal multi-organ, atau penurunan kesadaran seharusnya tidak menggunakan HFNO, meskipun data

terbaru menyebutkan bahwa HFNO mungkin aman pada pasien hiperkapnia ringan-sedang tanpa perburukan. Pasien dengan HFNO seharusnya dipantau oleh petugas yang terlatih dan berpengalaman melakukan intubasi endotrakeal karena bila pasien mengalami perburukan mendadak atau tidak mengalami perbaikan (dalam 1 jam) maka dilakukan tindakan intubasi segera. Saat ini pedoman berbasis bukti tentang HFNO tidak ada, dan laporan tentang HFNO pada pasien MERS masih terbatas.

b) Penggunaan NIV tidak direkomendasikan pada gagal napas hipoksemi (kecuali edema paru kardiogenik dan gagal napas pasca operasi) atau penyakit virus pandemik (merujuk pada studi SARS dan pandemi influenza). Karena hal ini menyebabkan keterlambatan dilakukannya intubasi, volume tidal yang besar dan injuri parenkim paru akibat barotrauma. Data yang ada walaupun terbatas menunjukkan tingkat kegagalan yang tinggi ketika pasien MERS mendapatkan terapi oksigen dengan NIV. Pasien hemodinamik tidak stabil, gagal multi-organ, atau penurunan kesadaran tidak dapat menggunakan NIV. Pasien dengan NIV seharusnya dipantau oleh petugas terlatih dan berpengalaman untuk melakukan intubasi endotrakeal karena bila pasien mengalami perburukan mendadak atau tidak mengalami perbaikan (dalam 1 jam) maka dilakukan tindakan intubasi segera.

c) Publikasi terbaru menunjukkan bahwa sistem HFNO dan NIV yang menggunakan interface yang sesuai dengan wajah sehingga tidak ada kebocoran akan mengurangi risiko transmisi *airborne* ketika pasien ekspirasi.

3) Intubasi endotrakeal harus dilakukan oleh petugas terlatih dan berpengalaman dengan memperhatikan kewaspadaan transmisi *airborne* Pasien dengan ARDS, terutama anak kecil, obesitas atau hamil, dapat mengalami desaturasi dengan cepat selama intubasi. Pasien dilakukan pre-

oksigenasi sebelum intubasi dengan Fraksi Oksigen (FiO2) 100% selama 5 menit, melalui sungkup muka dengan kantong udara, *bag-valve mask,* HFNO atau NIV dan kemudian dilanjutkan dengan intubasi.

4) Ventilasi mekanik menggunakan volume tidal yang rendah (4-8 ml/kg prediksi berat badan, *Predicted Body Weight*/PBW) dan tekanan inspirasi rendah (tekanan *plateau* <30 cmH2O).

   Sangat direkomendasikan untuk pasien ARDS dan disarankan pada pasien gagal napas karena sepsis yang tidak memenuhi kriteria ARDS.

   a) Perhitungkan PBW pria = 50 + 2,3 [tinggi badan (inci) - 60], wanita = 45,5 + 2,3 [tinggi badan (inci)-60]
   b) Pilih mode ventilasi mekanik
   c) Atur ventilasi mekanik untuk mencapai tidal volume awal = 8 ml/kg PBW
   d) Kurangi tidal volume awal secara bertahap 1 ml/kg dalam waktu ≤ 2 jam sampai mencapai tidal volume = 6ml/kg PBW
   e) Atur laju napas untuk mencapai ventilasi semenit (tidak lebih dari 35 kali/menit)
   f) Atur tidal volume dan laju napas untuk mencapai target pH dan tekanan *plateau*

   Hipercapnia diperbolehkan jika pH 7,30-7,45. Protokol ventilasi mekanik harus tersedia. Penggunaan sedasi yang dalam untuk mengontrol usaha napas dan mencapai target volume tidal. Prediksi peningkatan mortalitas pada ARDS lebih akurat menggunakan tekanan *driving* yang tinggi (tekanan *plateau*−PEEP) di bandingkan dengan volume tidal atau tekanan *plateau* yang tinggi.

5) Pada pasien ARDS berat, lakukan ventilasi dengan *prone position* > 12 jam per hari

   Menerapkan ventilasi dengan *prone position* sangat dianjurkan untuk pasien dewasa dan anak dengan ARDS berat tetapi membutuhkan sumber daya manusia dan keahlian yang cukup.

6) Manajemen cairan konservatif untuk pasien ARDS tanpa hipoperfusi jaringan

   Hal ini sangat direkomendasikan karena dapat mempersingkat penggunaan ventilator.

7) Pada pasien dengan ARDS sedang atau berat disarankan menggunakan PEEP lebih tinggi dibandingkan PEEP rendah

   Titrasi PEEP diperlukan dengan mempertimbangkan manfaat (mengurangi atelektrauma dan meningkatkan rekrutmen alveolar) dan risiko (tekanan berlebih pada akhir inspirasi yang menyebabkan cedera parenkim paru dan resistensi vaskuler pulmoner yang lebih tinggi). Untuk memandu titrasi PEEP berdasarkan pada FiO2 yang diperlukan untuk mempertahankan SpO2. Intervensi *recruitment manoueuvers* (RMs) dilakukan secara berkala dengan CPAP yang tinggi [30-40 cm H2O], peningkatan PEEP yang progresif dengan tekanan *driving* yang konstan, atau tekanan *driving* yang tinggi dengan mempertimbangkan manfaat dan risiko.

8) Pada pasien ARDS sedang-berat (td2/FiO2 <150) tidak dianjurkan secara rutin menggunakan obat pelumpuh otot.

9) Pada fasyankes yang memiliki *Expertise in Extra Corporal Life* Support (ECLS), dapat dipertimbangkan penggunaannya ketika menerima rujukan pasien dengan hipoksemi refrakter meskipun sudah mendapat *lung protective ventilation.*

   Saat ini belum ada pedoman yang merekomendasikan penggunaan ECLS pada pasien ARDS, namun ada penelitian bahwa ECLS kemungkinan dapat mengurangi risiko kematian.

10) Hindari terputusnya hubungan ventilasi mekanik dengan pasien karena dapat mengakibatkan hilangnya PEEP dan atelektasis. Gunakan sistem *closed suction* kateter dan klem endotrakeal tube ketika terputusnya hubungan ventilasi mekanik dan pasien (misalnya, ketika pemindahan ke ventilasi mekanik yang portabel).

b. Manajemen Syok Septik

1) Kenali tanda syok septik

a) Pasien dewasa: hipotensi yang menetap meskipun sudah dilakukan resusitasi cairan dan membutuhkan vasopresor untuk mempertahankan MAP ≥65 mmHg dan kadar laktat serum> 2 mmol/L.

b) Pasien anak: hipotensi (Tekanan Darah Sistolik (TDS) < persentil 5 atau >2 standar deviasi (SD) di bawah normal usia) atau terdapat 2-3 gejala dan tanda berikut: perubahan status mental/kesadaran; takikardia atau bradikardia (HR <90 x/menit atau >160 x/menit pada bayi dan HR <70x/menit atau >150 x/menit pada anak); waktu pengisian kembali kapiler yang memanjang (>2 detik) atau vasodilatasi hangat dengan *bounding pulse*; takipnea; *mottled skin* atau ruam petekie atau purpura; peningkatan laktat; oliguria; hipertermia atau hipotermia.

Keterangan: Apabila tidak ada pemeriksaan laktat, gunakan MAP dan tanda klinis gangguan perfusi untuk deteksi syok. Perawatan standar meliputi deteksi dini dan tatalaksana dalam 1 jam; terapi antimikroba dan pemberian cairan dan vasopresor untuk hipotensi. Penggunaan kateter vena dan arteri berdasarkan ketersediaan dan kebutuhan pasien.

2) Resusitasi syok septik pada dewasa: berikan cairan kristaloid isotonik 30 ml/kg.

3) Resusitasi syok septik pada anak-anak: pada awal berikan bolus cepat 20 ml/kg kemudian tingkatkan hingga 40-60 ml/kg dalam 1 jam pertama.

4) Jangan gunakan kristaloid hipotonik, kanji, atau gelatin untuk resusitasi.

5) Resusitasi cairan dapat mengakibatkan kelebihan cairan dan gagal napas. Jika tidak ada respon terhadap pemberian cairan dan muncul tanda-tanda kelebihan cairan (seperti distensi vena jugularis, ronki basah halus pada auskultasi paru, gambaran edema paru pada foto toraks, atau hepatomegali pada anak-anak) maka kurangi atau hentikan

pemberian cairan.

a) Kristaloid yang diberikan berupa salin normal dan Ringer laktat. Penentuan kebutuhan cairan untuk bolus tambahan (250-1000 ml pada orang dewasa atau 10-20 ml/kg pada anak-anak) berdasarkan respons klinis dan target perfusi. Target perfusi meliputi MAP >65 mmHg atau target sesuai usia pada anak-anak, produksi urin (>0,5 ml/kg/jam pada orang dewasa, 1 ml/kg/jam pada anak-anak), dan menghilangnya *mottled skin*, perbaikan waktu pengisian kembali kapiler, pulihnya kesadaran, dan turunnya kadar laktat.

b) Pemberian resusitasi dengan kanji lebih meningkatkan risiko kematian dan *acute kidney injury* (AKI) dibandingkan dengan pemberian kristaloid. Cairan hipotonik kurang efektif dalam meningkatkan volume intravaskular dibandingkan dengan cairan isotonik. *Surviving Sepsis* menyebutkan albumin dapat digunakan untuk resusitasi ketika pasien membutuhkan kristaloid yang cukup banyak, tetapi rekomendasi ini belum memiliki bukti yang cukup (*low quality evidence*).

6) Vasopresor diberikan ketika syok tetap berlangsung meskipun sudah diberikan resusitasi cairan yang cukup. Pada orang dewasa target awal tekanan darah adalah MAP ≥65 mmHg dan pada anak disesuaikan dengan usia.

   Jika kateter vena sentral tidak tersedia, vasopresor dapat diberikan melalui intravena perifer, tetapi gunakan vena yang besar dan pantau dengan cermat tanda-tanda ekstravasasi dan nekrosis jaringan lokal. Jika ekstravasasi terjadi, hentikan infus. Vasopresor juga dapat diberikan melalui jarum intraoseus.

7) Pertimbangkan pemberian obat inotrop (seperti dobutamine) jika perfusi tetap buruk dan terjadi disfungsi jantung meskipun tekanan darah sudah mencapai target MAP dengan resusitasi cairan dan vasopresor.

   a) Vasopresor (yaitu norepinefrin, epinefrin, vasopresin,

dan dopamin) paling aman diberikan melalui kateter vena sentral tetapi dapat pula diberikan melalui vena perifer dan jarum intraoseus. Pantau tekanan darah sesering mungkin dan titrasi vasopressor hingga dosis minimum yang diperlukan untuk mempertahankan perfusi dan mencegah timbulnya efek samping.

b) Norepinefrin dianggap sebagai lini pertama pada pasien dewasa; epinefrin atau vasopresin dapat ditambahkan untuk mencapai target MAP. Dopamine hanya diberikan untuk pasien bradikardia atau pasien dengan risiko rendah terjadinya takiaritmia. Pada anak-anak dengan *cold shock* (lebih sering), epinefrin dianggap sebagai lini pertama, sedangkan norepinefrin digunakan pada pasien dengan *warm shock* (lebih jarang).

Pasien dengan dengan status Suspek atau Probabel yang di curigai sebagai COVID-19 dengan kriteria sakit ringan, sakit sedang, sakit berat atau kondisi kritis ditatalaksana seperti pasien terkonfirmasi COVID-19 sampai terbukti bukan COVID-19.

E. Pencegahan Komplikasi

Terapkan tindakan berikut untuk mencegah komplikasi pada pasien dengan gejala berat/kritis terdapat pada tabel 5.3 dibawah.

Tabel 5. 3 Pencegahan Kompikasi

| Antisipasi Dampak | Tindakan |
|---|---|
| Mengurangi lamanya hari penggunaan ventilasi mekanik invasif (IMV) | - Protokol penyapihan meliputi penilaian harian kesiapan untuk bernapas spontan<br>- Lakukan pemberian sedasi berkala atau kontinyu yang minimal, titrasi untuk mencapai target khusus (walaupun begitu sedasi ringan merupakan kontraindikasi) atau dengan interupsi harian dari pemberian infus sedasi kontinyu |
| Mengurangi terjadinya *ventilator-* | - Intubasi oral adalah lebih baik daripada intubasi nasal pada |

| Antisipasi Dampak | Tindakan |
|---|---|
| *associated pneumonia* (VAP) | remaja dan dewasa<br>- Pertahankan pasien dalam posisi semi-*recumbent* (naikkan posisi kepala pasien sehingga membentuk sudut 30-45$^0$)<br>- Gunakan sistem *closed suctioning*, kuras dan buang kondensat dalam pipa secara periodik<br>- Setiap pasien menggunakan sirkuit ventilator yang baru; pergantian sirkuit dilakukan hanya jika kotor atau rusak<br>- Ganti alat *heat moisture exchanger* (HME) jika tidak berfungsi, ketika kotor atau setiap 5-7 hari |
| Mengurangi terjadinya tromboemboli vena | - Gunakan obat profilaksis (low molecular-weight heparin, bila tersedia atau heparin 5000 unit subkutan dua kali sehari) pada pasien remaja dan dewasa bila tidak ada kontraindikasi.<br>- Bila terdapat kontraindikasi, gunakan perangkat profilaksis mekanik seperti intermiten pneumatic compression device. |
| Mengurangi terjadinya infeksi terkait *catheter- related bloodstream* | Gunakan checklist sederhana pada pemasangan kateter IV sebagai pengingat untuk setiap langkah yang diperlukan agar pemasangan tetap steril dan adanya pengingat setiap harinya untuk melepas kateter jika tidak diperlukan |
| Mengurangi terjadinya ulkus karena tekanan | Posisi pasien miring ke kiri-kanan bergantian setiap dua jam |
| Mengurangi terjadinya stres ulcer dan pendarahan saluran pencernaan | - Berikan nutrisi enteral dini (dalam waktu 24-48 jam pertama)<br>- Berikan histamin-2 receptor blocker atau proton-pump inhibitors. Faktor risiko yang perlu diperhatikan untuk terjadinya perdarahan saluran pencernaan termasuk pemakaian ventilasi mekanik ≥48 jam, koagulopati, terapi sulih ginjal, penyakit hati, |

| Antisipasi Dampak | Tindakan |
|---|---|
| | komorbid ganda, dan skor gagal organ yang tinggi |
| Mengurangi terjadinya kelemahan akibat perawatan di ICU | Mobilisasi dini apabila aman untuk dilakukan. |

F. Pengobatan Spesifik Anti-COVID-19

Sampai saat ini belum ada pengobatan spesifik anti-COVID-19 yang direkomendasikan untuk pasien konfirmasi COVID-19.

G. Evaluasi Akhir Status Klinis Pasien COVID-19

Evaluasi status klinis pasien yang dilakukan oleh FKTP atau rumah sakit antara lain:

1. Selesai Isolasi

   Kriteria pasien konfirmasi yang dinyatakan selesai isolasi, sebagai berikut:

   a) Kasus konfirmasi tanpa gejala (asimptomatik)

      Pasien konfirmasi asimptomatik tidak dilakukan pemeriksaan *follow up* RT-PCR. Dinyatakan selesai isolasi apabila sudah menjalani isolasi mandiri selama 10 hari sejak pengambilan spesimen diagnosis konfirmasi.

   b) Kasus konfirmasi dengan gejala ringan dan gejala sedang

      Pasien konfirmasi dengan gejala ringan dan gejala sedang tidak dilakukan pemeriksaan *follow up* RT-PCR. Dinyatakan selesai isolasi harus dihitung 10 hari sejak tanggal onset dengan ditambah minimal 3 hari setelah tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan.

   c) Kasus konfirmasi dengan gejala berat/kritis yang dirawat di rumah sakit

      1) Kasus konfirmasi dengan gejala berat/kritis yang dirawat di rumah sakit dinyatakan selesai isolasi apabila telah mendapatkan hasil pemeriksaan *follow up* RT-PCR 1 kali negatif ditambah minimal 3 hari tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan.

      2) Dalam hal pemeriksaan *follow up* RT-PCR tidak dapat dilakukan, maka pasien kasus konfirmasi dengan gejala berat/kritis yang dirawat di rumah sakit yang sudah

menjalani isolasi selama 10 hari sejak onset dengan ditambah minimal 3 hari tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan, dinyatakan selesai isolasi, dan dapat dialihrawat non isolasi atau dipulangkan.

2. Alih Rawat Non Isolasi

Proses alih rawat ke ruangan non isolasi diperuntukkan untuk pasien yang sudah memenuhi kriteria selesai isolasi tetapi masih memerlukan perawatan lanjutan untuk kondisi tertentu yang terkait dengan komorbid, *co-insiden*, dan komplikasi. Proses alih rawat diputuskan berdasarkan hasil assessmen klinis yang dilakukan oleh DPJP sesuai standar pelayanan dan/atau standar prosedur operasional. Pasien tersebut sudah dinyatakan sembuh dari COVID-19.

3. Sembuh

Pasien konfirmasi tanpa gejala, gejala ringan, gejala sedang, dan gejala berat/kritis dinyatakan sembuh apabila telah memenuhi kriteria selesai isolasi dan dikeluarkan surat pernyataan selesai pemantauan, berdasarkan penilaian dokter di fasyankes tempat dilakukan pemantauan atau oleh DPJP.

Pasien konfirmasi dengan gejala berat/kritis dimungkinkan memiliki hasil pemeriksaan *follow up* RT-PCR persisten positif, karena pemeriksaan RT-PCR masih dapat mendeteksi bagian tubuh virus COVID-19 walaupun virus sudah tidak aktif lagi (tidak menularkan lagi). Terhadap pasien tersebut, maka penentuan sembuh berdasarkan hasil assessmen yang dilakukan oleh DPJP.

4. Pemulangan Pasien

Pasien dapat dipulangkan dari perawatan di rumah sakit, bila memenuhi kriteria selesai isolasi dan memenuhi kriteria klinis sebagai berikut:

a. Hasil assesmen klinis menyeluruh termasuk diantaranya gambaran radiologis menunjukkan perbaikan, pemeriksaan darah menunjukan perbaikan, yang dilakukan oleh DPJP menyatakan pasien diperbolehkan untuk pulang.
b. Tidak ada tindakan/perawatan yang dibutuhkan oleh pasien,

baik terkait sakit COVID-19 ataupun masalah kesehatan lain yang dialami pasien.

DPJP perlu mempertimbangkan waktu kunjungan kembali pasien dalam rangka masa pemulihan.

Khusus pasien konfirmasi dengan gejala berat/kritis yang sudah dipulangkan tetap melakukan isolasi mandiri minimal 7 hari dalam rangka pemulihan dan kewaspadaan terhadap munculnya gejala COVID-19, dan secara konsisten menerapkan protokol kesehatan.

5. Pindah ke RS Rujukan

   Pindah ke RS Rujukan apabila pasien memerlukan rujukan ke RS lain dengan alasan yang terkait dengan tatalaksana COVID-19. Pelaporan hasil akhir status pasien selesai isolasi, sembuh, meninggal, dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota setempat oleh RS pertama yang merawat.

6. Meninggal

   a. Meninggal di rumah sakit selama perawatan COVID-19 pasien konfirmasi atau *probable* maka pemulasaraan jenazah diberlakukan tatalaksana COVID-19.

   b. Meninggal di luar rumah sakit/*Death on Arrival (DOA)*

      Bila pasien memiliki riwayat kontak erat dengan orang/pasien terkonfirmasi COVID-19 maka pemulasaraan jenazah diberlakukan tatalaksana COVID-19.

Ketentuan mengenai terapi dan penatalaksanaan klinis pasien COVID-19 serta evaluasi akhir di atas berlaku juga untuk pasien dengan status kasus *probable.*

# BAB VI
# PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENULARAN

## A. Pencegahan dan Pengendalian di Masyarakat

Masyarakat memiliki peran penting dalam memutus mata rantai penularan COVID-19 agar tidak menimbulkan sumber penularan baru. Mengingat cara penularannya berdasarkan *droplet infection* dari individu ke individu, maka penularan dapat terjadi baik di rumah, perjalanan, tempat kerja, tempat ibadah, tempat wisata maupun tempat lain dimana terdapat orang berinteaksi sosial. Prinsipnya pencegahan dan pengendalian COVID-19 di masyarakat dilakukan dengan:

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:

   a. 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.
   b. 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).
   c. Menjaga jarak minimal 1 meter dengan orang lain untuk menghindari terkena droplet dari orang yang yang batuk atau bersin. Jika tidak memungkin melakukan jaga jarak maka dapat dilakukan dengan berbagai rekayasa administrasi dan teknis lainnya.
   d. Membatasi diri terhadap interaksi / kontak dengan orang lain yang tidak diketahui status kesehatannya.
   e. Saat tiba di rumah setelah bepergian, segera mandi dan berganti pakaian sebelum kontak dengan anggota keluarga di rumah.
   f. Meningkatkan daya tahan tubuh dengan menerapkan pola hidup bersih dan sehat (PHBS) seperti konsumsi gizi seimbang,

aktivitas fisik minimal 30 menit sehari, istirahat yang cukup termasuk pemanfaatan kesehatan tradisional. Pemanfaatan kesehatan tradisional, salah satunya dilakukan dengan melaksanakan asuhan mandiri kesehatan tradisional melalui pemanfaatan Taman Obat Keluarga (TOGA) dan akupresur, yang meliputi;

1) Cara kesehatan tradisional untuk meningkatkan daya tahan tubuh

2) Cara kesehatan tradisional untuk meningkatkan nafsu makan

3) Cara kesehatan tradisional untuk mengatasi susah tidur

4) Cara kesehatan tradisional untuk mengatasi stress

5) Cara kesehatan tradisional untuk mengurangi keinginan merokok

g. Mengelola penyakit penyerta/komorbid agar tetap terkontrol

h. Mengelola kesehatan jiwa dan psikososial

Kondisi kesehatan jiwa dan kondisi optimal dari psikososial dapat tingkatkan 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.

Ketentuan teknis peningkatan kesehatan jiwa dan psikososial merujuk pada pedoman dukungan kesehatan jiwa dan psikososial pada pandemi COVID-19 yang disusun oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA.

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

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

2. Perlindungan kesehatan pada masyarakat

COVID-19 merupakan penyakit yang tingkat penularannya cukup tinggi, sehingga perlu dilakukan upaya perlindungan kesehatan masyarakat yang dilakukan secara komprehensif. 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,

a. 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 kedisplinan 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.

b. 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.

c. 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 *respond* 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:

a) Dilarang berdekatan atau kontak fisik dengan orang mengatur jaga jarak minimal 1 meter, tidak bersalaman, tidak berpelukan dan berciuman

b) Hindari penggunaan transportasi publik (seperti kereta, bus, dan angkot) yang tidak perlu, sebisa mungkin hindari jam sibuk ketika berpergian.

c) Bekerja dari rumah (*Work from Home*), jika memungkinkan dan kantor memberlakukan ini

d) Dilarang berkumpul massal di kerumunan dan fasilitas umum
e) Hindari bepergian ke luar kota/luar negeri termasuk ke tempat-tempat wisata
f) 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
g) Gunakan telepon atau layanan online untuk menghubungi dokter atau fasilitas lainnya
h) 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
i) Untuk sementara waktu, anak sebaiknya bermain bersama keluarganya sendiri di rumah
j) Untuk sementara waktu, dapat melaksanakan ibadah di rumah
k) Jika terpaksa keluar harus menggunakan masker kain
l) Membersihkan /disinfeksi rumah, tempat usaha, tempat kerja, tempat ibadah, kendaraan dan tempat tempat umum secara berkala
m) 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
n) Memakai pelindung wajah dan masker kepada para petugas/pedagang yang berinteraksi dengan banyak orang

Semua orang harus mengikuti ketentuan ini. Kami menghimbau untuk mengikuti petunjuk ini dengan ketat dan membatasi tatap muka dengan teman dan keluarga, khususnya jika Anda:

a) Berusia 60 tahun keatas
b) Memiliki penyakit komorbid (penyakit penyerta) seperti diabetes melitus, hipertensi, kanker, asma dan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) dan lain- lain
c) Ibu hamil

Pada suatu wilayah yang telah terjadi penularan COVID-19 di komunitas, perlu dilakukan tindakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) untuk mencegah kemungkinan penyebaran COVID-I9 dengan tetap memperhatikan pembatasan fisik.

PSBB diberlakukan berdasarkan pada pertimbangan epidemiologis, besarnya ancaman, efektifitas, dukungan sumber daya, teknis operasional, pertimbangan politik, ekonomi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan.

PSBB paling sedikit meliputi: meliburkan sekolah dan tempat kerja; pembatasan kegiatan keagamaan; dan/atau pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum. Selain itu, pembatasan sosial juga dilakukan dengan meminta masyarakat untuk mengurangi interaksi sosialnya dengan tetap tinggal di dalam rumah maupun pembatasan penggunaan transportasi publik. Penjelasan lebih lengkap mengenai PSBB mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

2) Penerapan Etika Batuk dan Bersin

Menerapkan etika batuk dan bersin meliputi:

a) 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
b) 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

c) 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:

a) Tempatkan pasien/orang dalam ruangan tersendiri

yang memiliki ventilasi yang baik (memiliki jendela terbuka, atau pintu terbuka).

b) Batasi pergerakan dan minimalkan berbagi ruangan yang sama. Pastikan ruangan bersama (seperti dapur, kamar mandi) memiliki ventilasi yang baik.

c) 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).

d) 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.

e) 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.

f) 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.

g) 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.

h) 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.

i) 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.

j) Jangan gunakan masker atau sarung tangan yang telah terpakai.

k) Pisahkan alat makan untuk pasien (cuci dengan sabun dan air hangat setelah dipakai agar dapat digunakan kembali).

l) 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).

m) Cuci pakaian, seprai, handuk, masker kain pasien menggunakan sabun cuci rumah tangga dan air atau menggunakan mesin cuci dengan suhu air 60-90$^0$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.

n) 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.

o) Hindari kontak dengan barang-barang terkontaminasi lainya seperti sikat gigi, alat makan-minum, handuk, pakaian dan sprei.

p) 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:

a) Masyarakat harus diberikan pedoman yang jelas, transparan, konsisten, dan terkini serta diberikan informasi yang dapat dipercaya tentang tindakan karantina
b) Keterlibatan masyarakat sangat penting jika tindakan karantina harus dilakukan

c) 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

d) Faktor budaya, geografis dan ekonomi mempengaruhi efektivitas karantina. Penilaian cepat terhadap faktor lokal harus dianalisis, baik berupa faktor pendorong keberhasilan maupun penghambat proses karantina

Pada pelaksanaan karantina harus memastikan hal-hal sebagai berikut:

a) Tata cara dan perlengkapan selama masa karantina

Tata cara karantina meliputi:

(1) Orang-orang ditempatkan di ruang dengan ventilasi cukup serta kamar tersendiri yang dilengkapi dengan toilet. jika kamar tersendiri tidak tersedia pertahankan jarak minimal 1 meter dari penghuni rumah lain. meminimalkan penggunaan ruang bersama dan penggunaan peralatan makan bersama, serta memastikan bahwa ruang bersama (dapur, kamar mandi) memiliki ventilasi yang baik

(2) Pengendalian infeksi lingkungan yang sesuai, seperti ventilasi udara yang memadai, sistem penyaringan dan pengelolaan limbah

(3) Pembatasan jarak sosial (lebih dari 1 meter) terhadap orang-orang yang di karantina

(4) Akomodasi dengan tingkat kenyamanan yang sesuai termasuk:

(a) Penyediaan makanan, air dan kebersihan;

(b) Perlindungan barang bawaan;

(c) Perawatan medis;

(d) Komunikasi dalam bahasa yang mudah dipahami mengenai: hak-hak mereka; ketentuan yang akan disediakan; berapa

lama mereka harus tinggal; apa yang akan terjadi jika mereka sakit; informasi kontak kedutaan bagi Warga Negara Asing.

(5) Bantuan bagi para pelaku perjalanan

(6) Bantuan komunikasi dengan anggota keluarga;

(7) Jika memungkinkan, akses internet, berita dan hiburan;

(8) Dukungan psikososial; dan

(9) Pertimbangan khusus untuk individu yang lebih tua dan individu dengan kondisi komorbid, karena berisiko terhadap risiko keparahan penyakit COVID-19.

b) Tindakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Minimal

Berikut langkah-langkah pencegahan dan pengendalian infeksi yang harus digunakan untuk memastikan lingkungan aman digunakan sebagai tempat karantina

(1) Deteksi dini dan pengendalian

(a) Setiap orang yang dikarantina dan mengalami demam atau gejala sakit pernapasan lainnya harus diperlakukan sebagai suspek COVID-19

(b) Terapkan tindakan pencegahan standar untuk semua orang dan petugas

(2) Cuci tangan sesering mungkin, terutama setelah kontak dengan saluran pernapasan, sebelum makan, dan setelah menggunakan toilet. Cuci tangan dapat dilkukan dengan sabun dan air atau dengan *handsanitizer* yang mengandung minimal alkohol 70 %. Penggunaan *handsanitizer* yang mengandung alkohol lebih disarankan jika tangan tidak terlihat kotor. Bila tangan terlihat kotor, cucilah tangan menggunakan sabun dan air

(3) Pastikan semua orang yang diobservasi menerapkan etika batuk

(4) Jangan menyentuh mulut, hidung dan mata

(5) Pengendalian Administratif

Pengendalian administratif meliputi:

(a) Pembangunan infrastruktur PPI yang berkelanjutan (desain fasilitas) dan kegiatan

(b) Memberikan edukasi pada orang yang diobservasi tentang PPI. Semua petugas yang bekerja perlu dilatih tentang tindakan pencegahan standar sebelum pengendalian karantina dilaksanakan. Saran yang sama tentang tindakan pencegahan standar harus diberikan kepada semua orang pada saat kedatangan. Petugas dan orang yang diobservasi harus memahami pentingnya segera mencari pengobatan jika mengalami gejala

(c) Membuat kebijakan tentang pengenalan awal dan rujukan dari kasus COVID- 19

(6) Pengendalian Lingkungan

Prosedur pembersihan dan disinfeksi lingkungan harus diikuti dengan benar dan konsisten. Petugas kebersihan perlu diedukasi dan dilindungi dari infeksi COVID-19 dan petugas kebersihan harus memastikan bahwa permukaan lingkungan dibersihkan secara teratur selama periode observasi:

(a) Bersihkan dan disinfeksi permukaan yang sering disentuh seperti meja, rangka tempat tidur, dan perabotan kamar tidur lainnya setiap hari dengan disinfektan rumah tangga yang mengandung larutan pemutih encer (pemutih 1 bagian hingga 99 bagian air). Untuk permukaan yang tidak mentolerir pemutih maka dapat menggunakan etanol 70%

(b) Bersihkan dan disinfeksi permukaan kamar mandi dan toilet setidaknya sekali sehari

dengan disinfektan rumah tangga yang mengandung larutan pemutih encer (1 bagian cairan pemutih dengan 99 bagian air)

(c) Membersihkan pakaian, seprai, handuk mandi, dan lain-lain, menggunakan sabun cuci dan air atau mesin cuci di 60–90°C dengan deterjen biasa dan kering

(d) Harus mempertimbangkan langkah-langkah untuk memastikan sampah dibuang di TPA yang terstandar, dan bukan di area terbuka yang tidak diawasi

(e) Petugas kebersihan harus mengenakan sarung tangan sekali pakai saat membersihkan atau menangani permukaan, pakaian atau linen yang terkotori oleh cairan tubuh, dan harus melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah melepas sarung tangan.

B. 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:

   a. Menerapkan kewaspadaan isolasi untuk semua pasien
   b. Menerapkan pengendalian administrasi
   c. 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.

a. Penerapan Kewaspadaan Isolasi

Kewaspadaan isolasi terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi.

1) Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan Standar terdiri dari:

a) Kebersihan Tangan/*Hand Hygiene*

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

(a) Sebelum menyentuh pasien

(b) Sebelum melakukan tindakan aseptik

(c) Setelah kontak atau terpapar dengan cairan tubuh

(d) Setelah menyentuh pasien

(e) Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien

(2) Selain itu, kebersihan tangan juga dilakukan pada saat:

(a) Melepas sarung tangan steril

(b) Melepas APD

(c) Setelah kontak dengan permukaan benda mati dan objek termasuk peralatan medis

(d) Setelah melepaskan sarung tangan steril.

(e) Sebelum menangani obat-obatan atau menyiapkan makanan

(3) Kebersihan tangan dilakukan sebagai berikut:

(a) Kebersihan tangan dengan sabun dan air mengalir apabila terlihat kotor atau terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh lainnya atau setelah menggunakan toilet

(b) Penggunaan handrub berbasis alkohol dipilih untuk antiseptik tangan rutin pada semua situasi

(4) Cara melakukan Kebersihan tangan:

(a) Kebersihan tangan dengan alkohol handrub selama 20-30 detik bila tangan tidak tampak kotor

Gambar 6. 1. Kebersihan Tangan dengan Handrub
(sesuai dengan ketentuan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan)

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

Gambar 6. 2. Kebersihan Tangan dengan Sabun dan Air
(sesuai dengan ketentuan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan)

b) Alat Pelindung Diri (APD)

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:

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

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

(b) Cara "memakai" dengan benar

(c) Cara "melepas" dengan benar

(d) Cara mengumpulkan (disposal) yang tepat setelah dipakai

(2) Hal – hal yang harus dilakukan pada penggunaan APD:

(a) Melepaskan semua aksesoris di tangan seperti cincin, gelang dan jam tangan

(b) Menggunakan baju kerja/ scrub suit sebelum memakai APD

(c) Melakukan kebersihan tangan sebelum dan setelah memakai APD

(d) Menggunakan sarung tangan saat melakukan perawatan kepada pasien

(e) Melepaskan sarung tangan setelah selesai melakukan perawatan di dekat pasien dan lakukan kebersihan tangan

(f) Memakai APD di anteroom atau ruang khusus. APD dilepas di area kotor segera setelah meninggalkan ruang perawatan

(g) Menggunakan masker N95 pada saat melakukan tindakan yang menimbulkan aerosol

(h) Mengganti googles atau faceshield pada saat sudah kabur/kotor

(i) Mandi setelah melepaskan APD dan mengganti dengan baju bersih

(3) Hal-hal yang tidak boleh dilakukan pada penggunaan APD

(a) Menyentuh mata, hidung dan mulut saat menggunakan APD

(b) Menyentuh bagian depan masker

(c) Mengalungkan masker di leher

(d) Menggantung APD di ruangan kemudian mengunakan kembali

(e) Menggunakan APD keluar dari area perawatan

(f) Membuang APD dilantai

(g) Menggunakan sarung tangan berlapis saat bertugas apabila tidak dibutuhkan

(h) Menggunakan sarung tangan terus menerus tanpa indikasi

(i) Menggunakan sarung tangan saat menulis, memegang rekam medik pasien, memegang handle pintu, memegang HP

(j) Melakukan kebersihan tangan saat masih menggunakan sarung

Untuk informasi terkait alat pelindung diri dapat mengacu pada Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri Dalam Menghadapi Wabah COVID-19 yang

dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Tahun 2020.

c) Kebersihan Pernafasan

(1) Perhatikan etika batuk atau bersin

(2) Gunakan masker kain /masker bedah apabila mengalami ganguan 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, masukan kewadah infeksius yang tertutup dan diberi label. Semua linen harus

dikemas (dimasukan dalam plastik infeksius) didalam 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 membaran 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 penatalaksanaan sama seperti limbah infeksius lainya

(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

Pengelolaan limbah medis dapat mengacu pada Pedoman Pengelolaan Limbah Rumah Sakit Rujukan, Rumah Sakit Darurat dan Puskesmas yang Menangani COVID-19 yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan Tahun 2020, dan peraturan yang ditetapkan oleh Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan.

g) Desinfeksi Peralatan Perawatan Pasien Berdasarkan Jenisnya

(1) Peralatan kritikal

Peralatan kritikal adalah peralatan yang masuk kedalam pembuluh darah dan jaringan steril, risiko infeksnya 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 infeksinya 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 infeksinya kecil bahkan tidak ada, namun demikian peralatan ini melalui pemrosesan dekontaminasi pembersihan setelah dipakai oleh pasien, jika terkontaminasi darah, caian tubuh sekresi dan ekskresi harus di lakukan 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 kacamata 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.

b. 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:
   a) Petugas kesehatan dalam keadaan sehat, apabila sakit tidak boleh bekerja.
   b) Pengaturan waktu kerja maksimal 40 jam seminggu dengan waktu kerja harian 7-8 jam dan tidak melebihi 12 jam.
   c) Memantau aspek kesehatan pekerja dengan penekanan pada surveilans ISPA pada petugas kesehatan.
   d) Pemantauan kesehatan pada petugas kesehatan secara berkala sesuai indikasi medis.
   e) Melakukan penilaian kelaikan kerja untuk petugas dengan komorbid dan kondisi khusus seperti kehamilan, sebelum ditugaskan memberikan pelayanan pasien COVID-19.
   f) Melakukan penilaian kembali bekerja (*return to work*) pada petugas pasca sakit.
   g) Memastikan adanya jaminan kesehatan dan jaminan kecelakaan kerja bagi petugas di fasyankes.
   h) Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja (PAK) pada petugas yang terkena COVID-19 akibat kerja (sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu).

c. Pendidikan dan Pelatihan

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

a) Segitiga epidemiologi
b) Rantai Infeksi
c) Konsep Infeksi
d) Program PPI
e) Kewaspadaan Isolasi (Kewaspadaan standar dan Kewaspadaan berdasarkan transmisi
f) Konsep COVID-19
g) Alat pelindung diri
h) Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)
i) Pengelolaan limbah

2) Berikan sosialisasi kepada masyarakat tentang COVID-19

a) Rantai Infeksi untuk awam
b) Kewaspadaan Standar
c) Kewaspadaan berdasarkan transmisi
d) Konsep COVID-19

3. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasyankes Pra Rujukan

Pencegahan dan pengendalian infeksi di fasyankes pra rujukan mengacu pada panduan bagi petugas pelayanan PSC119 dalam pelayanan COVID-19 sebagaimana terlampir.

4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi untuk Pemulasaraan Jenazah

Jenazah pasien dengan COVID-19 perlu dikelola dengan etis dan layak sesuai dengan agama, nilai, norma dan budaya. Prinsip utama dalam memberikan pelayanan ini adalah seluruh petugas wajib menjalankan kewaspadaan standar dan didukung dengan sarana prasarana yang memadai.

Kriteria jenazah pasien:

- Jenazah suspek dari dalam rumah sakit sebelum keluar hasil swab.
- Jenazah pasien dari dalam rumah sakit yang telah ditetapkan sebagai kasus *probable*/konfirmasi COVID-19.

- Jenazah dari luar rumah sakit, dengan riwayat yang memenuhi kriteria *probable*/konfirmasi COVID-19. Hal ini termasuk pasien DOA (*Death on Arrival*) rujukan dari rumah sakit lain.

a. Kewaspadaan saat menerima jenazah dari ruangan dengan kasus suspek/*probable*/konfirmasi (+) COVID-19 antara lain:
   1) Menggunakan APD yang sesuai selama berkontak dengan jenazah.
   2) Kebersihan tangan sebelum dan sesudah kontak dengan jenazah.
   3) Dekontaminasi lingkungan termasuk seluruh permukaan benda dan alat dengan desinfektan.
   4) Kewaspadaan terhadap transmisi harus dilakukan terhadap prosedur yang menimbulkan aerosol.
   5) Menyiapkan plastik pembungkus atau kantong jenazah yang kedap air untuk pemindahan jenazah.
b. Pelayanan jenazah untuk pasien yang terinfeksi COVID-19:
   1) Persiapan petugas yang menangani jenazah.
   2) Pasien yang terinfeksi dengan COVID-19.
   3) Petugas yang mempersiapkan jenazah harus menerapkan PPI seperti kewaspadaan standar, termasuk kebersihan tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan jenazah, dan lingkungan.
   4) Pastikan petugas yang berinteraksi dengan jenazah menggunakan APD sesuai risiko.
   5) Pastikan petugas telah mengikuti pelatihan penggunaan APD, tata cara pemakaian dan pelepasan, serta membuangnya pada tempat yang telah ditetapkan.
c. Penanganan jenazah di ruang rawat sebelum ditransfer ke kamar jenazah rumah sakit
   1) Tindakan swab nasofaring atau pengambilan sampel lainnya bila diperlukan dilakukan oleh petugas yang ditunjuk di ruang perawatan sebelum jenazah dijemput oleh petugas kamar jenazah.
   2) Jenazah ditutup/disumpal lubang hidung dan mulut menggunakan kapas, hingga dipastikan tidak ada cairan yang keluar.

3) Bila ada luka akibat tindakan medis, maka dilakukan penutupan dengan plester kedap air.
4) Petugas kamar jenazah yang akan menjemput jenazah, membawa:
   a) Alat pelindung diri (APD) berupa: masker bedah, *goggle*/kaca mata pelindung, apron plastik, dan sarung tangan non steril.
   b) Kantong jenazah. Bila tidak tersedia kantong jenazah, disiapkan plastik pembungkus.
   c) Brankar jenazah dengan tutup yang dapat dikunci.
5) Sebelum petugas memindahkan jenazah dari tempat tidur perawatan ke brankar jenazah, dipastikan bahwa lubang hidung dan mulut sudah tertutup serta luka-luka akibat tindakan medis sudah tertutup plester kedap air, lalu dimasukkan ke dalam kantong jenazah atau dibungkus dengan plastik pembungkus. Kantong jenazah harus tertutup sempurna.
6) Setelah itu jenazah dapat dipindahkan ke brankar jenazah, lalu brankar ditutup dan dikunci rapat.
7) Semua APD yang digunakan selama proses pemindahan jenazah dibuka dan dibuang di ruang perawatan.
8) Jenazah dipindahkan ke kamar jenazah. Selama perjalanan, petugas tetap menggunakan masker bedah.
9) Surat Keterangan Kematian atau Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) dibuat oleh dokter yang merawat dengan melingkari jenis penyakit penyebab kematian sebagai penyakit menular sebagaimana formulir terlampir.
10) Jenazah hanya dipindahkan dari brankar jenazah ke meja pemulasaraan jenazah di kamar jenazah oleh petugas yang menggunakan APD lengkap.

d. Pemulasaraan jenazah di kamar jenazah
   1) Jenazah yang masuk dalam lingkup pedoman ini dianjurkan dengan sangat untuk dipulasara di kamar jenazah.
   2) Tindakan pemandian jenazah hanya dilakukan setelah tindakan desinfeksi.
   3) Petugas pemandi jenazah menggunakan APD standar.

4) Petugas pemandi jenazah dibatasi hanya sebanyak dua orang. Keluarga yang hendak membantu memandikan jenazah hendaknya juga dibatasi serta menggunakan APD sebagaimana petugas pemandi jenazah.
5) Jenazah dimandikan sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.
6) Setelah jenazah dimandikan dan dikafankan/diberi pakaian, jenazah dimasukkan ke dalam kantong jenazah atau dibungkus dengan plastik dan diikat rapat.
7) Bila diperlukan peti jenazah, maka dilakukan cara berikut: jenazah dimasukkan ke dalam peti jenazah dan ditutup rapat; pinggiran peti disegel dengan sealant/silikon; dan dipaku/disekrup sebanyak 4-6 titik dengan jarak masing-masing 20 cm. Peti jenazah yang terbuat dari kayu harus kuat, rapat, dan ketebalan peti minimal 3 cm.

e. Desinfeksi jenazah di kamar jenazah
1) Petugas kamar jenazah harus memberikan penjelasan kepada keluarga mengenai tata laksana pada jenazah yang meninggal dengan penyakit menular, terutama pada kondisi pandemi COVID-19.
2) Pemulasaraan jenazah dengan penyakit menular atau sepatutnya diduga meninggal karena penyakit menular harus dilakukan desinfeksi terlebih dahulu.
3) Desinfeksi jenazah dilakukan oleh tenaga yang memiliki kompetensi untuk itu, yaitu: dokter spesialis forensik dan medikolegal dan teknisi forensik dengan menggunakan APD lengkap:
a) *Shoe cover* atau sepatu *boots*.
b) Apron. Apron gaun lebih diutamakan.
c) Masker N-95.
d) Penutup kepala atau *head cap*.
e) *Goggle* atau *faceshield*.
f) sarung tangan non steril.

4) Bahan desinfeksi jenazah dengan penyakit menular menggunakan larutan formaldehyde 10% atau lebih dengan paparan minimal 30 menit dengan teknik intraarterial (bila

memungkinkan), intrakavitas dan permukaan saluran pernapasan. Setelah dilakukan tindakan desinfeksi, dipastikan tidak ada cairan yang menetes atau keluar dari lubang-lubang tubuh. Bila terdapat penolakan penggunaan formaldehyde, maka dapat dipertimbangkan penggunaan klorin dengan pengenceran 1:9 atau 1:10 untuk teknik intrakavitas dan permukaan saluran napas.

5) Semua lubang hidung dan mulut ditutup/disumpal dengan kapas hingga dipastikan tidak ada cairan yang keluar.

6) Pada jenazah yang masuk dalam kriteria mati tidak wajar, maka desinfeksi jenazah dilakukan setelah prosedur forensik selesai dilaksanakan.

f. Prosedur otopsi jenazah bila dibutuhkan

1) Otopsi jenazah dengan suspek atau konfirmasi COVID-19 harus dilakukan di ruang isolasi infeksi airborne yaitu dengan tekanan negatif di sekitar areanya, dan mempunyai pertukaran udara minimal 12 ACH.

2) Pengambilan spesimen berupa nasopharingeal swab pada pasien yang telah meninggal dengan curiga atau konfirmasi COVID-19 tetap memerlukan penggunaan APD yang sesuai dengan risiko penularan, minimum APD yang digunakan adalah:

a) Sarung tangan nitrile non steril. Bila ada kemungkinan mempunyai risiko mengenai luka, tertusuk dapat menambahkan sarung tangan tebal diatas sarung tangan tersebut

b) Gaun

c) Apron

d) Respirator (N95 atau > tinggi)

e) Pelindung mata (*googles)* atau pelindung wajah (*face shield*)

f) Pelindung kepala,

g) Sepatu pelindung atau boots

3) Diperlukan kehati-hatian dalam pelepasan APD untuk mencegah kontaminasi ke diri sendiri. Penggunaan dan pelepasan APD dilakukan sesuai dengan petunjuk teknis APD dalam menghadapi wabah COVID-19. APD yang sudah

digunakan bila disposibel dibuang dikantong infeksius, sedangkan APD yang reuse harus dibersihkan dulu dengan sabun sebelum dimasukan dalam wadah limbah. Selanjutnya lakukan kebersihan tangan.

g. Layanan kedukaan

1) Setiap orang diharapkan dapat melakukan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.
2) Persemayaman jenazah dalam waktu lama sangat tidak dianjurkan untuk mencegah penularan penyakit maupun penyebaran penyakit antar pelayat.
3) Jenazah yang disemayamkan di ruang duka, harus telah dilakukan tindakan desinfeksi dan dimasukkan ke dalam peti jenazah serta tidak dibuka kembali.
4) Untuk menghindari kerumunan yang berpotensi sulitnya melakukan *physical distancing,* disarankan agar keluarga yang hendak melayat tidak lebih dari 30 orang. Pertimbangan untuk hal ini adalah mencegah penyebaran antar pelayat.
5) Jenazah hendaknya disegerakan untuk dikubur atau dikremasi sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya dalam waktu tidak lebih dari 24 jam.
6) Setelah diberangkatkan dari rumah sakit, jenazah hendaknya langsung menuju lokasi penguburan/ krematorium untuk dimakamkan atau dikremasi. Sangat tidak dianjurkan untuk disemayamkan lagi di rumah atau tempat ibadah lainnya.

h. Pengantaran jenazah dari rumah sakit ke pemakaman

1) Transportasi jenazah dari rumah sakit ke tempat pemakaman dapat melalui darat menggunakan mobil jenazah.
2) Jenazah yang akan ditransportasikan sudah menjalani prosedur desinfeksi dan telah dimasukkan ke dalam kantong jenazah atau dibungkus dengan plastik yang diikat rapat, serta ditutup semua lubang-lubang tubuh.

i. Pemakaman

Beberapa ketentuan dalam pemakaman sebagai berikut:

1) Pemakaman jenazah dilakukan segera mungkin dengan melibatkan pihak RS dan dinas pertamanan.
2) Pelayat yang menghadiri pemakaman tetap menjaga jarak sehingga jarak aman minimal 2 meter
3) Penguburan dapat dilakukan di pemakaman umum
4) Penguburan beberapa jenazah dalam satu liang kubur dibolehkan pada kondisi darurat.
5) Pemakaman dapat dihadiri oleh keluarga dekat dengan tetap memperhatikan physical distancing dengan jarak minimal 2 meter, maupun kewaspadaan standar. Setiap individu pelayat/ keluarga yang menunjukkan gejala COVID-19 tidak boleh hadir.
6) Jenazah yang menggunakan peti, harus dipastikan peti tersebut telah ditutup dengan erat.
7) Penguburan jenazah dengan cara memasukkan jenazah bersama peti kedalam liang kubur tanpa harus membuka peti, plastik dan kain kafan
8) Petugas pemakaman harus menggunakan APD standar terdiri dari masker bedah dan sarung tangan tebal. APD yang telah digunakan merupakan limbah medis yang harus dilakukan pengelolaan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

j. Desinfeksi Lingkungan
1) Alat medis yang telah digunakan, didesinfeksi sesuai prosedur desinfeksi di rumah sakit.
2) Langkah-langkah desinfeksi lingkungan, sebagai berikut:
   a) Cairan yang digunakan untuk desinfeksi lingkungan yaitu: alkohol 70% atau klorin dengan pengenceran 1:50.
   b) Petugas yang melakukan desinfeksi lingkungan menggunakan APD lengkap.
   c) Desinfeksi dilakukan pada daerah-daerah yang terpapar, sebagai berikut:
      (1) Meja pemeriksaan
      (2) Meja tulis
      (3) Punggung kursi
      (4) Keyboard komputer

(5) Gagang pintu
(6) Lantai dan dinding ruangan
(7) Brankar jenazah
(8) Tombol lift
(9) Permukaan dalam mobil jenazah

d) Desinfeksi ruangan dilakukan seminggu sekali.
e) Desinfeksi permukaan brankar, meja pemeriksaan, permukaan dalam mobil jenazah dan seluruh permukaan yang berkontak dengan jenazah, dilakukan setiap selesai digunakan.
f) Desinfeksi alat-alat yang tidak berkontak langsung dengan jenazah, dilakukan satu kali sehari.
g) Desinfeksi mobil jenazah dilakukan dengan cairan desinfektan secara menyeluruh ke permukaan dalam mobil jenazah.

Tabel 6. 1 APD yang Digunakan dalam Proses Pemulasaraan Jenazah

| **Prosedur** | **Hand Hygiene** | **Sarung Tangan** | **Masker Bedah** | **Respirator / N.95** | ***Gown* Tangan Panjang Kedap Air** | ***Face Shield*** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Penanganan jenazah diruang isolasi | V | V | V | | V | *V* |
| Memindahkan jenazah dari ruang rawat/ruang isolasi | V | V | V | | V | *V* |
| Pemulasaraan /perawatan jenazah | V | V | V | | V | *V* |
| Otopsi jenazah | V | V | | V | V | V |
| Petugas pemakaman | | V | V | | | |

Sumber: (PAHO, WHO, *Dead body management in the context of the novel coronavirus (COVID-19)*,2020)

# BAB VII
# KOMUNIKASI RISIKO DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat (KRPM) merupakan komponen penting yang tidak terpisahkan dalam penanggulangan tanggap darurat kesehatan masyarakat, baik secara lokal, nasional, maupun internasional. KRPM dapat membantu mencegah *infodemic* (penyebaran informasi yang salah/hoaks), membangun kepercayaan publik terhadap kesiapsiagaan dan respon pemerintah sehingga masyarakat dapat menerima informasi dengan baik dan mengikuti anjuran pemerintah. Dengan demikian, hal-hal tersebut dapat meminimalkan kesalahpahaman dan mengelola isu/hoaks terhadap kondisi maupun risiko kesehatan yang sedang terjadi. Yang tidak kalah pentingnya, KRPM bertujuan untuk dapat mengubah perilaku hidup masyarakat.

KRPM menggunakan strategi yang melibatkan masyarakat dalam kesiapsiagaan dan respon serta mengembangkan intervensi yang dapat diterima dan efektif untuk menghentikan penyebaran wabah yang semakin meluas serta dapat melindungi individu dan komunitas. Di sisi lain, upaya ini juga sangat penting untuk pengawasan, pelaporan kasus, pelacakan kontak, perawatan orang sakit dan perawatan klinis, serta pengumpulan dukungan masyarakat lokal untuk kebutuhan logistik dan operasional.

KRPM yang diadaptasi dari panduan dan pelatihan *Risk Communication and Community Engagement*, WHO, bertujuan untuk:

1. Menyiapkan strategi komunikasi dengan informasi dan ketidakpastian yang belum diketahui (pemantauan berita/isu di media massa dan media sosial, *talking point/standby statement* pimpinan/juru bicara, siaran pers, temu media, media KIE untuk informasi dan *Frequently Asked Question*/FAQ, dan lain-lain).
2. Mengkaji kapasitas komunikasi nasional dan sub-nasional (individu dan sumberdaya).
3. Mengidentifikasi aktor utama dan membentuk kemitraan dengan organisasi masyarakat, komunitas, perguruan tinggi, dunia usaha dan pelaku media.
4. Merencanakan aktivasi dan implementasi rencana kegiatan KRPM
5. Melatih anggota Tim Komunikasi Risiko (yang terdiri dari Humas/Kominfo dan Promosi Kesehatan) sebagai bagian TGC dan staf potensial lainnya

tentang rencana dan prosedur KRPM.

Keberhasilan KRPM di masyarakat dalam bentuk penyampaian komunikasi, informasi dan edukasi untuk membentuk perilaku masyarakat yang benar, tentu juga harus didukung dengan upaya lainnya. Dua upaya lainnya yakni enforcement atau penegakkan hukum/disiplin terhadap pengaturan atau ketentuan yang telah ditetapkan pemerintah. Dalam hal ini, apabila ada individu atau sekelompok masyarakat yang tidak patuh menjalankan protokol kesehatan, maka dapat dikenakan sanksi (denda atau hukuman sosial). Dengan demikian akan diperoleh pembelajaran dan efek jera bagi masyarakat yang melanggar aturan.

Selain itu, perubahan perilaku yang diharapkan dengan KRPM, dibutuhkan juga tindakan engineering atau rekayasa. Dalam konteks pencegahan dan pengendalian penyakit COVID-19 saat ini, rekayasa dapat berbentuk modifikasi atau pengaturan tertentu agar masyarakat tidak berkerumun, tetap menjaga jarak atau tetap di rumah saja, sebagaimana yang dilakukan dengan cara PSBB yang dilakukan di beberapa daerah di Indonesia.

Dengan kombinasi ketiga teknik perubahan perilaku tadi (3E: *Education, Enforcement, Engineering*), diharapkan setiap individu dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sehingga dapat menjaga diri dan keluarganya dari ancaman penyakit menular khususnya COVID-19.

KRPM digunakan untuk mengatasi hambatan menuju perubahan norma dan sosial. Perubahan perilaku akan lebih berkelanjutan bila didukung oleh empat unsur ini:

1. Kebijakan

   Yaitu adanya protokol, sumberdaya, regulasi, kepemimpinan dan sebagainya yang menjadi panduan dalam melaksanakan perubahan sosial.
2. Sistem dan produk layanan kesehatan

   Dalam situasi pandemi COVID-19, diperlukan standar dan ketersediaan layanan, sistem rujukan serta suplai barang yang terjamin ketersediaannya.
3. Norma masyarakat

   Norma yang berlaku di kalangan keluarga, teman sebaya, pasangan seringkali menjadi faktor utama pertimbangan individu dalam mengadopsi pengetahuan dan atau perilaku baru.

4. Individu

Pada tingkat individu, mereka membutuhkan pengetahuan memadai, perhitungan untung rugi, keterampilan dan kemampuan untuk mengukur diri apakah sanggup atau tidak melakukan perilaku baru yang disarankan. Secara umum tujuan kampanye adalah meningkatkan pemahaman, persepsi, sikap atas risiko, penyebab, gejala, pencegahan penularan COVID-19 bagi setiap pemangku kepentingan yang terlibat.

A. Langkah-Langkah Tindakan di dalam KRPM Bagi Provinsi/Kabupaten/Kota yang Bersiap Menghadapi Kemungkinan Wabah

1. Sistem Komunikasi Risiko
   a. Memastikan bahwa pimpinan pemerintah tertinggi setuju untuk memasukkan KRPM dalam kegiatan kesiapsiagaan dan respon serta siap untuk mengeluarkan informasi untuk melindungi kesehatan masyarakat secara cepat, transparan dan mudah diakses.
   b. Meninjau rencana KRPM yang ada dan mempertimbangkan untuk penyesuaian wabah infeksi pernapasan/pneumonia.
   c. Menyetujui prosedur untuk merilis informasi secara tepat waktu seperti mempersingkat rantai birokrasi izin untuk mengumumkan informasi terkini.
   d. Menyiapkan anggaran untuk komunikasi (termasuk ketika terjadi eskalasi kasus).
   e. Membentuk Tim atau unit kerja KRPM dan menentukan peran serta tanggung jawab.
2. Koordinasi internal dan kemitraan
   a. Mengidentifikasi mitra seperti kementerian/lembaga, pemerintah daerah, organisasi kemasyarakatan, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi profesi, petugas kesehatan, badan usaha/swasta, dan lain-lain. Dalam hal ini dapat berkoordinasi dan berkomunikasi dengan Kementerian Luar Negeri, Kementerian Pertanian, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Desa, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif, Kementerian Komunikasi dan Informatika, Kementerian Perhubungan, Kementerian Agama, BNPB, biro perjalanan, fasyankes, dan lain-lain, apabila wabah terjadi sehingga

kemitraan ini harus diaktifkan sebagai tim respon KRPM multisektor.

b. Menilai kapasitas komunikasi dari semua mitra yang relevan dan mengidentifikasi khalayak sasaran dan saluran komunikasi yang digunakan oleh mitra.

c. Merencanakan dan menyepakati peran dan tanggung jawab kegiatan komunikasi melalui SOP (misalnya berbagi tugas dan kewenangan dengan pihak-pihak yang bertindak untuk menginformasikan situasi terkini dan tervalidasi, menentukan topik/ masalah dan target audiens yang ditangani oleh pemangku kepentingan/ mitra, hingga menyesuaikan pesan dan media komunikasinya.

3. Komunikasi Publik

a. Merancang strategi komunikasi risiko dengan menyiapkan komponen komunikasi yang tepat (komunikator, pesan, media, komunikan).

b. Mengidentifikasi juru bicara di setiap tingkatan, baik lokal maupun nasional, membuat daftar keahlian para juru bicara dalam mengantisipasi ancaman kesehatan masyarakat, dan, jika dibutuhkan, diberikan pelatihan singkat. Selain juru bicara, dapat juga memanfaatkan para pemengaruh/*influencer* sebagai komunikator.

c. Membuat rancangan pola pesan sebelum diinformasikan kepada publik. Lakukan pula pemilihan pesan kunci yang akan disampaikan. Gunakan bahasa lokal/daerah agar lebih mudah dipahami (jika diperlukan).

d. Mengidentifikasi media utama/*mainstream,* membuat dan memperbarui daftar jurnalis, serta membina hubungan baik dengan media.

e. Mengidentifikasi media, saluran komunikasi, dan nilai jangkauan potensialnya untuk audiens sebagai target potensial. Gunakan saluran dan *influencer* yang dipercaya dan banyak disukai oleh audiens target.

4. Pemberdayaan Masyarakat

a. Menetapkan metode untuk memahami keprihatinan, sikap, dan kepercayaan audiens utama.

b. Mengidentifikasi sasaran audiens, dan mengumpulkan

informasi tentang pengetahuan, perilaku dan saluran komunikasi yang lebih banyak disukai (misalnya siapa yang dapat mereka percayai, bagaimana mereka akan menerima informasi, kebiasaan sehari-hari, keprihatinan mereka, dan lain-lain).

c. Mengidentifikasi pemengaruh/*influencer* (misalnya. tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan, tabib tradisional, dan lain-lain) dan jejaring komunitas yang ada (seperti organisasi kemasyarakatan/LSM kesehatan, kelompok perempuan (PKK), serikat pekerja, relawan kesehatan masyarakat/penggerak sosial untuk polio, malaria, HIV) yang dapat digunakan kembali untuk pelibatan masyarakat.

d. Membangun jejaring kuat dengan kelompok masyarakat/komunitas untuk mengoptimalkan upaya pemberdayaan masyarakat.

e. Menyiapkan desa beserta perangkatnya hingga RW-RT untuk kesiapsiagaan kemungkinan terjadinya wabah.

5. Mengatasi ketidakpastian persepsi dan manajemen informasi yang salah/hoaks

a. Membangun sistem untuk pemantauan berita/isu dan, jika perlu, memberikan klarifikasi terhadap rumor/isu/hoaks, dan pertanyaan publik yang menjadi topik terhangat (manajemen isu publik).

b. Menyiapkan juru bicara/komunikator yang ditunjuk untuk memberikan informasi awal, sebelum memberikan informasi yang lebih detil dengan persetujuan pimpinan.

c. Membangun kerja sama dengan lembaga anti hoaks atau media massa dalam menangkal hoaks/berita bohong.

d. Menyiapkan fasilitas saluran komunikasi dua arah untuk kemudahan akses layanan informasi masyarakat, seperti *hotline/call center* dan media sosial resmi pemerintah.

6. Pengembangan Kapasitas

a. Mempertimbangkan untuk mengadakan pelatihan yang diperlukan bagi anggota tim KRPM, tenaga kesehatan dan/atau tenaga di lapangan (kader, relawan), mulai dari tingkat pusat hingga level kelurahan/desa, tentang konsep komunikasi risiko, perubahan perilaku, pemberdayaan masyarakat, pengenalan

COVID-19, rencana dan prosedur saat ini serta persiapan untuk kesiapsiagaan dan respon KPRM.

b. Menyusun mekanisme penguatan kapasitas tim KRPM termasuk tenaga lapangan dapat dilakukan secara berjenjang dari tingkat provinsi - tingkat kabupaten/kota - puskesmas. Mekanisme penguatan kapasitas tim KRPM termasuk tenaga lapangan dapat dilakukan secara berjenjang dari tingkat provinsi - tingkat kabupaten/kota - puskesmas. Atau untuk sebuah topik/tema tertentu - jika dibutuhkan, Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat dapat melakukan kegiatan penguatan kapasitas langsung kepada petugas lapangan.

c. Tim tenaga lapangan ada hingga di level desa/kelurahan, bersama dalam usaha mencegah penularan COVID-19 bersama dengan masyarakat (termasuk dengan perangkat desa, RT/RW), diantaranya: tenaga promkes dan staf lain di Puskesmas, Penyuluh KB, kader posyandu, relawan desa, organisasi masyarakat, dan lain-lain. Tenaga kesehatan masyarakat tersebut (Nakesmas) merupakan penghubung antara komunitas dan sistem kesehatan nasional.

d. Untuk dapat melakukan KIE secara benar dan juga melibatkan masyarakat secara aktif dalam menanggulangi COVID-19, dengan mempertimbangkan anjuran pemerintah seperti menjaga jarak fisik, maka tenaga lapangan di level desa/kelurahan harus memiliki pengetahuan dan kapasitas yang cukup.

Pesan kunci yang perlu disampaikan kepada masyarakat umum di daerah provinsi/kabupaten/kota yang bersiap menghadapi kemungkinan wabah:

a. Mengenali COVID-19 (penyebab, gejala, tanda, penularan, pencegahan dan pengobatan)

b. Pencegahan yang dapat dilakukan antara lain:

   1) Pesan Kesehatan/*Health Advice*:

      a) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir serta bilas setidaknya 40 sampai 60 detik. Cuci dengan air dan keringkan dengan handuk bersih atau kertas

sekali pakai. Jika tidak ada fasilitas cuci tangan, dapat menggunakan pembersih tangan berbasis alkohol (*handsanitizer*) minimal 20 sampai 30 detik.

b) Menutup mulut dan hidung ketika bersin atau batuk menggunakan tisu, atau sisi dalam lengan atas. Tisu yang digunakan dibuang ke tempat sampah tertutup dan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir setelahnya atau menggunakan *handsanitizer*.

c) Gunakan masker kain bila harus keluar rumah. Tetap jaga jarak dan lakukan cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir. Ganti masker kain setelah 4 jam dipakai, dan cuci hingga bersih setelah dipakai.

d) Ketika memiliki gejala saluran napas, gunakan masker dan berobat ke fasyankes.

e) Melakukan kebersihan tangan rutin, terutama sebelum memegang mulut, hidung dan mata; serta setelah memegang benda benda yang sering disentuh, seperti pegangan pintu, pagar, meja, papan ketik komputer, dan lain-lain.

2) Pesan Perjalanan *travel advice*

a) Hindari kontak dengan hewan (baik hidup maupun mati).

b) Hindari mengonsumsi produk hewan mentah atau setengah matang.

c) Hindari mengunjungi pasar basah, peternakan atau pasar hewan.

d) Hindari kontak dekat dengan pasien yang memiliki gejala infeksi saluran napas.

e) Patuhi petunjuk keamanan makanan dan aturan kebersihan.

f) Jika merasa tidak sehat/kurang fit ketika di daerah *outbreak* terutama demam atau batuk, gunakan masker dan cari layanan kesehatan melalui layanan telepon terlebih dahulu.

g) Setelah kembali dari daerah berisiko, lapor kepada ketua RT/RW/Kepala Desa dan Petugas Puskesmas serta lakukan karantina mandiri. Pantau kesehatan

secara berkala, jika terdapat gejala demam atau gejala lain dan beritahu dokter atau petugas puskesmas setempat riwayat perjalanan melalui telepon serta bila harus ke fasyankes maka gunakan masker untuk mencegah penularan penyakit, jaga jarak dan rajin cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir.

B. Langkah-Langkah Tindakan di dalam Respon KRPM bagi daerah Provinsi/ Kabupaten/ Kota dengan Satu atau Lebih Kasus yang Telah Diidentifikasi

Tujuan:

1. Mengadaptasikan dan menerapkan langkah-langkah tindakan dari kesiapsiagaan di atas.
2. Membangun dan/atau memelihara kepercayaan dengan masyarakat/kelompok melalui komunikasi dua arah secara rutin dan melibatkan secara berkesinambung untuk menghindari kesalahpahaman, kesalahan informasi, isu/rumor/hoaks, dan pertanyaan yang sering diajukan.
3. Mendorong orang untuk melakukan upaya pencegahan/perlindungan dari penularan wabah.
4. Mengelola harapan dan mengkomunikasikan ketidakpastian.
5. Mengkoordinasikan dan mendorong kolaborasi di antara para mitra/pemangku kepentingan.
6. Mengkaji persepsi risiko awal dari masyarakat yang terkena dampak dan yang berisiko.
7. Memberikan informasi dan panduan secara berkesinambungan.
   a. Sistem Komunikasi Risiko
      1) Menyesuaikan rencana KRPM yang sudah tersedia untuk segera dilaksanakan dan mengaktifkan tim KRPM.
      2) Mengidentifikasi dan mengaktifkan juru bicara untuk keadaan darurat.
      3) Menyusun jadwal untuk kegiatan dan produksi komunikasi (strategi komunikasi).
      4) Memantau kegiatan tanggap KRPM dengan mengidentifikasi proses untuk menunda merilis informasi yang dapat menciptakan kebingungan di masyarakat yang terdampak wabah.

b. Koordinasi internal dan kemitraan
   1) Mengaktifkan SOP untuk melaksanakan KRPM berkoordinasi dengan kementerian/Lembaga dan mitra pemerintah/swasta.
   2) Menjalin hubungan untuk operasionalisasi KRPM di tingkat kabupaten/kota, provinsi, dan nasional.
   3) Menentukan pihak-pihak yang bertanggung jawab untuk komunikasi internal (ke setiap kementerian/lembaga) dan eksternal (kepada publik).
   4) Melakukan koordinasi untk menyiapkan pesan, konsistensi informasi, dan penyebaran kepada publik.
c. Komunikasi publik
   1) Mengumumkan kondisi ancaman kesehatan lebih cepat/awal dan secara berkesinambungan memutakhirkan data/informasi (setelah dilakukan penilaian dan analisis risiko).
   2) Segera memberikan informasi terbaru secara terbuka, meskipun tidak lengkap untuk menjelaskan situasi yang terjadi (mengelola ketidakpastian), menyediakan saluran komunikasi yang mudah diakses publik untuk mendapatkan informasi terbaru (misalnya *hotline*, situs resmi, media sosial resmi, dan lain-lain).
   3) Menggunakan saluran komunikasi yang terpercaya dan efektif secara rutin untuk dapat dimanfaatkan oleh publik.
   4) Mengidentifikasi dan mengaktifkan *influencer* terpercaya untuk membantu menyebarkan konten positif kepada masyarakat.
d. Pemberdayaan Masyarakat
   1) Menganalisis persepsi risiko dengan cepat berdasarkan informasi formal dan informal yang ada.
   2) Memetakan publik penerima pesan untuk tanggap cepat komunikasi (misalnya masyarakat yang terdampak, petugas kesehatan, pemimpin politik, lembaga donor, dan lain-lain).
   3) Menerjemahkan materi KIE ke dalam bahasa yang mudah dipahami masyarakat (baik bahasa lokal maupun nasional) dan menyesuaikan dengan kaidah/literasi bahasa

Indonesia.

4) Menggerakan *influencer* (misalnya. tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan, tabib tradisional, dan lain-lain) dan jejaring komunitas yang ada (mis. organisasi kemasyarakatan/LSM kesehatan, kelompok perempuan (PKK), serikat pekerja, relawan kesehatan masyarakat/penggerak sosial untuk polio, malaria, HIV) yang dapat digunakan untuk pelibatan masyarakat.

e. Mengatasi ketidakpastian, persepsi dan manajemen informasi yang salah

1) Mengkomunikasikan informasi yang boleh dan tidak boleh diketahui oleh publik dengan menjelaskan sampai sejauh mana ketidakpastian yang terjadi.

2) Mengaktifkan pemantauan pemberitaan dan isu/rumor, memverifikasi data pemantauan, dan menjalankan mekanisme tanggap KRPM.

a) Memantau pemberitaan dan isu/rumor di media massa dan media sosial, *hotline*, informasi dari umpan balik petugas kesehatan kepada pasien dan kelompok masyarakat, serta memberikan tanggapan umpan balik untuk menyesuaikan dengan strategi peningkatan kapasitas KRPM.

b) Mengerakkan para *influencer* dan jejaring/komunitas masyarakat sebagai kelompok antihoaks isu dan pemberitaan yang bohong/belum terbukti kebenarannya untuk melawan hoaks dan menyebarkan berita baik/benar terkait COVID-19.

c) Membuka saluran komunikasi dua arah untuk layanan informasi dan pengaduan masyarakat melalui *hotline/call center* dan media sosial resmi pemerintah dan atau saluran komunikasi yang lebih banyak disukai oleh masyarakat. Termasuk layanan informasi dan pengaduan masyarakat terkait berita bohong/hoaks wabah, seperti surel: aduankonten@mail.kominfo.go.id

3) Para pelaku komunikasi agar memberi perhatian dan prioritas pada tujuan perubahan perilaku kunci yang

dianggap esensial untuk menurunkan kasus COVID-19 secara efektif dan efisien, oleh karena pesan yang terlalu banyak dikeluarkan, bersifat random (*impulsive*) dan selalu berubah akan menciptakan noise yang mengganggu penerimaan pesan dan pada akhirnya menghalangi orang untuk memahaminya.

f. Peningkatan kapasitas
   1) Memutakhirkan panduan terbaru untuk para pihak yang terlibat di dalam KRPM.
   2) Melatih anggota baru/tambahan dari tim KRPM.
   3) Menentukan pemimpin pelatihan, anggota, dan juru bicara di masyarakat/komunitas yang tercantum di dalam panduan KRPM yang disesuaikan kebutuhan.
   4) Memperkuat mekanisme penguatan kapasitas tim KRPM termasuk tenaga lapangan dapat dilakukan secara berjenjang dari tingkat provinsi - tingkat kabupaten/kota - puskesmas.

Pesan kunci yang perlu disampaikan kepada masyarakat umum di daerah provinsi/kabupaten/kota dengan satu atau lebih kasus yang telah diidentifikasi pada dasarnya sama dengan yang negara yang bersiap menghadapi kemungkinan wabah. Selain upaya pencegahan, perlu juga diinformasikan upaya pengendalian antara lain:

1. Jika mengalami gejala demam (≥38$^0$C) atau ada riwayat demam disertai dengan salah satu gejala gangguan pernapasan seperti batuk, pilek, sakit tenggorokan, sesak napas dan memiliki faktor risiko terjadinya COVID-19 segera menghubungi fasyankes terdekat melalui layanan telepon terlebih dahulu.
2. Informasi hotline:
   Masyarakat umum: hotline COVID-19 (telp: 119 ext 9)
   Petugas kesehatan: EOC (telp. 021-5210411, 0812 1212 3119)
   PHEOC (telp. 0877-7759-1097; Whatsapp 0878-0678-3906)
   Kanal informasi lainnya (misal, DKI 112, *telemedicine* Gojek-Halodoc, Sehatpedia dan sebagainya).
3. Informasi rumah sakit rujukan yang menangani kasus.
4. Pemerintah perlu mengeluarkan saran perjalanan/*travel advisory* ketika sudah dilaporkan ada 1 kasus yang

teridentifikasi dan apabila terjadi penambahan kasus maka perlu mempertimbangkan mengeluarkan pembatasan perjalanan/*travel warning* bagi pelaku perjalanan.

C. Langkah-Langkah Tindakan di dalam Respon KRPM bagi daerah Provinsi/ Kabupaten/Kota dengan Sebagian Besar Kasus Penularan Lokal Terjadi

1. Menerapkan langkah-langkah tindakan dari respon bagi daerah provinsi/kabupaten/kota dengan satu atau lebih kasus yang telah diidentifikasi yang tersebut di atas.
2. Memelihara kepercayaan, mempererat jalinan komunikasi, dan melibatkan masyarakat/kelompok secara berkesinambungan untuk mencegah kesalahpahaman, kesalahan informasi, isu/rumor/hoaks, dan pertanyaan yang sering diajukan.
3. Mengedukasi individu, kelompok/masyarakat untuk melakukan upaya pencegahan/perlindungan dari penularan wabah.
4. Mempererat kolaborasi di antara para mitra/pemangku kepentingan.
5. Mengkaji persepsi risiko dari masyarakat yang terkena dampak dan yang berisiko.
6. Memberikan data dan informasi terbaru serta panduan pencegahan dan pengendalian wabah secara rutin berkesinambungan.

   a. Sistem Komunikasi Risiko
      1) Aktivasi tim KRPM
      2) Aktivasi juru bicara utama/harian/pakar di level nasional, provinsi, dan kabupaten/kota yang telah ditunjuk untuk keadaan tanggap darurat
      3) Memperbarui strategi komunikasi risiko untuk keadaan tanggap darurat
      4) Memantau kegiatan tanggap darurat KRPM

   b. Koordinasi internal dan kemitraan
      1) Aktivasi SOP KRPM dengan berkoordinasi di antara kementerian/lembaga/OPD serta mitra pemerintah/swasta
      2) Mengeratkan jalinan hubungan untuk operasionalisasi KRPM di tingkat kabupaten/kota, provinsi, dan nasional

   c. Komunikasi publik
      1) Juru bicara mengumumkan data dan informasi yang terkini dan mengedukasi masyarakat terkait upaya

pencegahan dan pengendalian wabah secara rutin setiap hari kepada publik

2) Segera memberikan informasi terbaru secara terbuka

3) Aktivasi *influencer* terpercaya secara berkesinambungan untuk membantu menyebarkan konten positif kepada masyarakat

d. Pemberdayaan Masyarakat

1) Melakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat dari respon bagi daerah provinsi/kabupaten/kota dengan satu atau lebih kasus yang telah diidentifikasi yang tersebut di atas.

2) Penyebarluasan media KIE dalam berbagai bentuk dan media (cetak, elektronik, tradisional, luar ruangan, dan lain-lain) kepada seluruh lapisan masyarakat.

3) Gerakan masif dari para *influencer* (misalnya. tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan, tabib tradisional, dan lain-lain) dan jejaring komunitas yang ada (mis. organisasi kemasyarakatan/LSM kesehatan, kelompok perempuan (PKK), serikat pekerja, relawan kesehatan masyarakat/penggerak sosial untuk polio, malaria, HIV) untuk mengedukasi masyarakat.

4) Tersedianya saluran komunikasi untuk layanan informasi dan pengaduan masyarakat yang mudah diakses publik selama 24 jam. Saluran komunikasi yang dapat digunakan: website, sosial media *(Instagram, twitter, youtube, facebook), Interactive Voice Response (IVR)*, kontak telepon, sms, whatsapp, media cetak lainnya ataupun forum komunikasi berjenjang dari Provinsi ke Kabupaten, Puskesmas dan Kader atau Masyarakat. Melibatkan perangkat desa/kelurahan serta tokoh masyarakat/agama dalam menyampaikan pesan-pesan kunci lewat saluran dan sarana yang dimiliki dengan memperhatikan anjuran kesehatan terkait COVID-19.

Adapun tahapan pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan COVID-19

a. Pendataan Kesehatan Warga di RT/RW/Desa yang berisiko

tinggi, warga yang keluar dan masuk wilayah atau orang asing atau warga yang datang dari wilayah yang sudah terjangkit COVID-19.

b. Mencari kemungkinan faktor penyebab penularan COVID-19 dan potensi wilayah, dari sisi faktor Perilaku : tidak melakukan PHBS/CTPS, atau non Perilaku : lingkungan dan mendata potensi : SDM, Dana, Sarana Prasarana.

c. Musyawarah Masyarakat RT/RW/Desa dalam bentuk Sosialisasi hasil pendataan dan kemungkinan faktor penyebab penularan, program pemerintah dalam pencegahan COVID-19 serta kesepakatan kegiatan melalui pemberdayaan masyarakat.

d. Menyusun Rencana Kegiatan di Masyarakat tentang COVID-19 (penyebab, cara penularan, pencegahan) baik berupa edukasi tentang cara-cara pencegahan COVID-19 (etika batuk, cara CTPS, cara menggunakan masker), sarana edukasi: pengeras suara/toa, saluran komunikasi elektronik (group *whats app*, dan lain-lain) dan jadwal pelaksanaan, sasaran kegiatan, rencana anggaran dan penanggung jawab sesuai formulir rencana kegiatan.

e. Pelaksanaan kegiatan yang dicatat dan dilaporkan

   Keberlangsungan kegiatan (termasuk pemantauan dan evaluasi) oleh masyarakat bersama dengan pengurus RT/RW/Desa dan pendamping teknis, melalui kegiatan pemantauan serta evaluasi, sosialisasi, penerbitan peraturan lokal, pertemuan berkala, atau orientasi sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

   Ketua RT/RW/Kepala Desa, Tokoh Agama/Tokoh Masyarakat:, Bhabinkamtibmas: Sistem Keamanan Lokal, Kader Kesehatan, Warga Masyarakat, Puskesmas dan Posyandu merupakan para pelaku pemberdayaan masyarakat.

f. Mengatasi ketidakpastian, persepsi dan manajemen informasi yang salah

   1) Melakukan kegiatan untuk mengatasi ketidakpastian, persepsi, dan manajemen informasi yang salah dari respon bagi daerah provinsi/kabupaten/kota dengan

satu atau lebih kasus yang telah diidentifikasi yang tersebut di atas.

2) Gerakan masif para *influencer* dan jejaring/komunitas masyarakat sebagai kelompok antihoaks isu dan pemberitaan yang bohong/belum terbukti kebenarannya untuk melawan hoaks dan menyebarkan berita baik/benar terkait COVID-19.

3) Edukasi dan klarifikasi terkait berita bohong/hoaks COVID-19 dari pemerintah, baik pusat maupun provinsi/kabupaten/kota.

g. Peningkatan kapasitas

1) Melakukan kegiatan peningkatan kapasitas dari respon bagi daerah provinsi/kabupaten/kota dengan satu atau lebih kasus yang telah diidentifikasi yang tersebut di atas.

2) Eskalasi kasus kegiatan peningkatan kapasitas semakin diperluas cakupan wilayah dan SDM nya.

Pemerintah pada kondisi ini mengumumkan kepada publik sebagai kondisi tanggap darurat bencana nasional COVID-19, maka perlu mengeluarkan pembatasan perjalanan/ *travel warning* bagi pelaku perjalanan.

Ruang lingkup pesan tersebut ketika diimplementasikan ke masyarakat mempertimbangkan:

a. Persepsi risiko dan takut terhadap COVID-19
b. Tingkat pengetahuan terhadap penyebab, gejala dan penularan
c. Tingkat kepercayaan, sikap dan kepedulian mengenai penyebab, gejala dan transmisi.
d. Stigma, sebaran rumor dan hoaks
e. Aspek sosial dan budaya yang mempengaruhi perilaku
f. Perilaku umum yang perlu ditangani segera.
g. Faktor penghambat dan pendorong terhadap perubahan/adopsi perilaku baru.

D. Langkah-Langkah Tindakan di dalam Respon KRPM bagi daerah Provinsi/ Kabupaten/Kota dengan Terjadinya Wabah dengan Eskalasi Kasus yang

Semakin Banyak Di Berbagai Wilayah

1. Menerapkan langkah-langkah tindakan dari respon bagi daerah provinsi/kabupaten/kota dengan terjadinya wabah dengan eskalasi kasus yang semakin banyak di berbagai wilayah.
2. Mengedukasi individu, kelompok/masyarakat untuk melakukan upaya pencegahan dan pengendalian di masyarakat dilakukan melalui upaya kebersihan personal dan rumah, peningkatan imunitas diri dan mengendalikan komorbid, serta peningkatan Kesehatan jiwa dan psikososial, pembatasan interaksi fisik dan pembatasan sosial (*physical contact/physical distancing* dan *social distancing*), menerapkan etika batuk dan bersin, melakukan isolasi/karantina sampai Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB).
3. Menerapkan protokol kesehatan dengan konsepsi Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB).

   Masyarakat melakukan aktifitas kehidupan sosial dan berkegiatan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Risiko pergerakan orang dan berkumpulnya masyarakat memiliki potensi penularan COVID-19 yang cukup besar. Agar roda perekonomian tetap dapat berjalan, maka perlu dilakukan mitigasi dampak pandemi COVID-19. Masyarakat harus melakukan perubahan pola hidup dengan tatanan dan adaptasi kebiasaan yang baru (*new normal*) agar dapat hidup produktif dan terhindar dari penularan COVID-19. Kedisiplinan dalam menerapkan prinsip pola hidup yang lebih bersih dan sehat merupakan kunci dalam menekan penularan COVID-19 pada masyarakat, sehingga diharapkan wabah COVID-19 dapat dilewati dengan baik. Pesan kunci pencegahan tingkat individu terutama upaya kebersihan personal dan rumah dengan menerapkan protokol kesehatan masih perlu dilakukan secara disiplin.

E. Protokol Kesehatan

Beberapa protokol dan panduan kesehatan terkait COVID-19 sudah diterbitkan, antara lain:

1. Protokol Kesehatan Bagi Masyarakat di Tempat dan Fasilitas Umum Dalam Rangka Pencegahan COVID-19 dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/protokol-kesehatan-bagi-masyarakat-di-tempat-dan-fasilitas-umum-dalam-rangka-pencegahan-covid-19

2. Protokol Isolasi diri sendiri dalam penanganan COVID-19 dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/protokol-isolasi-diri-sendiri-dalam-penanganan-covid-19
3. Protokol Penanganan COVID-19 terdiri dari:
   a. Protokol Komunikasi Publik
   b. Protokol Kesehatan
   c. Protokol di Area dan Transportasi Publik
   d. Protokol di Area Institusi Pendidikan
   e. Protokol di Pintu Masuk Wilayah Indonesia (Bandara, Pelabuhan, dan PLBDN)
   f. Protokol dalam Lingkup Khusus Pemerintahan (VVIP), dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/protokol-penanganan-covid-19
4. Protokol Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 di Tempat Kerja Perkantoran dan Industri Dalam Mendukung Keberlangsungan Usaha Pada Situasi Pandemi dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/panduan-pencegahan-dan-pengendalian-corona-virus-disease-2019-covid-19-di-tempat-kerja-perkantoran-dan-industri-dalam-mendukung-keberlangsungan-usaha-pada-situasi-pandemi
5. Protokol Pemulangan Jenazah WNA yang Positif COVID-19 dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/protokol-evakuasi-wna-yang-sakit-atau-meninggal-dari-indonesia/
6. Panduan Pelayanan Kesehatan Balita Pada Masa Tanggap Darurat COVID-19 dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/panduan-pelayanan-kesehatan-balita-pada-masa-pandemi-covid-19-bagi-tenaga-kesehatan-rev_1
7. Pedoman Pelayanan Kesehatan Keluarga di Masa Pandemi COVID-19, dapat diunduh melalui http://bit.ly/PanduanDitKesgaEraCOVID19
8. Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Pada Pandemi COVID-19 dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/pedoman-dukungan-kesehatan-jiwa-dan-psikososial-pada-pandemi-covid-19
9. Panduan Kegiatan Menjaga Kebersihan Lingkungan dan Langkah-Langkah Disinfeksi dalam Rangka Pencegahan Penularan COVID-19

dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/panduan-kegiatan-menjaga-kebersihan-lingkungan-dan-langkah-langkah-desinfeksi-dalam-rangka-pencegahan-penularan-covid-19

10. Panduan Penyiapan Fasilitas Shelter Untuk Karantina dan Isolasi Terkait COVID-19 Berbasis Komunitas dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/panduan-penyiapan-fasilitas-shelter-untuk-karantina-dan-isolasi-covid-19-berbasis-komunitas/
11. Protokol Pencegahan Penularan COVID-19 Bagi Aparat yang Melaksanakan Tugas Pengamanan dan Penertiban dalam Rangka Percepatan Penangan COVID-19 dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/protokol-pencegahan-penularan-covid-19-bagi-aparat-yang-melaksanakan-tugas/
12. Protokol Penanganan COVID-19 di Tempat Kerja, Sektor Jasa, dan Perdagangan (Area Publik) dalam Mendukung Keberlangsungan Usaha dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/protokol-pencegahan-covid-19-tempat-kerja-sektor-jasa-dan-perdagangan

F. Media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Penanggulangan COVID-19

Branding Visual Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku dalam Pencegahan COVID-19 merupakan bagian dari Komunikasi Risiko dan Pemberdayaan Masyarakat. Materi Edukasi Pencegahan COVID-19 akan menggunakan logo Berubah Usir Wabah secara konsisten, sebagai bentuk perubahan dari perilaku lama ke perilaku baru.

Gambar 7. 1. Tagline Berubah Usir Wabah

Keterangan:

1. Gambar virus berwarna abu di sebelah kiri menunjukkan virus yang mati.
2. Garis kurva berwarna gradasi dari merah menuju hijau menunjukkan bahwa kurva kasus COVID-19 menurun dari zona merah menuju zona aman jika kita mau berubah.
3. Anak panah berwarna merah mengilustrasikan perubahan perilaku sebagai anak panah yang akan mampu menekan dan membunuh virus.

Konsep di atas akan diturunkan (eksekusi) ke dalam media-media edukasi secara konsisten.

Berikut ini merupakan contoh media promosi kesehatan yang dapat disebarluaskan kepada masyarakat mengenai pencegahan COVID-19 termasuk di masa adaptasi kebiasaan baru.

Tabel 7. 1. Contoh Media Promosi Kesehatan

| Inti Pesan | Contoh Media |
|---|---|
| Pesan di Situasi Adaptasi Kebiasaan Baru | |

| Inti Pesan | Contoh Media |
|---|---|
| | |
| Video Motion Grafis Adaptasi Kebiasaan Baru | |
| Pesan Kunci : Cuci Tangan Pakai Sabun | |
| Pesan Kunci : Jaga Jarak | <br> |

| Inti Pesan | Contoh Media |
|---|---|
| Pesan Kunci : Bijak Memakai Masker dan Etika Batuk | |
| Pesan Pendukung: Tidak Mudik | Video ILM: Sayangi dan Lindungi Keluarga dengan Tidak Memindahkan Virus Corona 30 Detik<br>Disini anda bisa mendapatkan Video ILM: Sayangi dan Lindungi Keluarga dengan Tidak Memindahkan Virus Corona versi 30 Detik...<br>DETAIL<br>DOWNLOAD |
| Pesan Pendukung: Beribadah Ramadhan di Rumah | |

Link Media yang Dapat Diunduh

1. Buku Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Pencegahan COVID-19: http://promkes.kemkes.go.id/buku-stratkom-perubahan-perilaku-pencegahan-covid-19
2. Media Cetak: http://promkes.kemkes.go.id/kumpulan-video-terkait-dengan-covid-19
3. Media Audio Visual: http://promkes.kemkes.go.id/kumpulan-flyer-pencegahan-virus-corona
4. Media Audio: http://promkes.kemkes.go.id/audio-ilm
5. Media Berubah Usir Wabah: http://promkes.kemkes.go.id/kumpulan-media-berubah-usir-wabah
6. Media Adaptasi Kebiasaan Baru: http://promkes.kemkes.go.id/kumpulan-media-adaptasi-kebiasaan-baru

Dapatkan Materi Edukasi Pencegahan COVID-19 di Saluran Komunikasi:

1. Website Resmi: www.kemkes.go.id, www.promkes.kemkes.go.id
2. Facebook Page: kementerian kesehatan RI, ditpromkes
3. Instagram: @kemenkes_ri, @dit_promkes
4. Twitter: @kemenkesRI, @ditpromkes
5. Youtube: Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Promkes dan PM Kemenkes RI

# BAB VIII
# PENYEDIAAN SUMBER DAYA

Penyediaan sumber daya untuk respon pengendalian COVID-19 harus dilakukan untuk mendukung penyelenggaraan respon medis dan laboratorium serta respon komponen lain. Penyediaan sumber daya ini perlu dilakukan oleh Pemerintah Pusat bekerja sama dengan Pemerintah Daerah. Beberapa langkah yang perlu dilakukan untuk menjamin kelancaran penyediaan sumber daya, meliputi:

A. Perencanaan kebutuhan logistik.

Untuk itu diperlukan informasi yang meliputi:

1. Skenario kejadian pandemi, estimasi jumlah korban dan permasalahan kesehatan yang akan muncul.
2. Ketersediaan logistik (termasuk bantuan-bantuan yang sudah diterima).
3. Sumber daya manusia yang dapat dimobilisasi untuk COVID-19
4. Ketersediaan fasyankes dan tempat tidur di Rumah Sakit, Rumah Sakit Darurat dan tempat isolasi terpadu.
5. Kapasitas pemeriksaan laboratorium
6. Pembuangan dan pemusnahan limbah medis serta pengelolaan lingkungan sekitar fasyankes
7. Kondisi gudang penyimpanan
8. Fasilitas infrastruktur Kesehatan dan non kesehatan yang dapat mendukung pelayanan kesehatan
9. Skenario pelaksanaan pelayanan kesehatan esensial yang tetap harus berjalan (protokol kesehatan, alih fungsi ruangan, serta sarana pencegahan penularan COVID-19 dari petugas kesehatan kepada pasien yang datang maupun sebaliknya)

B. Pemenuhan kebutuhan logistik

Untuk pemenuhan kebutuhan diusahakan dengan menggunakan logistik dari unit pelayanan kesehatan atau dari persediaan provinsi dan kabupaten/kota. Bila tidak mencukupi maka perlu dipertimbangkan untuk melakukan pengadaan dan/atau meminta bantuan pada institusi yang lebih tinggi (*buffer stock* provinsi/nasional). Untuk itu diperlukan informasi yang meliputi:

1. Bantuan logistik apa saja yang dapat diberikan oleh institusi yang lebih tinggi.
2. Kajian jumlah kebutuhan logistik yang dibuat dengan mengakomodasi usulan kebutuhan kabupaten/kota serta menggunakan data-data terkait (jumlah kasus, jumlah fasyankes, jumlah SDM kesehatan, dan lain-lain) yang riil di lapangan sebagai dasar perhitungan yang dapat dipertanggungjawabkan.
3. Sumber-sumber pendanaan baik dari APBD, APBN maupun swasta dan masyarakat.
4. Sistem pengelolaan dan pengendalian rantai suplai untuk persediaan medis termasuk *Disease Commodity Package* COVID-19 dan cadangan kit pasien di dalam negeri.
5. Proses pengadaan (termasuk import dan bea cukai) untuk suplai medis dan kebutuhan esensial lainnya.
6. Menilai kapasitas produksi lokal untuk memenuhi peningkatan permintaan akan suplai medis dan kebutuhan pokok lainnya, dan mengoordinasikan permintaan suplai internasional melalui mekanisme pengadaan regional dan global.

C. Penyimpanan Logistik

Mengingat barang logistik dalam permasalah ini adalah adalah logistik kesehatan maka perlu diperhatikan mengenai menyimpanan adalah:

1. Kemudahan akses, hal ini perlu di perhatikan karena tempat penyimpanan ini akan menjadi Posko Logistik sehingga perlu perhatikan ukuran jalan apakah dapat dilewati kendaraan besar, kontur jalan, akses dekat dengan jalan utama, dan sebagainya.
2. Keamanan, Mengingat permasalah Pandemi COVID-19 ini bukan hanya berdampak pada kesehatan tetapi sangat berpontensial akan berimbas ke sektor ekonomi hal diakibatkan karenakan strategi untuk memutuskan rantai penularan COVID-19 dengan cara PSBB sehingga banyak kebijakan perusahaan yang merumahkan atau memberhentikan sementara pegawainya sehingga ini berdampak pada masalah ekonomi. Hal ini berpotensi menyebabkan masalah sosial sehingga perlu pertimbangan masalah keamanan lokasi tempat penyimpanan logistik.
3. Kondisi dan kapasitas. Untuk logistik kesehatan perlu di perhatikan mengenai suhu di tempat penyimpanan dikarenakan ada beberapa

barang kesehatan yang memerlukan suhu dengan temperatur tertentu sepeti *reagen dan sebagainya.*

4. Pencatatan, administrasi dan dokumentasi. Dalam manajemen logistik prinsip *First In First Out (FIFO)* harus tetap menjadi landasan. Sehingga untuk barang yang mempunyai kedaluarsa bisa termanfaatkan lebih dahulu dan pastikan semua tercatat, terdokumentasi baik barang yang masuk maupun keluar. Dalam rangka monitoring ketersediaan logistik, diperlukan pencatatan Jumlah ketersedian dan kebutuhan secara berkala oleh instansi menggunakan formulir sebagaimana terlampir.

D. Distribusi Logistik

Setelah melakukan perencanaan untuk perhitungan distribusi yang sudah dibahas dibab sebelumnya maka point ini akan membahas mengenai distribusi. Pada prinsipnya distribusi adalah mencari skema yang paling cepat, efektif dan efisien Ada beberapa skema distribusi yang bisa gunakan antara lain:

1. *Pizza Delivery*, dalam skema ini logistik langsung diantar ke objek yang akan di distribusi, kendalanya adalah dalam kondisi darurat SDM maupun fasilitas kendaraan angkut akan sangat terbatas. Skema ini efektif jika lokasi dekat dengan Posko Logistik.
2. *Drive Thru,* dalam skema ini objek yang akan didistribukasikan, diinfomasikan untuk dapat mengambil logistik sendiri di posko, skema ini relatif efisien, cepat dan efektif. Tetapi untuk jarak yang jauh dan harus menggunakan angkutan udara skema ini menjadi sebaliknya.
3. *Military Cooperation,* dalam Skema ini berkoordinasi dengan pihak Militer untuk dapat mengerahkan Alat Utama Sistem Pertahanan (ALUTSISTA) dalam hal ini alat angkut untuk dapat membantu dalam mendistribusikan logistik. Permasalahan yang perlu di perhatikan adalah koordinasi mengenai administasi dan dokumentasi dalam pengiriman.
4. *Private Expedition,* dalam skema ini pengiriman logistik akan dilaksanakan manggunakan pihak swasta sehingga dalam skema ini perlu diperhatikan anggaran untuk pengirimannya dan juga tidak lupa koordinasi mengenai administasi dan dokumentasi dalam pengiriman.

Untuk membantu penghitungan sumber daya yang digunakan dalam penanganan pasien dan manajemen penyakit dalam respons COVID-19, WHO mengembangkan alat bantu/tool, yaitu *WHO COVID-19 Essential Supplies Forecasting Tool (COVID-ESFT)*. Tool ini mengakomodir perhitungan kebutuhan logistik dan kebutuhan tenaga kesehatan untuk penanganan pandemi COVID-19.

Tool ini mencakup beberapa kategori komoditas esensial yaitu hygiene kit (*Chlorine, alcohol, sabun, biohazardous bag*), APD (gaun, masker, dan lain-lain), alat diagnostik dan manajemen kasus (termasuk obat-obatan dan alat kesehatan). Sasarannya adalah untuk:

1. Perawatan rawat inap bagi pasien berat dan kritis (tenaga kesehatan, petugas kebersihan, penunggu pasien, petugas ambulans, tenaga Teknik biomedika)
2. Isolasi untuk pasien ringan dan sedang (penunggu pasien dan pasien)
3. Skrining/Triase (petugas kesehatan dan pasien)
4. Laboratorium (teknisi dan petugas kebersihan)

Sebagai catatan, untuk penghitungan kebutuhan APD lainnya seperti untuk penyelidikan epidemiologi, penanganan jenazah, harus dilakukan secara manual dan tidak bisa menggunakan ESFT. Termasuk penghitungan kebutuhan petugas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan esensial non COVID-19, karena pelayanan kesehatan tetap harus berjalan, baik UKM (upaya kesehatan masyarakat) maupun UKP (upaya kesehatan perorangan).

Instrumen ESFT telah dirancang agar *user-friendly*, dan memungkinkan pengguna dengan cepat memperhitungkan kebutuhan komoditas berdasarkan asumsi skenario pandemi dan ketersediaan sumber daya yang ada. Instrumen ini dirancang untuk mendukung secara proaktif pengambilan keputusan dan memungkinkan pengadaan cepat suplai esensial di masa awal pandemi. Penghitungan yang dilakukan bisa sampai untuk kebutuhan 52 minggu. Untuk lebih lengkap terkait tool EFST ini dapat dilihat pada link berikut https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/covid-19-critical-items.

# BAB IX
# PELAYANAN KESEHATAN ESENSIAL

Pelayanan kesehatan esensial adalah pelayanan kesehatan rutin dasar yang kebutuhannya akan terus ada di masyarakat dan perlu diprioritaskan keberlanjutannya selama situasi pandemi. Pelayanan kesehatan esensial dalam hal ini dilaksanakan untuk mendukung tercapainya Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) esensial maupun Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP). Pada saat pandemi berlangsung, sistem kesehatan dihadapkan pada tantangan menjaga keseimbangan antara pemenuhan kebutuhan penanganan pandemi di satu sisi, serta pemenuhan pelayanan kesehatan rutin di sisi lain. Keterbatasan berbagai sumber daya menyebabkan pengalihtugasan hampir semua lini di sistem kesehatan untuk merespon kebutuhan pandemi. Namun jika kebutuhan pelayanan kesehatan rutin dasar tidak terpenuhi, dikhawatirkan hal ini dapat menyebabkan peningkatan angka kesakitan dan kematian karena berbagai kondisi kesehatan lainnya yang sebenarnya bisa dicegah atau diobati. Untuk mengantisipasi hal tersebut, sistem kesehatan perlu disiapkan supaya dapat beradaptasi untuk memastikan bahwa masyarakat tetap bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan selama wabah berlangsung. Berikut beberapa rekomendasi yang dapat digunakan untuk tujuan tersebut.

## A. Mengidentifikasi dan Memprioritaskan Pelayanan

Sejalan dengan perkembangan transmisi COVID-19, fasyankes harus melakukan identifikasi terhadap pelayanan yang dapat diberikan dan prioritas pelayanan dengan mempertimbangkan manfaat dan risiko dalam rangka merespon keterbatasan sumber daya dalam pelayanan kesehatan pada masa pandemi COVID-19 serta mengurangi paparan dan risiko transmisi baik untuk masyarakat itu sendiri maupun bagi tenaga kesehatan atau non-kesehatan di fasyankes. Untuk itu dibutuhkan langkah-langkah dalam melakukan pencegahan penyebaran COVID-19 salah satunya dengan pembatasan pelayanan kesehatan secara tatap muka melalui pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi berupa *telemedicine* sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam melakukan identifikasi dan prioritas pelayanan kesehatan tersebut,

juga untuk mencegah tidak bertambahnya angka kesakitan dan kematian yang dapat membebani sistem kesehatan. Pelayanan tersebut dikategorikan sebagai pelayanan esensial, antara lain:

1. Pelayanan kesehatan keluarga sepanjang siklus kehidupan, dan keberlanjutan layanan KB. Pelaksanaan pelayanan kesehatan ini mengacu pada pedoman yang disusun oleh Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan. Pedoman dapat diunduh melalui http://bit.ly/PanduanDitKesgaEraCOVID19
2. Peayanan kesehatan untuk TB. Pedoman mengenai TB merujuk pada Protokol tentang Pelayanan TBC Selama Masa Pandemi COVID-19 dapat di unduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/protokol-tentang-pelayanan-tbc-selama-masa-pandemi-covid-19/
3. Pelayanan Kesehatan untuk HIV. Pedoman mengenai HIV merujuk Protokol Pelaksanaan Layanan HIV AIDS Selama Pandemi COVID-19 dapat diunduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/protokol-pelaksanaan-layanan-hiv-aids-selama-pandemi-covid-19/
4. Manajemen penyakit menular lainnya, berikut pedoman yang dapat menjadi acuan:
   a. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kusta dan Frambusia dalam situasi Pandemi COVID-19 dapat diunduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/pelaksanaan-pencegahan-dan-pengendalian-penyakit-kusta-dan-frambusia-dalam-situasi-pandemi-covid-19/
   b. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian DBD dalam Situasi Pandemi COVID-19 dapat diunduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/pelaksanaan-pencegahan-dan-pengendalian-dbd-dalam-situasi-pandemi-covid-19/
   c. Protokol Layanan Malaria Dalam Masa Pandemi COVID-19 dapat diunduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/protokol-layanan-malaria-dalam-masa-pandemi-covid-19/
5. Manajemen penyakit kronis - penyakit kardiovaskular, hipertensi, diabetes, kesehatan mental. Berikut pedoman yang dapat menjadi acuan:

a. Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Pandemi COVID-19 dapat diunduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/pedoman-dukungan-kesehatan-jiwa-dan-psikososial-pada-pandemi-covid-19/

b. Penanganan PTM Dalam Masa Pandemi COVID-19 dapat diunduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/penanganan-orang-dengan-faktor-risiko-dan-penyandang-ptm-dalam-masa-pandemi-covid-19/

6. Pelayanan imunisasi. Pedoman mengenai pelayanan imunisasi merujuk petunjuk teknis pelayanan imunisasi pada masa pandemi COVID-19 dapat diunduh melalui https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/petunjuk-teknis-pelayanan-puskesmas-pada-masa-pandemi-covid-19/
7. Kelanjutan terapi rawat inap kritis
8. Pelayanan untuk kondisi kesehatan darurat dan penyakit akut umum yang memerlukan intervensi segera
9. Ketersediaan obat-obatan esensial, termasuk obat-obatan untuk manajemen penyakit kronis, serta pelayanan diagnostik dasar, bank darah, dan alat perlindungan diri bagi tenaga kesehatan

Pemilihan pelayanan yang akan diprioritaskan pemberiannya sebaiknya disesuaikan dengan konteks sistem kesehatan dan beban penyakit di masing-masing daerah. Namun di awal prioritas sebaiknya ditujukan untuk mencegah penyebaran penyakit menular, mencegah kesakitan dan kematian ibu dan anak, mencegah eksaserbasi akut penyakit kronis dengan menjaga ketersediaan rejimen pengobatan, serta untuk memenuhi kebutuhan kondisi-kondisi darurat.

B. Strategi Adaptasi Pelayanan Kesehatan Esensial dalam Situasi Respons Pandemi COVID-19

Jika sudah ditetapkan pelayanan kesehatan esensial apa saja yang diprioritaskan, langkah berikutnya adalah menetapkan strategi pemberian pelayanan kesehatan tersebut. Jika fasilitas dimana pelayanan tersebut biasanya diberikan telah ditunjuk menjadi tempat perawatan khusus bagi mereka yang terkena dampak COVID-19, pelayanan bisa dialihkan ke lokasi lain. Salah satu caranya dengan mengalihkan dan

mengkonsentrasikan pemberian pelayanan akut di FKTP (seperti Puskesmas) atau di unit gawat darurat rumah sakit tingkat pertama. Jika ini tidak bisa dilakukan, lokasi lain yang memungkinkan untuk dijadikan alternatif perlu dipertimbangkan, misalnya lokasi ad-hoc yang berada di masyarakat seperti di sekolah atau di balai kesehatan. Lokasi tersebut dapat menjadi lokasi utama pemberian pelayanan untuk gejala seperti demam, perdarahan terkait kehamilan, nyeri dada atau sakit kepala. Jika pandemi berlangsung berkepanjangan, pihak berwenang perlu secara teratur mempertimbangkan kembali status pelayanan kesehatan yang dianggap esensial, seperti pelayanan rawat jalan untuk kondisi yang tingkat kedaruratannya dapat berubah sewaktu-waktu, contohnya pada pengobatan kanker. Selain itu karena terbatasnya pelayanan rujukan di tengah situasi pandemi, setiap tenaga kesehatan harus siap mengambil tanggung jawab tambahan terkait manajemen kondisi yang bisa mengancam jiwa (kesulitan bernapas, syok, perubahan status mental, dan cedera pada pasien dari segala usia).

Untuk pelayanan imunisasi, jika kapasitas sistem kesehatan masih utuh dan pelayanan kesehatan rutin masih bisa dipertahankan seperti biasa serta didukung dengan masih memadainya tenaga kesehatan dan pasokan vaksin, pelayanan imunisasi di fasyankes harus dilaksanakan dengan tetap menjalankan langkah-langkah pengendalian infeksi sesuai dengan protokol. Surveilans untuk PD3I juga harus terus dilakukan untuk mempertahankan deteksi dan penanganan kejadian PD3I secara lebih awal untuk mencegah terjadinya KLB. Jika memungkinan, dilakukan integrasi antara surveilans PD3I dengan surveilans COVID-19. Jika pelayanan imunisasi terdampak, maka perlu direncanakan strategi untuk mengejar ketinggalan vaksinasi serta untuk menjalankan pemulihan program imunisasi. Karena adanya rekomendasi pembatasan sosial selama pandemi COVID19, pelaksanaan imunisasi masal tidak dianjurkan.

Untuk penyakit tidak menular kronis atau penyakit-penyakit lainnya yang membutuhkan pengobatan jangka panjang seperti hipertensi, penyakit kardiovaskuler, TB dan HIV/ AIDS, penguatan rantai pasokan untuk memastikan kesinambungan rejimen pengobatan dan pemberian stok obat kepada pasien untuk jangka waktu yang diperpanjang dapat menjadi strategi pencegahan eksaserbasi akut serta mengurangi kebutuhan

kunjungan ke fasyankes. Penggunaan teknologi digital dapat diintensifkan untuk mendukung pasien melalui komunikasi, konseling, dan manajemen informasi. Khusus untuk TB, menemukan dan mengobati orang dengan TB tetap menjadi pilar dasar pencegahan dan perawatan TB. Namun disadari bahwa hal ini menjadi tantangan dan memerlukan strategi khusus.

Dalam situasi respon pandemi COVID-19 dimana ada anjuran pembatasan sosial, maka kunjungan rumah dari kader kesehatan dapat menjadi ujung tombak pemberian pelayanan kesehatan esensial. Peran mereka dapat dioptimalkan dengan pemberian training tambahan untuk melakukan beberapa jenis pelayanan kesehatan sekaligus. Dalam pelaksanaannya, keselamatan para kader juga harus dijaga melalui penyediaan alat perlindungan diri dan dukungan umum lainnya untuk tenaga kesehatan. Peran sektor swasta termasuk LSM juga berpotensi untuk lebih ditingkatkan guna memberikan pelayanan kesehatan esensial selama pandemi berlangsung. Fasyankes milik swasta atau LSM dapat diminta untuk dijadikan lokasi pemberian pelayanan kesehatan rutin yang tidak bisa diberikan di fasyankes publik yang dijadikan lokasi perawatan pasien COVID-19.

Keselamatan baik pasien maupun tenaga kesehatan ketika pasien datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rutin perlu menjadi perhatian. Ketika pasien datang, kita belum bisa memastikan diagnosis pasien tersebut. Oleh karena itu, prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi perlu diterapkan dengan baik, khususnya di pintu-pintu masuk tempat pemberian pelayanan dan unit gawat darurat, baik itu di Puskesmas, rumah sakit, bahkan di tempat pemberian pelayanan berbasis masyarakat seperti Posyandu. Pengaturan jarak, kebersihan tangan, penggunaan APD yang tepat bagi tenaga kesehatan, serta pembersihan dan disinfeksi permukaan dan lingkungan perlu diterapkan setiap saat. Prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) lebih lengkap dapat dilihat pada Bab VI. Jika diperlukan, maka pelatihan penyegaran langkah-langkah pencegahan dan pengendalian infeksi dasar dan tambahan yang harus diadopsi terkait COVID-19 sebaiknya dilakukan untuk semua tenaga kesehatan di semua tingkat sistem kesehatan.

Kapasitas skrining dan triase untuk semua pasien serta isolasi untuk pasien COVID-19 juga perlu diperkuat, termasuk pengaturan ruangan dan

alur pasien serta tempat penyimpanan alat pelindung diri dan produk-produk pencegahan dan pengendalian infeksi. Sebaiknya waktu konsultasi bisa dijadwalkan, untuk menghindari kerumunan pasien di ruang tunggu. Ruang tunggu juga sebaiknya ditata ulang untuk memastikan jarak fisik. Jumlah pengunjung dan waktu kunjungan sebaiknya dibatasi. Jika memungkinkan, penataan ulang ruangan untuk menciptakan aliran pasien satu arah sebaiknya dilakukan untuk meminimalkan kontak yang tidak perlu antara pasien dan tenaga kesehatan.

Perubahan-perubahan strategi pemberian pelayanan tersebut harus dikomunikasikan dengan baik dan jelas kepada masyarakat, untuk mempersiapkan dan membimbing perilaku pencarian pelayanan kesehatan yang aman selama pandemi berlangsung. Informasi penting lain yang harus disampaikan antara lain kondisi kesehatan seperti apa yang dapat ditunda pengobatannya, atau yang harus segera ditangani, demikian juga dengan langkah-langkah pencegahan infeksi dasar perorangan yang harus dilakukan oleh masyarakat. Ketika masyarakat memutuskan untuk datang ke fasyankes, maka protokol standard terkait respon COVID-19 harus dijalankan, seperti skrining pasien pada saat kedatangan, triase untuk menentukan prioritas penanganan, mekanisme isolasi, serta pelaksanaan kriteria dan protokol rujukan untuk pasien yang diduga COVID19. Penetapan alur pasien yang efektif ini merupakan hal yang penting di semua tingkat pelayanan kesehatan.

C. Mendukung Kesiapan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Daerah Untuk Memastikan Keberlanjutan Pelayanan Kesehatan Esensial

Guna membantu daerah dalam mendukung kesiapan sistem kesehatan untuk memastikan keberlanjutan pelayanan kesehatan rutin, maka diperlukan mekanisme dan protokol untuk mengatur pemberian pelayanan kesehatan rutin ini, yang dikoordinasikan dengan rencana operasional respon pandemi COVID-19. Di dalam protokol ini, hendaknya ditetapkan ambang batas, kapan pengurangan bertahap pelayanan kesehatan rutin komprehensif menjadi pelayanan kesehatan rutin yang esensial seharusnya dilakukan. Di tiap tahap, perlu ditentukan pelayanan kesehatan rutin apa saja yang akan ditunda atau dipertahankan, serta strategi pemberian pelayanannya. Perlu diatur juga, bagaimana berbagai sumber daya yang ada seperti keuangan, tenaga kesehatan, peralatan,

obat-obatan akan dikelola untuk memenuhi kebutuhan pandemi sekaligus kebutuhan pelayanan kesehatan rutin. Selain itu, koordinasi antara sektor publik dan swasta juga perlu dilakukan, jika sektor swasta ingin dilibatkan secara efektif. Pemberian pelayanan kesehatan esensial perlu dinilai dan dipantau, supaya kita bisa mengetahui kesenjangan dan kebutuhan yang ada, serta secara dinamis memetakan jalur-jalur rujukan.

Untuk mengetahui ketersediaan fasyankes yang bisa dilibatkan baik untuk pemenuhan respon pandemi maupun mempertahankan pelayanan kesehatan rutin, sebaiknya dilakukan pemetaan fasyankes, baik yang ada di sektor publik, swasta, maupun yang dimiliki oleh TNI/ Polri. Demikian juga untuk memastikan ketersediaan tenaga kesehatan, maka perlu dilakukan pemetaan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan empat skenario transmisi COVID-19 dan dikoordinasikan dengan rencana operasional respon COVID-19. Kekurangan tenaga kesehatan dapat diantisipasi dengan beberapa cara sebagai berikut:

1. Meminta tenaga kesehatan untuk bisa bekerja lembur dengan mendapatkan insentif tambahan
2. Meminta bantuan tenaga kesehatan dari daerah yang belum terkena dampak COVID-19
3. Mengidentifikasi tenaga kesehatan yang sudah terkualifikasi - pensiunan dan intern yang memiliki surat ijin praktek
4. Memobilisasi LSM, TNI/Polri, Palang Merah/Bulan Sabit, dan sektor swasta
5. Meningkatkan dukungan untuk pelayanan berbasis rumah
6. Memanfaatkan platform berbasis web – untuk pelayanan klinis langsung, pelatihan, dukungan dalam mengambil keputusan klinis
7. Melatih dan memanfaatkan tenaga dari sektor non-kesehatan untuk mendukung fungsi di fasyankes (administrasi, pemeliharaan, dan lain-lain)
8. Bila perlu, pertimbangkan untuk mengadakan percepatan jalur pelatihan dan sertifikasi awal

Dengan bertambahnya beban kerja tenaga kesehatan, maka dukungan harus diberikan kepada para tenaga kesehatan agar dapat menjalankan tugasnya dengan baik, seperti:

1. Memberlakukan jam kerja yang sesuai dan memastikan tenaga kesehatan memperoleh waktu istirahat yang cukup

2. Memberikan bimbingan, pelatihan, dan persediaan alat perlindungan diri untuk membatasi paparan terhadap risiko infeksi
3. Memberikan keamanan fisik dan dukungan psikososial
4. Pemantauan penyakit, stres dan kelelahan
5. Memastikan pembayaran gaji, cuti sakit, insentif dan lembur tepat waktu

Hal lain yang juga penting untuk diperhatikan adalah ketersediaan obat-obatan, peralatan, dan persediaan esensial lainnya. Dengan adanya kebutuhan untuk mengalihkan suplai dan obat-obatan bagi respon pandemi, yang dapat diperparah dengan terganggunya rantai pasokan karena efek wabah di sektor lain, maka *stock-out* dari suplai untuk pelayanan kesehatan esensial sangat mungkin terjadi. Memastikan ketersediaan suplai esensial bisa dilakukan dengan pertama-tama membuat daftar kebutuhan yang diperlukan oleh pelayanan kesehatan esensial yang akan dipertahankan, kemudian memetakan farmasi dan pemasok yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut. Jika memungkinkan, pembuatan platform untuk melaporkan inventaris dan *stock-out* persediaan merupakan hal yang bisa dilakukan untuk mengkoordinasikan dan mendistribusikan ulang persediaan yang dibutuhkan.

D. Memantau Keberlangsungan Pemberian Pelayanan Kesehatan Esensial

Setelah ada keputusan mengenai jenis-jenis pelayanan kesehatan esensial yang akan dipertahankan pemberiannya, maka pemberian dan penggunaan berbagai pelayanan kesehatan tersebut dipantau dan dianalisa secara berkala. Setiap gangguan pelayanan yang ada harus disoroti dan dicarikan jalan keluar untuk menyesuaikan pemberian pelayanannya, termasuk strategi-strategi untuk mempertahankan target-target pencapaian di masing-masing layanan. Jalan keluar yang dipikirkan bisa mempertimbangkan optimalisasi tenaga kesehatan, alokasi sumber daya, dan memastikan ketersediaan suplai-suplai esensial.

Pemantauan keberlangsungan pemberian pelayanan kesehatan esensial dapat dilakukan menggunakan indikator-indikator sistem informasi kesehatan yang sudah ada, seperti sistem informasi kesehatan rutin dan sistem pencatatan statistik vital. Indikator-indikator tersebut perlu dikumpulkan dan dianalisa secara rutin, agar pemantauan juga bisa dilakukan secara rutin. Data yang dikumpulkan dan dianalisa sebaiknya

mengikutsertakan data mengenai pola penggunaan pelayanan rawat jalan, penggunaan pelayanan kesehatan primer, jumlah total pemulangan pasien dari rumah sakit, serta angka kematian, dibandingkan dengan data dari tahun-tahun sebelumnya. Jika memungkinkan, analisa dilakukan berdasarkan umur, jenis kelamin, dan kelompok masyarakat yang sesuai dengan konteks lokal, untuk memastikan prinsip ekuitas dalam pemberian pelayanan kesehatan esensial tersebut. Berikut conto.h indikator yang dapat digunakan untuk memantau keberlangsungan pemberian pelayanan kesehatan:

1. Jumlah total kunjungan rawat jalan atau pelayanan kesehatan primer
2. Jumlah total pemulangan dari rumah sakit dan kematian di rumah sakit (baik yang terkait maupun tidak terkait dengan COVID-19)
3. Jumlah tenaga kesehatan yang dapat bekerja, yang dikelompokkan berdasarkan kelompok pekerjaan
4. Jumlah tenaga kesehatan yang mengalami COVID-19, yang dikelompokkan berdasarkan kelompok pekerjaan, termasuk tenaga kesehatan atau perawat di panti wredha dan fasilitas perawatan jangka panjang
5. Obat-obatan atau suplai esensial yang persediaannya kurang dari 2 bulan yang tidak dipastikan akan diisi kembali secara tepat waktu atau yang akan diisi kembali (baik dipastikan maupun tidak)
6. Kunjungan ANC pertama bumil
7. Jumlah kelahiran di fasyankes
8. Jumlah bayi di bawah 1 tahun yang menerima dosis ketiga imunisasi difteri-tetanus-pertusis (DPT3) atau dosis pertama imunisasi campak
9. Jumlah perempuan yang menerima kontrasepsi (a) oral dan (b) suntik
10. Jumlah anak berusia 0-59 bulan yang masuk fasyankes untuk menerima pengobatan kurang gizi (wasting) dan edema *pitting* bilateral
11. Persentase instalasi gawat darurat rumah sakit dengan alat triase tervalidasi yang ada
12. Rasio kematian di rumah sakit akibat cedera akut dengan kematian keseluruhan akibat cedera akut
13. Jumlah pasien rawat inap akibat kedaruratan kardiovaskular dan serebrovaskular akut

14. Jumlah kasus TB baru dan kambuhan yang dilaporkan
15. Jumlah diagnosis kanker baru

Berbagai indikator di atas perlu dipantau dan dilaporkan selama periode tertentu (mingguan atau bulanan).

Dalam situasi pandemi, memperoleh data dengan aman dan tepat waktu bisa menjadi tantangan utama. Upaya-upaya tambahan untuk mendapatkan laporan bulanan atau mingguan dari fasyankes dan daerah mungkin akan diperlukan. Meskipun belum tentu dapat mencerminkan kondisi secara nasional, pengumpulan data dari fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan sentinel tertentu yang dapat dengan cepat dan mudah memberikan laporan bisa dilakukan. Data tersebut setidaknya dapat digunakan untuk memberikan bukti-bukti awal adanya perubahan dalam pemberian dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Di daerah-daerah di mana informasi kuantitatif tidak cukup karena sistem informasi kesehatan tidak sering digunakan, fasyankes dan tenaga kesehatan harus dihubungi secara langsung melalui telepon agar laporan yang relevan dapat diterima secara proaktif. Jika memungkinkan, data dari tenaga kesehatan di komunitas dan platform-platform pemberian pelayanan lain (seperti pelayanan di rumah dan pelayanan jangka panjang) sebaiknya juga dikumpulkan dan dianalisa.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

TERAWAN AGUS PUTRANTO

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum dan Organisasi
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
SEKRETARIAT JENDERAL

Sundoyo, SH, MKM, M.Hum
NIP 196504081988031002

## 1. FORMULIR NOTIFIKASI PENEMUAN KASUS PADA PELAKU PERJALANAN

Kantor Kesehatan Pelabuhan : .....
Tanggal : .....

| No. | Nama | Nomor Paspor | Nomor Seat | Umur | L/P | Alamat Lokasi Tinggal (lengkap) | Berangkat dari (negara asal kedatangan) | Status (diisi suspek/kontak) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**Keterangan: Form ini diisi oleh Petugas KKP dan dikirimkan kepada Dinas Kesehatan setempat serta ditembuskan ke PHEOC.**

**2. FORMULIR PEMANTAUAN HARIAN** (digunakan untuk Kontak Erat/Suspek/Probable)

Tempat Pemantauan : Rumah/KKP/Fasyankes/RS/Lainnya .....

Kab/Kota : .....

Nama Kasus Konfirmasi (hanya diisi untuk pematauan kontak erat) : .....

No. ID Petugas : .....

| Nama | JK | Umur | No. Telfon | Tgl kontak terakhir (diisi untuk kontak erat) | Tanggal dan hasil pemantauan *) | | | | | | | | | | | Jenis spesimen & tgl Pengambilan (jika berubah status) | Hasil Pemeriksaan Penunjang (jika berubah status) | | Ket (diisi upaya yang dilakukan, tempat rujukan kasus, dll) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | dst .. | | Lab (darah, sputum) | Ro' | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*) Isikan: Tgl dan hasill pemantauan
X = sehat; D = Demam ; B = Batuk ; S =Sesak napas ; L = Gejala lain, sebutkan ; A = Aman (selesai dipantau) ; R = Rujuk RS

**Keterangan: Form ini diisi oleh Petugas Kesehatan di tempat pemantauan dan dikirimkan kepada Dinas Kesehatan setempat serta ditembuskan ke PHEOC**

**3. LAPORAN NOTIFIKASI PENEMUAN KASUS COVID-19 DI FASYANKES**

Tanggal :
Fasyankes :
Kab/Kota :
Nama Petugas / HP :

Keterangan:

- Form ini diisi oleh fasyankes yang menemukan kasus terkait COVID-19, yaitu Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik dan fasyankes lainnya.

| No | Nama | NIK | Umur | JK | Alamat (domisili) | Alamat sesuai Identitas | No. HP | Tgl. Onset | Gejala (terkait COVID-19) | Riwayat (perjalanan / kontak / tidak ada | Status Epidemiologi (suspek/ probable/ konfirmasi) | Tindakan (rujuk/rawat /isolasi mandiri) | Ket |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

- Rumah Sakit yang sudah terdaftar pada SIRS-Online, harus memastikan data kasus yang dinotifikasi tersebut ke dalam aplikasi SIRS-Online.
- Fasyankes yang melakukan pengambilan spesimen, selain membuat notifikasi kasus, harus melakukan entri data kasus ke dalam All Record TC-19.
- Form notifikasi ini disampaikan setiap hari kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk dilakukan rekapitulasi laporan harian.
- Kolom alamat wajib diisi secara lengkap hingga kecamatan dan kelurahan. Untuk alamat domisili diisi dengan alamat tinggal kasus dalam 14 hari terakhir.
- Penting untuk melengkapi alamat domisili karena menjadi dasar penentuan lokasi asal ditemukannya kasus dan berkaitan dengan area fokus penyelidikan epidemiologi.
- Kolom keterangan diisi dengan; tanggal rujuk, tanggal rawat, tanggal mulai isolasi mandiri, tanggal dilakukan PE.

## 4. LAPORAN HARIAN AGREGAT COVID-19

| | |
|---|---|
| **DINAS KESEHATAN PROVINSI** | # |
| **DINAS KESEHATAN KAB/KOTA** | # |
| **NAMA PETUGAS/HP** | # |
| **TANGGAL** | # |

| | **STATUS** | **HARI INI** | **Jumlah dalam 1 minggu terakhir** | **Jumlah dalam 1 bulan terakhir** |
|---|---|---|---|---|
| 1. | **DATA KASUS SUSPEK** | | | |
| | Jumlah kasus suspek | # | | |
| | Jumlah kasus probable | # | | |
| | Jumlah kasus suspek diisolasi | # | | |
| | Jumlah kasus suspek discarded | # | | |
| | | | | |
| 2. | **DATA KASUS KONFIRMASI** | | | |
| | Jumlah kasus konfirmasi | # | | |
| | Jumlah kasus konfirmasi bergejala | # | | |
| | Jumlah kasus konfirmasi tanpa gejala | | | |
| | Jumlah kasus konfirmasi perjalanan (impor) | | | |
| | Jumlah kasus konfirmasi kontak *) | | | |
| | Jumlah kasus konfirmasi tidak ada riwayat perjalanan atau kontak erat **) | | | |
| | Selesai isolasi kasus konfirmasi hari ini | # | | |
| | | | | |
| 3. | **DATA PEMANTAUAN KONTAK ERAT** | | | |
| | Jumlah kasus konfirmasi dilakukan pelacakan kontak erat | # | | |
| | Jumlah kontak erat baru | # | | |
| | Jumlah kontak erat menjadi kasus suspek | | | |
| | Jumlah kontak erat menjadi kasus konfirmasi | # | | |
| | Jumlah kontak erat mangkir pemantauan | | | |
| | Jumlah kontak erat discarded | # | | |
| | | | | |
| 4. | **DATA KASUS MENINGGAL** | | | |
| | Meninggal RT-PCR (+) | # | | |
| | Meninggal Probabel | # | | |
| | | | | |
| 5. | **PEMERIKSAAN RT-PCR** | | | |
| | Jumlah kasus diambil specimen/swab | # | | |
| | | | | |
| 6. | **SURVEILANS SEROLOGI** | | | |
| | Jumlah rapid test | | | |
| | Jumlah rapid test reaktif | | | |
| | Jumlah reaktif periksa RTPCR | | | |
| | Jumlah reaktif dengan RTPCR (+) | | | |
| | | | | |
| 7. | **ISOLASI/KARANTINA HARI INI** | | | |
| | **KLASIFIKASI** | RS. RUJUKAN | RS. DARURAT | ISOLASI/ KARANTINA MANDIRI |
| | Jumlah kasus suspek + kasus probabel | # | # | # |
| | Jumlah kasus konfirmasi | # | # | # |
| | Jumlah kontak erat sedang dipantau | | | # |

Keterangan:

- Laporan harian agregat ini dilakukan melalui Sistem Online Pelaporan Harian (https://s.id/laporhariancovid) oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, setiap hari sebelum pukul 12.00 WIB.
- Kotak yang diarsir akan dihitung secara otomatis oleh sistem.
- *) = jumlah kontak erat menjadi konfirmasi + jumlah kasus konfirmasi dengan faktor risiko kontak yang tidak berasal dari pelacakan kontak erat
- **) = jumlah kasus diambil spesimen/swab - (jumlah konfirmasi perjalanan + jumlah konfirmasi kontak)
- # : Variabel wajib diisi. Semua data sudah disiapkan analisis dan penyajian datanya.

## 5. TABEL CONTOH PELACAKAN KONTAK DI TEMPAT ATAU SETTING TERTENTU

| Tempat | Kontak yang spesifik sesuai tempat | Cara mengidentifikasi kontak |
|---|---|---|
| **Kontak yang diketahui/dapat diidentifikasi** | | |
| Rumah tangga dan komunitas/ kontak sosial | • Kontak tatap muka dengan seorang kasus dengan jarak 1 meter atau kurang selama > 15 menit<br>• Kontak fisik langsung dengan seorang pasien COVID-19<br>• Memberi perawatan langsung kepada pasien COVID-19 di rumah tanpa APD yang tepat<br>• Setiap orang yang tinggal di dalam rumah tangga tersebut | • Wawancara langsung dengan pasien COVID-19 dan/atau pemberi rawatnya. Wawancara ini dapat dilakukan secara tatap muka atau melalui telepon |
| Tempat tertutup, seperti fasilitas perawatan jangka panjang dan tempat tinggal padat/tertutup yang berisiko tinggi lainnya (lembaga pemasyarakatan, penampungan, pondokan) | • Kontak tatap muka dengan seorang kasus dengan jarak 1 meter atau kurang selama > 15 menit<br>• Kontak fisik langsung dengan seorang pasien COVID-19<br>• Memberi perawatan langsung kepada pasien COVID-19 di rumah tanpa APD yang tepat<br>• Menggunakan kamar yang sama, makan bersama, atau menggunakan ruang bersama dengan seorang pasien konfirmasi<br>• Jika kejadian di mana kontak berlangsung sulit dikaji, definisi yang lebih luas dapat digunakan untuk memastikan bahwa semua orang penghuni, terutama penghuni yang berisiko tinggi, serta staf dipantau dan diskrining. | • Wawancara langsung dengan pasien COVID-19 dan/atau pemberi rawatnya<br>• Mendata penghuni, pengunjung, dan semua anggota staf yang bekerja dengan jadwal yang relevan<br>• Wawancara dengan koordinator atau pengelola fasilitas |
| Fasilitas pelayanan kesehatan | • Tenaga kesehatan: setiap anggota staf yang berkontak langsung dengan seorang pasien COVID-19, di mana APD tidak dipatuhi dengan ketat.<br>• Kontak-kontak yang terpapar selama perawatan di rumah sakit: setiap pasien yang dirawat di kamar yang sama atau menggunakan kamar mandi yang sama dengan pasien COVID-19, orang yang menjenguk pasien COVID-19, atau orang yang menjenguk pasien lain di kamar yang sama; situasi-situasi lain sesuai penilaian risiko<br>• Kontak yang terpapar selama kunjungan rawat jalan: Setiap orang yang berada di ruang tunggu atau lingkungan tertutup lain yang berfungsi setara pada waktu yang sama dengan pasien COVID-19 harus didaftar sebagai kontak<br>• Setiap orang dalam jarak 1 meter dari pasien COVID-19 di bagian rumah sakit mana pun selama > 15 menit | • Identifikasi semua anggota staf yang telah berkontak langsung dengan pasien COVID-19 atau yang mungkin telah berada dalam jarak 1 meter dari pasien COVID-19 tanpa APD selama > 15 menit tanpa kontak langsung (seperti rohaniwan fasilitas)<br>• Kaji daftar pasien yang dirawat di kamar yang sama atau kamar dengan kamar mandi yang sama<br>• Data pengunjung yang menjenguk pasien atau pasien lain di kamar yang sama di waktu yang relevan<br>• Jalankan penilaian risiko lokal untuk menentukan apakah jenis-jenis paparan lain dapat menjadi relevan, seperti fasilitas tempat makan bersama |
| Transportasi | • Setiap orang dalam jarak 1 meter | • Identifikasi kontak umumnya |

| Tempat | Kontak yang spesifik sesuai tempat | Cara mengidentifikasi kontak |
|---|---|---|
| **Kontak yang diketahui/dapat diidentifikasi** | | |
| umum atau bersama | dengan pasien COVID-19 selama > 15 menit<br>• Kontak fisik langsung dengan pasien COVID-19<br>• Setiap orang yang duduk dalam jarak 2 baris dari pasien COVID-19 selama > 15 menit dan setiap anggota staf (seperti kru pesawat atau kereta) yang berkontak langsung dengan kasus | hanya dapat dilakukan jika tempat duduk ditentukan<br>• Maskapai/otoritas perhubungan harus dimintai detail pesawat dan manifes penerbangan<br>• Untuk transportasi umum atau bersama yang daftar penumpangnya tidak tersedia atau tempat duduknya tidak diatur, mungkin diperlukan siaran media yang meminta para penumpang untuk mengidentifikasi diri. Siaran media dapat menjelaskan tanggal, jam, lokasi penjemputan dan kedatangan/tujuan, dan titik-titik pemberhentian di sepanjang jalan, meminta orang untuk mengidentifikasi diri sebagai kemungkinan kontak |
| Tempat dan perkumpulan tertentu lain yang jelas (tempat ibadah, tempat kerja, sekolah, acara sosial pribadi) | • Setiap orang dalam jarak 1 meter dengan pasien COVID-19 selama > 15 menit<br>• Kontak fisik langsung dengan pasien COVID-19<br>• Jika acaranya sulit dikaji, setiap orang yang berada di lingkungan yang dekat dan tertutup yang sama dengan pasien COVID-19 dapat dianggap sebagai kontak menurut penilaian risiko lokal | • Jalankan penilaian risiko lokal dan gandeng penyelenggara/pimpinan untuk secara aktif atau pasif memberi tahu kontak (misalnya, melalui pesan-pesan peringatan dan informasi ('*warm and inform*') kepada calon hadirin)<br>• Komunikasi dengan *focal point* seperti pemimpin keagamaan tentang kemungkinan kejadian penularan untuk meningkatkan kesadaran ('*warm and inform*')<br>• Untuk acara sosial pribadi, mulai pelacakan dari daftar tamu dan daftar undangan<br>• Jika perlu, pertimbangkan memberikan siaran media yang menjelaskan tanggal dan jam acara serta yang meminta orang-orang untuk mengidentifikasi diri sebagai kemungkinan kontak |

## 6. FORMULIR PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19)

| | | |
|---|---|---|
| **Nama Fasyankes** | **:** | **Tgl Wawancara :** |
| **Tempat Tugas** | **:** | **HP Pewawancara :** |
| **Nama Pewawancara** | **:** | |

**A. IDENTITAS PASIEN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nama pasien | : … | Kriteria* : | ☐Suspek<br>☐Kasus probabel<br>☐Kasus konfirmasi<br>☐Kontak erat |
| NIK | : … | | |
| Nama orang tua/ KK | : ……. | | |
| Tgl Lahir : ….. / …… / …… | Umur : … tahun, …. bulan | ☐ Laki-laki<br>☐ Perempuan | Pekerjaan : |
| Alamat (domisili) | Jalan/Blok : …<br>RT/RW : …<br>Desa/Kelurahan : … | Kecamatan : …<br>Kabupaten/Kota : …<br>Telepon/HP : … | |
| Longitude: | | Latitude : | |

**B. INFORMASI KLINIS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tanggal pertama kali timbul gejala | : … | Lemah (malaise) | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |
| Demam ___, _ $^{0}$C ☐ Riwayat Demam | | Nyeri otot | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |
| Batuk | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu | Mual atau muntah | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |
| Pilek | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu | Nyeri abdomen | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |
| Sakit tenggorokan | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu | Diare | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |
| Sesak napas | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu | Lainnya, sebutkan | |
| Sakit kepala | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu | | |

**Kondisi Penyerta :**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hamil | : ☐ Ya ☐ Tdk | Gangguan imunologi | : ☐ Ya ☐ Tdk |
| Diabetes | : ☐ Ya ☐ Tdk | Gagal ginjal Kronis | : ☐ Ya ☐ Tdk |
| Penyakit jantung | : ☐ Ya ☐ Tdk | Gagal Hati Kronis | : ☐ Ya ☐ Tdk |
| Hipertensi | : ☐ Ya ☐ Tdk | PPOK | : ☐ Ya ☐ Tdk |
| Keganasan | : ☐ Ya ☐ Tdk | Lainnya (sebutkan) | : … |

**Diagnosis**

| | |
|---|---|
| Pneumonia (Klinis atau Radiologi) | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |
| ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |
| Diagnosis Lainnya, sebutkan ! | : … |
| Apakah pasien mempunyai diagnosis atau etiologi lain untuk penyakit pernafasannya? Jika Ya, sebutkan : …… | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu<br>: … |

| | | |
|---|---|---|
| Apakah pasien dirawat di rumah sakit | : ☐ Ya ☐ Tdk | |
| Bila Ya, Nama RS terakhir | : … | |
| Tanggal masuk RS terakhir | : … | |
| Ruang rawat | : … | |
| Tindakan perawatan | - dirawat di ICU | : ☐ Ya ☐ Tdk |
| | - Intubasi | : ☐ Ya ☐ Tdk |
| | - penggunaan EMCO **) | : ☐ Ya ☐ Tdk |
| Jika ada, nama-nama RS sebelumnya | : … | |
| Status pasien terakhir | : ☐ selesai isolasi/Sembuh tanggal : …… ☐ Masih Sakit ☐ Meninggal, | |

| C. INFORMASI PEMERIKSAAN PENUNJANG | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No.** | **Jenis Pemeriksaan/ Spesimen** | **Pengambilan Spesimen I** | | | **Pengambilan Spesimen II** | | |
| | | Tanggal pengambilan | Tempat Pemeriksaan | Hasil | Tanggal pengambilan | Tempat Pemeriksaan | Hasil |
| **Laboratorium konfirmasi** | | | | | | | |
| 1. | Nasopharyngeal (NP) Swab | | | | | | |
| 2. | Oropharyngeal (NP) Swab | | | | | | |
| 3. | Sputum | | | | | | |
| 4. | Serum | | | | | | |
| **Pemeriksaan Lain** | | | | | | | |
| 1. | Darah | | | | | | |
| 2. | Serum | | | | | | |
| 3. | Lain, sebutkan | | | | | | |

## D. FAKTOR RIWAYAT PERJALANAN

Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan dari luar negeri ? : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu

| Negara | Kota | Tgl Perjalanan | Tgl tiba di Indonesia |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan dari area transmisi lokal ? : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu

| Provinsi | Kota | Tanggal perjalanan | Tgl tiba di tempat |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat tinggal ke area transmisi lokal ? : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu

| Provinsi | Kota |
|---|---|
| | |

Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak dengan kasus suspek/probable COVID-19 : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu

| Nama | Alamat | Hubungan | Tgl Kontak Pertama | Tgl Kontak Terakhir |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| D. FAKTOR KONTAK/PAPARAN (lanjutan) | |
|---|---|
| Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak erat dengan kasus konfirmasi dan probable COVID-19 | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |

| Nama | Alamat | Hubungan | Tgl Kontak Pertama | Tgl Kontak Terakhir |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| Apakah pasien termasuk cluster ISPA berat (demam dan pneumonia membutuhkan perawatan Rumah Sakit) yang tidak diketahui penyebabnya? | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |
| Apakah pasien memiliki hewan peliharaan ?<br>Jika Ya sebutkan: ☐ anjing ☐ kucing<br>☐ hewan lain, sebutkan… | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |
| Apakah pasien seorang petugas kesehatan? | : ☐ Ya ☐ Tdk ☐ Tdk Tahu |
| Jika Ya, alat pelindung diri (APD) apa yang dipakai saat melakukan perawatan pada pasien suspek/probabel/konfirmasi? | ☐ Gown ☐ Masker medis ☐ Sarung tangan<br>☐ Masker NIOSH- N95, AN EU STANDARD FFP2<br>☐ FFP3<br>☐ Kacamata pelindung (goggle)<br>☐ Tidak memakai APD |
| Apakah melakukan prosedur yang menimbulkan erosol? | : ☐ Ya ☐ Tdk , sebutkan …. |
| Lain-lain, sebutkan | |

| E. DAFTAR KONTAK ERAT KASUS** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nama** | **Umur** | **Jenis Kelamin** | **Hub. dg Kasus** | **Alamat rumah** | **No HP/telp yang dapat dihubungi** | **Aktifitas kontak yang dilakukan** |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**KETERANGAN:**

*) Diisi sesuai dengan definisi operasional (lihat pedoman)

**) oksigenasi membran ekstrakorporea

***) diisi jika kriteria suspek, konfirmasi dan probabel.

**INSTRUKSI:**

- Semua pertanyaan dalam formulir ini harus diisi, tidak boleh ada pertanyaan apapun yang kosong/tidak terjawab.
- Untuk pertanyaan dengan pilihan jawaban “Ya/Tidak/Tdk Tahu”, pilih salah satu jawaban saja

# 7. FORMULIR PERMOHONAN PEMERIKSAAN COVID-19 MENGGUNAKAN TCM/FORMULIR COVID.05

**PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN COVID-19 NASIONAL**

**COVID.05**
INDONESIA 2020

**FORMULIR PERMOHONAN LABORATORIUM PEMERIKSAAN COVID-19**

Nama Fasyankes/Laboratorium : _____
Kode Fasyankes : _____
Kewarganegaraan (WNI/WNA) : _____
No. Rekam Medis : _____
Nama Suspek : _____
No. Identitas (KTP/KK/Paspor) : _____
Tempat/Tgl Lahir : _____
Umur : _____ tahun

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Status Kehamilan : ☐ Hamil ☐ Tidak hamil ☐ Tidak tahu
Petugas Kesehatan : ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak tahu

**No. INOCOVID** : ☐

No. Hp dokter pengirim : _____
No. Hp Suspek / Keluarga : _____
RS Asal Rujukan COVID : _____
Kab Kota*) : _____
Provinsi*) : _____
Alamat lengkap (KTP) : _____
Kel./Kec. : _____
Kabupaten / Kota : _____
Provinsi : _____
Alamat Domisili : Jika tidak sesuai KTP, tulis lengkap di bawah ini:
: _____
Kel./Kec. : _____
Kabupaten/ Kota : _____
Provinsi : _____

**Alasan Pemeriksaan :**
☐ Diagnosis COVID-19: Ke- ……
☐ Pengulangan Pemeriksaan TCM (sampel baru)

**Kriteria Suspek :**
☐ Suspek COVID-19
☐ Tenaga Kesehatan yang kontak erat

**No.Identitas Spesimen**

……, ……, ……

Jenis Spesimen : ☐ Swab Nasofaring
☐ Swab Orofaring
☐ Lainnya, sebutkan ……

Tanggal Pengambilan Spesimen : _____
Tanggal Pengiriman Spesimen : _____

……, ……20…..

Jenis Pemeriksaan
☐ TCM SARS COV-2
☐ Lainnya, Sebutkan ……

(……)
Nama jelas dokter pengirim

---

**HASIL PEMERIKSAAN COVID-19**

**A. HASIL PEMERIKSAAN COVID-19 DENGAN TCM**
No. Register Lab. (sesuai Buku Register Lab COVID-04) : ……

| Jenis Spesimen**) | Tanggal Pemeriksaan Spesimen | Tanggal Hasil Dilaporkan | Hasil Pemeriksaan COVID-19 dengan TCM ***) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Pos | Neg | Presumptive Pos | Invalid | Error | No Result |
| ☐ Swab Nasofaring/ swab Orofaring/ Lainnya, sebutkan …… | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Diisi bila ada pengulangan TCM (Presumptive pos, invalid, Error, No Result) | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**B. HASIL PEMERIKSAAN COVID-19 SELAIN TCM**
No. Register Lab. (sesuai Buku Register Lab Pemeriksa) : ……

| Jenis Pemeriksaan | Jenis Spesimen **) | Tanggal Hasil Pemeriksaan Spesimen | Tanggal Hasil Dilaporkan | Hasil Pemeriksaan COVID-19 ***) |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ Swab Nasofaring/ swab Orofaring/ Lainnya, sebutkan …… (lingkari salah satu) | | | ☐ Positif ☐ Negatif<br>Keterangan: |

Tanda tangan pemeriksa

(……)

Mengetahui, ……, 20……
Dokter PJ pemeriksaan Lab

(……)

Keterangan : Isi form menggunakan huruf kapital
*) Kab kota dan provinsi diisi sesuai dengan lokasi asal RS rujukan COVID-19
**) beri checklist pada bagian kotak dan lingkari / tuliskan jenis spesimen yang digunakan untuk pemeriksaan COVID-19
***) Hasil pemeriksaan COVID-19 dengan dan selain TCM: Beri tanda rumput (V) pada hasil pemeriksaan yang sesuai

## 8. REGISTER PEMERIKSAAN LABORATORIUM TCM/COVID.04

### REGISTER LABORATORIUM PEMERIKSAAN COVID-19 MENGGUNAKAN ALAT TCM

Nama Laboratorium Pemeriksa : .....
Kode Fasyankes : .....
Kabupaten / Kota : .....
Provinsi : .....
Periode (Bulan / Tahun) : .....

| NO URUT (Reg Lab) | NAMA LENGKAP SUSPEK | WNI/WNA | NIK / NO.IDENTITAS (KTP/KK/PASPOR) | NO REKAM MEDIS | No.INOCOVID | TANGGAL LAHIR | UMUR (TAHUN) | JENIS KELAMIN (P/L) | ALAMAT SUSPEK COVID-19 (KTP / DOMISILI) | | | | | | PETUGAS KESEHATAN (NAKES) | STATUS KEHAMILAN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | KTP/ Domisili | Provinsi | Kabupaten/Kota | Kecamatan | Kelurahan | Alamat Lengkap | | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) |
| 0001 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0002 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0003 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0004 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0005 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0006 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0007 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0008 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0009 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0010 | | | | | | | | | | | | | | | | |

# LAP 04.COVID-19

| | Diagnosis | Total |
|---|---|---|
| Jml Pemeriksaan TCM COVID-19 (direkap per lembar) | | |

| NO.HP SUSPEK/KELUARGA | NO. HP DOKTER PENGIRIM | ASAL RS RUJUKAN COVID | ALASAN PEMERIKSAAN | KRITERIA SUSPEK | JENIS SPESIMEN | TANGGAL PENGAMBILAN SPESIMEN | TANGGAL PEMERIKSAAN SPESIMEN | PEMERIKSAAN KE | HASIL LAB (Pemeriksaan TCM COVID-19) | KETERANGAN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (24) | (25) | (26) | (27) | (28) |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

## 9. CONTOH SURAT PERNYATAAN SELESAI PEMANTAUAN

**LOGO INSTANSI***

**SURAT KETERANGAN PEMERIKSAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, dokter menerangkan bahwa:

Nama :
Tanggal lahir :
Alamat :
Pekerjaan :

Selama masa observasi, tidak ditemukan gejala dan tanda infeksi *Coronavirus Disease* (COVID- 19), dan selanjutnya pada saat ini dinyatakan SEHAT.
Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan mohon dipergunakan sebagaimana mestinya.

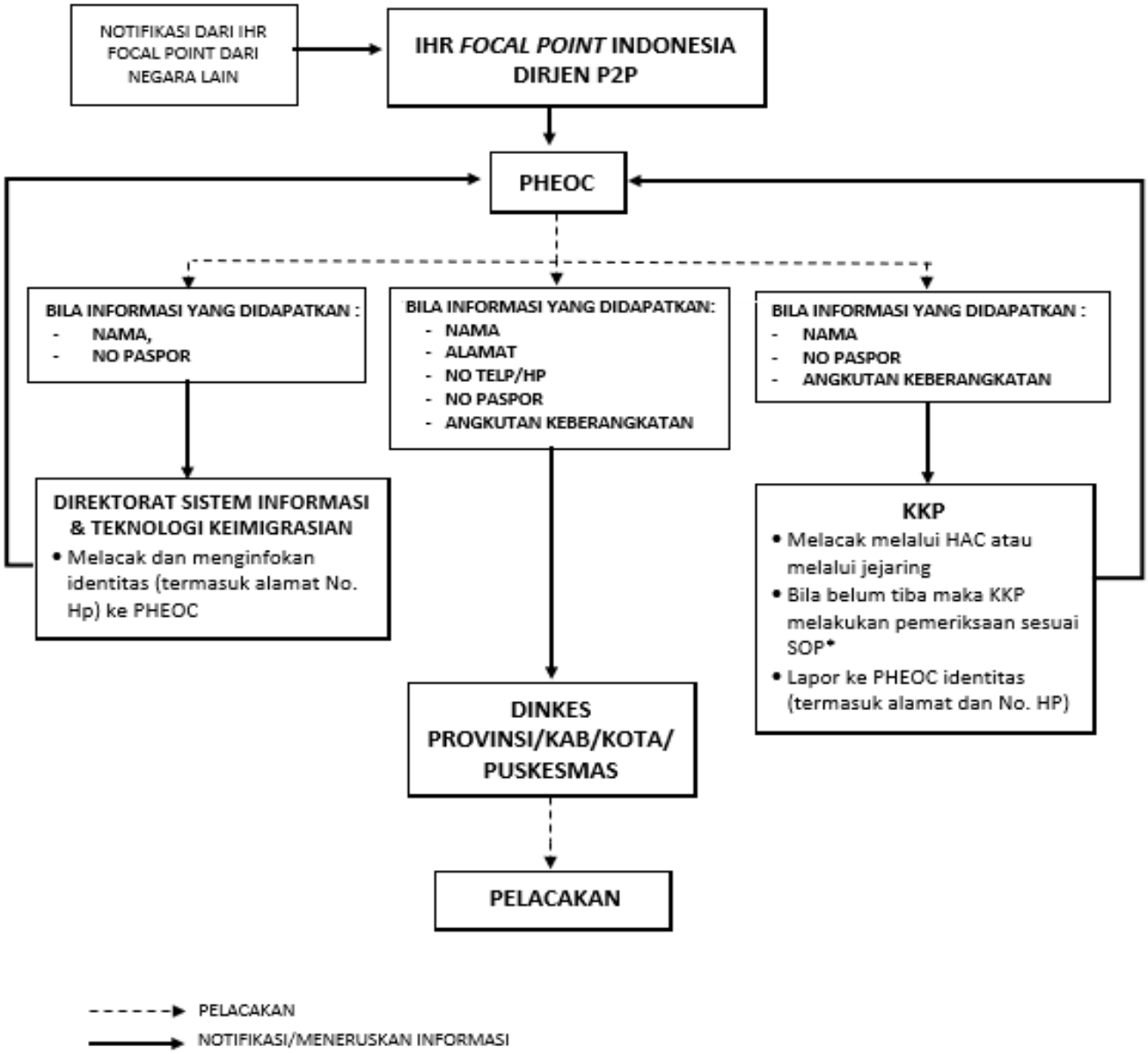
....., ..... 20.....

Mengetahui,

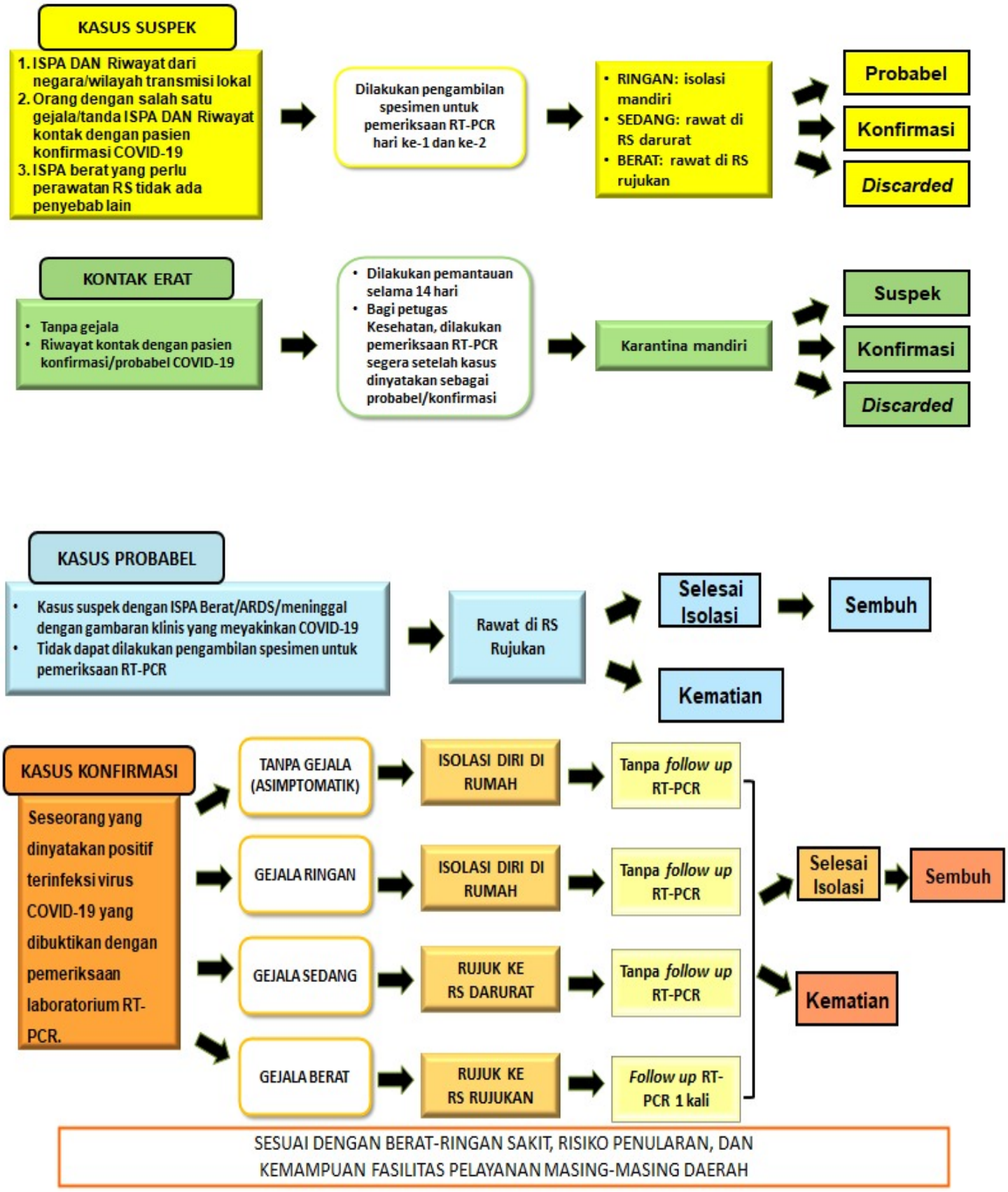
| | |
|---|---|
| Dokter Pemeriksa, | Pejabat Instansi<br>(Fasyankes/Dinkes)....., |
| Nama<br>SIP | Nama<br>NIP |

*** Surat Ini dikeluarkan oleh Instansi yang merawat atau melakukan pemantauan kasus**

## 10. ALUR PELACAKAN KASUS NOTIFIKASI DARI IHR NATIONAL FOCAL POINT NEGARA LAIN



## 11. RINGKASAN MANAJEMEN KESMAS BERDASARKAN KRITERIA KASUS



## 12. DAFTAR LABORATORIUM PEMERIKSA COVID-19

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/214/2020 & No.HK.01.07/MENKES/216/2020 tentang Jejaring Laboratorium Pemeriksaan COVID-19

| NO | PROPINSI | NO | LABORATORIUM |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **1** | Aceh | 1 | Balai Litbangkes Aceh |
| | | 2 | FK Unsyiah |
| **2** | Sumatera Utara | 1 | RS Universitas Sumatera Utara |
| | | 2 | RSUP H. Adam Malik, Medan |
| | | 3 | Lab Mikrobiologi FK USU |
| | | 4 | RS Teguh Murni, Medan |
| | | 5 | MRS Tk. II Putri Hijau Medan |
| | | 6 | RS Prima Husada Cipta Medan (Pelindo I) |
| **3** | Sumatera Barat | 1 | RS Universitas Andalas, Padang |
| | | 2 | Balai Besar Veteriner Bukittinggi |
| **4** | Sumatera Selatan | 1 | BBLK Palembang |
| | | 2 | RSUP Moh. Husein, Palembang |
| **5** | Jambi | 1 | RS Raden Mattaher, Jambi |
| **6** | Bangka Belitung | 1 | RSUD Depati Hamzah Pangkal Pinang |
| | | 2 | UPTD BLK Provinsi Kepulauan Bangka Belitung |
| | | 3 | RS Bakti Timah, Bangka Belitung |
| **7** | Riau | 1 | RSUD Arifin Ahmad Provinsi Riau |
| **8** | Kepulauan Riau | 1 | BBTKLPP Batam |
| **9** | Bengkulu | 1 | RSUD M Yunus |
| **10** | Lampung | 1 | Balai Labkes Lampung |
| | | 2 | RSUD Abdul Moeloek Lampung |
| **11** | Banten | 1 | RSUD kabupaten Tangerang |
| | | 2 | RS Siloam Lippo Village |
| | | 3 | Labkesda Banten |
| | | 4 | RS Krakatau Medika Cilegon |
| **12** | Jawa Barat | 1 | RS Universitas Padjadjaran Bandung |
| | | 2 | RSUP Hasan Sadikin Bandung |
| | | 3 | RS Universitas Indonesia |
| | | 4 | Labkesda Provinsi Jawa Barat |
| | | 5 | Institut Pertanian Bogor |
| | | 6 | Labkesda Kabupaten Bekasi |
| | | 7 | Laboratorium Sentral UNPAD |
| | | 8 | Labkesda Kota Bekasi |
| | | 9 | RSUD Chasbulah Kota Bekasi |
| | | 10 | LIPI |
| | | 11 | RS Awal Bros Bekasi Timur |
| | | 12 | Balai Besar Penelitian Veteriner Bogor |
| | | 13 | Labkes Kota Bandung |
| | | 14 | RS Pelabuhan cirebon |
| | | 15 | Laboratorium FK Unswagati, Cirebon |
| | | 16 | RSP Kerawang |
| | | 17 | RSUD Waled, Cirebon |
| | | 18 | Poltekes Bandung |
| | | 19 | Labkesda Depok |
| | | 20 | Balitvet Subang |

| NO | PROPINSI | NO | LABORATORIUM |
|---|---|---|---|
| **13** | DKI Jakarta | 1 | Badan Litbang Kesehatan |
| | | 2 | BBTKL PP Jakarta |
| | | 3 | BBLK Jakarta |
| | | 4 | Labkesda DKI Jakarta |
| | | 5 | Lembaga Biologi Molekuler Eikjmen |
| | | 6 | Laboratorium Mikrobiologi FK UI |
| | | 7 | RSUP dr. Cipto Mangunkusumo |
| | | 8 | RS Medistra |
| | | 9 | RS Pusat Angkatan Darat |
| | | 10 | Laboratorium Klinik Kimia Farma |
| | | 11 | Kalbe Farma |
| | | 12 | Pusat Pengembangan Pengujian Obat dan Makanan Nasional |
| | | 13 | RS Bunda |
| | | 14 | RS Pertamina Jaya |
| | | 15 | RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita |
| | | 16 | RS Penyakit Infeksi Sulianti Suroso |
| | | 17 | Lab Prodia |
| | | 18 | RSUP Fatmawati |
| | | 19 | RS Kanker Dharmais |
| | | 20 | RS Anak dan Ibu Harapan Kita |
| | | 21 | RS Polri |
| | | 22 | Lab Terpadu FK UIN Syarif Hidayatullah |
| | | 23 | RSUD Tarakan Jakarta |
| | | 24 | Laboratorium FK Univ Tarumanegara |
| | | 25 | Lab RS Darurat Covid Wisma Atlet |
| | | 26 | RSAL Mintoharjo |
| | | 27 | Genelab |
| | | 28 | Laboratorium Klinik Medika Plaza |
| | | 29 | RS Pelni |
| | | 30 | RS Mayapada |
| | | 31 | Lab RS Puri Indah Pondok Indah |
| | | 32 | Lab RS Mitra Keluarga Kelapa Gading |
| | | 33 | Lab RS Husada |
| | | 34 | Lab RS Hermina Kemayoran |
| | | 35 | Lab FKIK Atmajaya |
| **14.** | Jawa Tengah | 1 | Balai Besar Litbang Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga |
| | | 2 | RS Universitas Diponegoro Semarang |
| | | 3 | RSUP dr. Kariadi Semarang |
| | | 4 | Laboratorium pada RS Universitas Sebelas Maret Surakarta |
| | | 5 | RS. Moewardi, Solo |
| | | 6 | RSUD KMRT Wongsonegoro |
| | | 7 | Laboratorium Riset Univ Jenderal Soedirman |
| | | 8 | Lab RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus |
| | | 9 | Balai Labkes Prov Jawa tengah |
| | | 10 | Lab RS dr. Oen Kandang Sapi, Solo |
| **15.** | Jawa Timur | 1 | BBTKL PP Surabaya |
| | | 2 | BBLK Surabaya |
| | | 3 | Lembaga Penyakit Tropis Unair |
| | | 4 | RS Universitas Brawijaya Malang |
| | | 5 | RS Universitas Airlangga |
| | | 6 | RSUD Dr. Sutomo |
| | | 7 | RSU Syaiful Anwar, Malang |
| | | 8 | RS Primasatya Husada Citra (PHC), Surabaya |
| | | 9 | RS Lavalette, Malang |
| | | 10 | RS Premier Surabaya |
| | | 11 | RSUD Mohamad Saleh kota Probolinggo |

| NO | PROPINSI | NO | LABORATORIUM |
|---|---|---|---|
| | | 12 | RSUD Bangil kab Pasuruan |
| | | 13 | RSUD dr. Iskak kab Tulungagung |
| | | 14 | Lab RS Jember Klinik |
| | | 15 | Lab RSAL Surabaya |
| | | 16 | Lab RSUD Sidoarjo |
| | | 17 | Lab RSUD dr. Soegiri Lamongan |
| | | 18 | Lab RSUD Jombang |
| | | 19 | Lab Ibnu Sina Gresik |
| | | 20 | lab Pare Kediri |
| | | 21 | Lab RSUD Koesnadi Bondowoso |
| | | 22 | Lab RSU dr. Soebandhi, Jember |
| | | 23 | Lab RSUD Sam Ratu Ebo, Bangkalan |
| | | 24 | Lab RS Waluyo Jati Kraksaan, Probolinggo |
| **16** | DI Yogyakarta | 1 | BBTKL PP DIY |
| | | 2 | RS Universitas Gadjah Mada Yogyakarta |
| | | 3 | RSUP Dr. Sardjito DIY |
| | | 4 | Balai Besar Veteriner Wates |
| | | 5 | RSPAU dr. S. Hardjolukito |
| **17** | Bali | 1 | RS Universitas Udayana Denpasar |
| | | 2 | RSUP Sanglah Denpasar |
| **18** | NTB | 1 | RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat |
| | | 2 | Laboratorium pada RS Universitas Mataram |
| **19** | NTT | 1 | RSUD dr. Johannes, Kupang |
| **20** | Kalimantan Barat | 1 | RS Universitas Tanjung Pura Pontianak |
| | | 2 | Labkesda Provinsi Kalimantan Barat |
| **21** | Kalimantan Tengah | 1 | RSUD dr. Dorris Sylvanus, Kalteng |
| **22** | Kalimantan Selatan | 2 | BBTKLPP Banjar Baru |
| | | 1 | Balai litbangkes Tanah Bumbu |
| **23** | Kalimantan Timur | 2 | UPTD Labkes Provinsi Kalimantan Timur |
| | | 3 | RSUD Abdul Wahab Syahranie, Samarinda |
| | | 4 | Laboratorium Klinik Tirta Berau |
| | | 5 | RSUD Aji Muhammad Parikesit |
| **24** | Sulawesi Selatan | 1 | BBLK Makasar |
| | | 2 | RS Universitas Hasanudin Makasar |
| | | 3 | RSUP Wahidin Sudiro Husodo Makasar |
| | | 4 | BBTKLPP Makasar |
| | | 5 | Balai Besar Veteriner Maros |
| | | 6 | BPOM Makasar |
| | | 7 | Labkesda Soppeng Sulawesi Selatan |
| **25** | Sulawesi Barat | 1 | BPOM Mamuju |
| **26** | Sulawei Tengah | 1 | Labkes Prov Sulawesi Tengah |
| **27** | Sulawesi Utara | 1 | RSUP Prof. RD Kandau Manado |
| | | 2 | BBTKLPP Manado |
| | | 3 | BPOM Manado |
| **28** | Gorontalo | 1 | Laboratorium BPOM Gorontalo |
| **29** | Maluku | 1 | BBTKLPP Ambon |
| **30** | Papua | 1 | Balai LitbangKes Papua |
| | | 2 | Balai Labkes Prov Papua |
| | | 3 | Klinik Kuala Kencana PT. Freeport |
| **31** | Papua Barat | 1 | RSUD Teluk Bintuni |

**13. LEMBAR KESEDIAAN KARANTINA RUMAH/ PERAWATAN DI RUMAH (ISOLASI DIRI)**

KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Nomor HP :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk dilakukan tindakan karantina rumah/isolasi diri (perawatan di rumah)* dan akan mematuhi segala aturan yang ditetapkan oleh pemerintah sampai tindakan ini dinyatakan berakhir.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

....., ..... 2020

Petugas karantina, Yang membuat pernyataan

( ) ( )

Mengetahui, Koordinator Lapangan

( )

Ket: *coret salah satu

## 14. CONTOH SERTIFIKAT MEDIS PENYEBAB KEMATIAN

**LOGO INSTANSI**

**Bulan/ Tahun:**

**Nama RS/ Puskesmas :**

**I. Identitas Jenazah**

1. Nama Lengkap :
2. NIK:
3. Tempat/Tanggal lahir:
4. Alamat Tempat Tinggal:
5. Jenis Kelamin:
6. Agama:
7. Status Kependudukan: a. Penduduk b. Bukan Penduduk
8. Hubungan dengan Kepala Rumah Tangga : a. Kepala Rumah Tangga b. Suami/Istri c. Anak d. Menantu e. Cucu f. Orang Tua/Mertua g. Famili Lain h. Pembantu Rumah Tangga i. Lainnya
9. Waktu Meninggal :
10. Tempat Meninggal : a. Rumah Sakit b. Puskesmas c. Rumah Bersalin d. Rumah Tinggal e. Lainnya (Termasuk meninggal di perjalanan/ DOA)

**II. Keterangan Khusus Kasus Kematian di Rumah atau Lainnya (termasuk DOA)**

1. Status Jenazah : a. Belum dimakamkan /Belum dikremasi
   b.Telah dimakamkan/Telah dikremasi, Tanggal.... Bulan.... Tahun....
2. Nama Pemeriksa Jenazah : ..... Kualifikasi Pemeriksa: a. Medis b. Paramedis
3. Waktu Pemeriksa Jenazah : Tanggal ..... Bulan..... Tahun.....

**III. Penyebab Kematian**

1. Dasar diagnosis : (dapat lebih dari satu) 1. Rekam Medis 2. Pemeriksaan Luar Jenazah 3. Autopsi Forensik 4. Autopsi Medis 5. Autopsi Verbal 6. Surat Keterangan Lainnya
2. Kelompok Penyebab Kematian (**Lingkari Salah Satu)**

**PENYAKIT/GANGGUAN**

a. Penyakit khusus
b. Penyakit menular
c. Penyakit tidak menular
d. Gangguan perinatal (0-6 hari)
e. Gangguan maternal (kehamilan/persalinan/ nifas)
f. Gejala, tanda, dan kondisi lainnya
g. Cedera kecelakaan lalu lintas
h. Cedera kecelakaan kerja
i. Cedera lainnya

....., .....2020

Pihak yang menerima

Dokter yang menerangkan

Nama Jelas

Hubungan dengan jenazah

Nama Jelas

Jabatan & Cap instansi

## 15. PEMANFAATAN OBAT TRADISIONAL UNTUK PEMELIHARAAN KESEHATAN, PENCEGAHAN PENYAKIT, DAN PERAWATAN KESEHATAN

1. Beberapa contoh tanaman obat meliputi:
   a. Rimpang/empon-empon seperti jahe merah, jahe, temulawak, kunyit, kencur dan lengkuas.
   b. Umbi-umbian seperti bawang putih
   c. Kulit kayu seperti kayu manis
   d. Batang seperti Sereh
   e. Daun seperti kelor, katuk, pegagan, seledri
   f. Buah seperti jambu biji, lemon, jeruk nipis
   g. Herba (seluruh bagian tumbuhan di atas tanah terdiri dari batang, daun, bunga, dan buah) seperti meniran
   h. Biji-bijian seperti jinten hitam
2. Beberapa contoh khasiat obat tradisional meliputi:
   a. Untuk daya tahan tubuh (ramuan yang mengandung meniran/kencur/mengkudu).
   b. Untuk darah tinggi (ramuan yang mengandung seledri/kumis kucing).
   c. Untuk diabetes (ramuan yang mengandung kayu manis/mengkudu dan pare).
   d. Untuk mengurangi keluhan batuk (ramuan yang mengandung kencur/lagundi/saga/jahe merah/lemon/daun mint).
   e. Untuk mengurangi keluhan flu (ramuan yang mengandung jintan hitam/mahkota dewa atau ramuan meniran/jahe/mint/cengkeh).
   f. Untuk mengurangi keluhan sakit tenggorokan (ramuan yang mengandung jahe/kencur/jeruk nipis/adas/pala).
   g. Untuk meningkatkan produksi Air Susu Ibu (ASI) (ramuan yang mengandung katuk/pegagan/kelor/torbangun).
3. Beberapa contoh khasiat ramuan tanaman obat untuk meningkatkan daya tahan tubuh meliputi:

   **a. Ramuan 1**

   - **Bahan**
     - Jahe Merah : 2 ruas ibu jari
     - Jeruk Nipis : 1 buah
     - Kayu manis : 3 Jari
     - Gula Merah : secukupnya
     - Air : 3 cangkir
   - **Cara Pembuatan**

     Cuci bersih semua bahan, jahe merah dicuci bersih dan digeprek. Rebus air hingga mengeluarkan banyak uap, kecilkan api dan rebus semua bahan yang sudah disiapkan bersama dengan gula merah selama 15 menit. Kemudian saring dalam keadaan dingin.
   - **Cara Pemakaian**

     Ramuan diminum 1 kali sehari sebanyak 1 ½ cangkir.

**b. Ramuan 2**

- **Bahan**
  - Kunyit: 1 ruas ibu jari
  - Lengkuas: 1 ruas ibu jari
  - Jeruk Nipis : 1 buah
  - Air : 3 Cangkir
  - Gula merah: secukupnya
- **Cara Pembuatan**

  Cuci bersih semua bahan, kunyit dan lengkuas digeprek. Kemudian rebus air hingga mendidih, kecilkan api dan masukan semua bahan, tunggu kira – kira hingga setengahnya dan matikan, saring dalam keadaan dingin.
- **Cara Pemakaian**

  Ramuan diminum 2 x sehari sebanyak 1 ½ cangkir.

**c. Ramuan 3**

- **Bahan**
  - Pegagan : 10 lembar
  - Jahe merah: 1 ruas ibu jari
  - Temulawak : 1 iris
  - Gula aren : secukupnya
  - Air: 1,5 gelas
- **Cara Pembuatan**

  Pegagan dicuci sampai bersih, kemudian rebus air sampai mendidih, setelah mendidih kecilkan api dan masukan Jahe merah dan temulawak, selanjutnya dimasukkan pegagan. Tunggu sampai air tersisa kira - kira setengahnyanya dan matikan.
- **Cara Pemakaian**

  Diminum 2 x sehari 1 gelas

**d. Ramuan 4**

- **Bahan**
  - Kencur: 500 gram yang sudah dikupas
  - Beras: 100 gram
  - Daun pandan: 3 lembar
  - Gula aren: secukupnya
  - Air: 2300 ml
- **Cara Pembuatan**

  Sangrai beras hingga kekuningan. Haluskan beras, kencur dan gula aren. Masukkan ke dalam air sampai mendidih, tambahkan pandan kemudian disaring**.**
- **Cara Pemakaian**

  Minum 2 kali sehari

**e. Ramuan 5**

- **Bahan**
  - Daun Kelor: 2 genggam
  - Air: 2 cangkir
- **Cara Pembuatan**

  Rebus air sampai mendidih, masukan daun kelor lalu matikan api dan saring sesudah dingin**.**
- **Cara Pemakaian**

  Dewasa : 2 kali sehari 1 cangkir

  Anak: 2 kali sehari ½ cangkir

**f. Ramuan 6**

- **Bahan**
  - Lemon: 1 buah
  - Madu: 2 sdm
- **Cara Pembuatan**

  Cuci bersih jeruk lemon, kemudian diperas dan campurkan dengan 2 sdm madu dan aduk sampai tercampur
- **Cara Pemakaian**

Ramuan diminum 2 kali sehari secukupnya

**g. Ramuan 7**

- **Bahan**
  - Bawang Putih: 2 butir
  - Air hangat: 1 gelas
  - Madu: secukupnya
- **Cara Pembuatan**

  Bawang putih dicuci bersih dan dimemarkan sampai halus, kemudian campurkan kedalam air hangat dan tambahkan madu, aduk hingga larut.
- **Cara Pemakaian**

Ramuan diminum 2 kali sehari sebanyak secukupnya

**HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN :**

1. Pilih jenis tanaman yang tepat sesuai resep
2. Pada saat akan meramu bahan, harus dicermati komposisi bahan.
3. Takaran harus sesuai petunjuk, jangan ditambah atau dikurangi.
4. Pada saat merebus dengan api kecil kurang lebih lima belas menit
5. Alat rebusan, **jangan** menggunakan baahan aluminium, timah, tembaga
6. Hati-hati penggunaan ramuan pada ibu hamil dan menyusui

## 16. LAPORAN HARIAN DAN MINGGUAN MESIN RT-PCR PROGRAM HIV/AIDS PIMS

**m2000rt Results List Report**

Operator ID:
Instrument Serial #: 2750

m2000rt Application Name: m2000_SARS-COV-2 CE
m2000rt Application Version: 1.40
m2000rt Run Completion Time: 5/4/2020 9:44:19PM
Sample Extraction Application Name: m2000_SARS-COV-2 CE
Sample Extraction Application Version: 1.40
Reagent Addition Application Name: m2000_SARS-COV-2 CE
Reagent Addition Application Version: 1.40
Plate Name: cov0405206
Deep Well Plate Name: cov0405206
Sample Extraction Reagent Lot: 10000469
Sample Extraction Reagent Expiration: 1/31/2021
Sample Extraction Completion Time: 5/4/2020 6:22:22PM
Master Mix Addition Completion Time: 5/4/2020 6:37:31PM
Assay: SARS-COV-2
Control Lot / Expiration: 504937 / 3/13/2021
Control Levels / Concentrations: COV-2_NEG / COV-2_POS /
Calibrator Lot / Expiration:
Assay Calibration Time: 5/4/2020 9:44:19 PM
Calibrator Levels / Concentrations:

| Well | Sample ID | Assay Name | Assay Lot Expiration | Sample Type | Result/Unit Interpretation | Flags | Code |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A1 | COV-2_NEG | SARS-COV-2 | 505468 9/2/2021 | Control | Not Detected | | |
| B1 | COV-2_POS | SARS-COV-2 | 505468 9/2/2021 | Control | 22.28 CN | | |
| C1 | 23 | SARS-COV-2 | 505468 9/2/2021 | Patient | Not Detected Negative | | |
| D1 | 24 | SARS-COV-2 | 505468 9/2/2021 | Patient | Not Detected Negative | | |
| E1 | 25 | SARS-COV-2 | 505468 9/2/2021 | Patient | Not Detected Negative | | |

Printed On: 5/5/2020 1:01:59PM m2000 ™ Page 1 of 2

**LEMBAR LAPORAN PEMANFAATAN LOGISTIK (ALAT VIRAL LOAD HIV ABBOTT)**

**Provinsi**
**Kabupaten/Kota**
**Nama Layanan Laboratorium**
**Pemeriksa**
**Tanggal Pelaporan**
**Merk Alat**

| No | Nama Reagen | No. LOT | Jumlah Reagen Yang Diterima (Tes) | Sisa Reagen (Tes) | Masa Kadaluarsa | Sumber Pengadaan Reagen | Total Sampel Positif | Total Sampel Negatif | Total Sampel Error / *Inconclusive* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ABBOTT RealTime SARS-CoV-2 Amplification Reagent Kit | | | | | | | | |
| 2 | ABBOTT Msample PREPARATION SYSTEMDNA | | | | | | | | |
| 3 | VTM | | | | | | | | |

**Ket: Laporan dikirim Setiap Hari Senin ke Kemenkes RI dan tembusan ke Dinkes Kabupaten/Kota maupun Dinkes Provinsi**

## 17. KRITERIA TEMPAT PERAWATAN PASIEN

| Keterangan | Tempat Karantina | | |
|---|---|---|---|
| | **Karantina/ Isolasi Mandiri** | **Fasilitas Khusus/ RS Darurat COVID-19/ RS** | **Isolasi RS/ RS Rujukan** |
| **Status** | • Kontak erat<br>• Kasus konfirmasi tanpa gejala<br>• Kasus konfirmasi gejala ringan tanpa komorbid | • Suspek gejala ringan/Kasus konfirmasi tanpa gejala/ Kontak erat dengan penyakit penyerta yang terkontrol<br>• Suspek gejala ringan/Kasus konfirmasi tanpa gejala/ Kontak erat yang berusia diatas 60 tahun<br>• Suspek /Kasus konfirmasi gejala ringan tanpa fasilitas karantina rumah yang memadai<br>• Kasus konfirmasi tanpa | • Suspek dengan komorbid yang tidak terkontrol<br>• Suspek dengan gejala berat<br>• Probable<br>• Kasus konfirmasi gejala sedang dengan komorbid yang tidak terkontrol<br>• Kasus konfirmasi gejala berat |
| **Tempat** | - Rumah sendiri<br>- fasilitas sendiri<br>- fasilitas khusus yang difasilitasi tempat kerja | - Tempat yang disediakan Pemerintah pusat/daerah<br>- Rumah Sakit darurat COVID-19<br>- Rumah Sakit | 1. Rumah Sakit<br>2. Rumah Sakit Rujukan |
| **Pengawasan** | • Dokter, perawat dan/atau tenaga kesehatan lain<br>• Dapat dibantu oleh Bhabinkabtibnas, Babinsa, kader dan/atau Relawan/pengelola tempat kerja | • Dokter, perawat dan/atau tenaga kesehatan lain | Dokter, perawat dan/atau tenaga kesehatan lain |
| **Pembiayaan** | • Mandiri<br>• Pihak lain yang bisa membantu (filantropi) | • Pemerintah: BNPB, Gubernur, Bupati, Walikota, Camat dan Kades<br>• Sumber lain | • Pemerintah: BNPB, Gubernur, Bupati, Walikota, Camat dan Kades<br>• Sumber lain |

## 18. PROTOKOL TATA LAKSANA PASIEN TERKONFIRMASI INFEKSI COVID-19

| KRITERIA | TATALAKSANA PASIEN |
|---|---|
| **Konfirmasi (Tanpa gejala)** | **a. Isolasi dan Pemantauan**<br>• Isolasi mandiri di rumah selama 10 hari isolasi sejak pengambilan spesimen diagnosis konfirmasi<br>• Pasien dipantau melalui telepon oleh petugas FKTP<br>• Kontrol di FKTP setelah selesai isolasi |
| | **b. Non-farmakologis**<br><br>Berikan edukasi terkait tindakan yang perlu dikerjakan (leaflet untuk dibawa ke rumah) :<br>• Pasien :<br>- Pasien mengukur suhu tubuh 2 kali sehari, pagi dan malam hari<br>- Selalu menggunakan masker jika keluar kamar dan saat berinteraksi dengan anggota keluarga<br>- Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau *hand sanitizer* sesering mungkin.<br>- Jaga jarak dengan keluarga (*physical distancing*)<br>- Upayakan kamar tidur sendiri / terpisah<br>- Menerapkan etika batuk (Diajarkan oleh tenaga medis)<br>- Alat makan-minum segera dicuci dengan air/sabun<br>- Berjemur matahari minimal sekitar 10-15 menit setiap harinya<br>- Pakaian yg telah dipakai sebaiknya dimasukkan dalam kantong plastik / wadah tertutup yang terpisah dengan pakaian kotor keluarga yang lainnya sebelum dicuci dan segera dimasukkan mesin cuci<br>- Ukur dan catat suhu tubuh tiap jam 7 pagi dan jam 19 malam.<br>- Segera berinformasi ke petugas pemantau/FKTP atau keluarga jika terjadi peningkatan suhu tubuh > 38$^{o}$C<br>• Lingkungan/kamar:<br>- Perhatikan ventilasi, cahaya dan udara<br>- Membuka jendela kamar secara berkala<br>- Bila memungkinkan menggunakan APD saat membersihkan kamar (setidaknya masker, dan bila memungkinkan sarung tangan dan *goggle.*<br>- Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau *hand sanitizer* sesering mungkin.<br>- Bersihkan kamar setiap hari , bisa dengan air sabun atau bahan desinfektasn lainnya<br>• Keluarga:<br>- Bagi anggota keluarga yang berkontak erat dengan pasien sebaiknya memeriksakan diri ke FKTP/Rumah Sakit.<br>- Anggota keluarga senanitasa pakai masker<br>- Jaga jarak minimal 1 meter dari pasien<br>- Senantiasa mencuci tangan<br>- Jangan sentuh daerah wajah kalau tidak yakin tangan bersih<br>- Ingat senantiasa membuka jendela rumah agar sirkulasi udara tertukar<br>Bersihkan sesering mungkin daerah yg mungkin tersentuh pasien misalnya gagang pintu dll |
| | **c. Farmakologi**<br>• Bila terdapat penyakit penyerta / komorbid, dianjurkan untuk tetap melanjutkan pengobatan yang rutin dikonsumsi. Apabila pasien rutin meminum terapi obat |

| KRITERIA | TATALAKSANA PASIEN |
|---|---|
| | antihipertensi dengan golongan obat *ACE-inhibitor* dan *Angiotensin Reseptor Blocker* perlu berkonsultasi ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam ATAU Dokter Spesialis Jantung<br>• Dianjurkan multivitamin yang mengandung vitamin C,B, E, Zink<br>**Untuk anak:**<br>Perawatan suportif |
| **Sakit ringan** | **a. Isolasi dan Pemantauan**<br>• Isolasi mandiri di rumah selama 10 hari sejak tanggal onset dengan ditambah minimal 3 hari setelah tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan<br>• Ditangani oleh FKTP, contohnya Puskesmas, sebagai pasien rawat jalan<br>• Kontrol di FKTP setelah selesai isolasi |
| | **a. Non Farmakologi :** Edukasi terkait tindakan yang harus dilakukan (*sama dengan edukasi tanpa gejala*) |
| | **b. Farmakologis :**<br>• Pengobatan suportif<br>• Pengobatan simtomatis seperti paracetamol bila demam<br>• Bila diperlukan dapat diberikan Antivirus<br><br>**Untuk Anak:**<br>• Perawatan suportif (obat-obatan simtomatis)<br>Perawatan simptomatis |
| **Sakit Sedang** | **Isolasi dan Pemantauan**<br>• Rujuk ke Rumah Sakit ke Ruang Perawatan COVID-19/ Rumah Sakit Darurat COVID-19<br>• Isolasi di Rumah Sakit ke Ruang Perawatan COVID-19/ Rumah Sakit Darurat COVID-19<br>• Isolasi mandiri di rumah selama 10 hari sejak tanggal onset dengan ditambah minimal 3 hari setelah tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan |
| | **Non Farmakologis**<br>• Istirahat total, intake kalori adekuat, control elektrolit, status hidrasi, saturasi oksigen<br>Pemantauan laboratorium Darah Perifer Lengkap berikut dengan hitung jenis, bila memungkinkan ditambahkan dengan CRP, fungsi ginjal, fungsi hati dan ronsen dada secara berkala. |
| | **Farmakologis**<br>• Pengobatan suportif<br>• Pengobatan simtomatis (Parasetamol dan lain-lain).<br>• Antivirus<br>• Antibiotik bila diperlukan<br>**Untuk Anak:**<br>• Perawatan suportif<br>• Antibiotik bila diperlukan<br>• Pemberian Vit C<br>• Zink 20mg/hari atau<br>obat suplemen lain dapat dipertimbangkan untuk diberikan meskipun *evidence* belum menunjukkan hasil yang meyakinkan |
| **Sakit Berat** | **Isolasi dan Pemantauan**<br>• Isolasi di ruang isolasi Rumah Sakit Rujukan atau rawat secara kohorting |
| | **Non Farmakologis**<br>• Istirahat total, intake kalori adekuat, kontrol elektrolit, status hidrasi (terapi cairan), dan oksigen |

| KRITERIA | TATALAKSANA PASIEN |
|---|---|
| | • Pemantauan laboratorium Darah Perifer Lengkap beriku dengan hitung jenis, bila memungkinkan ditambahkan dengan CRP, fungsi ginjal, fungsi hati, Hemostasis, LDH, D-dimer.<br>• Pemeriksaan foto toraks serial bila perburukan<br>• Monitor tanda-tanda sebagai berikut;<br>- Takipnea, frekuensi napas ≥ 30x/min,<br>- Saturasi Oksigen dengan *pulse oximetry* ≤93% (di jari),<br>- PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg,<br>- Peningkatan sebanyak >50% di keterlibatan area paru-paru pada pencitraan thoraks dalam 24-48 jam,<br>- Limfopenia progresif,<br>- Peningkatan CRP progresif,<br>- Asidosis laktat progresif.<br>• Monitor keadaan kritis<br>- Gagal napas yg membutuhkan ventilasi mekanik, shock atau gagal Multiorgan yang memerlukan perawatan ICU.<br>- Bila terjadi gagal napas disertai ARDS pertimbangkan penggunaan ventilator mekanik (alur gambar 1)<br>- 3 langkah yang penting dalam pencegahan perburukan penyakit, yaitu sebagai berikut<br>▪ Gunakan *high flow nasal canulla* (HFNC) atau *non-invasive mechanical ventilation* (NIV) pada pasien dengan ARDS atau efusi paru luas. HFNC lebih disarankan dibandingkan NIV. (alur gambar 1)<br>▪ Pembatasan resusitasi cairan, terutama pada pasien dengan edema paru.<br>▪ Posisikan pasien sadar dalam posisi tengkurap (*awake prone position*).<br>• Prinsip terapi oksigen:<br>- NRM : 15 liter per menit.<br>- HFNC<br>▪ Jika dibutuhkan, tenaga kesehatan harus menggunakan *respirator* (PAPR, N95).<br>▪ Batasi *flow* agar tidak melebihi 30 liter/menit.<br>▪ Lakukan pemberian HFNC selama 1 jam, kemudian lakukan evaluasi. Jika pasien mengalami perbaikan dan mencapai kriteria ventilasi aman (indeks ROX ≥4.88 pada jam ke-2, 6, dan 12 menandakan bahwa pasien tidak membutuhkan ventilasi invasif, sementara ROX <3.85 menandakan risiko tinggi untuk kebutuhan intubasi).<br><br>**Indeks ROX = ($SpO_2$ / $FiO_2$) / laju napas**<br><br>- NIV<br>▪ Jika dibutuhkan, tenaga kesehatan harus menggunakan *respirator* (PAPR, N95).<br>▪ Lakukan pemberian NIV selama 1 jam, kemudian lakukan evaluasi. Jika pasien mengalami perbaikan dan mencapai kriteria ventilasi aman (volume tidal [VT] <8 ml/kg, tidak ada gejala kegagalan pernapasan atau peningkatan $FiO_2$/PEEP) maka lanjutkan ventilasi dan lakukan penilaian ulang 2 jam kemudian.<br>▪ Pada kasus ARDS berat, disarankan untuk dilakukan ventilasi invasif.<br>▪ Jangan gunakan NIV pada pasien dengan syok. |

| KRITERIA | TATALAKSANA PASIEN |
|---|---|
| | Kombinasi *Awake Prone Position* + HFNC / NIV 2 jam 2 kali sehari dapat memperbaiki oksigenasi dan mengurangi kebutuhan akan intubasi pada ARDS ringan hingga sedang. Hindari penggunaan strategi ini pada ARDS berat.[19] |
| | **Farmakologis**<br>• Antivirus<br>• Pengobatan suportif<br>• Pengobatan simtomatis seperti paracetamol bila demam<br>• Bila terdapat kondisi sepsis yang diduga kuat oleh karena ko-infeksi bakteri, pemilihan antibiotik disesuaikan dengan kondisi klinis, fokus infeksi dan faktor risiko yang ada pada pasien. Pemeriksaan kultur darah harus dikerjakan dan pemeriksaan kultur sputum (dengan kehati-hatian khusus) patut dipertimbangkan.<br>Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada |

**Keterangan :**

- **Terapi farmakologi pada anak, sbb.:**
  - diterapkan pada pasien konfirmasi dan Suspek
  - dosis pada anak harus disesuaikan
- Pasien dengan komorbid kardiovaskular perlu diberikan penjelasan informasi terkait indikasi dan efek samping yang dapat terjadi pada pengobatan
- Untuk gejala ringan, bila terdapat komorbid terutama yang terkait jantung sebaiknya pasien dirawat
- **Pemilihan obat disesuaikan pada :**
  1. ketersediaan obat
  2. Kemampuan Pemantauan efek samping obat
  3. Keputusan DPJP

## 19. PANDUAN BAGI PETUGAS PELAYANAN PSC 119 DALAM PELAYANAN PASIEN COVID-19

### A. PETUGAS CALL CENTER PSC 119

Petugas Call center PSC 119 didalam pelayanan pandemik COVID-19 ini mempersiapkan algoritma pertanyaan dan informasi edukasi terkait COVID-19 kepada masyarakat.

Algoritme Pertanyaan yang diajukan oleh call center:

1. Tanyakan tentang tanda dan gejala
   - Apakah Anda mengalami demam yang lebih dari $38^0$C?
   - Apakah Anda memiliki gejala penyakit pernapasan bawah (batuk atau sulit bernapas)?
   - Jika SEMUA tanggapan adalah TIDAK, lanjutkan dengan prosedur standar untuk pengiriman ambulans emergensi atau Bilamana jawaban YA, lanjut ke pertanyaan
2. Tanyakan tentang riwayat perjalanan dan riwayat paparan langsung
   - Dalam 14 hari terakhir sebelum timbulnya gejala, apakah Anda bepergian ke daerah dengan negara terjangkit atau daerah transmisi lokal?
   - Dalam 14 hari terakhir sebelum timbulnya gejala, apakah Anda melakukan kontak dekat dengan Orang dalam Pemantauan, Pasien dalam Pengawasan atau Kasus Konfirmasi COVID-19?
   - Jika SEMUA tanggapan adalah TIDAK, lanjutkan dengan prosedur standar untuk pengiriman ambulans emergensi atau
   - Bilamana jawaban YA, lanjut ke pertanyaan 3
3. Berikan informasi tentang pasien segera kepada petugas ambulans.
   - Waspada akan potensi pasien dengan kemungkinan terpajan COVID-19 sebelum kedatangan di tempat kejadian
   - Pasien yang memenuhi kriteria harus dievaluasi dan ditranspor dengan tindakan pencegahan pernapasan yang tepat
   - Laporkan informasi kasus kepada dinas kesehatan setempat

### B. PROTEKSI UNTUK PETUGAS KESEHATAN PSC 119

Kewaspadaan standar harus selalu diterapkan di seluruh pelayanan ambulans pra rumah sakit untuk melakukan transfer pasien dengan kecurigaan terinfeksi COVID-19, yaitu:

1. **Pasien** yang ditransfer menggunakan masker medis apabila dapat ditoleransi.

2. **Bagi petugas ambulans :**
   - Petugas menerapkan 5 momen kebersihan tangan
   - Mengenakan masker medis dan sarung tangan medis ketika membawa pasien dengan ambulans
   - Penggunaan masker N95 apabila melakukan transfer dengan pasien yang diperlukan tindakan medis yang menyebabkan aerosol menyebar (nebulisasi, bagging, intubasi, ventilator mekanis)
   - Menggunakan baju cover anti air (jika tidak anti air, gunakan apron didalamnya)
   - Menggunakan google/face shield
   - Jika merujuk pasien dalam pengawasan dan/atau kasus konfirmasi/probable COVID19 maka petugas menerapkan kewaspadaan kontak, droplet dan airborne
   - APD harus diganti setiap menangani pasien yang berbeda dan dibuang di RS tujuan.

3. **Bagi pengemudi ambulans** :
   - Pengemudi ambulans dalam kabin terpisah (minimal jarak 1 meter). Tidak perlu APD jika jarak bisa dipertahankan

- Jika pengemudi membantu memindahkan pasien ke ambulans, maka harus menggunakan APD lengkap
- Jika pengemudi ambulans bukan dalam kabin terpisah, tapi tidak ikut memindahkan pasien (tidak ada kontak) maka cukup menggunakan masker bedah.

4. **Transfer pasien suspek dan konfirmasi gejala ringan dan sedang** ke rumah sakit, APD Minimal pada saat melakukan :
   - Masker bedah
   - Baju dinas/scrub
   - Google/ face shield
   - Handscoen

**Catatan Tambahan :**
1) Pakaikan masker bedah pada pasien jika dapat di tolerir
2) Hindari prosedur yang menimbulkan aerosol seperti ; nebulizer, suction, BVM dan intubasi
3) Setelah petugas selesai melakukan evakuasi, petugas harus membersihkan diri dan mengganti baju dinas/scurb untuk di sterilisasi
4) Disinfeksi ambulans setelah evakuasi.

5. **Transfer pasien suspek dan Konfirmasi dengan terintubasi ke rumah sakit**, APD Minimal pada saat melakukan dan menggunakan aerosol selama proses evakuasi
   - Masker N95
   - Google +/- Face shield
   - Coverall suit
   - Sepatu boots/cover shoe
   - Handscoen

**Catatan tambahan :**
1) Setelah petugas selesai melakukan evakuasi, petugas harus membersihkan diri dan mengganti baju dinas untuk di sterilisasi dan membuang semua APD sekali pakai ke sampah infeksius
2) Disinfeksi ambulans ditambah dengan dry mist + H202 setelah evakuasi

## C. AMBULANS

1. Syarat tambahan untuk ambulans darat bagi penyakit berpotensi wabah/ kegawatdaruratan Kesehatan Masyarakat/*Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC)
   a. Kabin Ambulans :
      - Kabin pasien kedap udara dengan satu pintu masuk dan keluar
      - Pintu dapat dibuka ke atas atau ke samping
      - Jendela yang kedap udara dan dilapisi film yang berwarna gelap.
      - Interior dan asesoris mudah dibersihkan/didisinfeksi

   b. Sistem sirkulasi udara
      Sistem sirkulasi udara dan ventilasi khusus (*heating ventilation and air conditioning* - HVAC) dan dilengkapi dengan peralatan filtrasi udara untuk material berbahaya (*hazardous material air filtration*) berupa *High-efficiency Particulate Air* (HEPA) filter 3 layer plus germicidal Ultra Violet yang dapat menciptakan tekanan negative maupun positif yang terinstalasi dengan mempertimbangkan fungsi dan estetika ruang kabin

   c. Intercom
      Ada fasilitas komunikasi intercom antara kabin depan dan belakang

2. Disinfeksi ambulans :
   - Ambulans harus dibersihkan dan didisinfeksikan dengan bahan hipoklorin yang berlabel “EPA-APPROVED” pada seluruh permukaan yang kontak

dengan pasien. Cara pembuatan dengan melarutkan 100 cc hipoklorin ke dalam 900cc air.

- Jika ambulans melakukan transfer dengan pasien yang diperlukan tindakan medis yang menyebabkan aerosol menyebar (nebulisasi, bagging, intubasi, ventilator mekanis), maka dilakukan disinfeksi dengan Dry Mist dengan bahan H202.
- Untuk linen seperti sprei, selimut yang tidak sekali pakai, dilakukan pencucian dengan detergen ditambah air dengan suhu 600 C – 900 C dan di jemur kering.
- Petugas yang membersihkan menggunakan APD (masker bedah, baju cover, sarung tangan, google dan sepatu boot).

## D. TRANSFER PASIEN

Langkah langkah yang harus dilakukan selama proses transfer untuk pencegahan dan pengendalian infeksi dalam ambulans:

Informasikan ke RS yang dituju status pasien covid-19

Di dalam ambulans =

- Cuci tangan apabila handscoen dilepaskan
- Gunakan alat madis sekali pakai, dan buang ke dalam sampah limbah medis setelah digunakan
- Jika memungkinkan, gunakan linen sekali pakai

Pada saat ambulans sampai di rumah/fasilitas kesehatan =

- Lakukan hand hygiene
- Sudah menggunakan masker bedah, handscoen/sarung tangan, baju pelindung/apron dan google
- Jika ada tindakan yang menyebabkan penyebaran aerosol (nebulisasi, bagging, penggunaan ventilator) gunakan masker N95/FFP2 2.
- Sebelum pasien keluar ambulans, pastikan seluruh persiapan sudah selesai untuk menerima pasien COVID-19
- Serah terima pasien ke staff rumah sakit
- Setelah selesai transfer pasien, lepaskan pakaian pelindung di RS tujuan dan buang di tempat sampah limbah medis

Sebelum ambulans digunakan kembali

- Bersihkan dan disinfeksi seluruh ambulans
- Buang seluruh landry/linen sekali pakai, ganti dengan linen baru
- Bersihkan alat-alat medis yang reusable sesuai dengan instruksi pabrik, keluarkan dan bersihkan seluruh limbah medis yang berada di tempat sampah

## 20. SARANA INFORMASI YANG DISUSUN OLEH BPOM MENGENAI HERBAL INDONESIA YANG DAPAT DIGUNAKAN UNTUK PENANGGULANGAN MENGHADAPI COVID-19

1. PEDOMAN PENGGUNAAN HERBAL DAN SUPLEMEN KESEHATAN DALAM MENGHADAPI COVID-19 DI INDONESIA
   Link: https://bit.ly/BUKUPEDOMANHERBALDANSK2020

2. BUKU SAKU OBAT TRADISIONAL UNTUK DAYA TAHAN TUBUH
   Link: https://bit.ly/BUKUSAKU_OT

3. BUKU SAKU SUPLEMEN KESEHATAN UNTUK MEMELIHARA DAYA TAHAN TUBUH DALAM MENGHADAPI COVID-19 "PROBIOTIK"
   Link: https://bit.ly/BUKUSAKU_PROBIOTIK

4. BUKU SAKU SUPLEMEN KESEHATAN UNTUK MEMELIHARA DAYA TAHAN TUBUH DALAM MENGHADAPI COVID-19 "VITAMIN C"
   Link: https://bit.ly/BUKUSAKU_VITC

5. BUKU SAKU SUPLEMEN KESEHATAN UNTUK MEMELIHARA DAYA TAHAN TUBUH DALAM MENGHADAPI COVID-19 "VITAMIN D"
   Link: https://bit.ly/BUKUSAKU_VITD

6. BUKU SAKU SUPLEMEN KESEHATAN UNTUK MEMELIHARA DAYA TAHAN TUBUH DALAM MENGHADAPI COVID-19 "VITAMIN E"
   Link: https://bit.ly/BUKUSAKU_VITE

7. BUKU SAKU SUPLEMEN KESEHATAN UNTUK MEMELIHARA DAYA TAHAN TUBUH DALAM MENGHADAPI COVID-19 "ZINK"
   Link: https://bit.ly/BUKUSAKU_ZINK

8. BUKU SAKU SUPLEMEN KESEHATAN UNTUK MEMELIHARA DAYA TAHAN TUBUH DALAM MENGHADAPI COVID-19 "SELENIUM"
   Link: https://bit.ly/BUKUSAKU_SELENIUM

**21. LAPORAN BULANAN PERSEDIAAN DAN KEBUTUHAN LOGISTIK COVID-19**

**KODE :** **BULAN/TAHUN:**
**INSTANSI :**
**NAMA PENANGGUNG JAWAB/HP:**

| NO | NAMA LOGISTIK | SATUAN | PERSEDIAAN | KEBUTUHAN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Masker bedah | buah/*pieces* | | |
| 2 | Masker N-95 | buah/*pieces* | | |
| 3 | Gaun/Gown | buah/*pieces* | | |
| 4 | Sarung Tangan | pasang/*pairs* | | |
| 5 | Pelindung wajah/*faces hield* | buah/*pieces* | | |
| 6 | Celemek/Apron | buah/*pieces* | | |
| 7 | Pelindung mata/*google* | buah/*pieces* | | |
| 8 | Pelindung kepala | buah/*pieces* | | |
| 9 | Sepatu pelindung | pasang/pairs | | |
| 10 | Alkohol 70% | liter | | |
| 11 | Handsoap | liter | | |
| 12 | Handsanitizer | liter | | |
| 13 | Desinfektan | liter | | |

(tanggal, bulan, tahun)
Kepala Instansi,

(Nama Lengkap)

Keterangan:
* jumlah kasus dalam satuan orang
** Satuan untuk logistik:
a. Masker, gaun, pelindung wajah, pelindung mata, pelindung kepala, apron dalam satuan buah/pieces.
b. Sarung tangan dan sepatu dalam satuan pasangan/pairs
c. Antiseptik/desinfektan dalam satuan liter (L)