



# **ADAPTASI KEBIASAAN BARU DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

**TIM NEW NORMAL (ADAPTASI KEBIASAAN BARU)  
PENGURUS BESAR IKATAN DOKTER INDONESIA  
2020**





# **ADAPTASI KEBIASAAN BARU DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

**Editor**

**DR.Dr. Mohammad Rudiansyah, M.Kes,Sp.PD, K-GH,FINASIM**

**TIM NEW NORMAL (ADAPTASI KEBIASAAN BARU)  
PENGURUS BESAR IKATAN DOKTER INDONESIA**

**2020**

**Editor**

**DR.Dr. Mohammad Rudiansyah, M.Kes, Sp.PD, K-GH, FINASIM**

**Tim Penyusun**

**DR.Dr. Mohammad Rudiansyah, M.Kes, Sp.PD, K-GH, FINASIM**

**Dr. Slamet Budiarto, SH, MH.Kes**

**Dr. Fazilet Soeprpto, MPH**

**Dr. Fery Rahman, MKM**

**Dr. Pramafitri Adi Patria, Sp.An**

**Linda Nurmalasari, SKM**

**ADAPTASI KEBIASAAN BARU  
DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

**Cetakan Pertama, Jakarta 2020**

**Editor**

**DR.Dr. Mohammad Rudiansyah, M.Kes, Sp.PD, K-GH,  
FINASIM**

**Tim Penyusun**

**DR.Dr. Mohammad Rudiansyah, M.Kes, Sp.PD, K-GH,  
FINASIM**

**Dr. Slamet Budiarto, SH, MH.Kes**

**Dr. Fazilet Soeprpto, MPH**

**Dr. Fery Rahman, MKM**

**Dr. Pramafitri Adi Patria, Sp.An**

**Linda Nurmalasari, SKM**

Ukuran A5, Font Arial Size 11

Halaman romawi i – iv

Halaman isi 1 - 90

**Penerbit:**

**Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia**

Jl. Dr. Sam Ratulangi No. 29, Gondangdia, Menteng,  
Jakarta Pusat, 10350

Telepon : 021- 3150679

Email : pbidi@idionline.org

Website : www.idionline.org

**ISBN : 978-623-92395-4-1**

## **KATA SAMBUTAN**

Pertama-tama, puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas terbitnya buku Adaptasi Kebiasaan Baru di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Kasus COVID-19 terus meningkat diberbagai belahan dunia, termasuk Indonesia. Kasus positif pada tenaga medis terus meningkat, bahkan kematian tenaga medis akibat COVID-19 sudah sangat memprihatinkan, semoga Indonesia tidak mengalami Darurat Tenaga Medis.

Harapan kami semoga buku ini dapat membantu Dokter dan tenaga kesehatan lainnya dan fasilitas pelayanan kesehatan dapat menerapkan protokol kesehatan dengan baik dan disiplin, sehingga semoga tidak ada lagi kasus positif dan kematian Tenaga Medis karena Covid 19

Akhir kata semoga buku ini dapat bermanfaat dalam peningkatan pelayanan kesehatan pada masa Adaptasi Kebiasaan Baru di Indonesia.

**Jakarta, 28 Desember 2020**  
**Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia**  
**Ketua Umum**

**Dr. Daeng M Faqih, SH, MH**  
**NPA IDI 44016**

## DAFTAR ISI

<b>TIM PENYUSUN</b>	<b>ii</b>
<b>KATA SAMBUTAN</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>v</b>
<b>BAB I    PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
<b>BAB II    PELAYANAN KESEHATAN DI MASA           ADAPTASI KEBIASAAN BARU</b>	<b>9</b>
<b>BAB III   PENGATURAN ALUR LAYANAN PADA           MASA ADAPTASI KEBIASAAN BARU</b>	<b>37</b>
<b>BAB IV    PENGEMBANGAN SISTEM INOVASI           PELAYANAN KESEHATAN DAN           PENGUATAN RUJUKAN DI MASA           ADAPTASI KEBIASAAN BARU</b>	<b>72</b>
<b>BAB V    PENGUATAN RUJUKAN DI MASA           ADAPTASI KEBIASAAN BARU</b>	<b>79</b>
<b>BAB VI    PENUTUP</b>	<b>89</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>90</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

Kasus COVID-19 terus meningkat setelah sembilan bulan menjangkit berbagai belahan dunia, termasuk Indonesia. Masih banyak masyarakat yang tidak percaya bahwa COVID-19 itu nyata, malah dianggap rekayasa dan konspirasi. Hal ini yang harus disadari dan diubah sehingga beban dokter nantinya tidak terlalu berat. Sejak pandemi COVID-19 muncul, hampir semua orang mengalami kendala untuk menjalani kehidupan normal akibat pembatasan yang perlu dilakukan untuk mencegah penularan virus Corona.

Data terakhir 24 November 2020, virus ini telah menyebabkan lebih dari 1,4 juta kematian di seluruh dunia, dengan total kasus mencapai 59,3 juta. Di Indonesia sendiri, jumlah kasus yang tercatat sampai dengan saat ini sudah lebih dari 506 ribu kasus, dengan jumlah kematian mencapai 16 ribu jiwa. Tidak dapat dipungkiri situasi ini sangat berdampak pada pola kehidupan di masyarakat khusus sektor perekonomian sehubungan pembatasan sosial yang terjadi. Pemerintah Indonesia harus mulai memikirkan untuk membuka kembali pembatasan sosial

secara bertahap untuk bisa menyelamatkan ekonomi. Inisiatif ini lebih dikenal dengan “*new normal*”, pada situasi ini kegiatan masyarakat bisa berjalan seperti biasa namun tetap mengikuti protokol kesehatan untuk menghindari penularan dan penyebaran virus serta memutus mata rantai penularan.

Presiden RI Joko Widodo dalam pidato resminya di Istana Merdeka (15 Mei 2020) menyatakan bahwa: “Kehidupan kita sudah pasti berubah untuk mengatasi risiko wabah ini. Itu keniscayaan. Itulah yang oleh banyak orang disebut sebagai *New Normal* atau tatanan kehidupan baru”. Adapun yang dimaksud dengan *New Normal* adalah suatu tindakan atau perilaku yang dilakukan oleh masyarakat dan semua institusi yang ada di wilayah tersebut untuk melakukan pola harian atau pola kerja atau pola hidup baru yang berbeda dengan sebelumnya. Bila hal ini tidak dilakukan, akan terjadi risiko penularan. Pada masa pandemi masyarakat Indonesia diharuskan hidup dengan tatanan hidup baru, yang dapat ‘berdamai’ dengan COVID-19.

*New normal* adalah perubahan perilaku atau kebiasaan baru untuk tetap menjalankan aktivitas seperti biasa namun dengan selalu menerapkan protokol kesehatan di tengah



pandemik COVID-19. Himbuan dari pemerintah ini menganjurkan agar kita bisa hidup “berdampingan” dengan virus yang telah menelan jutaan jiwa di seluruh dunia. Aktivitas masyarakat mulai terlihat ramai di mana-mana dalam menyambut kebijakan yang digulirkan pemerintah, yaitu *new normal* atau kenormalan baru yang artinya kehidupan sebelumnya bukan tidak normal tapi normal yang berbeda dengan sebelumnya. Tujuan dari *New Normal* adalah agar masyarakat tetap produktif dan aman dari Covid-19 di masa pandemi. Selanjutnya agar *New Normal* lebih mudah dipahami oleh masyarakat maka “*New Normal*” diartikan sebagai “Adaptasi Kebiasaan Baru”. Maksud dari Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB) adalah agar kita bisa bekerja, belajar dan beraktivitas dengan produktif di era Pandemi Covid-19.

Adaptasi kebiasaan baru (AKB) yaitu perubahan cara perilaku, gaya hidup dan kebiasaan kita. Keadaan dimana ketika PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar) mulai dilonggarkan, protokol kesehatan tetap dilakukan sehingga kita tetap bisa produktif dengan tetap mencegah terjangkit virus corona.

Konsep AKB dapat dilakukan ketika kurva infeksi sudah melandai dan menandakan jumlah kasus COVID-19 baru sudah berkurang setiap harinya. *New Normal* atau adaptasi kebiasaan baru jangan disalahartikan bahwa kembali ke kehidupan normal, sehingga menyebabkan risiko tertular COVID-19 lebih tinggi. Masyarakat harus lebih waspada karena dengan dibukanya kembali fasilitas umum ataupun kegiatan lainnya, dapat meningkatkan penyebaran.

Kita dituntut untuk mampu mengadaptasi/ menyesuaikan kebiasaan baru dimanapun kita berada, seperti di rumah, di kantor, di sekolah, di tempat ibadah, dan juga di tempat-tempat umum, seperti terminal, pasar dan mal. Diharapkan dengan seringnya menerapkan kebiasaan baru dimanapun, semakin mudah dan cepat menjadi norma individu dan norma masyarakat.

Terdapat beberapa kegiatan yang menuju adaptasi kebiasaan baru seperti dicanangkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu:

- a. wajib memakai masker dan tetap menjaga jarak lebih dari 1 meter,
- b. sering mencuci tangan menggunakan sabun dengan air bersih yang mengalir,

- c. menyediakan *hand sanitizer*, bila tidak ada air dan sabun,
- d. makan makanan bergizi seimbang untuk meningkatkan daya tahan tubuh,
- e. rajin berolah raga dan istirahat yang cukup,
- f. hanya mengucapkan salam saja (*say hello aja*) dan tidak bersalaman dulu,
- g. menggunakan uang elektronik agar tidak bersentuhan dengan uang kertas/logam yang bias menularkan,
- h. setibanya di rumah langsung mandi untuk mencegah penularan anggota keluarga di rumah.



Gambar 1. Menuju Adaptasi Kebiasaan Baru

Ada yang mengikuti protokol kesehatan seperti memakai masker, tapi ada juga yang masih acuh. Situasi tersebut justru membuat para tenaga kesehatan yang bertugas di rumah sakit menjadi gelisah. Pengalaman dokter yang menangani pasien COVID-19 menunjukkan bahwa keramaian masyarakat pada akhirnya berkontribusi pada lonjakan angka kenaikan kasus COVID-19.

Beberapa penelitian menunjukkan adanya tiga faktor penularan pada COVID-19 yang berbeda dengan 2 virus sebelumnya (SARS dan MERSCov) yaitu:

1. *Viral load* yaitu jumlah virus yang terdeteksi di dalam tubuh melalui berbagai tahap infeksi.
2. *Viral RNA shedding* yaitu lamanya waktu seseorang melepaskan materi genetik virus.
3. *Life viral isolation* yaitu tempat virus hidup diisolasi dan diuji untuk melihat apakah virus berhasil berkembang biak di laboratorium.

Ketiga hal tersebut sangat berperan dalam penyebaran yaitu puncaknya sampai 5 hari dan berbeda dengan yang 2 lainnya yaitu 10-14 hari dan 7-10 hari.

Saat ini angka kasus aktif mencapai 12,78% atau turun 0,05% dari minggu sebelumnya. Meski angka ini cenderung mendatar, tapi laju penurunan kasus aktif terhenti atau penularan tidak terkendali dibandingkan bulan-bulan sebelumnya. Sampai saat ini kurva sama sekali belum landai di Indonesia, bahkan masih terus menanjak dan artinya belum mencapai puncaknya (24 November 2020). Hal ini menunjukkan penerapan disiplin protokol kesehatan cenderung mengendor, Adaptasi Kebiasaan Baru jangan diartikan pengabaian protokol kesehatan yaitu 3M (memakai masker, menjaga jarak dan mencuci tangan).

Hal ini mendorong kita untuk lebih gencar dalam menerapkan langkah pencegahan dasar COVID-19, seperti mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau dengan *hand sanitizer*, tidak menyentuh wajah dengan tangan yang belum dicuci, menerapkan *physical distancing*, serta mengenakan masker dalam setiap aktivitas, terutama di tempat umum. Kondisi ini sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/382/2020 tentang Protokol Kesehatan bagi Masyarakat di Tempat dan Fasilitas Umum dalam rangka Pencegahan dan Pengendalian *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19). Sektor-sektor krusial seperti pendidikan, ekonomi maupun

sektor lainnya sudah dipersiapkan sedemikian rupa agar bisa kembali bergerak tapi dengan modifikasi tertentu agar penyebaran penyakit ini bisa tetap berkurang.

Selain itu vaksin masih dalam tahap uji klinik fase 3, bila hasilnya efektif maka akan menjadi harapan terbesar bagi masyarakat dunia maupun Indonesia. Saat ini di Indonesia sedang diujikan juga yang rencananya diperluas sampai ke Banjarmasin. Perlu peran serta seluruh masyarakat dalam hal sosialisasi vaksin ini khususnya bagi tenaga kesehatan. Mari kita sama-sama dalam AKB ini tetap menerapkan protokol kesehatan agar terhindar dari COVID-19.

## **BAB II**

### **PELAYANAN KESEHATAN DI ADAPTASI KEBIASAAN BARU**

#### **A. Pendahuluan**

Pelayanan kesehatan di masa Adaptasi Kebiasaan Baru akan sangat berbeda dengan keadaan sebelum COVID-19. Pihak pelayanan kesehatan perlu menyiapkan prosedur keamanan yang lebih ketat dimana sterilisasi harus lebih masif dilakukan di setiap sudut rumah sakit. Prosedur penerimaan pasien juga akan mengalami perubahan termasuk penggunaan masker secara universal, prosedur penyaringan yang lebih ketat (*rapid test* atau *polymerase chain reaction/PCR*), pengaturan jadwal kunjungan dan pembatasan pengunjung/pendamping pasien bahkan pemisahan fasilitas untuk pasien COVID-19 dan non COVID-19.

*World Health Organization* (WHO) menentukan beberapa kriteria yang harus dipenuhi oleh suatu negara atau wilayah sebelum menerapkan adaptasi kebiasaan baru, antara lain:

- a. Epidemik terkontrol yang dibuktikan dengan tingkat penularan *corona effective reproduction number* (RT) atau reproduksi efektif di suatu wilayah harus kurang dari 1 ( $RT < 1$ ) selama sekurang-kurangnya 14 hari.
- b. Sistem kesehatan sudah siap dengan kemungkinan terjadinya gelombang ke dua dari epidemik bila PSBB dilonggarkan.
- c. Adapun indikator kuncinya adalah jumlah kasus baru yang memerlukan rawat inap lebih kecil dari perkiraan kapasitas maksimum Rumah Sakit dan tempat tidur ICU (*intensive care unit*) dari sistem kesehatan yang ada. Hal ini berarti sistem kesehatan dapat mengatasi rawat inap baru tanpa menjadi kewalahan sambil mempertahankan pemberian layanan kesehatan esensial).
- d. Sistem surveilans kesehatan masyarakat mampu mengidentifikasi dan melakukan pelacakan seluruh kasus. Pelayanan kesehatan sebagai sektor yang paling terdampak oleh situasi pandemik ini juga



harus bersiap untuk menghadapi Adaptasi Kebiasaan Baru. Rumah sakit harus mulai memikirkan langkah yang akan diambil untuk tetap merawat pasien COVID-19 namun di saat bersamaan juga memberikan pelayanan kepada pasien umum dengan risiko penularan seminimal mungkin, sehingga disebut sebagai *balancing act*.

Dari sisi pelayanan, rumah sakit akan lebih selektif dalam menerima pasien dimana prioritas akan diberikan kepada kasus-kasus gawat darurat atau *life-threatening situation* berdasarkan tingkat keparahan penyakit. Rapid test bahkan PCR bisa menjadi persyaratan sebelum pasien menerima berhak menerima perawatan (*pre-op requirements*). Penggunaan telemedicine atau *virtual care* akan semakin sering dilakukan oleh rumah sakit untuk meminimalisir tatap muka antara pasien dan tenaga kesehatan.

Dari segi rumah sakit yang paling dipentingkan adalah persiapan untuk menghadapi kemungkinan gelombang kedua (*second wave*), mengingat risiko penularan di masyarakat masih mungkin untuk terjadi. Rumah sakit

perlu menyiapkan protokol emergensi yang jelas untuk menghadapi gelombang kedua termasuk alokasi ruang perawatan untuk pasien COVID-19, tambahan tenaga kesehatan bila diperlukan, kecukupan *personal protective equipment* (PPE), serta penutupan kembali beberapa layanan jika situasinya memburuk.

Perubahan dalam pelayanan ini merupakan kesempatan yang baik untuk mempromosikan *value-based care* yakni pelayanan yang berorientasi pada *outcome* sehingga menghindari perawatan/tindakan yang tidak perlu atau tidak berkontribusi pada *outcome*. Salah satu perawatan yang akan mendapatkan perhatian adalah *chronic disease management* yaitu penderita penyakit kronis yang memiliki risiko kematian yang lebih besar apabila terpapar COVID-19. Penggunaan *telemedicine* dan *remote monitoring* untuk pasien dengan penyakit kronis dapat menurunkan kunjungan yang tidak perlu ke fasilitas kesehatan dan mengurangi risiko keterpaparan terhadap virus.

*Value-based care* juga merupakan bagian dari *patient/people centered care*, yaitu konsep pelayanan yang berusaha memberikan perawatan dengan

menghormati dan responsif terhadap berbagai preferensi, kebutuhan dan nilai-nilai individu pasien serta memastikan bahwa nilai-nilai tersebut digunakan dalam memandu semua keputusan klinis. Dalam Adaptasi Kebiasaan Baru preferensi, kebutuhan dan nilai-nilai tersebut berubah, sehingga RS harus lebih responsif untuk tetap dapat menjaga mutu dan keselamatan pasien, tidak saja bagi pasien dengan COVID-19 tapi juga pasien lainnya.

Rumah sakit juga perlu melakukan desain ulang pelayanan dengan memperhatikan:

- a. Perencanaan dan manajemen rumah sakit dengan segala perubahan untuk menghadapi new normal termasuk investasi pada teknologi serta pelatihan tenaga kesehatan terkait telemedicine;
- b. Promosi kesehatan dan edukasi kepada pasien dan pengunjung yang lebih massif untuk memastikan protokol keselamatan dapat dipahami dan ditaati oleh semua pihak;
- c. Upaya menjamin keselamatan dari tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya sebagai garda terdepan dalam upaya penanggulangan

- COVID-19 ini termasuk kecukupan PPE, insentif yang sesuai, dan lain sebagainya;
- d. Melakukan upaya peningkatan mutu layanan yang terintegrasi untuk memastikan mutu layanan tetap terjaga dengan adanya pembatasan-pembatasan.
  - e. Menggunakan tools untuk melakukan redesign pelayanan, seperti FMEA (*failure modes and effects analysis* maupun dengan *house of quality/Quality function deployment*)

## **B. Rekomendasi Keselamatan Pasien Untuk Wabah Epidemi COVID-19 (Pelajaran dari Pengalaman Italia)**

Italia adalah negara Eropa pertama yang mendapatkan dampak besar dari COVID-19 sehingga pada akhirnya negara tersebut menetapkan lockdown. Dua turis China yang terkonfirmasi positif pada tanggal 31 Januari 2020 menjadi kasus awal di Italia. Sampai dengan 23 Juni 2020, total kasus di Italia mencapai 238,433 dengan 34.675 kematian.

*The Italian Network for Safety in Healthcare (INSH)* telah menunjukkan pelajaran yang penting

untuk dipelajari dalam pandemik di Italia dan bersama dengan *Internasional Society for Quality in Health Care (ISQua)* menerbitkan '*Patient Safety Recommendations For COVID-19 Epidemic Outbreak*'. Rekomendasi ini berisi pesan-pesan praktis bagi petugas garda depan, pedoman cukup mudah untuk dilaksanakan dan tidak rumit. Pedoman ini juga masih terus dikembangkan dan akan selalu diperbarui oleh para profesional.

Pelayanan kesehatan bukan lagi *patient-centered* (berpusat pada pasien) namun kini sudah bergerak menjadi *people-centered* dimana pelayanan melindungi pasien dan juga harus melindungi penyedia layanan kesehatan. Dari kondisi ini diperlukan rekomendasi umum untuk penanganan COVID-19, yaitu:

**1. Membangun tim (termasuk komunikasi dan budaya tim)**

- *Emergency task-force* harus mengaktifkan rantai komando yang jelas, peran dan tanggung jawab yang jelas, wadah komunikasi yang diandalkan dan pendekatan proaktif.
- Unit manajemen risiko klinis atau mungkin di Indonesia bisa diterapkan oleh tim PMKP RS,

berperan untuk menyediakan pedoman atau dokumen praktik klinis yang mendukung pencegahan dan penanganan COVID-19, serta mendukung tenaga kesehatan untuk melaporkan *adverse event* untuk menciptakan budaya keselamatan dengan menyediakan tools pelaporan yang mudah.

## **2. Pembagian Tugas dan Keterampilan yang dibutuhkan**

- Buat pelatihan singkat untuk tenaga medis tentang penggunaan APD, kembangkan video tutorialnya
- Mengadakan kursus penyegaran tentang kebersihan tangan, pencegahan VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*) dan CLABSI (*Central Line Associated Bacterial Infection*), pengenalan sepsis dini dan manajemen untuk semua petugas kesehatan, khususnya untuk staf yang tidak berada di garis depan kasus kegawatdaruratan yang dapat disebut sebagai “pengganti”.
- Perlunya dukungan dokter ahli / perawat ahli kepada dokter/perawat muda, serta dukungan antar dokter spesialis

- Terapkan instruksi desinfeksi lingkungan yang benar

### **3. Perlengkapan yang dibutuhkan untuk melindungi staf**

- Tindakan pencegahan kontak dan droplet digunakan dalam pelayanan pasien rutin pasien ataupun pasien dengan dugaan/ terkonfirmasi COVID-19
- Tindakan pencegahan kontak dan airborne dilakukan ketika melakukan prosedur penghasil aerosol (AGPS), termasuk intubasi dan bronkoskopi
- Mencegah kekurangan APD dengan cara penggunaan yang jangka panjang, penggunaan kembali *face-shield* dan *masker disposable* (secara terbatas), mengidentifikasi urutan prioritas pengguna, menyediakan *re-usable suit/coveralls*, dan simpan perangkat tersebut di tempat yang terkunci atau area yang aman serta pendistribusian kepada staf secara tepat.

### **4. Perlengkapan yang dibutuhkan untuk pasien**

- Berikan masker bedah bagi pasien yang diperiksa, terlepas dari gejala, pada kontak

pertama mereka di fasilitas pelayanan kesehatan

- Di area pelayanan khusus untuk pasien COVID-19, pastikan bahwa terdapat analisa haemogas, pulse oximeters, oksigen, *ventilator therapy equipment* dan suction yang semuanya berfungsi dengan baik
- Terapkan dengan ketat, tanpa kecuali, indikasi untuk desinfeksi lingkungan dan peralatan (sodium hypochlorite atau 0,5% atau 70% larutan etil alkohol)
- Cegah defisiensi germisida dengan menggunakan sediaan galenic.
- Pertimbangkan pengadaan rumah sakit khusus
- Bila masih dijalankan klinik rawat jalan: hindari berkumpul di ruang tunggu (rekomendasikan orang menunggu di luar, beri jarak setidaknya 1 m antar kursi), menginformasikan pasien bergejala dengan demam dan / atau batuk dan / atau dispnea untuk tidak pergi ke klinik, edukasi standar kebersihan dan kesehatan di ruang tunggu.



## **5. Pasien**

- Mengurangi rawat inap di rumah sakit, kunjungan rutin ke klinik rawat jalan, prosedur bedah rutin dan mengatur kunjungan di rumah sakit.
- Lakukan prosedur yang tepat bagi pasien dengan gejala, suspek dan terkonfirmasi, prosedur isolasi, screening interview pasien sebelum ke ruang periksa atau bagi yang memerlukan tindakan seperti pembedahan atau persalinan
- Orang yang kontak dengan pasien COVID-19 harus diambil alih oleh Dinas Kesehatan setempat untuk tujuan epidemiologis dan surveilans aktif dan akan dievaluasi secara klinis di fasyankes yang ditunjuk jika orang tersebut menunjukkan gejala.
- Gunakan definisi kasus luas dan strategi testing intensif. Pelacakan kontak secara agresif dan testing yang intensif bersamaan dengan isolasi dirumah adalah strategi kemenangan bagi beberapa daerah di Italia dan di negara Asia.

Selain itu, juga terdapat rekomendasi untuk melakukan reorganisasi staf di pelayanan emergensi untuk COVID-19 seperti pengaturan jumlah staf yang dibutuhkan di ruang pelayanan intensif, subintensif dan ruangan biasa (d disesuaikan dengan jumlah tempat tidur di masing-masing tempat) dan kriteria staf yang dibutuhkan di ruang pelayanan intensif.

Dalam pembahasan proses pelayanan yang dituangkan dalam bab rekomendasi *clinical pathway*, rekomendasi yang diberikan cukup holistik karena tidak hanya untuk diagnosis dan penanganan COVID-19, tapi juga bagaimana rekomendasi pelayanan bagi wanita hamil, anak, pasien kanker, pelayanan hemodialisis, rekomendasi bagi dokter umum, prosedur penanganan jenazah suspek atau terkonfirmasi COVID-19 sampai dengan rekomendasi kesehatan psikologis para staf serta *mental wellbeing* pasien.

Dampak dari pelayanan COVID-19 penting untuk diukur. Pengukuran *outcome* dilakukan untuk mendukung pemantauan respon penyedia layanan kesehatan (RS) COVID-19 yang efektif termasuk kapasitas yang memadai untuk merawat pasien dengan

kondisi kegawatan lainnya seperti serangan jantung, stroke, dan trauma untuk memastikan kesehatan publik dilindungi semaksimal mungkin. Berikut contoh indikator yang dapat diukur:

1. Tingkat rawat inap untuk COVID-19 (ukuran hasil tidak langsung dari wilayah tersebut)
2. Tingkat mortalitas pasien rawat inap di rumah sakit untuk COVID-19
3. Rerata *Length of Stay* pasien COVID-19
4. Persentase pasien COVID-19 yang dirawat di ICU
5. Angka kematian di rumah sakit dari pasien non-COVID-19 dirawat karena AMI (*Acute Myocardial Infarction*)
6. Angka kematian di rumah sakit dari pasien non-COVID-19 dirawat karena Stroke
7. Angka kematian di rumah sakit dari pasien non-COVID-19 dirawat karena PPOK
8. Persentase pasien rawat inap non-COVID-19 yang terinfeksi COVID-19 selama rawat inap
9. Tingkat infeksi COVID-19 di antara staf
10. *Survival rates*

Bila memungkinkan, indikator 1-7 harus dikelompokkan berdasarkan kelompok umur. Pengukuran ini harus

digunakan dan diinterpretasikan dengan sangat hati-hati jika digunakan untuk membandingkan kualitas pelayanan antar provider.

Selain pengukuran *outcome*, berikut contoh indikator untuk pengukuran “proses”:

1. *Length of stay*
2. Persentase pasien dengan penyakit komorbid
3. Profil pasien : usia, jenis kelamin, etnis, penyakit komorbid
4. Persentase staf dengan dan tanpa APD yang tepat
5. Persentase jumlah staf yang terlatih
6. Jumlah tes yang dilakukan untuk staf RS

Pengukuran lainnya yang dapat dilakukan contohnya:

1. Tingkat infeksi staf
2. Tingkat kematian staf
3. Kesejahteraan staf
4. *Mental illness*

### **C. Penerapan Adaptasi Kebiasaan Baru Pada Klinik**

Kondisi Adaptasi Kebiasaan Baru tidak hanya dirasakan dampaknya dari segi pelayanan rumah sakit.

Untuk pelayanan di klinik juga membuat dampak yang tidak sedikit. Berdasarkan permenkes no 28 tahun 2011, klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialistik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis.

Sebagai pelayanan kesehatan klinik juga menyediakan fasilitas rawat jalan, *one day care*, rawat inap dan/atau *home care* yang membuat interaksi petugas kesehatan dan pasien menjadi sering. Pada masa Adaptasi Kebiasaan Baru, lebih banyak masyarakat yang menghindarkan diri untuk perawatan di rumah sakit yang menjadi pusat rujukan COVID-19 di daerah, sehingga masyarakat lebih mengalihkan pelayanan kesehatan ke klinik atau puskesmas. Loncatan kunjungan pada kondisi klinik juga terjadi walaupun belum tentu berpengaruh pada kondisi rawat inap pada klinik tersebut.

Interaksi yang banyak antara petugas kesehatan dan pasien membuat perlindungan diri harus lebih

ditingkatkan. Pada waktu Adaptasi Kebiasaan Baru ini, peran klinik dalam menghadapi COVID-19 adalah sebagai bentuk pelayanan preventif, deteksi dan responsif. Klinik harus bisa menegaskan kembali mengenai tindakan pencegahan kontak dan droplet digunakan dalam pelayanan pasien rutin pasien ataupun pasien dengan dugaan/ terkonfirmasi COVID-19 dengan mencuci tangan dan penggunaan APD untuk melindungi staf. Edukasi yang baik pada keluarga pasien yang dicurigai juga harus dilakukan untuk mencegah penularan lebih lanjut.

Selain itu sebagai bentuk upaya deteksi, perlu juga dilakukan pelatihan atau sosialisasi pada staf untuk mengenali kondisi pasien yang dicurigai COVID-19, melatih petugas melaksanakan triase hingga membentuk jalur atau tim khusus yang menangani kasus suspek hingga pasien dirujuk ke rumah sakit rujukan COVID-19. Sebagai bentuk responsif dari klinik terhadap kondisi Adaptasi Kebiasaan Baru, klinik bertugas sebagai perpanjangan puskesmas untuk meneruskan penanganan kasus suspek ke rumah sakit rujukan, sehingga menotifikasi puskesmas setempat

pasien yang dirujuk agar pasien dan keluarga masuk ke pendataan dinkes.

#### **D. Pelayanan Puskesmas Pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru**

Pada awal pandemi terjadi, pemusatan pelayanan COVID-19 dilakukan di rumah sakit, namun semakin meningkatnya kasus yang terjadi maka pemutusan rantai penularan lebih diutamakan. Kondisi ini membuat peran Puskesmas penting dalam mewujudkan kemandirian masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat dalam mengubah perilaku dan lingkungan.

Petunjuk teknis untuk pelayanan selama masa COVID-19 juga dikeluarkan pemerintah untuk pelayanan puskesmas selama masa pandemik untuk menjalankan program berikut:

##### **a. Promosi Kesehatan**

Dengan melakukan kemitraan dengan sector swasta atau tokoh adat untuk mensosialisasikan

pengenalan pasien suspek COVID-19 kepada para kader, membuat media promosi dan melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Puskesmas harus kembali mempromosikan pentingnya cuci tangan dan *physical distancing* kepada masyarakat sebagai bentuk promosi pemutus rantai penularan COVID-19.

b. Kesehatan Lingkungan

Melakukan desinfeksi lingkungan wilayah kerja puskesmas, Inspeksi kesehatan lingkungan dilakukan terhadap media sarana dan bangunan sekitar dengan mendata lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum seperti pasar, terminal, stasiun, tempat ibadah dan lain-lain yang pernah didatangi/dikunjungi/kontak langsung oleh OTG dan ODP. Hingga membangun sarana dan prasana sekitar puskesmas untuk membantu pola hidup sehat, seperti membangun tempat cuci tangan.

c. Kesehatan Keluarga

Pelayanan kunjungan kesehatan keluarga untuk pasien pasien lansia, disabilitas atau neonatal. Untuk pemantauan kesehatan pasien pertama



kali dapat dilakukan di fasyankes namun untuk kunjungan kedua dan ketiga dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media daring dengan melakukan upaya-upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas, pasien dan keluarga.

d. Gizi

Pemberian edukasi gizi pada pasien COVID-19 dilakukan melalui media KIE seperti poster/ flyer. KIE kepada kelompok sasaran terkait hal-hal yang diperlukan dalam rangka perbaikan gizi dilakukan melalui kunjungan rumah. Konseling gizi, konseling menyusui, dan konseling Pemberian Makan pada Bayi dan Anak (PMBA) dilakukan melalui tele konsultasi atau melalui kunjungan rumah dengan janji temu (baik untuk ibu maupun melalui kader).

e. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Pada masa adaptasi kebiasaan baru puskesmas juga menjadi lini pertama untuk melakukan *tracing* dan memperkuat proses triase merupakan hal yang sangat perlu diperhatikan pada saat ini. Beberapa hal yang mendasari perlunya

memperkuat triase yaitu adanya kelompok orang tanpa gejala (OTG) pada kasus COVID-19 serta belum memiliki atau belum memadai jumlah ketersediaan *rapid diagnostic test* (RDT) untuk menentukan kondisi reaktif atau non reaktif seseorang. Kemampuan petugas triase dalam melakukan anamneses awal merupakan hal yang perlu dilatih bersama antara tenaga medis dan tenaga kesehatan Puskesmas. Petugas triase pada saat pengunjung datang, melakukan screening suhu tubuh, memastikan semua pengunjung menggunakan masker dan telah mencuci tangan kecuali untuk kondisi gawat darurat. Petugas triase selain menanyakan keluhan atau tujuan pengunjung ke Puskesmas, harus mampu juga menggali dengan baik hal hal terkait kemungkinan kasus COVID-19.

Salah satu bentuk dari upaya pengendalian COVID-19 di puskesmas adalah dengan dilakukannya pengambilan spesimen *Reverse Transcription - Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR) dan pelaksanaan *rapid test* COVID-19. Puskesmas menentukan target sasaran kasus terkait COVID-19

dengan angka prevalensi dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota guna memperkirakan kebutuhan logistik, termasuk APD, BMHP untuk pengambilan spesimen sehingga APD yang disiapkan harus memadai.

Puskesmas juga harus menjadi jembatan masyarakat untuk mensosialisasikan kondisi penyebaran COVID-19, gejala pasien yang diperkirakan mengalami kondisi COVID-19 dan sosialisasi pasien yang telah dinyatakan sembuh dari COVID-19 sehingga stigma penyakit ini tidak menjadi negative di masyarakat.

### **Rekomendasi APD Berdasarkan Tingkat Perlindungan**

<b>Tingkat Perlindungan</b>	<b>Kelompok</b>	<b>Lokasi/Cakupan</b>	<b>Jenis APD</b>
Untuk Masyarakat Umum	Masyarakat Umum	Fasilitas Umum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker kain 3 lapis (katun)</li> </ul>
		Sakit dengan gejala-gejala flu / influenza (batuk, bersin-bersin, hidung berair, demam, nyeri tenggorokan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker Bedah 3ply</li> </ul>
Tingkat Perlindungan I Tenaga Kesehatan dan Pendukung	Petugas penanganan cepat/investigator/relawan yang melakukan interview	Fasilitas Umum (kegiatan harus dilakukan di luar rumah)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker Bedah 3ply</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai (jika harus kontak dengan cairan tubuh pasien)</li> </ul>

	langsung terhadap pasien ODP atau PDP		
	Dokter dan perawat	Tempat Praktik Umum dan kegiatan yang tidak menimbulkan aerosol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai</li> </ul>
		Triase prapemeriksaan, bagian rawat jalan umum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai</li> </ul>
	Staff / administrasi	Masuk ke ruang perawatan, tanpa memberikan bantuan langsung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai</li> </ul>
		Ruang administrasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker kain 3 lapis (katun)</li> </ul>
	Supir ambulans	Ambulans, tidak kontak langsung dengan pasien, kabin tidak terpisah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai (jika harus kontak dengan cairan tubuh pasien)</li> </ul>
		Ambulans, tidak kontak langsung dengan pasien, kabin terpisah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker kain 3 lapis (katun)</li> </ul>
Tingkat Perlindungan II Tenaga Kesehatan dan Pendukung	Dokter dan perawat	Ruang poliklinik, pemeriksaan pasien dengan gejala infeksi pernapasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Gown (pada risiko percikan cairan tubuh)</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai</li> <li>• Pelindung mata / Face shield (pada risiko percikan cairan tubuh)</li> <li>• Headcap</li> </ul>
	Dokter dan perawat	Ruang perawatan pasien COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Gown</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai</li> <li>• Pelindung mata / Face shield</li> <li>• Headcap</li> </ul>
	Dokter dan perawat	Mengantar pasien ODP dan PDP COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Gown</li> </ul>


			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai</li> <li>• Pelindung mata / Face shield</li> <li>• Headcap</li> </ul>
	Supir ambulans	Ambulans, ketika membantu menaikkan dan menurunkan pasien ODP dan PDP COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Gown</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai</li> <li>• Pelindung mata / Face shield</li> <li>• Headcap</li> </ul>
	Dokter, perawat atau petugas laboran	Pengambilan sampel nonpernapasan yang tidak menimbulkan aerosol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Gown</li> <li>• Pelindung mata (pada risiko percikan cairan sampel)</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai</li> <li>• Headcap</li> </ul>
		Analisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai</li> <li>• Jas laboratorium</li> <li>• Pelindung mata (pada risiko percikan cairan sampel)</li> <li>• Headcap</li> </ul>
	Radiografer	Pemeriksaan pencitraan pada pasien ODP dan PDP atau konfirmasi COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Jas radiografer biasa</li> <li>• Sarung tangan karet sekali pakai</li> <li>• Pelindung mata (pada risiko percikan cairan sampel)</li> <li>• Headcap</li> </ul>
	Farmasi	Bagian rawat jalan pasien demam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker bedah 3ply</li> <li>• Sarung tangan</li> <li>• Jas lab farmasi</li> <li>• Pelindung mata (jika harus berhadapan dengan pasien)</li> </ul>

	Cleaning Service	Membersihkan ruangan pasien COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Headcap</li> <li>• Masker bedah</li> <li>• Gown</li> <li>• Pelindung mata (pada risiko percikan cairan kimia atau organik)</li> <li>• Sarung tangan kerja berat</li> <li>• Headcap</li> </ul>
Tingkat Perlindungan III Tenaga Kesehatan dan Pendukung	Dokter dan perawat	Ruang prosedur dan tindakan operasi pada pasien suspek, probable atau konfirmasi COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker N95 atau ekuivalen</li> <li>• Coverall / gown</li> <li>• Boots / sepatu karet dengan pelindung sepatu</li> <li>• Pelindung mata</li> <li>• Face shield</li> <li>• Sarung tangan bedah karet steril sekali pakai</li> <li>• Headcap</li> <li>• Apron</li> </ul>
		Kegiatan yang menimbulkan aerosol (intubasi, ekstubasi, trakeotomi, resusitasi jantung paru, bronkoskopi, pemasangan NGT, endoskopi gastrointestinal) pada pasien ODP dan PDP atau konfirmasi COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker N95 atau ekuivalen</li> <li>• Coverall / gown</li> <li>• Pelindung mata</li> <li>• Face shield</li> <li>• Sarung tangan karet steril sekali pakai</li> <li>• Headcap</li> <li>• Apron</li> </ul>
	Dokter, perawat atau petugas laboran	Pengambilan sampel pernapasan (swab nasofaring dan orofaring)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masker N95 atau ekuivalen</li> <li>• Coverall / gown</li> <li>• Boots / sepatu karet dengan pelindung sepatu</li> <li>• Pelindung mata</li> <li>• Face shield</li> <li>• Sarung tangan karet steril sekali pakai</li> <li>• Headcap</li> <li>• Apron</li> </ul>

Umumnya tidak dapat digunakan kembali

Pelepasan masker dilakukan setelah meninggalkan ruangan pasien.

Lipat masker bagian luar kedalam untuk meminimalkan tersentuhnya bagian luar masker selama penyimpanan.



Gunakan masker kain jika tidak ada masker surgical. Penggunaan masker kain tidak dianjurkan. Namun, hal ini dapat menjadi opsi terakhir dikombinasikan dengan eye protection


Gunakan ventilated headboard (NIOSH) yang dapat dikombinasikan dengan HEPA fan/filter unit

Penyimpanan dilakukan didalam kantong kertas yang dilubangi.

Gambar 2. Penggunaan masker bedah

**Penggunaan Masker yang didekontaminasi**

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau hand-rub sebelum dan setelah menyentuh FFR
2. Inspeksi FFR untuk memastikan keutuhan dan tidak ada bagian yang rusak (tali pengait, bagian hidung, dan busa masker)
3. Hindari menyentuh bagian dalam FFR
4. Jika ada bagian yang rusak atau terkena cairan tubuh, maupun setelah melakukan tindakan yang menimbulkan aerosol, maka masker harus dibuang.
5. Gunakan sarung tangan bersih (non-steril) ketika akan membenarkan posisi FFR




Gambar 3. Penggunaan masker N95

Hanya boleh untuk 1 petugas kesehatan jika harus digunakan berulang

Harus dibuang jika sudah longgar maupun buram

Jika perlu membersihkan *eye protection*, petugas kesehatan harus keluar dari ruangan pasien.



Di prioritaskan untuk :


- prosedur pada pasien suspek maupun konfirmasi yang menimbulkan aerosol
- pemeriksaan pasien tatap muka dalam waktu lama,
- petugas kesehatan risiko tinggi

Tidak boleh menyentuh *eye protection*.

Gambar 4. Penggunaan pelindung mata

**Desinfeksi**

1. Gunakan sarung tangan bersih (non-steril) dan dengan menggunakan kain bersih atau alat pembersih yang telah dibasuh dengan cairan detergen atau *EPA-registered disinfectant solution*, bersihkan bagian dalam dari *face shield/goggle* diikuti bagian luar.
2. Bersihkan bagian luar dengan air bersih maupun alkohol untuk menghilangkan residu
3. Keringkan *eye protection*
4. Lepas sarung tangan dan lakukan *hand-hygiene*



Gambar 5. Penggunaan pelindung mata berulang



Perbaiki gown yang berlubang maupun longgar.

Buang gown jika sudah tipis maupun robek

Harus menutupi seluruh tubuh hingga kepala dan kaki

Di prioritaskan pada tindakan yang menimbulkan percikan maupun aerosol.



Petugas kesehatan yang kontak erat dengan pasien (misal : mengganti linen, memandikan, membersihkan, memindahkan pasien)

Penggunaan gown berulang diperbolehkan jika terbukti tidak ada ko-infeksi melalui transmisi kontak

Gambar 6. Penggunaan *gown/overall*

**BAB III**  
**PENGATURAN ALUR LAYANAN PADA MASA**  
**ADAPTASI KEBIASAAN BARU**

**A. Alur Pasien**

Pasien masuk ke pelayanan kesehatan melalui pintu utama yakni dapat melalui IGD atau melalui area rawat jalan. Proses masuknya pasien melalui pintu utama tersebut dapat melalui tiga cara yaitu :

a. Langsung ke Rumah Sakit (atas permintaan pasien sendiri dan tanpa perjanjian).

Pasien yang masuk ke Rumah Sakit melalui mekanisme ini harus melalui proses skrining. Bila dari hasil skrining dicurigai COVID-19 maka pasien diarahkan menuju triase IGD atau rawat jalan khusus COVID-19. Sebaliknya bila dari skrining tidak dicurigai COVID-19 maka pasien diarahkan menuju triase IGD atau rawat jalan non COVID-19 sesuai kebutuhan pasien

b. Melalui rujukan (dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL)).

1. Rujukan pasien suspek atau konfirmasi COVID-19 tidak perlu dilakukan skrining dan langsung diarahkan ke triase COVID-19.
  2. Rujukan pasien kasus non COVID-19 yang dengan hasil pemeriksaan COVID-19 negatif atau yang belum dilakukan pemeriksaan COVID-19 tetap harus melewati proses skrining.
- c. Melalui registrasi online.

Pasien yang masuk ke Rumah Sakit melalui registrasi online diharuskan mengisi kajian mandiri terkait COVID-19, bila terindikasi gejala COVID-19 langsung diarahkan ke triase rawat jalan COVID-19. Sedangkan pasien dengan hasil assessment tidak terkait COVID-19 tetap melalui proses skrining

## **B. Skrining**

Skrining merupakan proses penapisan pasien di mana seorang individu dievaluasi dan disaring menggunakan kriteria gejala dan riwayat epidemiologis, untuk menentukan pasien tersebut masuk ke dalam kategori dicurigai COVID-19 atau bukan.

- a. Tujuan skrining :
  - 1. Memisahkan pasien yang dicurigai COVID-19 dengan pasien non COVID-19.
  - 2. Mengurangi pajanan untuk pasien lain, pengunjung dan petugas Rumah Sakit.
  - 3. Membantu mencegah penyebaran penyakit di dalam fasilitas kesehatan.
  - 4. Memastikan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) digunakan sesuai pedoman penggunaan APD.
- b. Skrining dilakukan pada semua orang yang mengunjungi dan akan mendapatkan perawatan di pelayanan kesehatan. Skrining dapat dimulai di puskesmas atau klinik hingga rumah sakit saat pasien akan dirawat.

### **C. Skrining pada Pasien dan Pengunjung**

Langkah-langkah yang dilakukan pada saat skrining adalah:

- a. Diwajibkan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir selama 40 s/d 60 detik atau dengan hand sanitizer selama 20 s/d 30 detik.
- b. Semua pasien WAJIB menggunakan masker.
- c. Penilaian cepat (quick assessment COVID-19):

- Pengecekan suhu badan dengan menggunakan *thermal gun*.
- Pertanyaan sederhana:
  - i. Gejala klinis: demam (suhu badan > 38° C) atau riwayat demam dan gejala gangguan pernafasan (batuk, sesak nafas, nyeri tenggorokan)
  - ii. Riwayat epidemiologis:
    - Dalam 14 hari sebelum gejala klinis muncul pasien melakukan perjalanan atau tinggal di daerah/negara yang terjangkit COVID-19.
    - Dalam 14 hari sebelum gejala muncul ada riwayat kontak dengan orang yang terkonfirmasi COVID-19.
    - Dalam 14 hari sebelum timbulnya gejala klinis pasien yang tinggal wilayah/negara terjangkit COVID-19 di melakukan kontak langsung dengan orang yang demam atau mengalami gangguan pernafasan
    - Kontak erat
- Riwayat pemeriksaan tes COVID-19 sebelumnya (jika ada).

- Seseorang suspek COVID-19 bila dari hasil penilaian cepat didapatkan memenuhi minimal satu kriteria riwayat epidemiologis dan/atau gejala klinis.
- d. Skrining pada petugas kesehatan
- Langkah-langkah yang dilakukan pada saat skrining adalah :
- i. Diwajibkan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir selama 40 s/d 60 detik atau dengan hand sanitizer selama 20 s/d 30 detik.
  - ii. Semua petugas WAJIB menggunakan masker.
  - iii. Penilaian cepat (*quick assessment* COVID-19) :
    - Pengecekan suhu badan dengan menggunakan termalgun.
    - Melakukan pengisian kajian mandiri
    - Proses skrining tetap harus memperhatikan jarak antar individu >1 meter.
    - Bila dari hasil skrining pasien/ pengunjung dan petugas kesehatan dicurigai COVID-19 maka pasien/ pengunjung dan petugas tersebut diarahkan ke fasilitas triase COVID-19.
    - Bila dari hasil skrining pengunjung dan petugas tidak memenuhi kriteria kecurigaan

COVID-19, maka bisa langsung ke tempat yang ingin dituju.

- Bila dari hasil skrining pasien tidak memenuhi kriteria kecurigaan COVID-19 maka langsung diarahkan untuk lanjut ke triase IGD atau poliklinik rawat jalan non COVID.
- Bagi pasien dalam keadaan gawat darurat yang tidak memungkinkan dilakukan skrining, maka pasien tersebut dikelompokkan ke dalam pasien suspek COVID-19 sampai dapat dibuktikan hasilnya negatif.
- Bangunan untuk tempat skrining dapat berupa bangunan sementara, bangunan yang sudah ada, atau tenda sederhana. Untuk tempat skrining harus dipastikan memiliki ventilasi alami yang memadai.
- Lokasi tempat skrining :
  - Pastikan lokasi sedekat mungkin dengan pintu masuk utama pelayanan kesehatan (IGD maupun rawat jalan) guna memusatkan semua pintu masuk.
  - Pastikan akses yang baik untuk pasien, pengunjung dengan keamanan yang terjamin.

- Upayakan lokasi skrining cukup luas untuk menghindari antrian.
- Alur semua pasien dan pengunjung yang mengakses bersifat satu arah.


#### iv. Triase


- Pada prinsipnya proses triase adalah untuk mengidentifikasi pasien yang memerlukan intervensi medis segera, pasien yang dapat menunggu, atau pasien yang mungkin perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan tertentu berdasarkan kondisi klinis pasien.
- Triase dilakukan di pintu masuk pasien yaitu di IGD dan rawat jalan.
- Tindakan yang dilakukan pada triase IGD khusus COVID-19 selain untuk penanganan kegawatdaruratan pasien adalah untuk menentukan derajat infeksi COVID-19 yang dideritanya, melalui anamnesis lengkap, pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang pasien, sesuai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19.
- Tindakan triase rawat jalan khusus COVID-19 dilakukan untuk menentukan derajat infeksi COVID-19 yang dideritanya, melalui




anamnesis lengkap dan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang pasien, sesuai tata laksana manajemen klinis pasien COVID-19 sesuai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19.


### Pencegahan Penyebaran Infeksi COVID-19 di Rumah Sakit


- 


**1. Hindari penggunaan snelli (jas dokter)**  
Snelli (jas dokter) diketahui adalah transportasi untuk penyebaran infeksi nosokomial. Jika perlu digunakan, snelli sebaiknya dicuci setiap hari atau ada satu snelli berbeda setiap harinya.
- 

**2. Gunakan baju lengan pendek (di atas siku)**  
Baju lengan panjang juga merupakan transportasi untuk penyebaran infeksi nosokomial. Jika perlu digunakan, gantung baju hingga di atas siku.
- 

**3. Hindari penggunaan tali gantungan kartu identitas (lanyard)**  
Tali gantungan yang panjang juga dapat terkontaminasi. Untuk kartu identitas, sebaiknya dijepit atau dipeniti di baju.
- 


**4. Hindari penggunaan jam tangan dan perhiasan**
- 

**5. Bagi perempuan berambut panjang, harap untuk mengikat rambut**  
Pastikan rambut panjang dan poni tidak terurai. Jika pasien batuk kuman dapat menempel pada rambut dan mengenai wajah.
- 


**6. Hindari membawa rekam medis ke ruangan pasien**  
Rekam medis sebaiknya tetap berada di nurse station, tidak dibawa ke ruangan pasien.
- 

**7. Gunakan disinfektan pada pulpen, handphone, dan stetoskop**  
Pulpen, handphone, dan stetoskop sebaiknya sering dibersihkan dengan alcohol swab setelah dipakai untuk mengurangi transmisi kuman.


**"Clean Hands, Save Lives"**




1. Rubikan sabun/handrub di telapak tangan




2. Gosok punggung dan sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya




3. Gosok dengan kedua telapak dari sela jari



4. Sisi jari dari kedua tangan saling mengunci



5. Gosok ibu jari kiri dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya



6. Gosok dengan memutar ujung jari tangan kanan pada telapak kiri dan sebaliknya

Gambar 7. Cara pencegahan penyebaran COVID-19 di rumah sakit

## **D. Protokol Bagi Petugas Kesehatan**

### **1. Sebelum Berangkat Ke Pelayanan Kesehatan**

- Memastikan kondisi tubuh dalam keadaan sehat dan jika sakit segera berobat ke fasyankes
- Laporkan ke pimpinan apabila sakit dan istirahat di rumah sampai sembuh
- Tidak memakai perhiasan atau aksesoris lainnya.
- Selalu pakai masker
- Siapkan *hand sanitizer* sendiri
- Gunakan sarana transportasi paling aman dan jaga jarak dengan pasien lain

### **2. Di Fasilitas Kesehatan**

- Masuk melalui pintu petugas yang terpisah dengan pintu pasien/pengunjung
- Bagi petugas yang akan melakukan kontak dengan pasien ganti pakaian pribadi dengan pakaian Rumah Sakit dan tinggalkan di loker /bagian penitipan barang
- Diwajibkan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir selama
- 40 s/d 60 detik atau dengan hand sanitizer selama 20 s/d 30 detik.
- Selalu menggunakan masker bedah saat bekerja

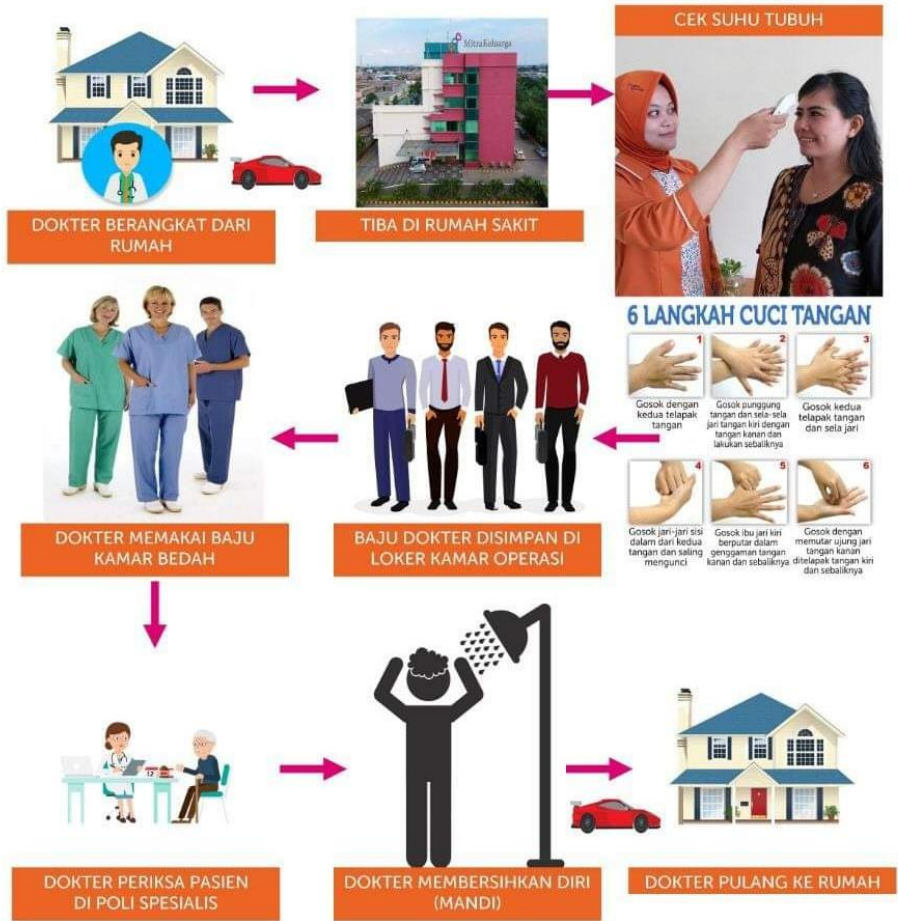
Dokter sebagai tenaga kesehatan merupakan garda terdepan dalam peperangan melawan wabah penyakit, termasuk penyakit COVID-19. Hal ini menyebabkan dokter memiliki risiko yang sangat tinggi dalam terpajan patogen COVID-19. Oleh karena itu, berbagai pertimbangan di bidang kesehatan perlu dibuat sebagai persiapan menuju adaptasi kebiasaan baru. Tidak hanya itu, melihat banyaknya korban tenaga medis akibat COVID-19, maka perlu disusun sebuah standarisasi dan protokol khusus dalam melindungi keselamatan dan kesehatan kerja dokter, untuk mencegah bertambahnya korban khususnya dari kalangan dokter.

Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan tempat kerja yang memiliki risiko terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia fasilitas pelayanan kesehatan, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun masyarakat di sekitar lingkungan fasilitas terutama dalam masa pandemi COVID-19 ini. Pelayanan, keselamatan dan kesehatan kerja di Fasyankes tertuang dalam PMK no 52 tahun 2018 dan K3RS tertuang dalam Permenkes No 66 Tahun 2016.

Dokter sebagai salah satu SDM di fasilitas kesehatan baik tingkat pertama maupun lanjut mempunyai risiko tertular pajanan biologi virus SARS-CoV-2 saat pandemi COVID-19. Tingkat risiko tertular virus SARS-CoV-2 untuk dokter bisa kita bedakan menjadi 4 kelompok:

- a. Risiko rendah, yaitu dokter yang tidak memberikan pelayanan atau kontak langsung pasien suspek/probable/konfirmasi COVID-19 misalnya dokter di manajemen
- b. Risiko sedang, yaitu dokter yang memberikan pelayanan atau kontak langsung pasien yang belum diketahui status terinfeksi COVID-19
- c. Risiko tinggi, yaitu dokter yang melakukan pelayanan pada suspek/ probable/konfirmasi COVID-19 namun tidak termasuk melakukan tindakan aerosol
- d. Risiko sangat tinggi, yaitu dokter yang melakukan pelayanan tindakan aerosol pada pasien suspek/probable/konfirmasi COVID-19, serta dokter yang melakukan pengambilan spesimen pernapasan (nasofaring dan orofaring) dan otopsi.

# ALUR DATANG DAN PULANG DOKTER



Gambar 8. Alur datang dan pulang dokter

## **E. Pengendalian Risiko Transmisi COVID-19 Bagi Dokter**

### 1) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

- Puskesmas atau yang setara
- Praktik Mandiri Dokter
- Klinik pertama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/Polri
- Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara

#### a) Risiko Rendah

##### 1) Pengendalian Teknik

- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 6x pergantian udara per jam)
- HEPA (*high-efficiency particulate air*) filter portable
- Pemeliharaan sistem HVAC

##### 2) Pengendalian Administratif

- SPO dan pelatihan PPI seperti hand hygiene, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pembuangan limbah, disinfeksi dan dekontaminasi permukaan/ruangan.
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media virtual (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, pembatasan waktu rapat
- Pengaturan jam kerja 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7-8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
- Pengaturan gizi dokter dan olahraga
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan

## Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi

- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing dan tidak prasmanan
- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (return to work) dokter pasca sakit
- Melakukan penentuan penyakit akibat kerja pada dokter yang terkena COVID-19

### 3) Alat Pelindung Diri

- Masker bedah

### b) Risiko Sedang

#### 1) Pengendalian Teknik

- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 6x pergantian udara per jam)
- Barrier mika di meja periksa dokter



- Penanda jarak 1 meter antara meja dokter dan kursi pasien
  - HEPA filter portable
  - Inaktivasi virus COVID-19 dengan memasang lampu UV-C
  - Pemisahan tempat pakai dan lepas APD
  - Pemeliharaan sistem HVAC
- 2) Pengendalian Administratif
- Triase pasien dengan anamnesis dan pemeriksaan suhu
  - Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan baik praktik pribadi maupun difasilitas kesehatan melayani pasien COVID-19
  - Pembatasan tempat praktik dokter terfokus satu tempat menghindari kelelahan karena jam kerja panjang dan *cross infection* antar fasilitas kesehatan dimasa pandemic dan apabila dalam kondisi benar-benar kekurangan SDM dapat direkomendasikan maksimal 2 tempat praktik.

- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien maksimal 15 menit dan jika memerlukan waktu lebih banyak dapat menggunakan media *online* (*telemedicine*).
- Pengaturan kebijakan terkait pengendalian infeksi pada pasien seperti pembatasan jumlah pengunjung dan pemberian penanda jarak 1 meter pada kursi tunggu pasien serta penggunaan masker pada pasien.
- SPO dan pelatihan PPI seperti hand hygiene, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pengaturan tempat APD kotor disposable maupun reusable, sterilisasi APD reusable, penyimpanan APD reusable, disinfeksi dan dekontaminasi, penanganan linen, pembuangan limbah
- Pengaturan jam kerja

- Non shift: 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7 - 8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
- Shift: metropolitan rota ( 2 pagi – 2 siang – 2 malam) atau continental rota (2 pagi – 2 siang – 3 malam) diikuti istirahat 1 atau 2 hari
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pra penempatan pelayanan, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR), untuk mengetahui status kesehatan kerja atau kelaikan kerja untuk dokter dengan komorbid atau kondisi khusus seperti kehamilan sebelum ditugaskan memberikan pelayanan.
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja termasuk Penyakit Akibat Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan

## Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi

- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pada akhir penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR)
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media virtual (secara daring), tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, dan pembatasan waktu rapat
- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing dan tidak prasmanan
- Pelayanan posko kesehatan kerja/poliklinik pegawai

- Pengaturan gizi dokter dan olahraga
  - Algoritme/Alur/PPK terkait pelayanan COVID-19 dan non COVID-19
  - Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (return to work) dokter pasca sakit
  - Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja pada dokter 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).
- 3) Alat Pelindung Diri
- Level 2, dokter diharapkan membawa baju ganti dan mengganti baju sebelum pulang ke rumah.

c) Risiko Tinggi

1) Pengendalian Teknik

- Zonasi ruangan untuk pasien COVID-19
- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 12x pergantian udara per jam)
- Ruang tekanan negatif dengan anteroom
- Barrier mika di meja periksa dokter
- Penanda jarak 1 meter antara meja dokter dan kursi pasien
- Pemberian jarak minimal 1 meter antar pasien rawat inap di bangsal
- Pemisahan tempat pakai dan lepas APD
- Pemeliharaan sistem HVAC dan penggunaan HEPA filter
- Inaktivasi virus COVID-19 dengan memasang lampu UV-C

2) Pengendalian Administratif

- Triase pasien dapat menggunakan sistem *Early Warning Score/EWS* COVID-19 atau menggunakan

sistem triase lain disesuaikan dengan situasi dan kondisi

- Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan baik praktik pribadi maupun difasilitas kesehatan melayani pasien COVID-19
- Pembatasan tempat praktik dokter terfokus di satu tempat untuk menghindari kelelahan karena jam kerja panjang dan cross infection antar fasilitas kesehatan dimasa pandemi dan apabila dalam kondisi benar-benar kekurangan SDM dapat direkomendasikan maksimal 2 tempat praktik.
- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien maksimal 15 menit, dan jika memerlukan waktu lebih banyak dapat menggunakan media online (telemedicine)
- Skrining pra-admisi atau tindakan direkomendasikan dilakukan swab

untuk pemeriksaan RT-PCR atau tes cepat molekuler SARS-CoV-2. Namun jika tidak memungkinkan dapat menggunakan tes cepat antigen SARS-CoV-2.

- Pengaturan kebijakan terkait pengendalian infeksi pada pasien seperti pembatasan jumlah pengunjung dan pemberian penanda jarak 1 meter pada kursi tunggu pasien serta penggunaan masker pada pasien.
- SPO dan pelatihan PPI seperti hand hygiene, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pengaturan tempat APD kotor disposable maupun reusable, sterilisasi APD reusable, penyimpanan APD reusable, disinfeksi dan dekontaminasi, penanganan linen, pembuangan limbah
- Pengaturan jam kerja



- Non shift: 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7 – 8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
- Shift: metropolitan rota ( 2 pagi – 2 siang – 2 malam) atau continental rota (2 pagi – 2 siang – 3 malam) diikuti istirahat 1 atau 2 hari
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pra penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR), untuk mengetahui status kesehatan kerja atau kelaikan kerja untuk dokter dengan komorbid atau kondisi khusus seperti kehamilan sebelum ditugaskan memberikan pelayanan pasien COVID-19
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja termasuk Penyakit Akibat Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan

## Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi

- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pada akhir penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR)
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media virtual (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, pembatasan waktu rapat
- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing, dan tidak prasmanan.
- Pelayanan posko kesehatan kerja/poliklinik pegawai

- Pengaturan gizi dokter dan olahraga
- Algoritme/Alur/PPK terkait pelayanan COVID-19 dan non COVID-19 (sesuai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 Kementerian Kesehatan RI)
- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (return to work) dokter pasca sakit
- Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja pada dokter 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)

### 3) Alat Pelindung Diri

- Level 3, dokter diharapkan membawa baju ganti dan mengganti baju sebelum pulang ke rumah.
- Penggunaan APD level 3 maksimal berdurasi 6 jam

### d) Risiko Sangat Tinggi

#### 1) Pengendalian Teknik

- Zonasi ruangan untuk pasien COVID-19
- Ruang bertekanan negatif dengan anteroom
- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 12x pergantian udara per jam)
- Barrier mika di meja periksa dokter
- Penanda jarak 1 meter antara meja dokter dan kursi pasien
- Pemberian jarak minimal 1 meter antar pasien ranap dibangsal
- Pemisahan tempat pakai dan lepas APD

- Pemeliharaan sistem HVAC dan penggunaan HEPA filter
  - Inaktivasi virus COVID-19 dengan memasang lampu UV-C
- 2) Pengendalian Administratif
- Triase pasien dapat menggunakan sistem *Early Warning Score/EWS* COVID-19, atau menggunakan sistem triase lain disesuaikan dengan situasi dan kondisi
  - Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan baik praktik pribadi maupun difasilitas kesehatan melayani pasien COVID-19
  - Pembatasan tempat praktik dokter terfokus di satu tempat untuk menghindari kelelahan karena jam kerja panjang dan *cross infection* antar fasilitas kesehatan dimasa pandemi dan apabila dalam kondisi benar-benar kekurangan SDM dapat direkomendasikan maksimal 2 tempat praktik.

- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien maksimal 15 menit dan jika memerlukan waktu lebih banyak dapat menggunakan media online (telemedicine).
- Skrining pra-admisi atau tindakan direkomendasikan dilakukan swab untuk pemeriksaan RT-PCR atau tes cepat molekuler SARS-CoV-2. Namun jika tidak memungkinkan dapat menggunakan tes cepat antigen SARS-CoV-2.
- Pengaturan kebijakan terkait pengendalian infeksi pada pasien seperti pembatasan jumlah pengunjung dan pemberian penanda jarak 1 meter pada kursi tunggu pasien serta penggunaan masker pada pasien.
- SPO dan pelatihan PPI seperti hand hygiene, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pengaturan tempat APD kotor disposable

maupun reusable, sterilisasi APD reusable, penyimpanan APD reusable, disinfeksi dan dekontaminasi, penanganan linen, pembuangan limbah

- Pengaturan jam kerja
  - Non shift: 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7 - 8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
  - Shift: metropolitan rota ( 2 pagi – 2 siang – 2 malam) atau continental rota (2 pagi – 2 siang – 3 malam) diikuti istirahat 1 atau 2 hari
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pra penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR), untuk mengetahui status kesehatan kerja atau kelaikan kerja untuk dokter dengan komorbid atau kondisi khusus seperti kehamilan sebelum

ditugaskan memberikan pelayanan pasien COVID-19

- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja termasuk Penyakit Akibat Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pada akhir penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR)
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media virtual (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, pembatasan waktu rapat



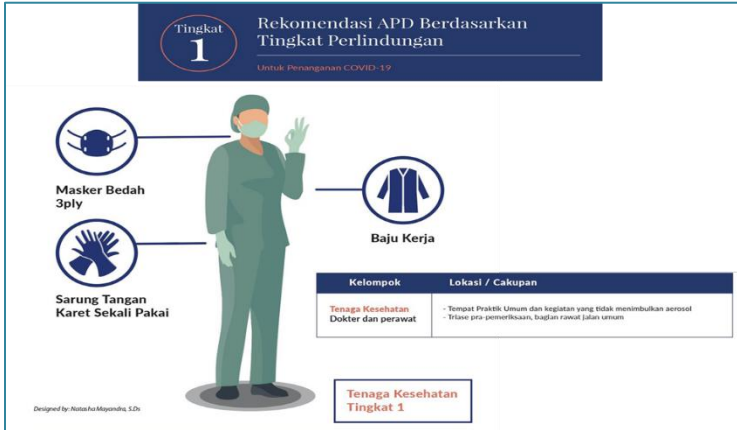
- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti Protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing dan tidak prasmanan.
- Pelayanan posko kesehatan kerja/poliklinik pegawai
- Pengaturan gizi dokter dan olahraga,
- Algoritme/Alur/PPK terkait pelayanan COVID-19 dan Non COVID-19 (sesuai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 Kementerian Kesehatan RI)
- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (return to work) dokter pasca sakit
- Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja pada dokter 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).

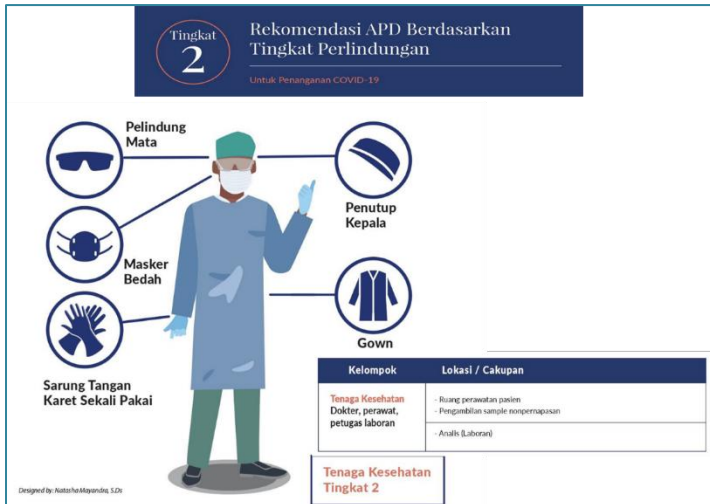
- 3) Alat Pelindung Diri
  - Level 3, dokter diharapkan membawa baju ganti dan mengganti baju sebelum pulang ke rumah.
  - Penggunaan APD level 3 maksimal berdurasi 6 jam
  
- e) Ruang Prosedur/Tindakan Operasi
  - 1) Alur satu pintu (pintu yang sama antara petugas medis dan pasien).
  - 2) Sebelum masuk dokter memakai APD lengkap sesuai dengan SPO kamar operasi dengan dokter spesialis anesthesiologi, penata/perawat anestesi dan operator memakai masker N95.
  - 3) Pasien masuk kamar operasi sudah memakai masker bedah.

- 4) Jika pasien yang dioperasi terkonfirmasi pasien COVID-19, maka dokter menggunakan APD sesuai dengan APD penanganan pasien COVID-19 di ruang isolasi.
- 5) Ketika intubasi bila memungkinkan menggunakan blade disposable, bila tidak ada, dapat menggunakan *blade* biasa dengan selalu membersihkan atau mendesinfektan alat setelah digunakan dari pasien satu ke pasien selanjutnya.
- 6) Teknik intubasi dilakukan dengan *Rapid Sequence Intubation* (RSI). Teknik ini dilakukan dengan durasi kurang 3 menit



Gambar 9. Rekomendasi Alat Pelindung Diri (APD) tingkat

1



Gambar 10. Rekomendasi Alat Pelindung Diri (APD)

tingkat 2



Gambar 11. Rekomendasi Alat Pelindung Diri (APD) tingkat 3

**BAB IV**  
**PENGEMBANGAN SISTEM INOVASI PELAYANAN**  
**KESEHATAN DAN PENGUATAN RUJUKAN DI MASA**  
**ADAPTASI KEBIASAAN BARU**

**A. Registrasi Online**

Untuk mempersingkat masa tunggu pasien dalam mendapat layanan kesehatan serta mempermudah bagi Rumah Sakit dalam mengatur penjadwalan kunjungan pasien, maka dalam masa adaptasi new normal diharapkan tiap Rumah Sakit dapat menerapkan sistem pendaftaran pasien melalui telepon atau online. Dalam aplikasi registrasi online tersebut pasien juga dapat diharuskan mengisi format kajian mandiri COVID-19 untuk mempersingkat proses skrining ketika mengunjungi Rumah Sakit.

**B. Telemedicine**

1. Definisi

Telemedicine adalah pemberian pelayanan kesehatan jarak jauh oleh profesional kesehatan dengan menggunakan teknologi informasi dan

komunikasi, meliputi pertukaran informasi diagnosis, pengobatan, pencegahan penyakit dan cedera, penelitian dan evaluasi, dan pendidikan berkelanjutan penyedia layanan kesehatan untuk kepentingan peningkatan kesehatan individu dan masyarakat. Pelayanan telemedicine merupakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Dokter antar fasilitas pelayanan kesehatan yang menggunakan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendiagnosis, mengobati, mencegah, dan/atau mengevaluasi kondisi kesehatan pasien sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya dengan tetap memperhatikan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Pelayanan telemedicine terdiri dari pelayanan tele konsultasi, tele USG, tele EKG dan tele radiologi.

## 2. Tujuan

- Menekan jumlah kasus petugas kesehatan yang terinfeksi COVID-19.
- Mengurangi tatap muka langsung dengan pasien sehingga mengurangi risiko petugas kesehatan tertular kecuali pada kasus gawat darurat
- Wujud pembatasan jarak antar individu

- Mengendalikan jumlah kunjungan ke Rumah Sakit
- Memberikan komunikasi informasi dan edukasi terkait pola makan, pola hidup sehat dan dukungan psikis untuk melaksanakan isolasi mandiri. (KIE)
- Penjadwalan dan penerimaan hasil pemeriksaan Laboratrium (PCR dan pemeriksaan penunjang lainnya)
- Pemberian obat
- Mengarahkan rujukan ke Rumah Sakit bila diperlukan.

### 3. Metode

- Telemedicine dapat dilakukan dalam bentuk moda daring tulisan, suara, dan/ atau video secara langsung untuk mendapatkan informasi yang diperlukan dengan menggunakan aplikasi telemedicine dalam rangka penegakkan diagnosis, serta penatalaksanaan dan pengobatan pasien sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Hasil pelayanan telemedicine dicatatkan dalam catatan digital atau manual yang dipergunakan oleh Dokter sebagai dokumen rekam medik dan



menjadi tanggung jawab dokter dan/atau fasilitas kesehatan, harus dijaga kerahasiaannya, serta dipergunakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### 4. Persyaratan

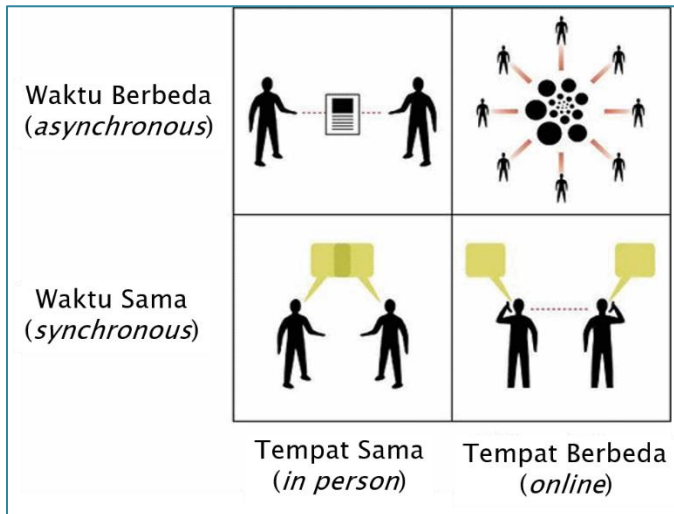
- Dokter dan Dokter Gigi yang melakukan Praktik Kedokteran melalui Telemedicine harus mempunyai Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik di Fasyankes sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- Dokter dan Dokter Gigi yang melaksanakan Praktik Kedokteran melalui Telemedicine harus melakukan penilaian kelaikan pasien sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
- Dalam hal pasien tidak dalam kondisi gawat darurat, Dokter dan Dokter Gigi yang menangani wajib menilai kelaikan pasien untuk ditangani melalui Telemedicine.
- Dalam hal hasil penilaian ditemukan pasien dalam kondisi gawat darurat, memerlukan tindakan diagnostik, dan/ atau terapi, Dokter dan Dokter Gigi harus merujuk pasien ke Fasyankes disertai dengan informasi yang relevan.

#### 5. Kewenangan

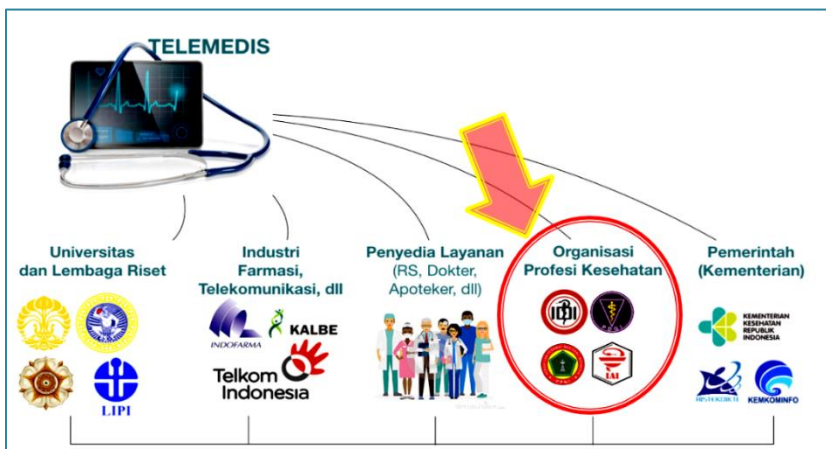
Dokter dalam memberikan pelayanan telemedicine berwenang untuk melakukan:

- Anamnesa, mencakup keluhan utama, keluhan penyerta, riwayat penyakit yang diderita saat ini, penyakit lainnya atau faktor risiko, informasi keluarga dan informasi terkait lainnya yang ditanyakan oleh Dokter kepada pasien/keluarga secara daring.
- Pemeriksaan fisik tertentu yang dilakukan melalui audiovisual.
- Pemberian anjuran/nasihat yang dibutuhkan berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang, dan/atau hasil pemeriksaan fisik tertentu. Hasil pemeriksaan penunjang dapat dilakukan oleh pasien dengan menggunakan modalitas/sumber daya yang dimilikinya atau berdasarkan anjuran pemeriksaan penunjang sebelumnya atas instruksi dokter. Anjuran/nasihat dapat berupa pemeriksaan kesehatan lanjutan ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- Penegakan diagnosis, dilakukan berdasarkan hasil pemeriksaan yang sebagian besar didapat dari anamnesis, pemeriksaan fisik tertentu atau pemeriksaan penunjang.

- Penatalaksanaan dan pengobatan pasien, dilakukan berdasarkan penegakkan diagnosis yang meliputi penatalaksanaan nonfarmakologi dan farmakologi, serta tindakan kedokteran terhadap pasien/keluarga sesuai kebutuhan medis pasien. Dalam hal dibutuhkan tindakan kedokteran atau penatalaksanaan lebih lanjut, pasien disarankan untuk melakukan pemeriksaan lanjutan ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- Penulisan resep obat dan/atau alat kesehatan, diberikan kepada pasien sesuai dengan diagnosis.
- Penerbitan surat rujukan untuk pemeriksaan atau tindakan lebih lanjut ke laboratorium dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan sesuai hasil penatalaksanaan pasien



Gambar 12. Jenis-jenis telemedicine



Gambar 13. Komponen pendukung telemedicine dan peran Ikatan Dokter Indonesia (IDI)

## **BAB V**

### **PENGUATAN RUJUKAN DI MASA ADAPTASI KEBIASAAN BARU**

Rujukan didefinisikan sebagai suatu konsultasi dan atau pelimpahan tugas dan tanggung jawab dari pelayanan kesehatan tingkatan yang lebih rendah ke pelayanan kesehatan tingkatan yang lebih tinggi dikarenakan pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau subspecialistik atau karena keterbatasan fasilitas maupun peralatan.

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan

secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal, secara struktural dan fungsional terhadap kasus atau masalah penyakit juga permasalahan kesehatan. Apabila diperlukan, fasilitas kesehatan dapat melakukan rujukan pasien ke Rumah Sakit Rujukan COVID-19 terdekat diwilayahnya. Sistem rujukan yang digunakan berbasis online melalui Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE). Penggunaan SISRUTE di butuhkan untuk mengetahui lokasi Rumah

Sakit yang memiliki kompetensi sesuai kebutuhan pasien. Dalam proses merujuk pasien khususnya pasien COVID-19, petugas Rumah Sakit tetap menerapkan protokol kesehatan serta melakukan pengelolaan kendaraan ambulans setelah merujuk sesuai standar yang berlaku.

Dalam rangka mengatasi permasalahan sistem rujukan dan untuk meningkatkan kualitas pelayanan fasilitas kesehatan agar lebih efektif dan efisien, maka dikembangkanlah penataan Sistem Rujukan secara nasional berbasis kompetensi. Kementerian Kesehatan telah mengembangkan aplikasi sistem rujukan nasional berbasis kompetensi dengan memanfaatkan teknologi yaitu SISRUTE. SISRUTE merupakan teknologi informasi berbasis internet yang dapat menghubungkan data pasien dari tingkat layanan lebih rendah (FKTP) ke tingkat layanan lebih tinggi (FKRTL) atau sederajat (horizontal maupun vertikal) dengan tujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses rujukan pasien, sesuai kebutuhan medis pasien dan kompetensi rumah sakit.

Dalam proses merujuk pasien, khususnya pasien COVID-19, petugas kesehatan tetap menerapkan protokol kesehatan serta melakukan pengelolaan kendaraan

ambulans setelah merujuk sesuai standar yang berlaku. Sistem rujukan dalam masa adaptasi kebiasaan baru dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dengan memperhatikan:

1. Merujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL)/RS Rujukan Covid sesuai dengan kasus dan sistem rujukan yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai peraturan yang berlaku.
2. Prosedur pelayanan rujukan:
  - a. Mendapat persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya.
  - b. Melakukan pertolongan pertama atau stabilisasi pra rujukan, sesuai indikasi pasien.
  - c. Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan melalui pemanfaatan aplikasi SISRUTE (<https://sisrute.kemkes.go.id/>) dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima (tersedia sarana dan prasarana serta kompetensi dan tersedia tenaga kesehatan). Rujukan suspek/konfirmasi melalui SISRUTE.
  - d. Membuat surat pengantar rujukan dan resume medis rangkap dua.

- e. Transportasi untuk rujukan dengan ambulans. Rujukan dilaksanakan dengan menerapkan PPI, termasuk desinfeksi ambulans.
- f. Pasien yang memerlukan pengawasan medis terus menerus didampingi oleh tenaga Kesehatan yang kompeten.
- g. Pemantauan kondisi pasien, rujukan dan rujuk balik ke puskesmas di wilayah RS lapangan/darurat COVID-19, terkait surveilans pasien maupun kebutuhan observasi selanjutnya setelah perawatan di FKRTL

Cara Beraktivitas selama AKB bagi masyarakat

Berikut adalah hal-hal penting yang perlu diketahui untuk menghadapi AKB:

1. Saat harus keluar rumah dan kembali lagi ke rumah  
Penerapan AKB akan membuat masyarakat lebih longgar untuk keluar rumah. Namun, mengingat pandemi COVID-19 masih berlangsung, harus tetap menerapkan langkah pencegahan dasar kapan pun dan di mana pun berada.

Selain itu, jangan memaksakan diri untuk keluar rumah saat sedang tidak fit. Bila keperluan sudah



selesai, segera kembali ke rumah. Sesampainya di rumah, langsung lakukan beberapa hal berikut:

- Buka alas kaki sebelum masuk ke dalam rumah.
- Semprotkan disinfektan pada alas kaki maupun peralatan yang digunakan.
- Cuci tangan dengan air dan sabun.
- Lepaskan pakaian yang dikenakan dan segera masukkan ke dalam tempat cucian yang tertutup.
- Mandi dan berganti pakaian bersih sebelum bersantai atau berkumpul dengan keluarga.

2. Sewaktu menggunakan transportasi umum

Bila harus bepergian ke suatu tempat dan menggunakan transportasi umum, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan selain menerapkan langkah pencegahan dasar.

Untuk memudahkan dalam menjaga kebersihan tangan, bawalah selalu *hand sanitizer*. Jangan menyentuh wajah dengan tangan yang belum dibersihkan. Selain itu, pastikan membawa botol minum agar tetap terhidrasi selama perjalanan.

Yang paling penting untuk diingat selama berada di dalam transportasi umum adalah mengurangi interaksi dan menjaga jarak setidaknya 1 meter dengan penumpang lain. Bila hal ini tidak memungkinkan, sebaiknya jangan menggunakan transportasi umum.

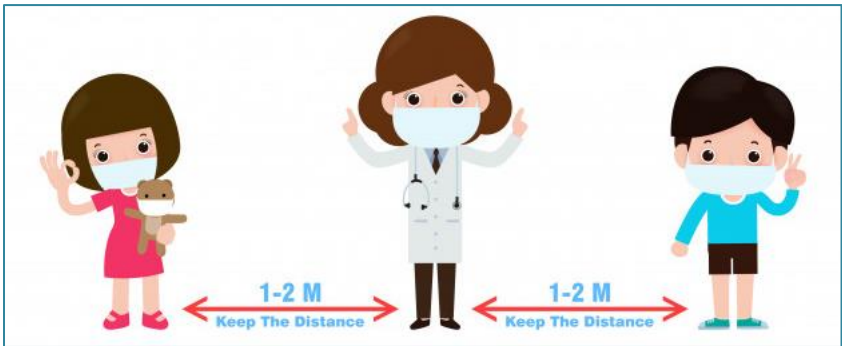
3. Selama bekerja di kantor

Dimulainya AKB akan membuat para karyawan kembali bekerja di kantor secara bertahap setelah beberapa bulan bekerja dari rumah, agar tetap aman dan terhindar dari virus Corona di tempat kerja, perlu diterapkan *physical distancing* dalam setiap kegiatan di kantor.

Ketika beraktivitas di meja kerja ataupun saat rapat, pastikan jarak antarkursi minimal 1 meter. Bila ada rekan kerja yang duduk dengan jarak kurang dari itu, jangan ragu untuk menegur dan mengingatkannya agar menjaga jarak.

Begitu juga saat makan siang. Jika sebelumnya terbiasa makan di kantin, sementara ini usahakan untuk selalu membawa bekal dari rumah agar tidak

perlu ke tempat yang ramai untuk membeli makanan. Saat makan siang bersama di kantor pun tetap jaga jarak dengan rekan-rekan sekantor. Bila sakit, mintalah izin untuk tidak masuk kerja, atau bila memungkinkan, bekerjalah dari rumah dulu untuk sementara waktu.



Gambar 14. Manjaga jarak (physical distancing)

#### 4. Ketika berbelanja

Bila harus berbelanja membeli bahan makanan, kemungkinan kamu akan bertemu dengan banyak orang, selalu terapkan *physical distancing*. Batasi menyentuh barang-barang di toko maupun di tempat umum. Setelah menyentuh barang-barang tersebut, jangan menyentuh wajah atau barang-barang pribadi, misalnya tas dan handphone, sebelum

mencuci tangan. Tujuannya adalah untuk mengurangi risiko terkontaminasi virus Corona. Selain itu, usahakan untuk tidak berlama-lama saat belanja. Catat barang-barang apa saja yang perlu dibeli dan langsung ke kasir ketika semua sudah didapatkan.

Hal ini pun berlaku bila kamu dan keluarga makan di restoran. Ketika makan, kamu tentu harus melepas masker. Jadi, pilihlah tempat makan dengan ventilasi yang baik agar ada pertukaran udara di tempat tersebut. Ingat, selalu jaga jarak dengan orang lain, termasuk pramusaji, pengunjung lain, dan kasir. Sewaktu membayar, gunakan metode pembayaran nontunai untuk mencegah kontaminasi. Namun, jika tidak memungkinkan, pastikan untuk langsung mencuci tangan setelah memegang uang ataupun kartu.

5. Ketika membutuhkan layanan kesehatan

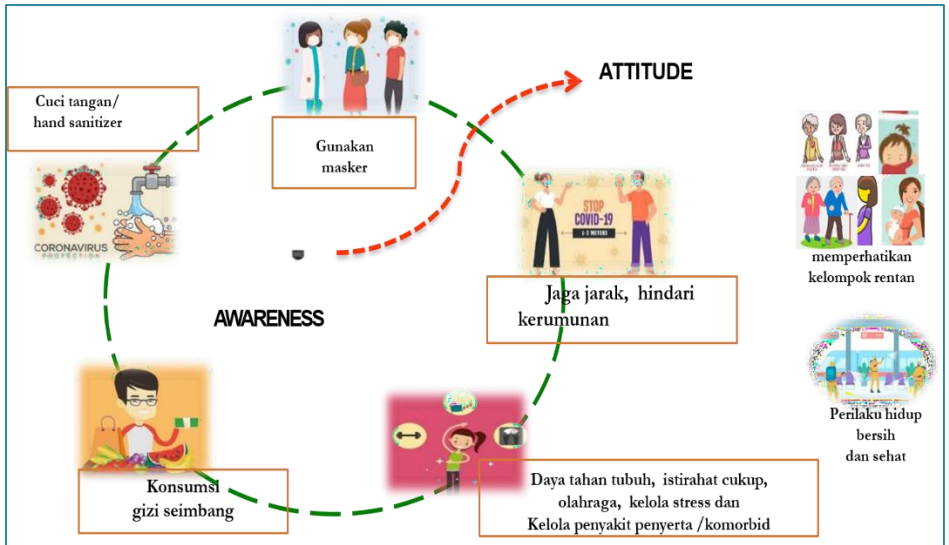
Hindari berkonsultasi langsung dengan dokter di rumah sakit, lebih baik gunakan fasilitas telemedicine. Berkonsultasi secara online lewat aplikasi kesehatan dinilai lebih aman untuk

mencegah penularan virus Corona, khususnya bagi orang-orang dengan penyakit yang rentan terkena COVID-19, seperti diabetes atau penyakit jantung.

Jika memiliki bayi yang harus menjalani imunisasi atau kamu sedang hamil dan perlu memeriksakan kehamilan, ikuti panduan imunisasi dan pemeriksaan kehamilan yang dianjurkan oleh dokter selama pandemi COVID-19.

Kendati kehidupan dengan AKB telah dicanangkan oleh pemerintah, bukan berarti virus Corona telah hilang dan tidak lagi menjadi ancaman. Oleh karena itu, kita tetap harus memperkuat daya tahan tubuhmu dengan memerhatikan asupan nutrisi dan cairan, serta menerapkan pola hidup sehat, seperti beristirahat yang cukup, rutin berolahraga, mengelola stres dengan baik, serta tidak merokok.

Penting untuk diingat, jangan memaksakan diri untuk keluar rumah bila sedang tidak sehat, apalagi jika mengalami gejala COVID-19, seperti demam, batuk, sesak napas, pilek, atau sakit tenggorokan. Segera lakukan isolasi mandiri.



Gambar 15. Protokol kesehatan perlindungan kesehatan individu

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

Kami berharap buku ini dapat diterima dengan baik. Kami juga akan memperbaiki buku ini sesuai dengan situasi dan kondisi serta kebijakan pada masa pandemi dan adaptasi kebiasaan baru.

Pada kesempatan ini, IDI mengucapkan terima kasih atas dukungan BNPB, sehingga buku ini dapat disusun dan diterbitkan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Pedoman pencegahan dan pengendalian coronavirus disease (COVID-19) revisi ke-4 1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta. 2020.
2. Isbaniah, F. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease (Covid-19). 2020.
3. Rudiansyah M, Nur'amin HW, Lubis L, Bandiara R, Roesli RMA, Rachmadi D. COVID-19 and Kidney Diseases in Indonesia. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020;11(7):435-442.
4. Satria BA, Hasanah NH, Rudiansyah R. Penyuluhan Adaptasi Tatanan Kebiasaan Baru Desa Tangguh COVID-19. *JURNAL ANOA*. 2020;1(3):107-122.
5. Lee TH. Creating the Adaptasi Kebiasaan Baru: The clinician response to COVID-19. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 2020;1(2).
6. Rudiansyah, M. Bagaimana Tetap Bisa Bekerja Secara Produktif tetapi Aman di Masa COVID-19. [PowerPoint slides]. Banjaramsin. 2020.
7. Rab S, Javaid M, Haleem A, Vaishya R. Face masks are Adaptasi Kebiasaan Baru after COVID-19 pandemic. *Diabetes & Metabolic Syndrome. Clinical Research & Reviews*. 2020;14(6): 1617-1619.
8. Praghlapati A. Adaptasi Kebiasaan Baru "Indonesia" After Covid-19 Pandemic. 2020.
9. Marsis, O. Digital Technology Application in Medical Education In The Adaptasi Kebiasaan Baru Area. [PowerPoint slides]. Jakarta. 2020



10. Taufik T, Warsono H. Birokrasi Baru Untuk *Adaptasi Kebiasaan Baru*: Tinjauan model perubahan birokrasi dalam pelayanan publik di masa COVID-19. *Dialogue: Jurnal Ilmu Administrasi Publik*. 2020;2(1): 1-18.
11. Rohman A, Widakdo DS, Wahid MA. Penggunaan baju APD untuk pelindung COVID-19 bagi tenaga medis pada fasilitas kesehatan pratama. In *Prosiding Seminar Nasional Tmasapan Riset Inovatif (SENTRINOV)*. November 2020;6(3):152-159.
12. Sampurna B. Hak Pasien dan Keluarga Dalam Menerima Asuhan Pasien di Masa Pandemi COVID-19. [PowerPoint slides]. Banjarmasin. 2020.
13. Rudiansyah M. IDI Menghadapi Pandemi COVID-19. [PowerPoint slides]. Banjarmasin. 2020.
14. PB IDI. Pedoman Standar Perlindungan Dokter di Masa COVID-19. [PowerPoint slides]. Jakarta. 2020.
15. Kemenkes RI. Petunjuk Teknis Pelayanan Puskesmas Pada Masa Pandemi Covid-19. Direktorat Jendmasal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2020.



**Penerbit**  
**PB Ikatan Dokter Indonesia**  
**Jl.DR. GSSY Ratulangi No.29**  
**Jakarta Pusat 10350**

ISBN 978-623-92395-4-1



9 786239 239541