

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gambaran Umum COVID-19

1. Epidemiologi

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) merupakan penyakit pandemik yang disebabkan oleh *Coronavirus* tipe baru. Penyakit ini ditandai dengan munculnya kasus *pneumonia* yang tidak dikenal *etiologinya* di Wuhan, Cina pada akhir Desember 2019 Li et angkatan laut (AL), 2020. Berdasarkan data hasil penyelidikan *epidemiologi*, kasus tersebut diprediksi berhubungan dengan Pasar *Seafood* di Wuhan. Pada tanggal 7 Januari 2020, Pemerintah Cina mengumumkan bahwa pemicu kasus tersebut adalah *Coronavirus* tipe baru yang diberi nama *SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)*. Virus ini berasal dari famili yang sama dengan virus penyebab *SARS* serta *MERS*. Walaupun berasal dari famili yang sama, *SARS-CoV-2* lebih meluas dibanding dengan *SARS-CoV* dan *MERS-CoV* CDC Cina, 2020.

Proses penularan yang cepat *World Health Organization* menetapkan *COVID-19* sebagai *KKMMD/ PHEIC* pada tanggal 30 Januari 2020. Angka kematian yang relative berbeda-beda tergantung negara masing-masing.

Thailand merupakan negara pertama di luar China yang terdampak kasus *COVID-19*, setelah itu Jepang dan Korea Selatan kemudian negara-negara lain. Tanggal 30 Juni 2020, *World Health Organization* memperoleh data sebanyak 10.185.374 kasus terkonfirmasi *covid-19* dengan 503.862 kematian di seluruh dunia

(CFR 4, 9%). Negara dengan kasus covid-19 terbanyak adalah Amerika Serikat, Inggris, Italia, Perancis, dan Spanyol. Peta penyebaran *COVID-19* di dunia bisa dilihat pada gambar 2.1



Sumber: *World Health Organization*

Gambar 2.1. Peta Sebaran *COVID-19*

Kasus terkonfirmasi covid-19 di Indonesia terus meningkat. Data yang di peroleh pada tanggal 2 Maret 2020 sampai 30 Juni 2020 di peroleh data kasus pasien positif covid-19 sebanyak 56.385 kasus dengan angka kematian sebanyak 2. 875 kasus (CFR 5, 1%) yang tersebar di 34 provinsi. Sebanyak 51, 5% kasus. Angka kematian terbanyak ditemui pada penderita dengan umur 55-64 tahun (Kementrian Kesehata RI, 2020).

B. Konsep Faktor Yang Berhubungan COVID-19

Faktor yang berhubungan merupakan karakteristik, tanda atau kumpulan gejala pada penyakit yang diderita individu yang mana secara statistik berhubungan dengan peningkatan kejadian kasus baru berikutnya (beberapa individu lain pada suatu kelompok masyarakat) (Irwan, 2017).

Dari faktor yang berhubungan dapat digunakan sebagai dasar untuk menentukan tindakan pencegahan dan mitigasi suatu penyakit.

Menurut para ahli dari *World Health Organization (WHO)* dan juga dari *The Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)* menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang berhubungan penyebab angka kejadian *COVID-19* yang dapat menyebabkan infeksi penderita menjadi lebih serius yaitu : umur, jenis kelamin, riwayat kontak dan penyakit penyerta (komorbid). Faktor yang berhubungan ini ada yang tidak dapat diubah (tidak dapat dimodifikasi), serta ada yang dapat diubah (dapat dimodifikasi).

a. Faktor yang berhubungan *COVID-19* yang tidak dapat diubah (*dimodifikasi*) :

1) Usia

Usia merupakan lamanya hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) (Hasudungan 2017). Klasifikasi umur mungkin dapat berbeda di setiap Negara. Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi hal tersebut, yaitu kesenjangan sosial, persyaratan (tuntutan) pekerjaan, sampai lingkungan politik serta ekonomi masing- masing Negara. *World Health Organization (WHO)* telah membuat klasifikasi umur dengan maksud agar data epidemiologi dan demografi kesehatan internasional terlihat jelas. Klasifikasi umur menurut (*WHO,2020*) adalah :

- (1) Bayi (*infants*) : 0 - 1 tahun
- (2) Anak-anak (*Children*) : 2-10 tahun
- (3) Remaja (*adolescents*) : 11 - 19 tahun
- (4) Dewasa (*adult*) : 20 - 60 tahun
- (5) Lansia (*Elderly*) : di atas 60 tahun

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sarvasti 2020, lansia adalah kelompok usia yang rentan terkena berbagai penyakit, salah satunya adalah *COVID-19* (Sarvasti, 2020). Hal ini terjadi karena lansia telah mengalami perubahan fisik dan

mental akibat proses menua. Menua (*aging*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap penyakit (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Santoso 2009).

Coronavirus menyebabkan COVID-19, terlihat lebih sering menyebabkan infeksi berat serta kematian pada lansia dibanding kelompok umur lainnya. Hal tersebut dikarenakan adanya perubahan- perubahan pada fisik dan psikologis yang dialami oleh lansia. Adapun perubahan pada lansia, terkait hubungannya dengan infeksi COVID-19 adalah :

a) Sistem Respirasi

Atrofi membuat otot pernafasan melemah, aktivitas silia berkurang, hilangnya elastisitas paru-paru dan bronkus, penurunan oksigen darah arteri dan penurunan reflex batuk. Dalam proses penuaan, karena ketajaman yang parah, jaringan ikat thorax telah berubah, kapasitas total masih ada (tetap), kapasitas cadangan paru-paru ditingkatkan untuk mengimbangi peningkatan ruang dan aliran udara ke dalam paru-paru, *coronavirus* dapat menyebabkan COVID-19, dengan cara mudah berikatan dengan *angiotensin- converting enzyme 2* (ACE2) di jaringan paru-paru, menyebabkan sebagian besar penderita yang terinfeksi SARS-CoV-2 memiliki gejala berikut : (Sitem pernafasan : demam, batuk, bersin, dansesak nafas). Pada penderita Geriatri dapat muncul gejala yang atipikal (gejala tidak biasa). Gejala yang termasuk dalam atipikal ini yaitu perubahan dalam status kesadaran pasien, delirium (kebingungan parah dan disorientasi), jatuh, kelelahan, lesu, tekanan darah rendah,

nyeri saat menelan, pingsan, diare, mual, muntah, sakit perut, dan hilangnya bau serta rasa (Sarvasti, 2020).

b) Sistem Gastrointestinal

Lansia mengalami penurunan fungsi sistem pencernaan akibat proses degeneratif seperti penurunan indera pengecap, kurang sensitif terhadap rasa manis, pahit, dan asin, pembengkakan esophagus, penurunan rasa lapar, akibat penurunan motilitas usus, dan penurunan pengosongan lambung, penurunan motilitas usus dapat pula menyebabkan sembelit atau diare. Banyak penderita COVID-19 mengalami gejala gastrointestinal (diare) akibat infeksi virus langsung pada mukosa usus atau obat antivirus dan anti infeksi. Kemudian dapat menginfeksi saluran cerna, duodenum, dan rektum terlihat dari hasil biopsi pada sel epitel gaster merupakan dampak dari virus SARS-COV-2. Telah dilaporkan bahwa keseimbangan mikroekologi usus pada pasien COVID-19 terganggu, dan ditemukan bahwa prebiotik usus seperti lactobacilli dan bifidobacteria berkurang secara signifikan (Sarvasti, 2020).

Ketidakseimbangan dari mikroekologi usus dapat pula menyebabkan translokasi bakteri dan infeksi sekunder, oleh karena itu sangat penting digunakan regulator mikroekologi dan penunjang nutrisi untuk menjaga dan memelihara keseimbangan mikroekologi usus. Virus SARS-CoV-2 dapat dideteksi di saluran usus, dan 23% pasien melaporkan bahwa meskipun virus tidak terdeteksi dalam sampel pernapasan, virus tetap dapat terdeteksi pada tinja. Kedua fakta tersebut menguatkan kemungkinan transmisi secara fecal-oral (Kemenkes, 2020).

c) Sistem Imun (Kekebalan Tubuh)

Pada lansia, imunitas sebagai pelindung tubuh manusia tidak bisa sekuat saat usia muda. Hal inilah yang menyebabkan lansia rentan terhadap berbagai penyakit, salah satunya terserang coronavirus SARS-CoV-2 penyebab COVID-19. Faktor virus dan host berperan dalam infeksi SARS-CoV-2. Efek sitopatik dari virus serta kemampuannya untuk melawan respon imunitas menentukan tingkat keparahan infeksi. Disregulasi sistem imun tersebut kemudian berperan dalam kerusakan jaringan yang terinfeksi SARS-CoV-2. Respon imun yang tidak mencukupi dapat menyebabkan replikasi virus dan kerusakan jaringan. Tetapi di sisi lain, respon imun yang berlebihan, dapat juga mengakibatkan kerusakan jaringan (Zeng et al. 2020).

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan antara laki-laki dan perempuan secara biologis sejak seorang lahir (Suharudin, 2016). Jenis kelamin laki-laki dikatakan lebih rentan terkena COVID-19. Menurut *World Health Organization* (WHO) awal tahun 2020, 51% kasus COVID-19 dialami oleh laki-laki, sedangkan 49% dialami oleh perempuan. Di Indonesia, berdasarkan data berbasis jenis kelamin, pada peta sebaran COVID-19 yang dirilis oleh Gugus COVID-19, laki-laki lebih rentan terhadap COVID-19, dilihat dari jumlah kasus positif maupun angka kematian akibat COVID-19. Dari jumlah kasus yang dilaporkan pada Mei 2020, sebanyak 57,6 % laki-laki terkonfirmasi COVID-19. Kematian akibat COVID-19 pada laki-laki sebesar 66.1 persen (SATGAS COVID-19, 2021).

Menurut penelitian/studi tentang biologi infeksi virus, menunjukkan adanya perbedaan dalam prevalensi dan keparahan penyakit COVID-19 terkait dengan jenis kelamin. Hal ini dikaitkan dengan kebiasaan merokok, dimana diketahui bahwa laki-laki mempunyai kecenderungan merokok, jika dibandingkan dengan perempuan. Salah satu penelitian juga mengatakan bahwa merokok berkaitan dengan ekspresi yang lebih tinggi dari *Angiotensin Converting Enzyme 2* (ACE2) (reseptor untuk coronavirus).

Salah satu studi menggunakan pengurutan sel tunggal, menunjukkan bahwa ekspresi ACE2 lebih dominan pada pria Asia, yang mungkin menjadi alasan mengapa prevalensi COVID-19 pada subkelompok pasien laki-laki lebih tinggi daripada wanita, dan pasien dari ras lain. (Cai 2020)

Salah satu penelitian juga mengungkapkan bahwa respon imun pada perempuan terhadap vaksin dan infeksi umumnya lebih efektif dan lebih agresif daripada laki-laki. Salah satu penyebabnya adalah faktanya perempuan memiliki dua kromosom X, dan laki-laki hanya memiliki satu kromosom X.

Inilah salah satu perbedaan penting saat terjangkit coronavirus. Menurut Profesor imunologi Goulder, di Universitas Oxford, protein yang mengenali virus, seperti *coronavirus* dikodekan pada kromosom X. Oleh karena itu, dosis protein ini, pada banyak sel imun perempuan dua kali lipat daripada laki-laki, sehingga pada perempuan, respon imun tubuh terhadap virus corona lebih kuat (Kleina, Marriott, and Fish 2014).

3) Suku/Etnis

Suku atau etnis merupakan suatu kesatuan sosial yang dapat dibedakan dari kesatuan yang lain berdasarkan akar dan identitas kebudayaan, terutama bahasa. Dengan kata lain etnis adalah kelompok manusia yang terikat oleh kesadaran dan identitas tadi sering kali dikuatkan oleh kesatuan bahasa (Koentjaraningrat, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian Hasmi, 2021 bahwa penyebab terjadinya peningkatan jumlah kematian pada orang asli Papua adalah konsep penyakit di Papua yang berbeda dengan kehidupan orang lain, dimana Orang Papua menganggap dirinya sakit jika tidak bisa bergerak, tidak dapat bertindak, sehingga ketika orang mengalami gejala penyakit ringan seperti flu dan pilek, orang Papua tidak menganggap diri mereka sakit. Jika dikaitkan dengan waktu Pandemi COVID-19, konsep penyakit seperti ini memperburuk keadaan pelayanan kesehatan, dimana masyarakat lambat dalam menerima pelayanan yang cepat dan tepat (Hasmi, 2021).

b. Faktor yang berhubungan COVID-19 yang dapat di modifikasi (dapat diubah) :

1) Riwayat Kontak

Riwayat kontak adalah salah satu faktor yang berhubungan paling penting diketahui terkait COVID-19. Menurut *the Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) riwayat kontak dapat dibagi menjadi :

- a) Riwayat kontak dengan Negara / wilayah terjangkit COVID-19 (bukan transmisi lokal).
- b) Riwayat kontak dengan Negara / wilayah dengan transmisi local COVID-19.

Kontak dekat (erat) mengacu pada mereka yang melakukan kontak fisik atau berada di ruangan, atau bertemu, dalam waktu 2 hari sebelum timbulnya gejala, dan sampai waktu 14 hari setelah timbulnya gejala (dalam radius 1 meter dari kasus COVID-19 yang dipantau atau dikonfirmasi). Termasuk dalam golongan kontak erat yaitu :

Petugas kesehatan pemeriksa, perawat, pengangkut dan pembersih bangsal rawat inap, yang tidak menggunakan alat pelindung diri (APD) sesuai dengan standar. Orang yang berada di ruangan yang sama (termasuk pekerjaan, ruang kelas, ruang keluarga, dan kegiatan besar) dengan kasus dalam waktu 2 hari sebelum timbulnya gejala, dan dalam 14 hari setelah timbulnya gejala. Orang yang bepergian bersama dengan menggunakan berbagai transportasi / kendaraan dalam 2 hari sebelum timbulnya gejala dan dalam 14 hari setelah timbulnya gejala (radius 1 meter) (Morfi 2020).

Ketika seseorang melakukan perjalanan menuju Negara/ wilayah terjangkit COVID-19 baik dengan transmisi lokal atau tanpa transmisi lokal, dan tidak melaksanakan protokol pencegahan COVID-19 sesuai anjuran pemerintah, yaitu cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, memakai masker, serta menjaga jarak sosial (*social distancing*) sesuai ketentuan yaitu jarak 1 meter ketika berinteraksi dengan orang lain, orang tersebut akan rentan terpapar virus SARS-CoV-2 penyebab COVID-19. Jika telah terpapar virus SARS-CoV-2 penyebab COVID-19 tersebut dan sistem imun sedang tidak baik maka orang tersebut akan terinfeksi COVID-19. Begitu pula orang yang memiliki kontak erat dengan penderita COVID-19, jika tidak mematuhi protokol pencegahan penularan COVID-19 sesuai anjuran pemerintah, maka akan sangat rentan terpapar

virus SARS-CoV-2 yang menyebabkan COVID-19. Saat tubuh telah terpapar SARS-COV-2 dan sedang mengalami penurunan sistem imun, maka akan terinfeksi COVID-19.

2) Faktor yang berhubungan Komorbid (Penyerta)

Penyakit penyerta (komorbid) merupakan penyakit lain yang telah dimiliki oleh seseorang sebelum terinfeksi *coronavirus*. Komorbid dapat memperburuk perjalanan klinis COVID-19, hal ini terjadi akibat dari penurunan kekebalan tubuh pasien karena adanya penyakit penyerta. Akan bertambah serius jika faktor komorbiditas yang dimiliki tidak terkontrol dengan baik (Situmorang T, 2020). Namun terkait penyakit apa saja yang dapat menjadi komorbid COVID-19 ini masih belum dapat dipastikan, mengingat kasus COVID-19 sendiri masih tergolong baru. Beberapa data yang melaporkan bahwa ada beberapa penyakit yang dapat menjadi komorbid COVID-19 diantaranya yaitu: Hipertensi, Diabetes Mellitus, Penyakit Paru-Paru, Penyakit Jantung, Demam Berdarah Dengue (DBD), Kanker, dan penyakit *immunocomprommised*.

3) Kondisi Klinis

Berdasarkan beratnya kasus, COVID-19 dibedakan menjadi tanpa gejala, ringan, sedang, berat dan kritis (PDPI, et al) :

a) Tanpa gejala

Kondisi ini merupakan kondisi paling ringan. Pasien tidak ditemukan gejala.

b) Ringan

Pasien dengan gejala tanpa ada bukti pneumonia virus atau tanpa hipoksia. Gejala yang muncul seperti demam, batuk, fatigue, anoreksia, napas pendek, mialgia. Gejala tidak spesifik lainnya seperti sakit tenggorokan, kongesti hidung, sakit kepala, diare, mual dan muntah, penghidu (anosmia) atau hilang

pengecapan (ageusia) yang muncul sebelum onset gejala pernapasan juga sering dilaporkan. Pasien usia tua dan immunocompromised gejala atipikal seperti fatigue, penurunan kesadaran, mobilitas menurun, diare, hilang nafsu makan, delirium, dan tidak ada demam.

c) Sedang

Pada pasien remaja atau dewasa : pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) tetapi tidak ada tanda pneumonia berat termasuk $SpO_2 > 93\%$ dengan udara ruangan.

Pada Anak-anak : pasien dengan tanda klinis pneumonia tidak berat (batuk atau sulit bernapas + napas cepat dan/atau tarikan dinding dada) dan tidak ada tanda pneumonia berat). Kriteria napas cepat : usia < 2 bulan, ≥ 60 x/menit; usia 2-11 bulan, ≥ 50 x/menit; usia 1-5 tahun, ≥ 40 x/menit; usia > 5 tahun, ≥ 30 x/menit.

d) Berat /Pneumonia Berat

Pada pasien remaja atau dewasa : pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) ditambah satu dari: frekuensi napas > 30 x/menit, distres pernapasan berat, atau $SpO_2 < 93\%$ pada udara ruangan.

Pada pasien anak : pasien dengan tanda klinis pneumonia (batuk atau kesulitan bernapas), ditambah setidaknya satu dari berikut ini:

- 1) Sianosis sentral atau SpO_2 5 tahun, ≥ 30 x/menit.
- 2) Distres pernapasan berat (seperti napas cepat, grunting, tarikan dinding dada yang sangat berat);
- 3) Tanda bahaya umum : ketidakmampuan menyusu atau minum, letargi atau penurunan kesadaran, atau kejang.
- 4) Napas cepat/tarikan dinding dada/takipnea : usia 5 tahun, ≥ 30 x/menit.

5) Kritis Pasien dengan *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), sepsis dan syok sepsis.

4) Status Vaksinasi COVID-19

Status vaksinasi COVID-19 merupakan pemberian vaksin dalam upaya yang dinilai paling efektif sebagai upaya pencegahan COVID-19. Indonesia menjadikan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 sebagai bagian dari strategi penanggulangan pandemi COVID-19, dimana pelaksanaan vaksinasi COVID-19 ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari infeksi SARS-CoV-2 yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian akibat COVID-19. Vaksinasi COVID-19 merupakan upaya yang dilakukan untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut maka tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan (Kementrian Kesehatan, 2021).

Jenis vaksin COVID-19 yang dapat digunakan di Indonesia adalah:

- a. Sinovac
- b. AstraZeneca
- c. Sinopharm
- d. Novavax
- e. Moderna
- f. Pfizer
- g. Cansino
- h. Sputnik V

Penggunaan vaksin tersebut hanya dapat dilakukan setelah mendapatkan izin edar atau Izin Penggunaan Pada Masa Darurat (*Emergency Use of Authorization/EUA*) dari BPOM. Pada pelaksanaan vaksinasi COVID-19, orang dewasa/lansia yang tidak mendapatkan vaksinasi COVID-19 lengkap sesuai

jadwal serta mengabaikan protokol kesehatan maka akan menjadi rentan tertular dan jatuh sakit akibat COVID-19 (Kementrian Kesehatan, 2021).

C. Konsep Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial (Undang-undang RI No.77, 2015)

Persyaratan sumber daya manusia yang harus dimiliki sebuah rumah sakit adalah berupa tenaga tetap dan non tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen, dan tenaga non kesehatan. Jumlah dan jenis sumber daya manusia disesuaikan dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit. Rumah Sakit wajib memiliki data kepegawaian yang melakukan praktik atau pekerjaan dalam penyelenggaraan rumah sakit. Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus memiliki izin sesuai dengan peraturan perundangundangan yang berlaku di Indonesia (Kementrian Kesehatan RI, 2017).

2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan (Undang-undang RI No.44, 2009) tentang Rumah Sakit Pasal 4 dan 5, dinyatakan bahwa rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan

perorangan secara paripurna yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, untuk menjalankan tugas tersebut rumah sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Menurut (Fitri Rachmawati, 2017) Rumah sakit merupakan institusi kesehatan profesional yang pelayanannya diselenggarakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli lainnya. Di dalam rumah sakit terdapat banyak aktivitas dan kegiatan yang berlangsung secara berkaitan. Kegiatan-kegiatan tersebut menjadi bagian dari tugas serta fungsi rumah sakit, yaitu:

- a. Memberi pelayanan medis
- b. Memberi pelayanan penunjang medis
- c. Memberi pelayanan kedokteran kehakiman
- d. Memberi pelayanan medis khusus
- e. Memberi pelayanan rujukan kesehatan
- f. Memberi pelayanan kedokteran gigi

- g. Memberi pelayanan sosial
- h. Memberi penyuluhan kesehatan
- i. Memberi pelayanan rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, dan rawat intensif
- j. Memberi pendidikan medis secara umum dan khusus
- k. Memberi fasilitas untuk penelitian dan pengembangan ilmu kesehatan dan membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi.

3. Peran Rumah Sakit Dalam Masa Pandemi COVID – 19

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : Hk.01.07/Menkes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian *Coronavirus Disease* 2019 (COVID – 19) 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 penganggulangan COVID-19 dan tepat sasaran. Berdasarkan tingkatannya, tujuan analisis, fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, lainnya), analisis digunakan untuk :

- a. Mengetahui perkembangan jumlah kasus suspek/probable/konfirmasi menurut satuan waktu (harian dan mingguan) menurut wilayahnya.
- b. Mengetahui perkembangan kasus konfirmasi menurut gejala/tanda, karakteristik kondisi penyerta/penyakit komorbid lainnya.

- c. Mengetahui perkembangan angka kematian kasus konfirmasi dengan angka kematian COVID-19 sebagai penyebab kematian (*cause of death*).
- d. Mengetahui kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan dan dapat digunakan untuk menghitung perencanaan logistik harian dan mingguan seperti APD, beban perawat, *bed occupancy rate* (BOR), tenaga kesehatan dan lain – lain.
- e. Melakukan analisis data yang menjadi bahan untuk melakukan audit kinerja fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk penerapan PPI dan SOP tata laksana medis.

Rumah sakit memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Mekanisme penanganan di rumah sakit dilakukan dengan memaksimalkan pelayanan yang diberikan pada pasien terutama pasien COVID-19. Memastikan pasien mendapatkan layanan terbaik dan perawat aman dari kemungkinan tertular COVID-19 dari pasien (Kemenkes RI, 2021)

4. Tahapan Pelayanan Pasien COVID-19 di Rumah Sakit

a. Pengaturan Alur Pasien

1) Alur Pasien

Pasien masuk rumah sakit melalui pintu utama yakni 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 proses skrining. Bila dari hasil skrining dicurigai COVID-19 maka pasien diarahkan menuju tiase 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) dan 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 dengan hasil pemeriksaan negatif atau yang belum dilakukan pemeriksaan COVID-19 tetap harus melewati proses skrining.

(3) 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 skrining.

2) Skrining

Skrining merupakan proses penapisan pasien dimana seorang individu dan disaring menggunakan kriteria gejala dan riwayat epidemiologis, untuk menentukan pasien tersebut masuk ke dalam kategori dicurigai COVID-19 atau bukan. Tujuan skrining yaitu :

- a) Memisahkan pasien yang dicurigai COVID-19 dengan pasien non COVID-19
- b) Mengurangi pajanan untuk pasien lain, penunjang dan petugas rumah sakit.

- c) Membantu mencegah penyebaran penyakit di dalam fasilitas layanan kesehatan.
- d) Memastikan Alat Pelindung Diri (APD) digunakan sesuai dengan pedoman penggunaan APD

Skrining dilakukan pada semua orang yang mengunjungi rumah sakit (pasien, petugas rumah sakit dan pengunjung rumah sakit lainnya).

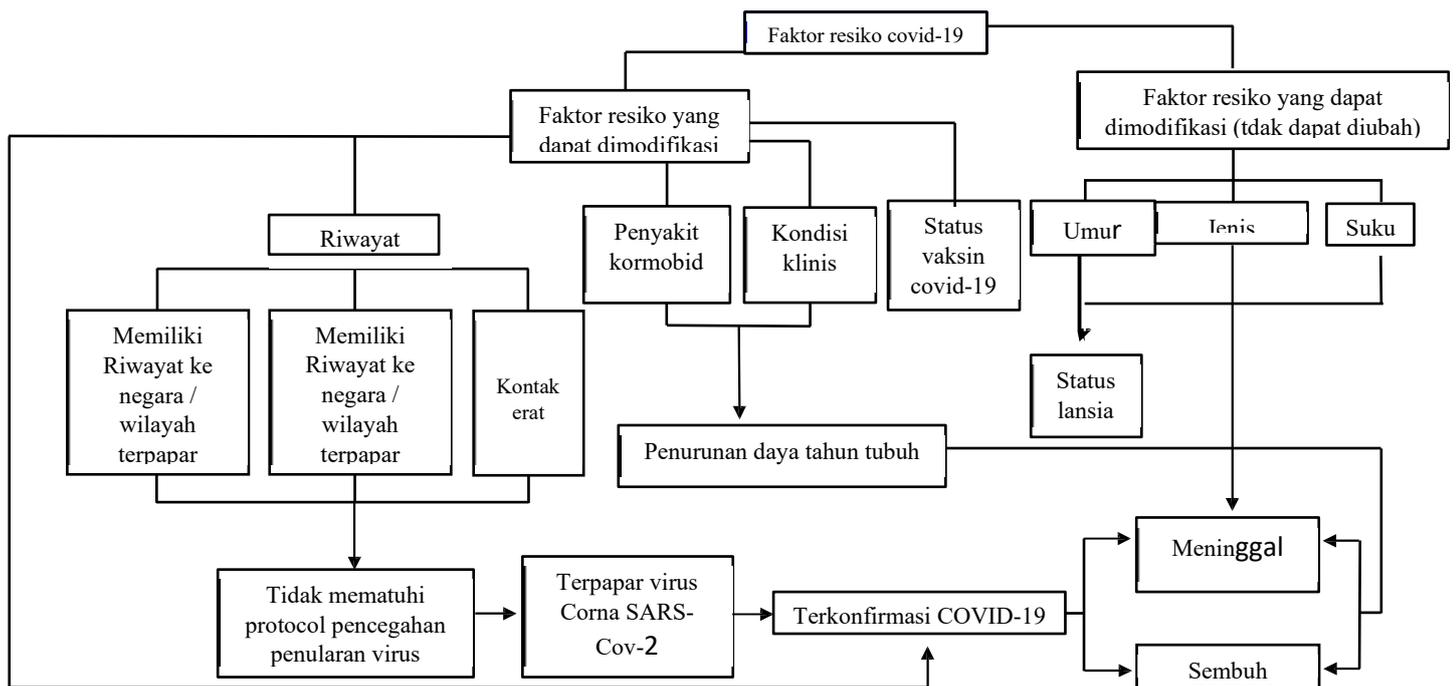
3) Triase

Pada prinsipnya proses triase adalah untuk mengidentifikasi pasien yang memerlukan intervensi medis segera, pasien yang dapat menunggu, atau pasien yang mungkin perlu dirujuk fasilitas layanan kesehatan tertentu berdasarkan kondisi klinis pasien. Triase dilakukan dipintu masuk pasien yaitu di IDG 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, pemeriksaan fisik, maupun pemeriksaan penunjang pasien sesuai tata laksana manajemen klinis pasien COVID-19 sesuai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

D. Kerangka Teori

Faktor yang berhubungan kematian pasien COVID-19 dapat dibedakan menjadi 2 yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi, dapat dilihat pada skema berikut

Skema Kerangka Teori

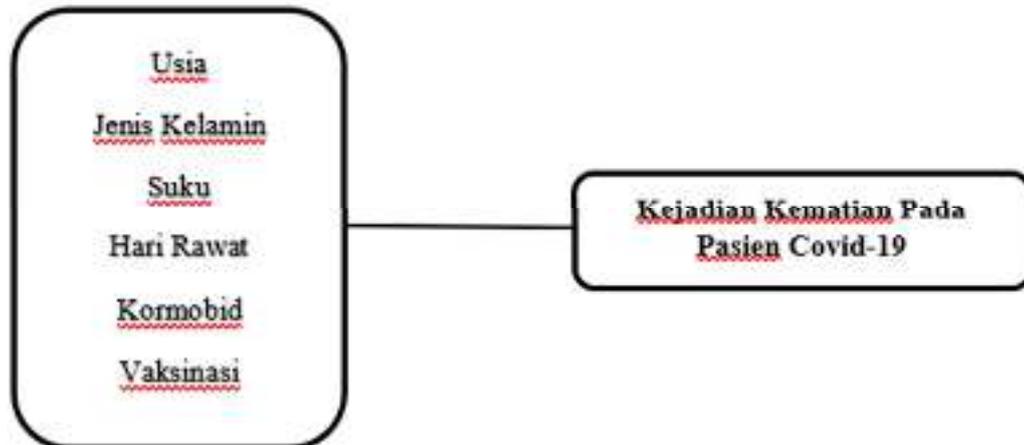


Gambar 2.4

Kerangka teori faktor risiko kematian pasien COVID-19 Modifikasi WHO (2020),
Indriana (2020) Satria, dkk (2020).

E. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas dengan keterbatasannya, maka peneliti merumuskan kerangka konsep penelitian yang akan menjadi acuan dalam melakukan penelitian seperti di tunjukkan pada skema berikut :



Gambar 2.4 Kerangka Konsep Faktor Risiko Kematian Pasien COVID-19