

SKRIPSI 2021

**GAMBARAN PERILAKU MASYARAKAT DALAM PENERAPAN
PROTOKOL KESEHATAN DI PERUMAHAN ANTARA RESIDENCE
TAMALANREA KOTA MAKASSAR**



DISUSUN OLEH :

Muh. Izzulhaq Fiqri S

C011181392

DOSEN PEMBIMBING :

Dr. dr. M. Harun Iskandar, Sp.PD, Sp.P

**DISUSUN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK
MENYELESAIKAN STUDI PADA PROGRAM STUDI
PENDIDIKAN DOKTER FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul :

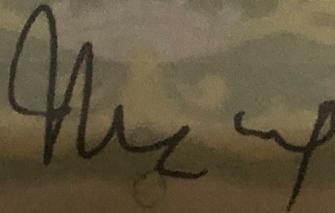
"GAMBARAN PERILAKU MASYARAKAT DALAM PENERAPAN PROTOKOL KESEHATAN DI PERUMAHAN ANTARA RESIDENCE TAMALANREA KOTA MAKASSAR"

Hari, Tanggal : Rabu, 29 Desember 2021

Waktu : 09.00 WITA – Selesai

Tempat : *Zoom Meeting*

Makassar, 29 Desember 2021



Dr. dr. Harun Iskandar, Sp.P, Sp.PD, K-P

NIP. 19750613 200812 1 002

DEPARTEMEN ILMU PENYAKIT DALAM FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN

2021

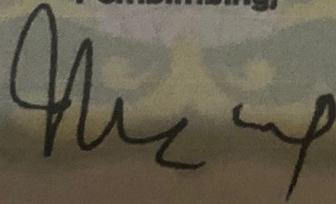
TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Skripsi dengan judul:

**"GAMBARAN PERILAKU MASYARAKAT DALAM PENERAPAN PROTOKOL
KESEHATAN DI PERUMAHAN ANTARA RESIDENCE TAMALANREA KOTA
MAKASSAR"**

Makassar, 29 Desember 2021

Pembimbing,



Dr. dr. Harun Iskandar, Sp.P, Sp.PD, K-P

NIP. 19750613 200812 1 002

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Muh Izzulhaq Fiqri S

NIM : C011181392

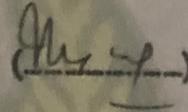
Fakultas/Program Studi : Kedokteran / Pendidikan Kedokteran

Judul Skripsi : Gambaran Perilaku Masyarakat Dalam Penerapan Protokol Kesehatan Di Perumahan Antara Residence Tamalanree Kota Makassar

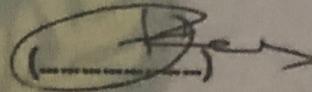
Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bahan persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

DEWAN PENGUJI

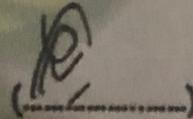
Pembimbing : Dr. dr. Harun Iskandar,
Sp.P, Sp.PD, K-P



Penguji 1 : Prof . Dr. dr. Haerani
Rasyid, M.Sc, Sp.PD, K-
GH, Sp.GK



Penguji 2 : Dr. dr. Faridin, Sp.PD, K
-R



Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 29 Desember 2021

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

"GAMBARAN PERILAKU MASYARAKAT DALAM PENERAPAN
PROTOKOL KESEHATAN DI PERUMAHAN ANTARA RESIDENCE
TAMALANREA KOTA MAKASSAR"

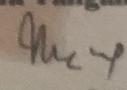
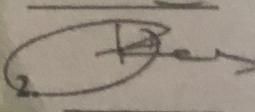
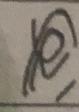
Disusun dan Diajukan oleh

Muh Izzulhaq Fiqri S

C011181392

Menyetujui

Panitia Penguji

No	Nama Penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1	Dr. dr. Harun Iskandar, Sp.P, Sp.PD, K-P	Pembimbing	1. 
2	Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Sc, Sp.PD, K-GH, Sp.GK	Penguji 1	2. 
3	Dr. dr. Faridin, Sp.PD, K-R	Penguji 2	3. 

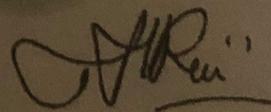
Mengetahui:

Wakil dekan
Bidang Akademik, Riset & Inovasi
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Ketua Program Studi Sarjana
Kedokteran Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



Muhammad Nussalim Bukhari,
M. Med., Ph.D., Sp.GK(K)
NIP. 197008211999031001


dr. Ririn Nislawati, M.Kes.,SP.M
NIP. 198101182009122003

HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Muh Izzulhaq Fiqri
NIM : C011181392
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 29 Desember 2021

Yang menyatakan,



Muh Izzulhaq Fiqri

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim, Puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah Subhanahuwata'alakarena atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran perilaku Masyarakat Dalam Penerapan Protokol Kesehatan Di Perumahan Antara Residence Tamalanrea Kota Makassar”. Skripsi ini dibuat sebagai salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Kedokteran.

Selesainya skripsi ini tidak semata-mata karena hasil kerja dari penulis sendiri melainkan juga adanya bantuan dari berbagai pihak. Olehnya itu pada kesempatan ini, perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah membantu penulis baik secara langsung maupun tidak langsung. Penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuannya baik dari segi materi maupun yang non materi. Ucapan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya dari penulis diberikan kepada **Dr. dr. Harun Iskandar, Sp.PD, Sp.P(K)** selaku pembimbing dalam penulisan skripsi ini atas waktu, tenaga, pikiran, semangat, dorongan serta bimbingan yang tidak bosan-bosannya diberikan selama penulisan skripsi ini.

Tidak hanya itu, penulis juga ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak atas jasa-jasanya yang tidak mungkin dilupakan oleh penulis, yaitu:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Bapak Prof. dr. Budu, Ph.D.,Sp.M(K)., MmedEd selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan serta dukungan untuk menjalani pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Dr. dr. Harun Iskandar, Sp.PD, Sp.P(K) yang telah menjadi Penasihat Akademik selama menjadi mahasiswa yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya
4. Seluruh staf dosen FK Unhas, yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan serta pengalamannya yang sangat berharga bagi penulis
5. Seluruh staf pegawai FK Unhas, yang telah memberikan bantuan selama penulis menjalani pendidikan di FK Unhas.

6. Saudara saya **Muh Agung Gunadi dan Astried Iqranil** serta keluarga besarku yang tak henti – hentinya memberikan semangat.
7. Teman satu pembimbing skripsi yaitu Nurul Novia Luwawo atas motivasi dan kerjasamanya selama menjalankan proses pembuatan skripsi ini.
8. Sahabat-sahabat saya (Teman teman 01 yang selalu ada buat saya dan tidak bisa sebut satu per satu, Seluruh Presmen BEM yang senantiasa ada serta orang yang selalu ada disamping saya selama ini yang tidak bisa disebut) atas dukungan dan semangatnya.
9. Seluruh teman - teman “Fibrosa 2018”, atas dukungan dan waktunya selama ini
10. Terakhir semua pihak yang membantu dalam penyelesaian proposal ini namun tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

Secara khusus dan teristimewa saya sampaikan rasa hormat dan terima kasih tak terhingga kepada orang tua tercinta, ayahanda Drs. H. Suriadi, M.Ag dan Dra. Hj. Herawati, yang tak terbalaskan segala doa, kebaikan, kasih sayang, dan pengorbanan. Hanya doa tulus dari ananda agar Allah SWT membalas kebaikan ayah dan ibunda dengan ridha-Nya

Akhirnya kepada semua pihak yang telah berpartisipasi, tiada kata yang dapat penulis ucapkan selain ucapan terima kasih setulus-tulusnya, semoga Allah SWT membalas dengan kebaikan. Amin

Harapan penulis semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi kita, khususnya departemen mata Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

SKRIPSI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN 2021

Muh Izzulhaq Fiqri (C011181392)

Dr. dr. Harun Iskandar, Sp.PD, Sp.P(K)

**Gambaran Perilaku Masyarakat dalam Penerapan Protokol Kesehatan di
Perumahan Antara Residence Tamalanrea Kota Makassar**

ABSTRAK

Latar belakang : Pada akhir tahun 2019 di kota Wuhan, Provinsi Hubei, China ditemukan pertama kali kasus *coronavirus 2019* yang termasuk kluster pneumonia dengan etiologi yang belum jelas. Pada awal munculnya virus ini disebut dengan novel coronavirus (2019-nCoV). Pada tanggal 11 februari 2020, WHO mengumumkan secara resmi nama virus tersebut yaitu *Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2* (SARS-Cov-2) dan nama penyakitnya sebagai *Coronavirus disease 2019* (COVID-19). Pada tanggal 11 maret 2020, WHO menetapkan bahwa COVID-19 sebagai pandemik dunia dikarenakan virus ini sangat mudah menular sehingga dalam waktu singkat infeksiya sudah menyebar ke seluruh dunia.

Tujuan : Untuk Menganalisis gambaran perilaku masyarakat dalam penerapan protokol kesehatan di perumahan antara residence tamalanrea kota Makassar.

Metode Penelitian : Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observasional. Hal ini untuk mengetahui Gambaran perilaku masyarakat dalam penerapan protokol kesehatan di Perumahan Antara Residence.

Hasil : Hasil penelitian perilaku masyarakat mengenai berpartisipasi dalam pertemuan, kegiatan keagamaan, acara, dan pertemuan sosial lainnya atau tempat keramaian lainnya daerah dengan penularan komunitas yang sedang berlangsung, sebagian besar menjawab ya sebanyak 89 responden (86,41%), sedangkan sisanya sebanyak 14 responden (13,59%)

menjawab tidak. Selain itu, perilaku masyarakat mengenai memakai masker saat keluar rumah, sebagian besar menjawab ya sebanyak responden (97,09%) sedangkan sisanya sebanyak 3 responden (2,91%) menjawab tidak. Perilaku masyarakat mengenai menyentuh bagian depan masker saat melepasnya sebagian besar menjawab tidak sebanyak 55 responden (53,40%), sedangkan sisanya sebanyak 48 responden (46,6%) menjawab ya. Selain itu, perilaku masyarakat mengenai menggunakan kembali masker, sebagian besar menjawab ya sebanyak 68 responden (66,02%), sedangkan sisanya sebanyak 35 responden (33,98%) menjawab tidak. Perilaku masyarakat mengenai sering mencuci tangan dengan sabun dan air setidaknya selama 20 detik atau menggunakan pembersih / alkohol, responden sebagian besar menjawab ya sebanyak 56 responden (54,37%), sedangkan sisanya sebanyak 14 responden (13,59%) menjawab tidak. Perilaku masyarakat mengenai sering menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang tidak dicuci, sebagian besar menjawab tidak sebanyak 53 responden (51,46%), sedangkan sisanya sebanyak 50 responden (48,54%) menjawab tidak. Selain itu, perilaku masyarakat mengenai membersihkan dan mendisinfeksi benda dan permukaan yang sering disentuh, responden sebagian besar menjawab ya sebanyak 67 responden (65,05%), sedangkan sisanya sebanyak 36 responden (34,95%) menjawab tidak.

Kata Kunci : *COVID-19 , Penerapan Protokol, Perilaku.*

Muh Izzulhaq Fiqri (C011181392)

Dr. dr. Harun Iskandar, Sp.PD, Sp.P(K)

Overview of Community Behavior in the Application of Health Protocols in Antara Residence Tamalanrea Makassar

ABSTRACT

Background: At the end of 2019 in wuhan city, Hubei province, China first found a case of coronavirus 2019 that included a cluster of pneumonia with an etiology that is not yet clear. At the beginning of the emergence of this virus is called the novel coronavirus (2019-nCoV). On February 11, 2020, WHO officially announced the name of the virus, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-Cov-2) and the name of the disease as Coronavirus disease 2019 (COVID-19). On March 11, 2020, WHO determined that COVID-19 is a world pandemic because the virus is so easily transmitted that in a short time the infection has spread throughout the world.

Objective: To Analyze the behavior of community in the application of health protocols in antara residences in Makassar, Tamalanrea.

Methods: This study is an observational descriptive study. This is to find out the overview of community behavior in the application of health protocols in Antara Residences.

Results: The results of community behavior research on participating in meetings, religious activities, events, and other social gatherings or other crowded places in areas with ongoing community transmission, most answered yes as many as 89 respondents (86.41%), while the remaining 14 respondents (13.59%) answered no. In addition, people's behavior regarding wearing masks when leaving the house, most answered yes as many as respondents (97.09%) while the rest three respondents (2.91%) answered no. People's behavior regarding touching the front of the mask when removing it mostly answered no as many as 55 respondents

(53.40%), while the remaining 48 respondents (46.6%) answered yes. In addition, people's behavior regarding reusing masks, most answered yes as many as 68 respondents (66.02%), while the remaining 35 respondents (33.98%) answered no. People's behavior regarding frequent hand washing with soap and water for at least 20 seconds or using a cleanser / alcohol, respondents mostly answered yes as many as 56 respondents (54.37%), while the remaining 14 respondents (13.59%) answered no. People's behavior regarding frequent touching of the eyes, nose, and mouth with unwashed hands, most answered no as many as 53 respondents (51.46%), while the remaining 50 respondents (48.54%) answered no. In addition, public behavior regarding cleaning and disinfecting objects and surfaces that are often touched, respondents mostly answered yes as many as 67 respondents (65.05%), while the remaining 36 respondents (34.95%) answered no.

Keywords: *COVID-19, Implementation of Protocol, Behavior*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	xi
DAFTAR ISI	xiii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1. LATAR BELAKANG	1
2. RUMUSAN MASALAH	2
3. TUJUAN PENELITIAN	2
3.1 Tujuan Umum	2
3.2 Tujuan Khusus	2
4. MANFAAT PENELITIAN	3
4.1 Teoritis	3
4.2 Praktis	3
4. LUARAN YANG DIHARAPKAN	4
BAB II	5
TINJAUAN PUSTAKA	5
1. COVID-19	5
2. Perilaku	29
3. Protokol Kesehatan	33
BAB III	36

KERANGKA KONSEPTUAL DAN DEFINISI OPERASIONAL	36
1. Kerangka Teori	37
2. Kerangka Konsep.....	37
3. Definisi Operasional	37
BAB IV	39
METODE PENELITIAN.....	39
1. Jenis dan Desain Penelitian.....	39
2. Waktu dan Lokasi Penelitian	39
3. Variabel Penelitian.....	39
4. Populasi dan Sampel Penelitian	39
4.1 Populasi	39
4.2 Sampel	39
4.3 Besar Sampel	40
4.5 Kriteria Sampel.....	40
4.5 Teknik Pengambilan Sampel	40
5. Teknik Pengumpulan Data	40
5.1 Sumber Data	41
5.2 Instrumen Penelitian	41
6. Teknik Pengolahan Data	41
7. Alur Penelitian	42
8. Etika Penelitian	42
9. Anggaran Penelitian	43
10. Jadwal Penelitian.....	43
BAB V	45
HASIL PENELITIAN	45

5.1 Perilaku Pelaksanaan Protokol Kesehatan Masyarakat	45
5.2 Distribusi Perilaku Responden	48
5.3 Hubungan antara Perilaku Masyarakat Terhadap Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	49
5.4 Hubungan antara Perilaku Masyarakat Terhadap Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	50
BAB VI.....	51
PEMBAHASAN.....	51
6.1 Perilaku Pelaksanaan Protokol Kesehatan Responden Masyarakat di Perumahan Antara Residence Tamalanrea Kota Makassar	51
6.2 Distribusi Perilaku Responden	51
6.3 Hubungan antara Perilaku Masyarakat Terhadap Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	53
6.4 Hubungan antara Perilaku Masyarakat Terhadap Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	54
BAB VII.....	55
KESIMPULAN DAN SARAN.....	55
7.1 Kesimpulan.....	55
7.2 Saran.....	55
DAFTAR PUSTAKA	56
LAMPIRAN	63

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Pada akhir tahun 2019 di kota Wuhan, Provinsi Hubei, China ditemukan pertama kali kasus *coronavirus 2019* yang termasuk kluster pneumonia dengan etiologi yang belum jelas. Pada awal munculnya virus ini disebut dengan novel coronavirus (2019-nCoV). Pada tanggal 11 februari 2020, WHO mengumumkan secara resmi nama virus tersebut yaitu *Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2* (SARS-Cov-2) dan nama penyakitnya sebagai *Coronavirus disease 2019* (COVID-19). Pada tanggal 11 maret 2020, WHO menetapkan bahwa COVID-19 sebagai pandemik dunia dikarenakan virus ini sangat mudah menular sehingga dalam waktu singkat infeksiya sudah menyebar ke seluruh dunia (Kementrian Kesehatan RI, 2020; WHO, 2020d).

Jumlah kasus Covid 19 hingga pada tanggal 22 November 2020 seluruh dunia terdapat 57.882.183 kasus Covid 19 terkonfirmasi, 1.377.395 kasus meninggal. Untuk Indonesia terdapat 497.668 kasus Positif, 418.188 kasus sembuh, dan 15.884 kasus meninggal (covid 19.go.id). Sementara untuk Provinsi Sulawesi Utara terdapat 6.364 kasus Positif, 5.130 kasus sembuh, dan 234 kasus meninggal (<https://corona.sulutprov.go.id/>). Kota Manado 2433 kasus terkonfirmasi, 1854 kasus sembuh, 120 kasus meninggal, Dalam Perawatan 459 kasus. untuk Kelurahan Tingkulu memiliki 0 Kasus Positif, Pasien Dalam Pengawasan (PDP) 0, Orang Dalam Pemantauan (ODP) 1 Dengan jumlah kasus yang besar sangat di perlukan strategis pencegahan untuk menekan peningkatan jumlah kasus yang lebih parah (Yanti et al. 2020). Data di Indonesia per tanggal 1 Maret 2021 menunjukkan bahwa sebanyak 1.341.314 kasus terkonfirmasi positif COVID-19 dan sebanyak 36.325 kasus kematian serta 1.151.915 kasus dinyatakan telah sembuh dari COVID-19. Seiring data tersebut, provinsi Sulawesi Selatan memiliki sebanyak 56.339 kasus yang terkonfirmasi positif COVID-19, 51.788 kasus yang dinyatakan sembuh dan konfirmasi meninggal sebanyak 843 kasus. Terdapat 28.026 kasus konfirmasi positif COVID-19 yang tercatat di kota makassar pada Selasa, 1 Maret 2021. Hal ini didasari karena masih banyka nya masyarakat yang belum patuh pada peraturan pemerintah tentang protokol Kesehatan. Selain itu, kurangnya rasa waspada terhadap COVID-19 yang menyebar luas. Mencegah penyebaran dan penularan virus lebih luas ke seluruh masyarakat, maka pemerintah membuat serangkaian kebijakan untuk pencegahan penyebaran covid 19. Kebijakan yang di

buat pemerintah haruslah di patuhi oleh setiap masyarakat, kebijakan tersebut ada yang tertulis dan ada yang tidak tertulis. Yang tertulis seperti Undangundang (UU), Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (PERPRES), Peraturan Menteri (PERMEN), dan Peraturan Daerah (PERDA), maklumat Walikota. sedangkan kebijakan yang tidak tertulis seperti ajakan dari tokoh masyarakat, tokoh agama, pemerintah setempat yang berisi himbauan terkait dengan pencegahan covid 19. Strategis protokol kesehatan untuk pencegahan covid 19 sesuai pedoman Kementerian Kesehatan dan WHO yang dapat di lakukan oleh masyarakat adalah dengan menggunakan masker, rajin mencuci tangan dengan sabun dan menggunakan air mengalir, menjaga jarak dengan orang lain minimal 2 meter, hindar menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang belum di cuci, menerapkan etika batuk, membersihkan benda-benda sekitar sesering mungkin dengan menggunakan desinfektan, mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, dan melakukan aktivitas fisik (Kemenkes, 2020). Protokol kesehatan tidak akan di lakukan oleh masyarakat sebelum masyarakat memahami dengan benar bagaimana perilaku pencegahan yang tepat, karena itu masyarakat sangat perlu di bekali dengan pengetahuan, sikap, tindakan yang baik dalam pelaksanaannya. Di perlukan adanya sosialisasi, promosi-promosi kesehatan dari instansi terkait yang di percayai oleh masyarakat untuk mendapatkan perubahan perilaku (Azlan, 2020). untuk membuat masyarakat dapat memahami tentang pentingnya meningkatkan derajat kesehatan dan menjaga kesehatan dengan melakukan pencegahan maka masyarakat harus memiliki pengetahuan, sikap, dan tindakan agar supaya perubahan perilaku menjadi nyata.

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan survey tentang bagaimana perilaku masyarakat dalam penerapan protokol Kesehatan di Perumahan Antara Residence Tamalanrea Kota makassar.

2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana Gambaran Perilaku Masyarakat dalam Penerapan Protokol Kesehatan di Perumahan Antara Residence Tamalanrea Kota Makassar.

3. Tujuan Penelitian

3.1. Tujuan Umum

Untuk Menganalisis gambaran perilaku masyarakat dalam penerapan protokol kesehatan di perumahan antara residence tamalanrea kota makassar.

3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

3.2.1. Memperoleh gambaran tentang perilaku masyarakat dalam penerapan protokol kesehatan di Perumahan Antara Residence Tamalanrea Kota Makassar

3.2.2. Mengidentifikasi penerapan protokol Kesehatan di perumahan antara residence Tamalanrea Kota Makassar

4. Manfaat Penelitian

4.1. Teoritis

Manfaat teoritis pada penelitian ini adalah sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan memberikan informasi secara ilmiah yang berkaitan dengan gambaran tentang perilaku masyarakat dalam penerapan protokol Kesehatan di perumahan antara residence tamalanrea kota makassar.

4.2. Praktis

Manfaat praktis dalam penelitian ini adalah:

Hasil dari penelitian diharapkan dapat memberikan manfaat dan masukan dalam berbagai bidang, yaitu sebagai berikut:

a. Pemerintah

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menetapkan kebijakan atau program yang tepat dalam memberikan informasi mengenai penerapan protokol Kesehatan

b. Institusi Pendidikan.

Sebagai masukan bagi mahasiswa kedokteran tentang penerapan protokol Kesehatan yang baik dan benar.

c. Pelayanan Kesehatan

Sebagai masukan atau informasi yang berguna bagi pelayanan kesehatan untuk semakin meningkatkan promosi kesehatan mengenai penerapan protokol Kesehatan.

d. Peneliti dan Masyarakat

Manfaat bagi peneliti dan masyarakat adalah untuk mengetahui perilaku masyarakat dalam penerapan protokol Kesehatan yang baik dan benar.

5. Luaran Yang Diharapkan

Dari penelitian yang dilakukan, peneliti mengharapkan:

1. Hasil penelitian yang didapatkan dapat dipublikasikan di jurnal-jurnal sehingga dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi yang membacanya.
2. Dapat memberikan edukasi kepada masyarakat mengenai penerapan protokol kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. COVID-19

1.1. Definisi COVID-19

Coronavirus adalah virus RNA dengan ukuran partikel 120-160 nm. Virus ini utamanya menginfeksi hewan, termasuk di antaranya adalah kelelawar dan unta. Sebelum terjadinya wabah COVID-19, ada 6 jenis coronavirus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu alphacoronavirus 229E, alphacoronavirus NL63, betacoronavirus OC43, betacoronavirus HKU1, Severe Acute Respiratory Illness Coronavirus (SARS-CoV), dan Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV). Diketahui, asal mula virus ini berasal dari Wuhan, Tiongkok. Ditemukan pada akhir Desember 2019. Sampai saat ini sudah dipastikan terdapat 65 negara telah terjangkit virus saat ini. (Data WHO 2020)

1.2. Etiologi dan Patogenesis COVID-19

Patogenesis infeksi COVID-19 belum diketahui seutuhnya. Pada awalnya diketahui virus ini mungkin memiliki kesamaan dengan SARS dan MERS CoV, tetapi dari hasil evaluasi genomik isolasi dari 10 pasien, didapatkan kesamaan mencapai 99% yang menunjukkan suatu virus baru, dan menunjukkan kesamaan (identik 88%) dengan batderived severe acute respiratory syndrome (SARS)-like coronaviruses, batSL-CoVZC45 dan bat-SLCoVZXC21, yang diambil pada tahun 2018 di Zhoushan, Cina bagian Timur, kedekatan dengan SARS-CoV adalah 79% dan lebih jauh lagi dengan MERS-CoV (50%). Gambar 2 menunjukkan evaluasi filogenetik COVID-19 dengan berbagai virus corona. Analisis filogenetik menunjukkan COVID-19 merupakan bagian dari subgenus Sarbecovirus dan genus Betacoronavirus. Penelitian lain menunjukkan protein (S) memfasilitasi masuknya virus corona ke dalam sel target. Proses ini bergantung pada pengikatan protein S ke reseptor selular dan priming protein S ke protease selular. Penelitian hingga saat ini menunjukkan kemungkinan proses masuknya COVID-19 ke dalam sel mirip dengan SARS. Hal ini didasarkan pada kesamaan struktur 76% antara SARS dan COVID-19. Sehingga diperkirakan virus ini menarget Angiotensin Converting Enzyme 2 (ACE2) sebagai reseptor masuk dan menggunakan serine protease TMPRSS2 untuk priming S protein, meskipun hal ini masih membutuhkan penelitian lebih lanjut.

Proses imunologik dari host selanjutnya belum banyak diketahui. Dari data kasus yang ada, pemeriksaan sitokin yang berperan pada ARDS menunjukkan hasil terjadinya badai sitokin (cytokine storms) seperti pada kondisi ARDS lainnya. Dari penelitian sejauh ini, ditemukan beberapa sitokin dalam jumlah tinggi, yaitu: interleukin-1 beta (IL-1 β), interferon-gamma (IFN- γ), inducible protein/CXCL10 (IP10) dan monocyte chemoattractant protein 1 (MCP1) serta kemungkinan mengaktifkan T-helper-1 (Th1)

Selain sitokin tersebut, COVID-19 juga meningkatkan sitokin T-helper-2 (Th2) (misalnya, IL4 and IL10) yang mensupresi inflamasi berbeda dari SARS-CoV. Data lain juga menunjukkan, pada pasien COVID-19 di ICU ditemukan kadar granulocyte- colony stimulating factor (GCSF), IP10, MCP1, macrophage inflammatory proteins 1A (MIP1A) dan TNF α yang lebih tinggi dibandingkan pasien yang tidak memerlukan perawatan ICU. Hal ini mengindikasikan badai sitokin akibat infeksi COVID-19 berkaitan dengan derajat keparahan penyakit.

1.3.Epidemiologi COVID-19

Jumlah kasus COVID-19 terus meningkat sejak dilaporkannya kasus pertama pada Desember 2019 yang transmisinya berkaitan dengan hewan liar di pasar seafood atau live market Huanan di Wuhan. Puncak penambahan kasus yang dikonfirmasi di China terjadi pada akhir Januari hingga pertengahan Februari 2020. Kemudian persebaran COVID-19 terus terjadi hingga ke provinsi lain, seluruh China, dan negara- negara di luar China. Sejumlah kasus yang diidentifikasi berada di luar China, sebagian besar terjangkau COVID-19 di China dan kemudian melakukan perjalanan keluar China (Ahn et al., 2020).

Pada saat ini, jumlah kasus secara global telah menunjukkan peningkatan drastis dalam waktu singkat. Kasus yang dikonfirmasi dan angka kematian di luar China meningkat dari 2.798 menjadi 17.391 dimulai saat 27 Januari 2020 hingga 3 Februari 2020 dan jumlah negara yang terinfeksi terus meningkat.

WHO menyatakan Amerika dan Eropa sebagai pusat persebaran baru karena peningkatan kasus yang sangat besar. Pada 23 Maret 2020, Amerika Serikat melaporkan jumlah penambahan kasus terbanyak (16.354) diikuti oleh Italia (5560), Spanyol (3646), dan Jerman (3311) (World Health Organization, 2020). COVID-19 pertama yang dilaporkan di Indonesia pada tanggal 2 Maret 2020. Kasus terus meningkat dan menyebar dengan cepat di seluruh wilayah Indonesia. Sampai dengan tanggal 25 Maret 2020, dilaporkan total kasus konfirmasi 414.179 dengan 18.440 kematian (CFR 4,4%) dimana kasus dilaporkan di 192

negara/ wilayah. Diantara kasus tersebut, sudah ada beberapa petugas kesehatan yang dilaporkan terinfeksi. (Kemenkes RI, 2020) Data 20 Maret 2020 sebagai awal dari kasus COVID-19 di Sulawesi Selatan yang terus meningkat dan pada tanggal 1 April 2020 dilaporkan 69 kasus (meninggal, sembuh, dan aktif) di Sulawesi Selatan dan 29 kasus diantaranya dari Kota Makassar. Dilaporkan pada 1 Juni 2020 terdapat 1.591 kasus di Sulawesi Selatan dan 183 kasus diantaranya di Kota Makassar (Sulselprov.go.id, 2020).

1.4. Transmisi COVID-19

Saat ini, transmisi SARS-CoV-2 melalui droplet respiratory dan kontak merupakan sumber transmisi utama. Droplet respiratory dihasilkan saat batuk atau bersin. Mikroba droplet respiratory memiliki diameter $>5-10\mu\text{m}$ dan transmisi ini memiliki risiko tinggi pada orang yang berada dalam kontak erat (jarak $\leq 1\text{m}$) dengan orang yang menunjukkan gejala-gejala gangguan pernapasan (batuk, bersin) atau sedang berbicara. Dalam keadaan ini, droplet respiratory yang mengandung virus dapat mencapai mulut, hidung, mata orang yang rentan dan menimbulkan infeksi. Percikan ini dapat jatuh pada permukaan benda di mana virus tetap aktif, dan menyebabkan lingkungan sekitar orang yang terjangkit COVID-19 dapat menjadi sumber penularan (penularan kontak) (World Health Organization, 2020).

WHO memberikan bukti bahwa COVID-19 umumnya ditularkan oleh kasus- kasus terkonfirmasi laboratorium simptomatik (orang yang terjangkit COVID-19 dan menunjukkan gejala). Masa inkubasi dimulai dari jangka waktu terpapar virus sampai dengan munculnya (onset) gejala adalah 5-6 hari, tetapi masa inkubasi ini bisa mencapai 14 hari.

Jangka waktu ini merupakan masa “prasimptomatik”, dan beberapa orang yang terinfeksi pada masa ini dapat menjadi sumber transmisi ke orang lain. Kasus terkonfirmasi laboratorium prasimptomatik adalah orang yang terjangkit COVID-19 dan belum menunjukkan gejala. Sedangkan kasus terkonfirmasi laboratoium asimptomatik adalah orang 8 yang terjangkit COVID-19 dan tidak menunjukkan gejala (World Health Organization, 2020).

Transmisi melalui udara merupakan transmisi SARS-CoV-2 yang berbeda dengan transmisi droplet saluran napas. Transmisi ini merupakan persebaran agen infeksius oleh persebaran droplet nuclei (aerosol) yang tetap infeksius saat melayang di udara dan bergerak hingga jarak jauh.¹⁵ Transmisi ini mengarah pada mikroba dalam percikan dengan diameter

1m. Droplet nuclei terjadi pada beberapa tindakan yang menghasilkan aerosol, seperti intubasi endotrakeal, bronkoskopi, terapi inhalasi nebulisasi, ventilasi bag-mask, melepaskan pasien dari ventilator, dan ventilasi tekanan positif noninvasif. Suatu penelitian eksperimen dengan mengukur jumlah droplet berbagai ukuran yang tetap melayang di udara (airborne) selama berbicara. Para penulis menyatakan pengukuran ini merupakan hipotesis aksi independen yang belum divalidasi untuk manusia dan SARS-CoV-2 (World Health Organization, 2020).

1.5. Virologi COVID-19

Coronavirus merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul, tidak bersegmen, dan memiliki ukuran 120-160 nm. Sebelum terjadi wabah COVID-19, terdapat 6 jenis coronavirus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu alphacoronavirus 229E, alphacoronavirus NL63, betacoronavirus OC43, betacoronavirus HKU1, Severe Acute Respiratory Illness Coronavirus (SARS-CoV), dan Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) (Susilo et al., 2020). Pada partikel coronavirus, sebuah nukleoprotein (N) membungkus genom RNA untuk membentuk struktur seperti tabung yang melingkar. Selubung virus (E) mengelilingi nukleokapsid berbentuk heliks, kemudian dua atau tiga protein struktural dikaitkan dengan selubung virus. Protein matriks (M) tertanam pada selubung. Protein spike (S) yang berada pada selubung merupakan target dari antibodi penetralisir. Hemagglutinin esterase ditemukan pada beberapa Betacoronavirus. Coronavirus memiliki 5 gen yang penting untuk 4 protein struktural (N, E, M, S) dan untuk replikasi virus (RNA dependent RNA polymerase, RdRp) (Park, 2020).

Hasil analisis filogenetik menunjukkan bahwa virus ini masuk dalam genus Betacoronavirus dan subgenus yang sama dengan coronavirus yang menyebabkan wabah Severe Acute Respiratory Illness (SARS17) pada tahun 2002-2004, yaitu Sarbecovirus. Atas dasar ini, pada 11 Februari 2020, International Committee in Taxonomy of Viruses (ICTV) mengajukan nama SARS-CoV-2 (Susilo et al., 2020). Untuk melihat sumber COVID-19, peneliti dari CDC China mengumpulkan 585 sampel dari pasar seafood atau live market di Wuhan, dan didapatkan hasil bahwa urutan genetik dari SARS-CoV-2 memiliki kemiripan dengan beberapa gen beta (β) coronavirus yang diidentifikasi pada kelelawar. Kemudian untuk melihat urutan genetik berikutnya, dilakukan penelitian dengan metode Bronchoalveolar Lavage (BAL) dan isolat kultur pada 9 pasien di Wuhan dengan pneumonia virus dan negatif pada patogen pernapasan umum, melalui penelitian tersebut

didapatkan hasil bahwa tingkat persebaran SARS-CoV-2 jauh lebih tinggi dibandingkan SARS-CoV (dengan urutan genetik 79%) dan MERS-CoV (dengan 7 urutan genetik 50%) dibandingkan dengan bat-SL-CoVZC45 (dengan urutan genetik 87.9%) dan bat-SL-CoVZXC21 (dengan urutan genetik 87.2%) (Adhikari et al., 2020).

Pada pasien yang terinfeksi SARS-CoV-2, salah satu komplikasi yang menjadi penyebab utama kematian adalah Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). Terdapat beberapa sitokin yang berkontribusi dalam terjadinya ARDS, yaitu sitokin proinflamatori (IL-6, IL-8, IL-1 β , GM-CSF, ROS) dan kemokin (CCL2, CCL5, IFN- γ , inducible protein / CXCL 10 (IP10), CCL3). Hasil menunjukkan bahwa adanya infeksi SARS-CoV-2, titer virus yang tinggi, dan disregulasi respon sitokin atau kemokin menyebabkan terjadinya badai sitokin (cytokine storms) seperti pada kondisi ARDS lainnya (Ye, Wang and Mao, 2020).

1.6. Pola Persebaran

COVID-19 merupakan penyakit yang secara geografis penyebarannya sangat cepat dan penting untuk memahami pola penyebarannya. Pola persebaran berdasarkan wilayah, terdiri atas beberapa kategori risiko, yaitu tidak terdampak, risiko rendah, risiko sedang, dan risiko tinggi (Satuan Tugas Penanganan COVID-19, 2020).



Gambar 2.1 Persebaran Risiko COVID-19 Pada 8 Juni

2020 Sumber: Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19

(<https://covid19.go.id/p/berita/infografis-covid-19-8-juni-2020>)



Gambar 2.2 Persebaran Risiko COVID-19 Pada 15 Juni

2020 Sumber: Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19

(<https://covid19.go.id/p/berita/infografis-covid-19-15-juni-2020>)

1.7. Faktor resiko

Berdasarkan laporan kasus dari International Health Regulation pada 6 Mei 2020, didapatkan hanya 40% (atau 1.434.773) dari 3.588.773 kasus COVID-19 yang terkonfirmasi secara global dan dilaporkan oleh WHO berdasarkan usia dan jenis kelamin. Analisis awal menunjukkan distribusi infeksi yang relatif merata antara laki-laki (53%) dan perempuan (47%), dengan beberapa variasi kelompok usia (World Health Organization, 2020). Laki-laki memiliki tingkat kematian 2-3 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan. Adanya gangguan multi organ pada laki-laki dapat menjelaskan perjalanan klinis yang lebih buruk yang ditandai dengan peningkatan ureum dan kreatinin secara signifikan yang menyebabkan kerusakan eGFR. Perbedaan imunologi berdasarkan jenis kelamin dan polimorfisme genetik juga memiliki peran dalam hasil yang berbeda antara kedua jenis kelamin dalam menanggapi infeksi SARS-CoV-2 (Hachim et al., 2020).

SARS-CoV-2 dapat menginfeksi orang dari segala usia. Namun didapatkan bahwa ada kelompok yang memiliki risiko lebih tinggi terjangkit COVID-19 yang berat (severe) yaitu pada usia di atas 60 tahun dan orang dengan penyakit komorbid (seperti penyakit kardiovaskular, diabetes, penyakit pernapasan kronis, dan kanker).

Risiko berat (severe) ini secara bertahap akan meningkat seiring bertambahnya usia.

(World Health Organization, 2020c) Status perokok aktif memiliki risiko terjangkit COVID-19 yang berat karena didapatkan adanya peningkatan ekspresi ACE2 sebagai reseptor masuknya SARS CoV-2 di paru-paru (Li et al., 2020).

Pekerja esensial seperti petugas layanan kesehatan memiliki risiko tujuh kali lipat lebih besar untuk terjangkit COVID-19. Lain halnya pada pekerja non-esensial seperti pekerja sosial dan transportasi yang memiliki risiko dua kali lipat lebih tinggi. Risiko yang tinggi pada petugas layanan kesehatan tidak berkurang setelah dilakukan penyesuaian dengan faktor sosial ekonomi, kesehatan, dan gaya hidup. Berbeda halnya dengan pekerja non-esensial yang dapat dilemahkan setelah penyesuaian faktor sosial ekonomi (Mutambudzi et al., 2020).

Dalam hal risiko infeksi SARS-CoV-2 dari segi domisili berdasarkan kepadatan penduduk yang merupakan banyaknya penduduk per satuan luas, kepadatan penduduk diperkirakan berpengaruh positif terhadap populasi persebaran virus dan memiliki pengaruh yang signifikan. Karena setiap kali kepadatan meningkat sebesar 1 individu / km², terjadi peningkatan jumlah kasus. Walaupun ada beberapa studi yang tidak menguatkan bahwa kepadatan adalah penentu utama risiko persebaran, serta didapatkan adanya perbedaan relasi dari suatu wilayah ke wilayah lainnya (Kadi and Khelfaoui, 2020). Pasien kanker memiliki risiko lebih rentan dan menunjukkan tingginya prevalensi terhadap infeksi SARS-CoV-2 yang berat karena adanya gangguan immunosupresif sistemik pada pasien yang disebabkan oleh keganasan, kemoterapi, dan operasi. Oleh karena itu, pasien kanker memiliki risiko tinggi untuk terjangkit COVID-19 dan memiliki prognosis yang buruk (Liang et al., 2020). Pasien dengan kerusakan hati kronik atau sirosis hati merupakan salah satu risiko terjangkitnya seseorang terhadap COVID-19 karena mengalami penurunan respon imun. Sekitar 2-10% pasien dengan COVID-19 mengalami diare dan ditemukannya RNA SARS-CoV-2 pada sampel tinja dan darah. Bukti ini berimplikasi pada adanya pajanan virus di hati. Untuk pasien dengan hepatitis B kronik fase immunotolerant atau dengan penekanan virus menggunakan nucleoside analogues jangka panjang, diperlukan studi lebih lanjut untuk membuktikan bahwa kerusakan hati dan replikasi virus akan aktif setelah koinfeksi dengan SARS-CoV-2 (Zhang, Shi and Wang, 2020). CDC menetapkan beberapa faktor risiko lain, seperti asma, cerebrovascular disease, fibrosis kistik, HIV, demensia, kehamilan, dan thalassemia. Serta risiko luasnya persebaran COVID-19, yaitu adanya kontak erat, riwayat perjalanan di daerah yang melaporkan terdapat penularan COVID-19, tinggal bersama pasien COVID-19, tinggal di suatu lingkungan namun tidak kontak erat, dan tenaga medis sebagai salah 25 satu populasi yang berisiko tinggi transmisi COVID-19 (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

1.8. Manifestasi COVID-19

Penelitian CDC China menunjukkan diantara 44.672 kasus yang dikonfirmasi, 86.6% dari pasien yang dikonfirmasi berusia 30 hingga 79 tahun, 80.9% pneumonia ringan, 13.8% adalah kasus berat, dan 4.7% adalah kasus kritis. Pasien dengan komorbiditas memiliki tingkat fatalitas kasus yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak memiliki komorbiditas (Liu and Bing, 2020). Sebagian besar pasien COVID-19 menunjukkan gejala seperti demam (83- 99%), batuk (59-82%), kelelahan (44-70%), anoreksia (40-84%), sesak napas (31- 40%), mialgia (11–35) %. Gejala non-spesifik lainnya, seperti sakit tenggorokan, hidung tersumbat, sakit kepala, diare, mual dan muntah, juga telah dilaporkan.

Kehilangan kemampuan penciuman (anosmia) atau hilang totalnya indera perasa sebelum timbul gejala pernapasan. WHO mengklasifikasikan empat tingkat COVID-19 berdasarkan tingkat keparahannya, yaitu ringan (mild), sedang (moderate), berat (severe), dan kritis (critical) seperti terlihat pada tabel 1 (World Health Organization, 2020).

Tabel 2.1 Tingkat Keparahan COVID-19

Ringan atau mild	Seperti manifestasi klinis diatas tanpa pneumonia virus atau hipoksia.
------------------	--

Sedang atau moderate (Pneumonia)	<ul style="list-style-type: none"> • Remaja atau dewasa dengan gambaran klinis pneumonia (demam, batuk, dyspnoea, pernapasan cepat) tanpa tandatanda pneumonia berat, termasuk $SpO_2 \geq 90\%$ pada suhu kamar. • Anak-anak dengan gambaran klinis pneumonia tidak berat/non-severe (batuk)atau sulit bernapas disertai pernapasan cepat dan / chest- indrawing) dan tidak ada tanda pneumonia berat. <p>Pernapasan cepat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 2 bulan: ≥ 60 • 2–11 bulan: ≥ 50 • 1–5 tahun: ≥ 40
----------------------------------	---

<p>Berat atau severe (Pneumonia Berat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remaja atau dewasa, dengan gambaran klinis pneumonia, disertai salah satu dari: laju pernapasan >30 kali/menit, pernapasan berat, SpO2 < 90% pada suhu kamar. • Anak, dengan gambaran klinis pneumonia (batuk atau sulit bernapas) disertai salah satu dari: sianosis sentral, severe respiratory distress (pernapasan cepat, merintih/ grunting, dada sangat dalam), tidak mampu minum, tidak sadar, kejang-kejang. Pernapasan cepat: <ul style="list-style-type: none"> ▪ < 2 bulan: ≥ 60 ▪ 2–11 bulan: ≥ 50 • 1–5 tahun: ≥ 40
--	--

Kritis atau critical (ARDS)	<p>Serangan dalam 1 minggu dari gambaran klinis (pneumonia atau gangguan pernapasan yang baru atau memburuk).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan oksigenasi pasien kasus kritis pada dewasa terbagi atas tiga, yaitu: <ol style="list-style-type: none"> 1. ARDS Ringan: $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (dengan) PEEP atau CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ HAI). 2. ARDS sedang: $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ (dengan PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ HAI). 3. ARDS parah: $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ (dengan PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ HAI). • Gangguan oksigenasi pasien kasus kritis pada anak-anak: <ol style="list-style-type: none"> 4. Bilevel (NIV atau CPAP) $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ via masker wajah penuh: $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ atau $\text{SpO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 264$. 5. ARDS ringan (berventilasi invasif): $4 \leq \text{OI} < 8$ atau $5 \leq \text{OSI} < 7.5$. 6. ARDS sedang (berventilasi invasif): $8 \leq \text{OI} < 16$ atau $7,5 \leq \text{OSI} < 12.3$. 29• ARDS parah (berventilasi invasif): $\text{OI} \geq$ atau $\text{OSI} \geq 12,3$.
-----------------------------	--

<p>Kritis atau critical (Sepsis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dewasa: adanya disfungsi organ yang mengancam jiwa yang disebabkan oleh respon host yang tidak teratur terhadap suspek atau curiga adanya infeksi. Tanda- tanda disfungsi organ meliputi: perubahan status mental, sulit atau cepat bernapas, saturasi oksigen rendah, berkurangnya output urin, denjut jantung cepat, denyut nadi lemah, ekstremitas dingin atau tekanan darah rendah, bintik pada kulit, koagulopati, trombositopenia, asidosis, laktat tinggi, atau hyperbilirubinemia.
	<ul style="list-style-type: none"> • Anak-anak: suspek atau curiga adanya infeksi disertai ≥ 2 systemic inflammatory response syndrome (SIRS), dan salah satu dari abnormalnya temperatur atau jumlah sel darah putih.

Kritis atau critical (Syok Sepsis)	<ul style="list-style-type: none"> • Dewasa: hipotensi persisten meskipun resusitasi volume, membutuhkan vasopresor untuk mempertahankan MAP \geq 65 mmHg dan tingkat serum laktat $>$ 2 mmol / L. • Anak-anak: hipotensi apapun (SBP $<$5 centile atau $>$2 SD di bawah normal untuk usia) atau dua atau tiga hal berikut: mengubah status mental; bradikardia atau takikardia (HR $<$90 bpm atau $>$160 bpm pada bayi dan denyut jantung $<$70 bpm atau $>$150 bpm pada anak-anak); isi ulang kapiler yang berkepanjangan ($>$ 2 detik) atau pulse lemah; bernapas cepat; kulit berbintikbintik atau dingin atau ruam petekie atau purpura; laktat tinggi; berkurangnya output urin; hipertermia atau hipotermia.
------------------------------------	--

Pemeriksaan Penunjang (PDPI, 2020) Pemeriksaan penunjang yang dilakukan, yaitu:

1. Pemeriksaan laboratorium:

- a. Nucleic Acid Amplification Test (NAAT) merupakan metode yang sangat sensitive dan spesifik untuk mendeteksi genom virus. Real- time Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction (rRT- PCR) adalah NAAT yang telah dikembangkan untuk mendeteksi RNA SARS-CoV-2 pada spesimen sistem pernapasan atas dan bawah. Tingkat spesifisitas bergantung dari urutan/sekuens primer dan probe pada Polymerase Chain Reaction (PCR) yang harus memiliki homologi jauh lebih baik dari gen lain yang terdapat dalam sampel (Zhao et al., 2020).
- b. Pemeriksaan serologis digunakan untuk mengidentifikasi apakah orang tersebut telah terpapar patogen tertentu dengan melihat 36 respon imun. Jenis pemeriksaan serologis yaitu, Rapid diagnostic test (RDT), Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), tes netralisasi (Neutralization assay), dan Chemiluminescent immunoassay (CLIA) (Kobokovich, West and Grovall, 2020).

- c. C-reactive protein (CRP) dapat digunakan sebagai diagnosis dini pneumonia, dan pasien dengan pneumonia berat memiliki kadar CRP yang tinggi. Kadar CRP berhubungan dengan lesi paru dan tingkat keparahan penyakit. Hal ini menunjukkan bahwa pada tahap awal COVID-19, kadar CRP dapat mencerminkan tingkat keparahan penyakit dan digunakan sebagai indikator utama monitoring (Wang, 2020).
 - d. Urutan virus (viral sequencing) juga dapat memberikan
 - e. konfirmasi keberadaan virus dan melihat mutasi genom virus yang merupakan tindakan pencegahan dan tes diagnostik (World Health Organization, 2020).
2. Pemeriksaan radiologi: Computed Tomography Scan (CT scan) memiliki peran penting dalam diagnosis dan evaluasi COVID-19. Gambaran pencitraan yang khas pada CT toraks adalah Ground-glass opacification (GGO) bilateral dan multifokal pada perifer paru (Tu et al., 2020). Berdasarkan Panduan Surveilans Global WHO, COVID-19 per 20 Maret 2022, definisi terjangkitnya COVID-19 diklasifikasikan sebagai berikut: (World Health Organization, 2020)

1. Kasus Terduga (suspect case)

- a. Pasien dengan gangguan napas akut (demam dan setidaknya satu tanda atau gejala penyakit pernapasan, seperti batuk, sesak napas), dan riwayat perjalanan atau tinggal di daerah yang melaporkan adanya penularan COVID-19 selama 14 hari sebelum (onset) gejala.
- b. Pasien dengan gangguan napas akut dan mempunyai kontak dengan kasus terkonfirmasi atau probable COVID-19 dalam 14 hari terakhir sebelum (onset) gejala.
- c. Pasien dengan gejala pernapasan berat (demam dan setidaknya satu tanda/gejala penyakit pernapasan, seperti batuk, sesak napas, dan memerlukan rawat inap), dan tidak adanya alternatif diagnosis lain yang secara lengkap dapat menjelaskan presentasi klinis tersebut.

2. Kasus probable (probable case)

- a. Kasus terduga dengan hasil tes dari COVID-19 inkonklusif.

- b. Kasus terduga dengan hasil tes yang tidak dapat dikerjakan karena alasan apapun.
3. Kasus terkonfirmasi, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan laboratorium dinyatakan positif terinfeksi COVID-19, terlepas dari ada atau tidak adanya gejala dan tanda klinis.

Kontak adalah orang yang mengalami satu dari empat kejadian selama 2 hari sebelum dan 14 hari setelah (onset) gejala dari kasus probable atau kasus terkonfirmasi. Yang termasuk dalam empat kejadian tersebut, yaitu:

1. Kontak tatap muka dengan kasus probable atau terkonfirmasi dalam radius 1 meter dan lebih dari 15 menit.
2. Kontak fisik langsung dengan 39 kasus probable atau terkonfirmasi.
3. Merawat secara langsung pasien probable atau terkonfirmasi COVID-19 tanpa menggunakan alat pelindung diri (APD) yang sesuai.
4. Situasi lain sesuai indikasi penilaian lokasi lokal.

Klasifikasi COVID-19 di Indonesia saat ini didasarkan pada buku panduan tatalaksana pneumonia COVID-19 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). Terdapat sedikit perbedaan dengan klasifikasi World Health Organization (WHO), yaitu kasus suspek disebut dengan Pasien Dalam Pengawasan (PDP) dan Orang Dalam Pemantauan (ODP). Istilah kasus probable yang sebelumnya terdapat pada panduan Kemenkes RI dan WHO, saat ini sudah tidak ada. Berikut klasifikasi COVID-19 berdasarkan buku Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19) per 27 Maret 2020.

1. Pasien Dalam Pengawasan (PDP) atau Risiko Tinggi
 - a. Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yaitu demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; disertai dengan salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan (batuk, sesak napas, sakit tenggorokan, pilek, pneumonia ringan hingga berat), dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan, dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal.

- b. Orang dengan demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; atau Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.
 - c. Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) berat atau pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit, dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.
2. Orang Dalam Pemantauan (ODP) atau Risiko Sedang
- a. Orang yang mengalami demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; atau gejala gangguan sistem pernapasan (pilek, sakit tenggorokan, batuk), dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan, dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal.
 - b. Orang yang mengalami gejala gangguan sistem pernapasan (pilek, sakit tenggorokan, batuk), dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.
3. Orang Tanpa Gejala (OTG), yaitu orang yang tidak bergejala dan memiliki risiko tertular dari orang yang terkonfirmasi COVID-19. Orang tanpa gejala merupakan seseorang dengan riwayat kontak erat dengan kasus yang terkonfirmasi COVID-19. Kontak erat merupakan seseorang yang melakukan kontak fisik atau berada dalam ruangan; atau berkunjung dalam radius 1 meter dengan kasus pasien dalam pengawasan atau terkonfirmasi pada 2 hari sebelum timbul gejala dan hingga 14 hari setelah timbul gejala. Yang termasuk dalam kontak erat, yaitu:
- a. Petugas kesehatan yang memeriksa, merawat, mengantar, dan membersihkan ruangan tempat perawatan kasus tanpa menggunakan alat pelindung diri (APD) sesuai standar.
 - b. Orang yang berada dalam suatu ruangan (tempat kerja, kelas, rumah, acara besar) yang sama dengan kasus dalam 2 hari sebelum timbul gejala dan hingga 14 hari setelah timbul gejala.
 - c. Orang yang bepergian bersama dalam radius 1 meter dengan kendaraan dalam 2 hari sebelum timbul gejala dan hingga 14 hari setelah timbul gejala.
4. Kasus Konfirmasi, yaitu pasien yang terjangkit COVID-19 dengan hasil pemeriksaan tes positif melalui pemeriksaan Polymerase Chain Reaction (PCR).

Serta adanya kategori orang dengan risiko rendah, yaitu:

1. Orang yang tidak terdapat gejala atau tanda penyakit pernapasan seperti batuk/ sesak napas/ sakit tenggorokan/ pilek/ pneumonia ringan hingga berat dan demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; serta tidak ada faktor risiko, yaitu tidak pernah memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi atau probabel COVID-19 dan tidak pernah memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di wilayah yang melaporkan transmisi lokal
2. Orang yang terdapat gejala atau tanda penyakit pernapasan seperti batuk/ sesak napas/ sakit tenggorokan/ pilek/ pneumonia ringan hingga berat dan demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; namun tidak ada faktor risiko, yaitu tidak pernah memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi atau probabel COVID-19 dan tidak pernah memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di wilayah yang melaporkan transmisi lokal.

1.9. Tatalaksana COVID-19 (Burhan et al., 2020)

1. Tanpa Gejala

a. Isolasi dan Pemantauan

- Isolasi mandiri di rumah selama 10 hari sejak pengambilan spesimen diagnosis konfirmasi, baik isolasi mandiri di rumah maupun di fasilitas publik yang dipersiapkan pemerintah.
- Pasien dipantau melalui telepon oleh petugas Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
- Kontrol di FKTP terdekat setelah 10 hari karantina untuk pemantauan klinis

b. Non-farmakologis

Berikan edukasi terkait tindakan yang perlu dikerjakan (leaflet untuk dibawa ke rumah):

- Pasien :
 - Selalu menggunakan masker jika keluar kamar dan saat berinteraksi dengan anggota keluarga
 - Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau hand sanitizer sesering mungkin.
 - Jaga jarak dengan keluarga (physical distancing)
 - Upayakan kamar tidur sendiri / terpisah
 - Menerapkan etika batuk (Diajarkan oleh tenaga medis)

- Alat makan-minum segera dicuci dengan air/sabun
 - Berjemur matahari minimal sekitar 10-15 menit setiap harinya (sebelum jam 9 pagi dan setelah jam 3 sore).
 - Pakaian yg telah dipakai sebaiknya dimasukkan dalam kantong plastik / wadah tertutup yang terpisah dengan pakaian kotor keluarga yang lainnya sebelum dicuci dan segera dimasukkan mesin cuci
 - Ukur dan catat suhu tubuh 2 kali sehari (pagi dan malam hari)
 - Segera beri informasi ke petugas pemantau/FKTP atau keluarga jika terjadi peningkatan suhu tubuh $> 38^{\circ}\text{C}$.
- Lingkungan/kamar :
 - Perhatikan ventilasi, cahaya dan udara
 - Membuka jendela kamar secara berkala
 - Bila memungkinkan menggunakan APD saat membersihkan kamar (setidaknya masker, dan bila memungkinkan sarung tangan dan goggle).
 - Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau hand sanitizer sesering mungkin.
 - Bersihkan kamar setiap hari, bisa dengan air sabun atau bahan desinfektan lainnya.
- Keluarga :
 - Bagi anggota keluarga yang berkontak erat dengan pasien sebaiknya memeriksakan diri ke FKTP/Rumah Sakit.
 - Anggota keluarga senantiasa pakai masker
 - Jaga jarak minimal 1 meter dari pasien
 - Senantiasa mencuci tangan
 - Jangan sentuh daerah wajah kalau tidak yakin tangan bersih
 - Ingat senantiasa membuka jendela rumah agar sirkulasi udara tertukar
 - Bersihkan sesering mungkin daerah yg mungkin tersentuh pasien misalnya gagang pintu dll.
 -
 -

c. Farmakologi

- Bila terdapat penyakit penyerta/komorbid, dianjurkan untuk tetap melanjutkan pengobatan yang rutin dikonsumsi. Apabila pasien rutin meminum terapi obat antihipertensi dengan golongan obat ACE- inhibitor dan Angiotensin Reseptor Blocker perlu berkonsultasi ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam atau Dokter Spesialis Jantung
- Vitamin C (untuk 14 hari), dengan pilihan :
 - Tablet Vitamin C non acidic 500 mg/6-8 jam oral (untuk 14 hari)
 - Tablet isap vitamin C 500 mg/12 jam oral (selama 30 hari)
 - Multivitamin yang mengandung vitamin C 1-2 tablet /24 jam (selama 30 hari),
 - Dianjurkan multivitamin yang mengandung vitamin C,B, E, Zink
- Vitamin D
 - Suplemen: 400 IU-1000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet, kapsul, tablet effervescent, tablet kunyah, tablet hisap, kapsul lunak, serbuk, sirup)
 - Obat: 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet 1000 IU dan tablet kunyah 5000 IU)
- Obat-obatan suportif baik tradisional (Fitofarmaka) maupun Obat Modern Asli Indonesia (OMAI) yang teregistrasi di BPOM dapat dipertimbangkan untuk diberikan namun dengan tetap memperhatikan perkembangan kondisi klinis pasien.
- Obat-obatan yang memiliki sifat antioksidan dapat diberikan.

2. Derajat Ringan

a. Isolasi dan Pemantauan

- Isolasi mandiri di rumah/ fasilitas karantina selama maksimal 10 hari sejak muncul gejala ditambah 3 hari bebas gejala demam dan gangguan pernapasan. Jika gejala lebih dari 10 hari, maka isolasi dilanjutkan hingga gejala hilang ditambah dengan 3 hari bebas gejala. Isolasi dapat dilakukan mandiri di rumah maupun di fasilitas publik yang dipersiapkan pemerintah..
- Petugas FKTP diharapkan proaktif melakukan pemantauan kondisi pasien.
- Setelah melewati masa isolasi pasien akan kontrol ke FKTP terdekat.

b. Non Farmakologis

Edukasi terkait tindakan yang harus dilakukan (sama dengan edukasi tanpa gejala).

c. Farmakologis

- Vitamin C dengan pilihan:
 - Tablet Vitamin C non acidic 500 mg/6-8 jam oral (untuk 14 hari)
 - Tablet isap vitamin C 500 mg/12 jam oral (selama 30 hari)
 - Multivitamin yang mengandung vitamin c 1-2 tablet /24 jam (selama 30 hari),
 - Dianjurkan vitamin yang komposisi mengandung vitamin C, B, E, zink
- Vitamin D
 - Suplemen: 400 IU-1000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet, kapsul, tablet effervescent, tablet kunyah, tablet hisap, kapsul lunak, serbuk, sirup)
 - Obat: 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet 1000 IU dan tablet kunyah 5000 IU)
- Azitromisin 1 x 500 mg perhari selama 5 hari
- Antivirus :

- Oseltamivir (Tamiflu) 75 mg/12 jam/oral selama 5- 7 hari (terutama bila diduga ada infeksi influenza) ATAU
- Favipiravir (Avigan sediaan 200 mg) loading dose 1600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg (hari ke 2-5)
- Pengobatan simptomatis seperti parasetamol bila demam.
- Obat-obatan suportif baik tradisional (Fitofarmaka) maupun Obat Modern Asli Indonesia (OMAI) yang teregistrasi di BPOM dapat dipertimbangkan untuk diberikan namun dengan tetap memperhatikan perkembangan kondisi klinis pasien.
- Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada

3. Derajat Sedang

a. Isolasi dan Pemantauan

- Rujuk ke Rumah Sakit ke Ruang Perawatan COVID-19/
Rumah Sakit Darurat COVID-19
- Isolasi di Rumah Sakit ke Ruang Perawatan COVID-19/
Rumah Sakit Darurat COVID-19

b. Non Farmakologis

- Istirahat total, asupan kalori adekuat, kontrol elektrolit, status hidrasi/terapi cairan, oksigen
- Pemantauan laboratorium Darah Perifer Lengkap berikut dengan hitung jenis, bila memungkinkan ditambahkan dengan
CRP, fungsi ginjal, fungsi hati dan foto toraks secara berkala.

c. Farmakologis

- Vitamin C 200 – 400 mg/8 jam dalam 100 cc NaCl 0,9%
habis dalam 1 jam diberikan secara drip Intravena (IV) selama perawatan

- Diberikan terapi farmakologis berikut :
 - Azitromisin 500 mg/24 jam per iv atau per oral (untuk 5-7 hari) **atau** sebagai alternatif Levofloksasin dapat diberikan apabila curiga ada infeksi bakteri: dosis 750 mg/24 jam per iv atau per oral (untuk 5-7 hari). Ditambah
 - Salah satu antivirus berikut :

Favipiravir (Avigan sediaan 200 mg) loading dose 600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg (hari ke 2-5) atau Remdesivir 200 mg IV drip (hari ke-1) dilanjutkan 1x100 mg IV drip (hari ke 2-5 atau hari ke 2-10)
- Antikoagulan LMWH/UFH berdasarkan evaluasi DPJP (lihat halaman 66-75)
- Pengobatan simtomatis (Parasetamol dan lain-lain).
- Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada

4. Derajat Berat atau Kritis

a. Isolasi dan Pemantauan

- Isolasi di ruang isolasi Rumah Sakit Rujukan atau rawat secara kohorting
- Pengambilan swab untuk PCR.

b. Non Farmakologis

- Istirahat total, asupan kalori adekuat, kontrol elektrolit, status hidrasi (terapi cairan), dan oksigen
- Pemantauan laboratorium Darah Perifer Lengkap beriku dengan hitung jenis, bila memungkinkan ditambahkan dengan CRP, fungsi ginjal, fungsi hati, Hemostasis, LDH, Ddimer.
- Pemeriksaan foto toraks serial bila perburukan • Monitor tanda-tanda sebagai berikut ;
 - Takipnea, frekuensi napas ≥ 30 x/min,
 - Saturasi Oksigen dengan pulse oximetry $\leq 93\%$ (di jari), PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mmHg,

- Peningkatan sebanyak >50% di keterlibatan area paru- paru pada pencitraan thoraks dalam 24-48 jam,
 - Limfopenia progresif,
 - Peningkatan CRP progresif,
 - Asidosis laktat progresif.
- Monitor keadaan kritis
 - Gagal napas yg membutuhkan ventilasi mekanik, syok atau gagal multiorgan yang memerlukan perawatan ICU.
 - Bila terjadi gagal napas disertai ARDS pertimbangkan penggunaan ventilator mekanik (**alur gambar 1**)
 - 3 langkah yang penting dalam pencegahan perburukan penyakit, yaitu sebagai berikut
 - Gunakan high flow nasal cannula (HFNC) atau non-invasive mechanical ventilation (NIV) pada pasien dengan ARDS atau efusi paru luas. HFNC lebih disarankan dibandingkan NIV. (alur gambar 1)
 - Pembatasan resusitasi cairan, terutama pada pasien dengan edema paru.
 - Posisikan pasien sadar dalam posisi tengkurap (awake prone position).

c. Farmakologis

- Vitamin C 200 – 400 mg/8 jam dalam 100 cc NaCl 0,9% habis dalam 1 jam diberikan secara drip Intravena (IV) selama perawatan Vitamin B1 1 ampul/24 jam/intravena
- Vitamin D
 - Suplemen: 400 IU-1000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet, kapsul, tablet effervescent, tablet kunyah, tablet hisap, kapsul lunak, serbuk, sirup)
 - Obat: 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet 1000 IU dan tablet kunyah 5000 IU)

- Azitromisin 500 mg/24 jam per iv atau per oral (untuk 5- 7 hari) atau sebagai alternatif Levofloksasin dapat diberikan apabila curiga ada infeksi bakteri: dosis 750 mg/24 jam per iv atau per oral (untuk 5-7 hari).
- Bila terdapat kondisi sepsis yang diduga kuat oleh karena ko- infeksi bakteri, pemilihan antibiotik disesuaikan dengan kondisi klinis, fokus infeksi dan faktor risiko yang ada pada pasien. Pemeriksaan kultur darah harus dikerjakan dan pemeriksaan kultur sputum (dengan kehati- hatian khusus) patut dipertimbangkan.
- Antivirus :
 - Favipiravir (Avigan sediaan 200 mg) loading dose 1600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg (hari ke 2-5) atau Remdesivir 200 mg IV drip (hari ke-1) dilanjutkan 1x100 mg IV drip (hari ke 2-5 atau hari ke 2-10)
- Antikoagulan LMWH/UFH berdasarkan evaluasi DPJP
 - Deksametason dengan dosis 6 mg/24 jam selama 10 hari atau kortikosteroid lain yang setara seperti hidrokortison pada kasus berat yang mendapat terapi oksigen atau kasus berat dengan ventilator.
- Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada
- Apabila terjadi syok, lakukan tatalaksana syok sesuai pedoman tatalaksana syok yang sudah ada (lihat hal. 55).
- Obat suportif lainnya dapat diberikan sesuai indikasi
 - Pertimbangkan untuk diberikan terapi tambahan, sesuai dengan kondisi klinis pasien dan ketersediaan di fasilitas pelayanan kesehatan masing- masing apabila terapi standar tidak memberikan respons perbaikan. Pemberian dengan pertimbangan hati-hati dan melalui diskusi dengan tim COVID-19 rumah sakit. Contohnya anti-IL 6 (tocilizumab), plasma konvalesen, IVIG atau *Mesenchymal Stem Cell* (MSCs) / Sel Punca, terapi *plasma exchange* (TPE) dan lain- lain.

2. Perilaku

2.1. Pengertian Perilaku

Perilaku manusia adalah refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, persepsi, minat, keinginan dan sikap. Hal-hal yang mempengaruhi perilaku seseorang sebagian terletak dalam diri individu sendiri yang disebut juga faktor internal sebagian lagi terletak di luar dirinya atau disebut dengan faktor eksternal yaitu faktor lingkungan (Notoatmodjo, 1997).

Menurut WHO, yang dikutip oleh Notoatmodjo (1993), perubahan perilaku dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yaitu :

1. Perubahan alamiah (natural change), ialah perubahan yang dikarenakan perubahan pada lingkungan fisik, sosial, budaya ataupun ekonomi dimana dia hidup dan beraktifitas.
2. Perubahan terencana (planned change), ialah perubahan ini terjadi, karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.
3. Perubahan dari hal kesediaannya untuk berubah (readiness to change), ialah perubahan yang terjadi apabila terdapat suatu inovasi atau program-program baru, maka yang terjadi adalah sebagian orang cepat mengalami perubahan perilaku dan sebagian lagi lambat. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesediaan untuk berubah yang berbeda-beda.

Tim ahli WHO (1984), menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku ada empat alasan pokok, yaitu :

1. Pemikiran dan perasaan Bentuk pemikiran dan perasaan ini adalah pengetahuan, kepercayaan, sikap dan lainlain.
2. Orang penting sebagai referensi Apabila seseorang itu penting bagi kita, maka apapun yang ia katakan dan lakukan cenderung untuk kita contoh. Orang inilah yang dianggap kelompok referensi seperti : guru, kepala suku dan lain-lain.
3. Sumber-sumber daya Yang termasuk adalah fasilitas-fasilitas misalnya : waktu, uang, tenaga kerja, ketrampilan dan pelayanan. Pengaruh sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negatif.

4. Kebudayaan Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan pengadaan sumber daya di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup yang disebut kebudayaan. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku.

Dari uraian tersebut diatas dapat dilihat bahwa, alasan seseorang berperilaku. Oleh sebab itu, perilaku yang sama diantara beberapa orang dapat berbeda-beda penyebab atau latar belakangnya. Perilaku yang optimal akan memberi dampak pada status kesehatan yang optimal juga. Perilaku yang optimal adalah seluruh pola kekuatan, kebiasaan pribadi atau masyarakat, baik secara sadar ataupun tidak yang mengarah kepada upaya pribadi atau masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dari masalah kesehatan. Pola kelakuan/kebiasaan yang berhubungan dengan tindakan promotif, preventif harus ada pada setiap pribadi atau masyarakat. Perilaku dapat dibatasi sebagai jiwa (berpendapat, berfikir, bersikap dan sebagainya) (Notoatmodjo,1999). Untuk memberikan respon terhadap situasi di tersebut. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan).

2.2.Faktor- faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut L.W.Green,di dalam Notoatmodjo (2003) faktor penyebab masalah adalah faktor perilaku dan faktor non perilaku. Faktor perilaku khususnya perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 (tiga) faktor, yaitu :

1. Faktor-faktor Predisposisi (Predisposing Factors) Adalah faktor yang terwujud dalam kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan juga variasi demografi, seperti : status ekonomi,umur, jenis kelamin dan susunan keluarga. faktor ini lebih bersifat dari dalam diri individu tersebut.

a. Pengetahuan Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sngat penting untuk terbentuknya perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- 1) Awareness (kesadaran) Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- 2) Interest (merasa tertarik) Tertarik terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subjek sudah mulai timbul.

- 3) Evaluation (menimbang-nimbang) Menimbang-nimbang terhadap baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) Trial Dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- 5) Adoption Dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

b. Keyakinan

Keyakinan adalah pendirian bahwa suatu fenomena atau objek benar atau nyata. Kebenaran adalah kata-kata yang sering digunakan untuk mengungkapkan atau menyiratkan keyakinan agar terjadi perubahan perilaku.

- 1) Seseorang harus yakin bahwa kesehatannya terancam
- 2) Orang tersebut harus merasakan potensi keseriusan kondisi itu dalam bentuk nyeri atau ketidaknyamanan, kehilangan waktu untuk bekerja, kesulitan ekonomi.
- 3) Dalam mengukur keadaan tersebut, orang yang bersangkutan harus yakin bahwa manfaat yang berasal dari perilaku sehat melebihi pengeluaran yang harus dibayarkan dan sangat mungkin dilaksanakan serta berada dalam kapasitas jangkauannya.
- 4) Harus ada “isyarat kunci yang bertindak” atau suatu kekuatan pencetus yang membuat orang itu merasa perlu mengambil tindakan.

c. Nilai Secara langsung bahwa nilai-nilai perseorangan tidak dapat dipisahkan dari pilihan perilaku. Konflik dalam hal nilai yang menyangkut kesehatan merupakan satu dari delemma dan tantangan penting bagi para penyelenggara pendidikan kesehatan.

d. Sikap Sikap merupakan salah satu di antara kata yang paling samar namun paling sering digunakan di dalam kamus ilmu-ilmu perilaku. Sikap sebagai suatu kecenderungan jiwa atau perasaan yang relatif tetap terhadap kategori tertentu dari objek, atau situasi (Notoatmodjo, 2003).

2. Faktor-faktor Pemungkin

(Enabling Factors) Adalah faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik, termasuk di dalamnya adalah berbagai macam sarana dan prasarana, misal : dana, transportasi, fasilitas, kebijakan pemerintah dan lain sebagainya.

- a. Sarana adalah segala jenis peralatan, perlengkapan kerja dan fasilitas yang berfungsi sebagai alat utama/pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan, dan juga dalam rangka kepentingan yang sedang berhubungan dengan organisasi kerja.
- b. Prasarana adalah alat penunjang keberhasilan suatu proses upaya yang dilakukan di dalam pelayanan publik, karena apabila kedua hal ini tidak tersedia maka semua kegiatan yang dilakukan tidak akan dapat mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan rencana.
 - 1) Dana merupakan bentuk yang paling mudah yang dapat digunakan untuk menyatakan nilai ekonomis dan karena dana atau uang dapat dengan segera dirubah dalam bentuk barang dan jasa.
 - 2) Transportasi adalah pemindahan manusia, hewan atau barang dari satu tempat ke tempat lainnya dengan menggunakan sebuah wahana yang digerakkan oleh manusia dan atau mesin. Transportasi digunakan untuk memudahkan manusia dalam melakukan aktifitas sehari-hari.
 - 3) Fasilitas adalah segala sesuatu yang dapat mempermudah upaya dan memperlancar kerja dalam rangka mencapai suatu tujuan.
 - 4) Kebijakan Pemerintah adalah yaitu suatu aturan yang mengatur kehidupan bersama yang harus ditaati dan berlaku mengikat seluruh warganya. Setiap pelanggaran akan diberi sanksi sesuai dengan bobot pelanggarannya yang dilakukan dan sanksi dijatuhkan didepan masyarakat oleh lembaga yang mempunyai tugas menjatuhkan sanksi.

3. Faktor-faktor Pendukung (Reinforcing Factors)

Adalah faktor-faktor ini meliputi : faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku petugas termasuk petugas kesehatan, undang-undang peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

- a. Sikap adalah kecenderungan bertindak, berpersepsi, berpikir, dan merasa dalam menghadapi objek, ide, situasi, atau nilai. Sikap bukan perilaku, tetapi merupakan kecenderungan untuk berperilaku dengan cara-cara tertentu terhadap

objek sikap. Objek sikap boleh berupa benda, orang, tempat, gagasan atau situasi, atau kelompok.

b. Tokoh Masyarakat adalah orang yang dianggap serba tahu dan mempunyai pengaruh yang besar terhadap masyarakat . Sehingga segala tindak-tanduknya merupakan pola aturan patut diteladani oleh masyarakat.

c. Tokoh Agama adalah panutan yang merepresentasikan kegalauan umatnya dan persoalan yang sudah diungkap oleh para tokoh agama menjadi perhatian untuk diselesaikan dan dicarikan jalan keluarnya.

d. Petugas Kesehatan merupakan tenaga profesional, seyogyanya selalu menerapkan etika dalam sebagian besar aktifitas sehari-hari. Etika yang merupakan suatu norma perilaku atau biasa disebut dengan asas moral, sebaiknya selalu dijunjung tinggi dalam kehidupan bermasyarakat kelompok manusia (Notoatmodjo, 2003).

3. Protokol Kesehatan

Masyarakat memiliki peran penting dalam memutus mata rantai penularan COVID-19 agar tidak menimbulkan sumber penularan⁶⁹ baru/cluster pada tempat-tempat dimana ⁷⁰ terjadinya pergerakan orang, interaksi antar manusia dan berkumpulnya banyak orang.

Masyarakat harus dapat beraktivitas kembali dalam situasi pandemi COVID-19 dengan beradaptasi pada kebiasaan baru yang lebih sehat, lebih bersih, dan lebih taat, yang dilaksanakan oleh seluruh komponen yang ada di masyarakat serta memberdayakan semua sumber daya yang ada. Peran masyarakat untuk dapat memutus mata rantai penularan COVID-19 (risiko tertular dan menularkan) harus dilakukan dengan menerapkan protokol kesehatan. Protokol kesehatan secara umum harus memuat:

1. Perlindungan Kesehatan Individu Penularan COVID-19 terjadi melalui droplet yang dapat menginfeksi manusia dengan masuknya droplet yang mengandung virus SARS- CoV-2 ke dalam tubuh melalui hidung, mulut, dan mata. Prinsip pencegahan penularan COVID-19 pada individu dilakukan dengan menghindari masuknya virus melalui ketiga pintu masuk tersebut dengan beberapa tindakan, seperti:

a. Menggunakan alat pelindung diri berupa masker yang menutupi hidung dan mulut hingga dagu, jika harus keluar rumah atau berinteraksi dengan orang lain yang tidak

diketahui status kesehatannya (yang mungkin dapat menularkan COVID-19). Apabila menggunakan masker kain, sebaiknya gunakan masker kain 3 lapis.

b. Membersihkan tangan secara teratur dengan cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir atau menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol/handsanitizer. Selalu menghindari menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang tidak bersih (yang mungkin terkontaminasi droplet yang mengandung virus).

c. Menjaga jarak minimal 1 meter dengan orang lain untuk menghindari terkena droplet dari orang yang bicara, batuk, atau bersin, serta menghindari kerumunan, keramaian, dan berdesakan. Jika tidak memungkinkan melakukan jaga jarak maka dapat dilakukan berbagai rekayasa administrasi dan teknis lainnya. Rekayasa - 8 - administrasi dapat berupa pembatasan jumlah orang, pengaturan jadwal, dan sebagainya. Sedangkan rekayasa teknis antara lain dapat berupa pembuatan partisi, pengaturan jalur masuk dan keluar, dan lain sebagainya.

d. Meningkatkan daya tahan tubuh dengan menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti mengkonsumsi gizi seimbang, aktivitas fisik minimal 30 menit sehari dan istirahat yang cukup (minimal 7 jam), serta menghindari faktor risiko penyakit. Orang yang memiliki komorbiditas/penyakit penyerta/kondisi rentan seperti diabetes, hipertensi, gangguan paru, gangguan jantung, gangguan ginjal, kondisi immunocompromised/penyakit autoimun, kehamilan, lanjut usia, anak-anak, dan lain lain, harus lebih berhati-hati dalam beraktifitas di tempat dan fasilitas umum.

2. Perlindungan Kesehatan Masyarakat Perlindungan kesehatan masyarakat merupakan upaya yang harus dilakukan oleh semua komponen yang ada di masyarakat guna mencegah dan mengendalikan penularan COVID-19. Potensi penularan COVID-19 di tempat dan fasilitas umum disebabkan adanya pergerakan, kerumunan, atau interaksi orang yang dapat menimbulkan kontak fisik. Dalam perlindungan kesehatan masyarakat peran pengelola, penyelenggara, atau penanggung jawab tempat dan fasilitas umum sangat penting untuk menerapkan sebagai berikut:

a. Unsur pencegahan (prevent)

1) Kegiatan promosi kesehatan (promote) dilakukan melalui sosialisasi, edukasi, dan penggunaan berbagai media informasi untuk memberikan pengertian dan pemahaman bagi semua orang, serta keteladanan dari pimpinan, tokoh masyarakat, dan melalui media mainstream.

2) Kegiatan perlindungan (protect) antara lain dilakukan melalui penyediaan sarana cuci tangan pakai sabun yang mudah diakses dan memenuhi standar atau penyediaan handsanitizer, upaya

penapisan kesehatan orang yang akan masuk ke tempat dan fasilitas umum, pengaturan jaga jarak, disinfeksi terhadap permukaan, ruangan, dan peralatan secara berkala, serta penegakkan kedisiplinan pada perilaku masyarakat yang berisiko dalam penularan dan tertularnya COVID-19 seperti berkerumun, tidak menggunakan masker, merokok di tempat dan fasilitas umum dan lain sebagainya.

b. Unsur penemuan kasus (detect)

1) Fasilitasi dalam deteksi dini untuk mengantisipasi penyebaran COVID-19, yang dapat dilakukan melalui berkoordinasi dengan dinas kesehatan setempat atau fasilitas pelayanan kesehatan.

2) Melakukan pemantauan kondisi kesehatan (gejala demam, batuk, pilek, nyeri tenggorokan, dan/atau sesak nafas) terhadap semua orang yang ada di tempat dan fasilitas umum.

c. Unsur penanganan secara cepat dan efektif (respond) Melakukan penanganan untuk mencegah terjadinya penyebaran yang lebih luas, antara lain berkoordinasi dengan dinas kesehatan setempat atau fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan pelacakan kontak erat, pemeriksaan rapid test atau Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR), serta penanganan lain sesuai kebutuhan. Terhadap penanganan bagi yang sakit atau meninggal di tempat dan fasilitas umum merujuk pada standar yang berlaku sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Substansi protokol kesehatan pada masyarakat harus memperhatikan titik kritis dalam penularan COVID-19 yang meliputi jenis dan karakteristik kegiatan/aktivitas, besarnya kegiatan, lokasi kegiatan (outdoor/indoor), lamanya kegiatan, jumlah orang yang terlibat, kelompok rentan seperti ibu hamil, balita, anak-anak, lansia, dan penderita komorbid, atau penyandang disabilitas yang terlibat dan lain sebagainya.

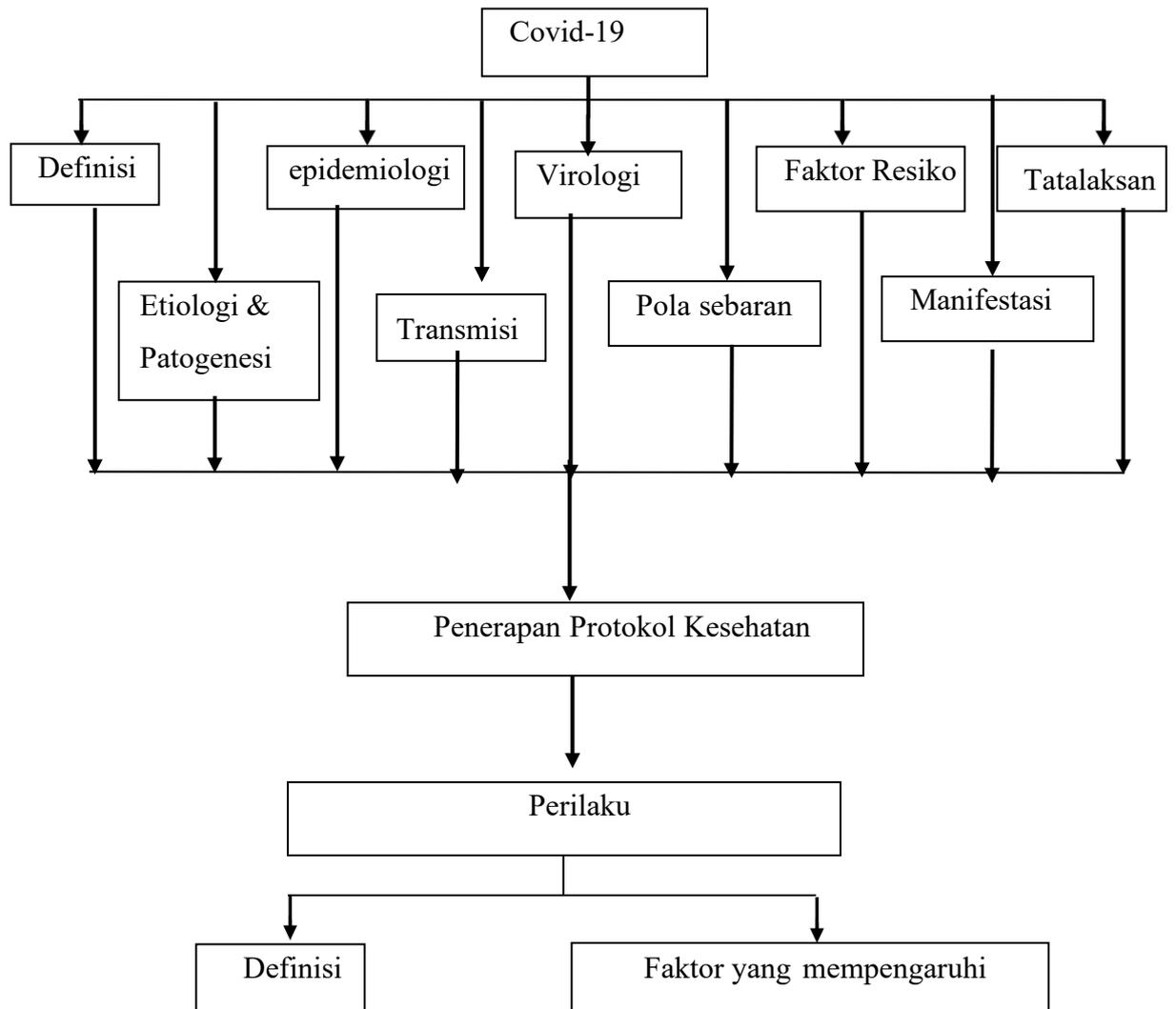
Dalam

75 penerapan protokol kesehatan harus melibatkan peran pihakpihak yang terkait termasuk aparat yang akan melakukan penertiban dan pengawasan.

BAB III

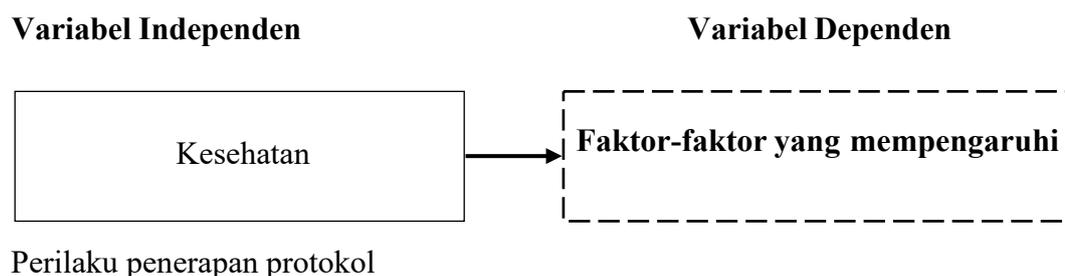
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teori



Gambar 3.1 Kerangka teori

3.2. Kerangka Konsep



Keterangan :

Variabel Independen: _____

Variabel Dependen: -----

Gambar 3.2 Kerangka konsep 3.

Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Perilaku penerapan protokol kesehatan	Mengisi pilihan yang tersedia pada kuesioner	Kuesioner (<i>Googleform</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Baik • Cukup • Kurang 	Ordinal

- Perilaku

Perilaku manusia adalah refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, persepsi, minat, keinginan dan sikap. Hal-hal yang mempengaruhi perilaku seseorang sebagian terletak dalam diri individu sendiri yang disebut juga faktor internal sebagian lagi terletak di luar dirinya atau disebut dengan faktor eksternal yaitu faktor lingkungan (Notoatmodjo, 1997). Skala pengukuran yang dipakai adalah skala ordinal yang kategorinya dibagi menjadi baik, cukup, kurang dengan menggunakan skala Guttman. Peneliti menggunakan skala Guttman karena skala tersebut memberikan jawaban yang tegas baik berupa salah maupun benar. Tiap jawaban Ya diberi nilai 1 dan yang Tidak diberi nilai 0 (Saryono, 2011).

Kriteria penilaian pengetahuan responden (Arikunto, 2010) :

1. Pengetahuan baik : 76-100%
2. Pengetahuan cukup : 56-76%
3. Pengetahuan kurang : <56%