

SKRIPSI

GAMBARAN KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD) PETUGAS IGD DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR PADA MASA PANDEMI COVID-19

**NURSIAH
K011191231**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2021

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**GAMBARAN KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG
DIRI (APD) PETUGAS IGD DI RSUD KOTA MAKASSAR
PADA MASA PANDEMI COVID-19**

Disusun dan diajukan oleh

**NURSIAH
K011191231**


Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelaksanaan Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 10 Agustus 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


A. Wahyuni, SKM., M.Kes
Nip. 19810628 201212 2 002


A. Muflihah Darwis, SKM., M.Kes
Nip. 19910227 201904 4 001

Ketua Program Studi,




Dr. Suriah, SKM., M.Kes
Nip. 19740520 200212 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Selasa, Tanggal 10 Agustus 2021.

Ketua : **A. Wahyuni, SKM.,M.Kes**

(.....)

Sekretaris : **A. Mufflihah Darwis, SKM.,M.Kes**

(.....)

Anggota :

1. **Awaluddin, SKM.,M.Kes**

(.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nursiah
NIM : K011191231
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Hp : 082238483349
e-mail : cianursiah81@gmail.com

dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi “**Gambaran Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Petugas IGD di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar Pada Masa Pandemi Covid-19**” benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 10 Agustus 2021



Nursiah

RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
MAKASSAR, JULI 2021

NURSI AH

“Gambaran Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Petugas IGD Di RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19”

(xvi + 95 halaman + 16 tabel + 11 gambar + 11 lampiran)

Perilaku keselamatan dan kesehatan kerja petugas kesehatan di rumah sakit sangat penting karena sekecil apapun tindakan petugas kesehatan dapat menimbulkan risiko terhadap petugas kesehatan dan pasien. Tenaga kesehatan seperti dokter dan perawat yang bekerja di rumah sakit terutama di bagian IGD memiliki resiko lebih tinggi tertular penyakit dibanding petugas di bagian lain karena mereka menangani pasien yang belum diketahui riwayat penyakitnya. Ketika menghadapi Orang Dalam Pemantauan (ODP) dan Pasien Dalam Pengawasan (PDP) tenaga medis dapat mengantisipasi dengan Cara penggunaan alat pelindung diri yang sesuai serta kontrol teknik dan administratif lainnya.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif. Responden dipilih dengan menggunakan teknik *total sampling*. Sampel pada penelitian ini yaitu 25 responden. Pengambilan data diperoleh dari hasil observasi menggunakan kuesioner penelitian. Analisis penelitian menggunakan analisis deskriptif. Data yang telah diperoleh kemudian disajikan dalam bentuk tabel disertai dengan penjelasan mengenai variabel yang diteliti.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa gambaran kepatuhan penggunaan APD petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi Covid-19 yaitu pada kategori patuh sebesar 56% dan tidak patuh 44%. Untuk pengetahuan petugas IGD sebesar 92 % memiliki pengetahuan baik dan 8% memiliki pengetahuan kurang. Untuk sikap petugas IGD yaitu sebesar 88% memiliki sikap baik dan 12 % memiliki sikap buruk. Untuk ketersediaan APD di IGD yaitu sebesar 92 % sudah lengkap dan 8 % tidak lengkap. Untuk pengawasan di IGD yaitu sebesar 44% responden yang menyatakan pengawasan yang dilakukan di IGD baik sedangkan 56 % pengawasan yang dilakukan di IGD masih kurang. Diharapkan manajemen melakukan penyuluhan, menyiapkan APD, mengintensifkan pengawasan APD dan memberikan reward kepada petugas yang patuh dalam penggunaan APD.

Daftar Pustaka: 70 (2003-2021)

Kata Kunci: Pengetahuan, Sikap, Ketersediaan APD, Pengawasan

ABSTRACT

*HASANUDDIN UNIVERSITY
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY
MAKASSAR, JULY 2021*

NURSI AH

“Overview of Compliance with the Use of Personal Protective Equipment (PPE) for Emergency Room Officers at Makassar City Hospital during the COVID-19 Pandemic”

(xvi + 95 pages + 16 tables + 11 pictures + 11 attachments)

Occupational safety and health behavior of health workers in hospitals is very important because the slightest action of health workers can pose a risk to health workers and patients. Health workers such as doctors and nurses who work in hospitals, especially in the emergency department, have a higher risk of contracting the disease than officers in other departments because they treat patients whose disease history is unknown. When dealing with Persons under Monitoring (ODP) and Patients under Supervision (PDP) medical personnel can anticipate by using appropriate personal protective equipment and other technical and administrative controls.

This research is quantitative descriptive. Respondents were selected using a total sampling technique. The sample in this study were 25 respondents. Retrieval of data obtained from observations using research questionnaires. The research analysis used descriptive analysis. The data that has been obtained is then presented in tabular form accompanied by an explanation of the variables studied.

The results showed that the description of compliance with the use of PPE for emergency room workers at the Makassar City Hospital during the Covid-19 pandemic was in the obedient category of 56% and non-compliant 44%. For the knowledge of emergency room officers, 92% have good knowledge and 8% have less knowledge. For the attitude of the emergency room staff, 88% had a good attitude and 12% had a bad attitude. For the availability of PPE in the ER, 92% is complete and 8% is incomplete. For supervision in the ER, 44% of respondents stated that the supervision carried out in the ER was good, while 56% of the supervision carried out in the ER was still lacking. Management is expected to provide counseling, prepare PPE, intensify PPE supervision and provide rewards to officers who comply with the use of PPE.

Bibliography: 70 (2003-2021)

Keywords: Knowledge, Attitude, Availability of PPE, Supervision

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kehadirat Allah Subhanallahu wa ta'ala karena dengan izin dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Gambaran Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Petugas IGD Di RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19”**. Shalawat serta Salam tidak lupa tercurahkan bagi Rasulullah Shallallahu ‘alaihi wa sallam teladan umat manusia sepanjang masa, pembawa dari masa kebodohan ke masa yang penuh dengan ilmu pengetahuan dan jalan kebenaran. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi pada program S1 Kesehatan Masyarakat.

Skripsi ini tidak terlepas dari berbagai macam hambatan dan tantangan yang penulis hadapi dari awal hingga akhir. Namun berkat dorongan, bimbingan, bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak sehingga akhirnya hambatan dan tantangan dapat dilalui. Pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada orang tua penulis, **Ayahanda Alm.Yasri** dan **Ibunda NY. Palin** yang telah membesarkan dan mendidik penuh dengan kesabaran, pengorbanan, cinta dan kasih sayangnya, serta DOA yang tidak henti-hentinya dipanjatkan untuk kesuksesan dan kebahagiaan anaknya. Mereka adalah orang-orang yang menjadi alasan utama bagi saya untuk segera menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik mungkin, karena perasaan bangga dan bahagia yang mereka rasakan merupakan tujuan utama saya dalam hidup. Sekali lagi terimakasih kepada mereka yang selalu berada disamping penulis dan memberikan semangat yang tiada henti-hentinya dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala, tetapi berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik moral maupun material sehingga dapat berjalan dengan baik. Oleh karena dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada **Ibu Andi Wahyuni, SKM., M.Kes** selaku Pembimbing I dan **Ibu A. Muflihah Darwis, SKM., M.Kes** selaku pembimbing II yang telah banyak mencurahkan tenaga dan pikirannya, meluangkan waktunya yang begitu berharga untuk memberi bimbingan dan pengarahan dengan baik, dan memberikan dukungan serta motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.

Dalam kesempatan ini, dengan segala kerendahan hati penulis juga ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed** selaku dekan, Bapak **Ansariadi, SKM., M.Sc.PH., Ph.D** selaku wakil dekan I, Bapak **Dr. Atjo Wahyu, SKM., M.Kes** selaku wakil dekan II dan Bapak **Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc, Ph.D** selaku wakil dekan III beserta seluruh tata usaha, kemahasiswaan, atas bantuannya selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Universitas Hasanuddin.
2. Bapak **Yahya Thamrin, SKM., M.Kes., MOHS., Ph.D** selaku Ketua Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Masyarakat Universitas Hasanuddin dan juga selaku Penasehat Akademik selama penulis menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

3. Bapak **Awaluddin, SKM. M.Kes** dan Bapak **Muh. Yusri Abadi, SKM, M.Kes** selaku dosen penguji yang telah memberikan bimbingan, masukan, kritikan dan arahan selama penulisan demi terselesaikannya skripsi ini.
4. Seluruh Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin terkhusus Dosen Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang telah banyak memberikan ilmu kepada penulis dan
5. Seluruh staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin terkhusus **Ibu Anita** selaku staf Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan **Bapak Arifuddin** bagian akademik yang telah memfasilitasi dan membantu selama ini.
6. Kepada suami, **Sahat Saharudin** dan anak-anakku **Almairah Adelia, Muh. Hafiz** dan **Siti Zahrah** yang senantiasa menemani, memberikan semangat dan motivasi selama penyusunan skripsi ini.
7. Kepada pihak instansi **RSUD Kota Makassar** yang telah membantu dan memberikan izin guna kelancaran penelitian ini.
8. **Para petugas IGD RSUD Makassar** selaku responden yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membantu penulis dalam proses pengumpulan data dan bersedia untuk diwawancarai dan mengisi kuesioner penelitian.
9. Adik-adik **Fakultas Kesehatan Masyarakat** yang telah memberikan motivasi, hiburan, nasehat dan kerjasamanya selama ini.

10. Teman-teman tugas belajar angkatan **2017 dan 2018** terkhusus **Ibu Melati** yang telah memberikan hiburan, motivasi dan nasehat selama ini.

11. Teman-teman di RSUD Kota Makassar **Ibu Marhana, Dr. Syitha, Andi Ana dan Suster Debby** yang senantiasa membantu dalam proses penelitian.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran dan kritik dari pembaca demi penyempurnaannya sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga APA yang disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Makassar, 10 Agustus 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
RINGKASAN	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	13
C. Tujuan Penelitian	14
D. Manfaat Penelitian	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	16
A. Tinjauan Umum tentang Kepatuhan	16
B. Tinjauan Umum tentang Alat Pelindung Diri	17
C. Tinjauan Umum tentang Instalasi Gawat Darurat (IGD)	25
D. Tinjauan Umum tentang Faktor yang Mempengaruhi Perilaku	34
E. Tinjauan Umum tentang COVID-19	42
F. Kerangka Teori	47

BAB III KERANGKA KONSEP	49
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti.....	49
B. Pola Pikir Variabel yang Diteliti.....	51
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	52
BAB IV METODE PENELITIAN.....	58
A. Jenis Penelitian	58
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	58
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	58
D. Pengumpulan Data	59
E. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner	59
F. Instrumen Penelitian	61
G. Pengolahan Hasil Penelitian	62
H. Analisis Data.....	63
I. Penyajian Data	63
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	64
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	64
B. Hasil Penelitian.....	66
C. Pembahasan	76
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	87
A. Kesimpulan	87
B. Saran	88

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Hasil Uji Validitas Kuesioner	60
Tabel 4.2	Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner	61
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin Responden di IGD RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	67
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kelompok Umur Responden di IGD RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	67
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Terakhir Responden di IGD RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	68
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Profesi Responden di IGD RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	69
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Masa Kerja Responden di IGD RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	69
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kategori Kepatuhan Penggunaan APD di IGD RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19	70
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kategori Pengetahuan Responden di IGD RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	70
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kategori Sikap Responden di IGD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	71
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Ketersediaan APD di IGD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19	71
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kategori Pengawasan di IGD RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	72
Tabel 5.11	Gambaran Pengetahuan terhadap Kepatuhan Penggunaan APD pada petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19	73
Tabel 5.12	Gambaran Sikap terhadap Kepatuhan Penggunaan APD pada petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	74

Tabel 5.13	Gambaran Ketersediaan APD terhadap Kepatuhan Penggunaan APD pada petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	75
Tabel 5.14	Gambaran Pengawasan terhadap Kepatuhan Penggunaan APD pada petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19.....	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Masker Bedah (<i>facemask</i>) (Sumber: Kemenkes RI, 2020)	18
Gambar 2.2	Masker N95 (Sumber: Kemenkes RI, 2020)	18
Gambar 2.3	Pelindung wajah (<i>face shield</i>) (Sumber: Kemenkes RI, 2020)	19
Gambar 2.4	Pelindung Mata (<i>goggles</i>) (Sumber: Kemenkes RI,	19
Gambar 2.5	Gaun isolasi bedah (area A, B, dan C merupakan area kritikal tingkat tinggi) (Sumber: Kemenkes RI, 2020)	21
Gambar 2.6	Gaun bedah (area A dan B merupakan area kritikal tingkat tinggi) (Sumber: Kemenkes RI, 2020)	21
Gambar 2.7	Apron (Sumber: Kemenkes RI, 2020)	22
Gambar 2.8	Sarung tangan (Sumber: Kemenkes RI, 2020)	22
Gambar 2.9	Penutup Kepala (Sumber: Kemenkes RI, 2020)	23
Gambar 2.10	Sepatu Pelindung (Sumber: Kemenkes RI, 2020)	23
Gambar 2.11	Kerangka Teori Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Berdasarkan Teori Lawrence Green (Notoatmodjo, 2007) & (Kemenkes RI, 2020) ...	48
Gambar 3. 1	Kerangka Konsep Penelitian	52

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2. Alur Pasien/Pengunjung Masa Pandemi COVID-19
- Lampiran 3. Penggunaan Alat Pelindung Diri dalam Kewaspadaan COVID-19 di RSUD Kota Makassar
- Lampiran 4. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada Kasus Emerging COVID-19
- Lampiran 5. Pembatasan Aktivitas Bekerja di Tempat Kerja (RSUD Kota Makassar) Berdasarkan Peraturan Walikota Makassar Nomor 22 Tahun 2020 Tentang Pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) di Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran 6. Form Pengawasan
- Lampiran 7. Master Tabel
- Lampiran 8. Hasil Analisis Penelitian
- Lampiran 9. Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 10. Surat-surat
- Lampiran 11. Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada bulan Desember 2019, dunia dihebohkan dengan sebuah kejadian yang membuat banyak masyarakat resah yang dikenal dengan virus corona (COVID-19). Kejadian tersebut bermula di Tiongkok, Wuhan (Yuliana, 2020). Awalnya virus ini diduga akibat paparan pasar grosir makanan laut yang banyak menjual banyak spesies hewan hidup. Penyakit ini dengan cepat menyebar di dalam negeri ke bagian lain China (Dong *et al.*, 2021). Terdapat lima pasien yang dirawat dengan *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) pada tanggal 18 Desember hingga 29 Desember 2019 (Ren *et al.*, 2020). Sejak 31 Desember 2019 hingga 3 Januari 2020 kasus ini meningkat pesat yang ditandai dengan dilaporkannya sebanyak 44 kasus (Susilo *et al.*, 2020).

Pada tanggal 30 Januari 2021 *World Health Organization* (WHO) telah menyatakan COVID-19 sebagai darurat kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional (Dong *et al.*, 2021). Penambahan jumlah kasus COVID-19 berlangsung cukup cepat dan sudah terjadi penyebaran antar negara. 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. Sudah ada beberapa petugas kesehatan yang dilaporkan terinfeksi diantara kasus tersebut (Kemkes RI, 2020).

Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat *Corona Virus Disease* 2019 (COVID- 19), kesatu menetapkan *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) sebagai jenis penyakit yang menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, kedua menetapkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) di Indonesia yang wajib dilakukan upaya penanggulangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, ketiga keputusan presiden ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Berdasarkan *update* COVID-19 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia per tanggal 20 Maret 2021, jumlah kasus terkonfirmasi positif COVID-19 di Indonesia sebanyak 1.455.788 orang dan jumlah kasus meninggal sebanyak 39.447 orang (Kemenkes RI, 2021). Selanjutnya, untuk Provinsi Sulawesi Selatan jumlah total kasus terkonfirmasi positif COVID-19 per tanggal 18 Maret 2021 yaitu sebanyak 58.771 orang dimana 55.260 orang dinyatakan sembuh dan 901 orang meninggal dunia (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2021). Sedangkan untuk Kota Makassar jumlah total kasus terkonfirmasi positif COVID-19 per tanggal 19 Maret 2021 yaitu sebanyak 28.831 orang dimana 27.157 orang dinyatakan sembuh dan 256 orang meninggal dunia (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2021).

Berdasarkan data Tim Mitigasi Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI) mengungkapkan bahwa tenaga medis di Indonesia meninggal dunia akibat terpapar Virus Corona (COVID-19) dengan rincian 237 dokter (131 dokter umum, 101 dokter spesialis, serta 5 *residence*), 15 dokter gigi, 171

perawat, 64 bidan, 7 apoteker, dan 10 tenaga laboratorium medik. Keseluruhan kasus ini berasal dari 25 IDI Wilayah atau Provinsi dan 102 IDI Cabang atau Kabupaten/Kota. Data tersebut juga dielaborasi yakni diantaranya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Ikatan bidan Indonesia (IBI), Persatuan Ahli Teknologi Laboratorium Medik Indonesia (PATELKI), Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) yang merupakan data kumulatif data kematian akibat COVID-19 dari Maret hingga akhir Desember 2020. Data dari IDI menyebutkan bahwa Indonesia saat ini menduduki peringkat pertama kematian tenaga medis di Asia dan lima besar di seluruh dunia (CNN Indonesia, 2021).

Tenaga Kesehatan memiliki peranan penting dalam penanganan pandemi ini karena tenaga kesehatan bertugas langsung untuk menangani setiap pasien yang terinfeksi COVID-19. Oleh sebab itu, peran tenaga kesehatan tidak dapat diabaikan karena tenaga kesehatan merupakan salah satu tenaga profesional di garis terdepan yang bertugas menangani kondisi kedaruratan kesehatan dunia akibat COVID-19. Peran tenaga kesehatan dalam masa pandemi COVID-19, yaitu melakukan koordinasi lintas program di Puskesmas/fasilitas kesehatan dalam menentukan langkah-langkah menghadapi pandemi COVID-19, melakukan analisis data dan mengidentifikasi kelompok sasaran berisiko yang memerlukan tindak lanjut, melakukan koordinasi kader, RT/RW/Kepala Desa/Kelurahan dan tokoh masyarakat setempat terkait sasaran kelompok berisiko dan modifikasi pelayanan sesuai kondisi wilayah, serta melakukan sosialisasi terintegrasi

dengan lintas program lain kepada masyarakat tentang pencegahan penyebaran COVID-19 (Kemenkes RI, 2020).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah bagian dari unit pelayanan yang paling vital dalam membantu menyelamatkan nyawa pasien yang mengalami kegawatan medis ketika pertama kali masuk rumah sakit (Kemenkes RI, 2016). Tenaga kesehatan seperti dokter dan perawat yang bekerja di rumah sakit terutama di bagian IGD memiliki resiko lebih tinggi tertular penyakit dibanding petugas di bagian lain karena mereka menangani pasien yang belum diketahui riwayat penyakitnya (Kasim dkk, 2017). Pada kasus ini, rumah sakit memerlukan upaya pembinaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, pasal 2 pengaturan K3RS bertujuan untuk terselenggaranya keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan. Strategi pencegahan kecelakaan kerja dan kontrol infeksi yang diterapkan oleh tenaga kesehatan yaitu dengan lebih menekankan pada pemakaian alat pelindung diri (Apriluana dkk, 2016).

Perilaku keselamatan dan kesehatan kerja petugas kesehatan di rumah sakit sangat penting karena sekecil apapun tindakan petugas kesehatan dapat menimbulkan risiko terhadap petugas kesehatan dan pasien. Banyak penelitian yang menunjukkan rendahnya kepatuhan terhadap penggunaan Alat Pelindung Diri (APD). Data hasil penelitian (Aarabi *et al.*, 2008) menyatakan hanya 33,9% dari 250 tenaga medis yang patuh terhadap standar operasional

prosedur penggunaan masker. Hasil observasi yang dilakukan oleh Astuti dkk (2018) terhadap kepatuhan perawat didapatkan 5 dari 12 perawat (35,7%) tidak memakai sarung tangan saat mengambil darah dan melakukan tindakan pemasangan infus. Terdapat 2 dari 12 perawat (16,6 %) tidak menggunakan skoret pelindung saat merawat luka pasien dan ditemukan 2 kejadian infus plebitis di ruang ICU, serta SPO tentang penggunaan APD sudah ada, sudah pernah disosialisasikan tetapi belum dilakukan *refreshing* kembali. Data tersebut menunjukkan masih rendahnya tingkat kepatuhan dalam penggunaan alat pelindung diri.

Alat Pelindung Diri (APD) yang harus digunakan dalam mengatasi wabah ini antara lain masker bedah atau masker N95, gaun (*gown*), sarung tangan, pelindung mata (*goggles*), pelindung wajah (*faceshield*), pelindung kepala, celemek (*apron*) dan sepatu pelindung. Namun pada kenyataannya, APD yang digunakan terkadang tidak sesuai. Masih terdapat rumah sakit/pelayanan kesehatan yang minim ketersediaan APD bagi tenaga kesehatan. Selain APD, jumlah tenaga kesehatan juga masih minim, bukan hanya dalam menangani kasus pandemi COVID-19, sebelumnya tenaga kesehatan di Indonesia juga masih kurang dan penyebarannya tidak merata. Sumber Daya Manusia (SDM) yang diharapkan adalah SDM yang kompeten, profesional dan berdaya saing karena tidak sedikit tenaga medis yang meninggal akibat wabah pandemi COVID -19 (Kemenkes RI, 2020).

Ketersediaan alat pelindung diri yang lengkap di suatu tempat kerja belum menjadi jaminan untuk setiap pekerja akan memakainya. Hal ini bisa

dipengaruhi oleh beberapa faktor yang menjadi alasan untuk mereka menggunakan atau tidak menggunakan alat pelindung diri. Adapun faktor yang mempengaruhi perilaku penggunaan alat pelindung diri pada pada petugas kesehatan selama bekerja menurut Lawrence Green (1980) dalam (Notoatmodjo, 2007) dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), mencakup pengetahuan, sikap, tindakan, sistem budaya, dan tingkat pendidikan. Faktor pemungkin (*enabling factor*), mencakup ketersediaan sarana dan prasarana yang mendukung pelayanan kesehatan dan faktor penguat (*reinforcing factor*) meliputi pengawasan, motivasi, dan peraturan/kebijakan.

Seorang tenaga kesehatan harus memperhatikan kepatuhan penggunaan alat pelindung diri di tempat kerja. Oleh sebab itu kepatuhan dalam penggunaan alat pelindung diri sebelum melakukan tindakan prosedur medis pada pasien, merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk meminimalisir risiko yang terjadi, dan juga sebagai bentuk jaminan keselamatan dan keamanan saat melakukan tindakan prosedur medis. Berdasarkan hasil penelitian Zaki *et al* (2018) di RSUD Dr. RM. Pratomy Bagansiapiapi Kabupaten Rokan Hilir menemukan bahwa kepatuhan tenaga kesehatan dalam menggunakan alat pelindung diri dipengaruhi oleh beberapa faktor pengetahuan, sikap, dukungan rekan kerja, pengawasan, dan ketersediaan APD oleh pihak Manajerial Rumah Sakit.

Pengetahuan merupakan informasi dan penemuan yang bersifat kreatif untuk mempertahankan pengetahuan baru, dimana seseorang dapat

menggunakan kemampuan rasional logis dan pemikiran kritis untuk menganalisis informasi yang diperoleh melalui pembelajaran tradisional, pencarian informasi, belajar dari pengalaman, penelitian ide terhadap disiplin ilmu lain, dan pemecahan masalah. Pengetahuan dapat meningkatkan kesadaran melakukan sesuatu (Lukwan, 2018). Berdasarkan penelitian Sudarmo (2016) menemukan bahwa perawat dengan pengetahuan yang tinggi lebih banyak menggunakan alat pelindung diri daripada perawat yang pengetahuannya rendah. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Lawrence Green dalam (Notoatmodjo, 2012) bahwa pengetahuan adalah salah satu faktor predisposisi yang membentuk perilaku manusia. Jadi semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang tentang APD diharapkan semakin patuh ketika menggunakan APD, karena ketika semakin baik pengetahuan seseorang maka semakin baik pula tingkat kesadaran dan kedisiplinan seseorang dalam hal menerima atau menerapkan suatu pesan atau informasi yang disampaikan.

Sikap adalah reaksi atau respons seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Rorimpandey dkk, 2014). Apabila dikaitkan dengan teori Green, sikap merupakan terbentuknya suatu perilaku seseorang yang dipengaruhi oleh pengetahuan baik dan kemudian diikuti oleh sikap yang baik pula (Novianto, 2015). Sikap perawat terhadap kepatuhan dalam penggunaan alat pelindung diri pada penelitian yang dilakukan oleh Riyanto (2011) menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara faktor sikap terhadap kepatuhan penggunaan APD. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa sikap

dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang dalam menggunakan alat pelindung diri di rumah sakit dikarenakan sikap seseorang merupakan awal terbentuknya perilaku (Dayakisni, 2003).

Tidak tersedianya sarana Alat Pelindung Diri (APD) secara lengkap menjadi salah satu penyebab tidak patuhnya pemakaian APD. Hasil penelitian Aris dkk (2020) mengemukakan bahwa ketersediaan APD dengan kepatuhan menunjukkan hasil bahwa ada hubungan ketersediaan sarana APD dengan kepatuhan memakai APD di Wilayah Kecamatan Pelaihari Tahun 2020.

Pengawasan merupakan suatu proses yang dilakukan untuk mengukur pelaksanaan suatu kegiatan atau suatu peraturan yang telah ditetapkan apakah sudah terlaksana sebagaimana yang telah ditetapkan atau tidak, yang kemudian perlu memberikan pengarahan kepada pelaksana kegiatan atau peraturan yang telah ditetapkan agar dapat tercapai (Nasrulzaman & Hasibuan, 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Riyanto (2011) menemukan bahwa faktor pengawasan diruangan dengan kepatuhan penggunaan APD diperoleh bahwa ada sebanyak 11 (16,7%) dengan pengawasan yang baik dapat memengaruhi kepatuhan dalam penggunaan APD, sedangkan pengawasan yang kurang tetapi dengan kepatuhan penggunaan APD yang baik sebanyak 9 (13,6%). Hasil uji statistik diperoleh kesimpulan ada hubungan yang signifikan antara faktor pengawasan terhadap kepatuhan penggunaan APD di Rumah Sakit Sari Asih Serang Provinsi Banten. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor dilakukan pengawasan dapat

memberikan motivasi bagi perawat untuk meningkatkan kepatuhan dalam menggunakan alat pelindung diri secara konsisten.

Struktur dan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar dibentuk berdasarkan SK Walikota No. 5 Tahun 2007 tentang struktur Organisasi dan tata kerja RSUD Kota Makassar dan Peraturan Walikota Makassar Nomor 54 tahun 2009 tentang uraian tugas jabatan struktural RSUD Kota Makassar. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar juga merupakan pusat rujukan pintu gerbang Utara Makassar sesuai dengan Keputusan Gubernur Provinsi Sulawesi selatan berdasarkan SK Gubernur Nomor 13 tahun 2008. RSUD Kota Makassar secara resmi menjadi Rumah Sakit tipe B setelah diterbitkannya Sertifikat Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Tipe B Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.05/1/1043/12, tanggal 20 Juni 2012 (RSUD Kota Makassar, 2021).

Jenis layanan yang terdapat di RSUD Kota Makassar antara lain pendaftaran pelayanan rawat jalan, pelayanan perawatan interna, standar pelayanan perawatan bedah, standar perawatan anak, standar pelayanan gangguan sistem reproduksi, standar pelayanan perawatan nifas, standar pelayanan perawatan perinatologi, standar pelayanan isolasi, standar pelayanan perawatan mawar, pelayanan instalasi fisioterapi, standar pelayanan pengantaran pasien pulang, pelayanan instalasi radiologi, pelayanan instalasi laboratorium, instalasi farmasi, standar pelayanan ICU, standar pelayanan iswa dan mahasiswa praktik, standar pelayanan kamar operasi standar, pelayanan men center, standar pelayanan penerimaan tamu,

standar pelayanan poli obgyn, standar pelayanan kasir, standar pelayanan bagian umum dan kepegawaian, standar pelayanan kepegawaian non pegawai negeri sipil, standar pelayanan pengaduan publik, standar pelayanan rawat inap, standar pelayanan penyediaan narasumber, standar pelayanan rawat jalan, standar pelayanan poli jantung, standar pelayanan poli gigi, standar pelayanan poli paru, standar pelayanan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT), standar pelayanan poli kulit dan kelamin dan standar pelayanan poli saraf (SIPP Kemenpan RB, 2021).

Berdasarkan Keputusan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor: 955/III/Tahun 2020 Tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penyangga Penanggulangan COVID-19 Provinsi Sulawesi Selatan menetapkan bahwa ada 46 rumah sakit di Provinsi Sulawesi Selatan yang dijadikan sebagai rumah sakit rujukan penanggulangan COVID-19, salah satunya adalah RSUD Kota Makassar. RSUD Kota Makassar pada tahun 2020 menangani pasien COVID-19 sebanyak 426 orang dan 38 orang meninggal dunia dimana ODP (Orang Dalam Pengawasan) berjumlah 29 orang, PDP (Pasien Dalam Pengawasan) sebanyak 177 orang dan yang meninggal ada 19 orang. Sementara itu, jumlah pasien yang terkonfirmasi positif sebanyak 220 orang dengan 19 orang diantaranya meninggal (RSUD Kota Makassar, 2020a). Kemudian pada bulan Januari 2021, RSUD Kota Makassar menangani pasien baru sebanyak 28 orang dan pasien lama 10 orang, bulan Februari 2021 ada 10 orang pasien baru dan 2 orang pasien lama, bulan Maret 2021 ada 13 orang pasien baru dan 2 orang pasien lama (RSUD Kota Makassar, 2021).

Instalasi gawat darurat merupakan pintu utama masuknya pasien yang mengalami gawat darurat menjadikan kunci bagi sebuah pelayanan di rumah sakit. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) memiliki perbedaan dengan pelayanan lainnya. Pasien di IGD ditangani dan dilayani tidak berdasarkan antrian atau nomor urut seperti halnya pelayanan yang ada di poli maupun dokter umum ataupun pada puskesmas. Lingkungan IGD merupakan salah satu tantangan yang sangat berbahaya di Rumah Sakit, terutama karena lingkungannya yang tidak terstruktur dan tergesa-gesa, dengan pasien yang mengalami masalah yang tidak dapat diprediksi, dengan ukuran dan tingkat urgensi pasien yang bervariasi, dan pada waktu yang tidak terjadwal. Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Pelayanan ini bersifat penting (*emergency*) sehingga diwajibkan untuk melayani pasien 24 jam sehari secara terus-menerus (Tobing, 2020).

Penanganan pasien gawat darurat di IGD harus mendapatkan *response time* yang cepat dan tindakan yang tepat, sehingga telah menyebabkan tenaga kesehatan di bagian ini sering terpapar berbagai sumber bahaya yang dapat mengancam jiwa dan kesehatannya (Kemenkes RI, 2016). Pada kasus COVID-19, pasien dianggap paling menular ketika mereka bergejala, namun beberapa penyebaran bisa terjadi bahkan sebelum gejala muncul. Ketika menghadapi Orang Dalam Pemantauan (ODP) dan Pasien Dalam Pengawasan (PDP) tenaga medis dapat mengantisipasi dengan cara penggunaan alat

pelindung diri yang sesuai serta kontrol teknik dan administratif lainnya (PERDOKI, 2020).

Pengaturan jadwal jaga dokter dan perawat IGD terbagi dalam 3 shift, yaitu shift pagi (pukul 8.00- 14.00), shift siang (pukul 14.00-21.00) dan shift malam (pukul 21.00-08.00). Jadwal jaga ini disusun setiap bulan oleh Kepala IGD untuk jadwal jaga dokter dan kepala perawat IGD untuk jadwal perawat dengan sepengetahuan Wakil direktur pelayanan. Bila dokter jaga IGD atau perawat IGD berhalangan memenuhi jadwal jaga yang sudah ditentukan, maka harus berkoordinasi mengupayakan mencari penggantinya dan melaporkan kepada kepala IGD atau kepala perawat IGD. Jadwal jaga ini dipasang di papan informasi IGD (RSUD Kota Makassar, 2020).

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di ruang IGD RSUD Kota Makassar, semua responden menyatakan bahwa mengetahui apa itu APD, namun 2 dari 4 responden tidak mengetahui jenis APD yang wajib digunakan saat pandemi COVID-19 sesuai dengan SOP di Rumah Sakit. Kemudian untuk pengawasan terkait penggunaan APD di ruang IGD RSUD Kota Makassar, 3 dari 4 orang menjawab ada pengawasan namun 1 orang menjawab tidak adanya pengawasan dari pihak rumah sakit. Selain itu, responden mengatakan bahwa peraturan tentang penggunaan APD di rumah sakit khususnya di bagian IGD dapat dilihat pada Standar Operasional Prosedur (SOP) dan jika ada pelanggaran maka hanya diberikan sanksi berupa teguran lisan. Adapun untuk penyiapan APD, semua responden mengatakan sudah lengkap namun ketersediaannya terbatas. Adapun keluhan

para responden, yaitu ketika memakai APD lengkap mereka akan merasa sesak, kepanasan, tidak nyaman, susah buang hajat, dan lain sebagainya. Responden juga mengatakan bahwa ketersediaan APD kadang kala kurang dan saat menggunakan hazmat tidak tersedia tempat pembuangan khusus.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait gambaran kepatuhan penggunaan alat pelindung diri pada petugas di IGD RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19. Adapun faktor yang akan diteliti antara lain, faktor predisposisi meliputi pengetahuan dan sikap, faktor pemungkin (*enabling*) meliputi sarana dan prasarana kesehatan yaitu ketersediaan alat pelindung diri serta faktor penguat (*reinforcing factor*) meliputi pengawasan (supervisi) yang dilakukan oleh RSUD Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang diuraikan diatas, maka peneliti merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran pengetahuan terhadap kepatuhan penggunaan APD petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19?
2. Bagaimana gambaran sikap terhadap kepatuhan penggunaan APD petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19?
3. Bagaimana gambaran ketersediaan APD terhadap kepatuhan penggunaan APD petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19?
4. Bagaimana gambaran pengawasan terhadap kepatuhan penggunaan APD petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19.

2. Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum, maka secara khusus tujuan penelitian ini dapat dijabarkan sebagai berikut.

1. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan terhadap kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19.
2. Untuk mengetahui gambaran sikap terhadap kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19.
3. Untuk mengetahui gambaran Alat Pelindung Diri (APD) terhadap kepatuhan penggunaan APD petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19.
4. Untuk mengetahui gambaran pengawasan terhadap kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi yang berguna bagi pembaca yang ingin menambah khasanah ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat.

2. Manfaat Institusi

Menjadi salah satu sumber informasi yang penting bagi RSUD Kota Makassar dalam rangka meningkatkan kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada tenaga kesehatan ataupun yang lainnya yang bekerja di institusi tersebut, utamanya pada petugas yang bekerja pada bagian IGD di RSUD Kota Makassar pada masa pandemi COVID-19.

3. Manfaat Praktis

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dan bacaan yang bermanfaat bagi peneliti selanjutnya.

4. Manfaat Peneliti

Merupakan pengalaman yang sangat berharga bagi peneliti dalam memperluas wawasan dan pengetahuan serta mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pendidikan pada bagian Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti taat, suka menurut dan disiplin terhadap perintah, aturan dan lain sebagainya (Departemen Pendidikan Nasional, 2008). Menurut Geller (2001) dalam (Zahara dkk, 2017) pada Teori *Safety Triad*, kepatuhan (*compliance*) adalah salah satu faktor pada komponen *behaviour* yang dipengaruhi oleh interaksi faktor pada komponen *person* dan *environment*.

Kepatuhan merupakan salah satu bentuk perilaku yang timbul karena adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekuensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melaksanakannya (Kemenkes RI, 2011). Kepatuhan bisa diukur dari individu yang mematuhi atau mentaati karena telah memahami makna suatu ketentuan yang berlaku. Perubahan sikap dari individu dimulai dari patuh terhadap aturan, seringkali memperoleh imbalan jika menurut anjuran. Kepatuhan pada program kesehatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi dan dapat langsung diukur. Kepatuhan juga merupakan bentuk ketaatan pada aturan atau disiplin dalam menjalankan prosedur yang telah ditetapkan (Riyanto, 2011).

Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) yaitu perilaku keselamatan spesifik terhadap lingkungan kerja. Kepatuhan penggunaan APD memiliki peran yang penting dalam menciptakan keselamatan di tempat kerja.

Kepatuhan penggunaan APD adalah derajat seseorang mau mengikuti aturan yang telah diatur oleh organisasi dalam menggunakan seperangkat alat keselamatan untuk melindungi sebagian atau seluruh tubuh dari bahaya kecelakaan dan penyakit akibat kerja (Lobis dkk, 2020).

B. Tinjauan Umum tentang Alat Pelindung Diri

1. Pengertian Alat Pelindung Diri

Alat Pelindung Diri selanjutnya disingkat APD adalah suatu alat yang mempunyai kemampuan untuk melindungi seseorang yang fungsinya mengisolasi sebagian atau seluruh tubuh dari potensi bahaya di tempat kerja (Kemenaker, 2010). Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau penyebaran infeksi atau penyakit (Kemenkes RI, 2020).

2. Jenis Alat Pelindung Diri

Jenis Alat Pelindung Diri (APD) yang direkomendasikan untuk disediakan dalam penanganan COVID-19 antara lain sebagai berikut (Kemenkes RI, 2020):

a. Masker bedah (*surgical/face mask*)

Masker bedah terdiri dari 3 lapisan material dari bahan *non woven* (tidak di jahit), *loose-fitting* dan sekali pakai untuk menciptakan penghalang fisik antara mulut dan hidung pengguna dengan kontaminan potensial di lingkungan terdekat sehingga efektif untuk memblokir percikan (droplet) dan tetesan dalam partikel besar.



Gambar 2. 1 Masker Bedah (*facemask*) (Sumber: Kemenkes RI, 2020)

b. Masker N95

Masker N95 terbuat dari *polyurethane* dan *polypropylene* adalah alat pelindung pernapasan yang dirancang dengan segel ketat di sekitar hidung dan mulut untuk menyaring hampir 95 % partikel yang lebih kecil < 0,3 mikron. Masker ini dapat menurunkan paparan terhadap kontaminasi melalui *airborne*.



Gambar 2. 2 Masker N95 (Sumber: Kemenkes RI, 2020)

c. Pelindung wajah (*face shield*)

Pelindung wajah umumnya terbuat dari plastik jernih transparan, merupakan pelindung wajah yang menutupi wajah sampai ke dagu sebagai proteksi ganda bagi tenaga kesehatan dari percikan infeksius pasien saat melakukan perawatan.



Gambar 2. 3 Pelindung wajah (*face shield*) (Sumber: Kemenkes RI, 2020)

d. Pelindung mata (*goggles*)

Pelindung mata berbentuk seperti kaca mata yang terbuat dari plastik digunakan sebagai pelindung mata yang menutup dengan erat area sekitarnya agar terhindar dari cipratan yang dapat mengenai mukosa. Pelindung mata/*goggles* digunakan pada saat tertentu seperti aktifitas dimana kemungkinan risiko terciprat /tersembur, khususnya pada saat prosedur menghasilkan aerosol, kontak dekat berhadapan muka dengan muka pasien COVID-19.



Gambar 2. 4 Pelindung Mata (*goggles*) (Sumber: Kemenkes RI, 2020)

e. Gaun (*gown*)

Gaun adalah pelindung tubuh dari pajanan melalui kontak atau droplet dengan cairan dan zat padat yang infeksius untuk melindungi lengan dan area tubuh tenaga kesehatan selama prosedur dan

kegiatan perawatan pasien. Persyaratan gaun yang ideal antara lain efektifbarrier (mampu mencegah penetrasi cairan), fungsi atau mobilitas, nyaman, tidak mudah robek, pas di badan (tidak terlalu besar atau terlalu kecil), *biocompatibility* (tidak toksik), *flammability*, *odor*, dan *quality maintenance*. Jenis gaun antara lain gaun bedah, gaun isolasi bedah dan gaun non isolasi bedah. Menurut penggunaannya, gaun dibagi menjadi 2 yaitu gaun sekali pakai (*disposable*) dan gaun dipakai berulang (*reuseable*).

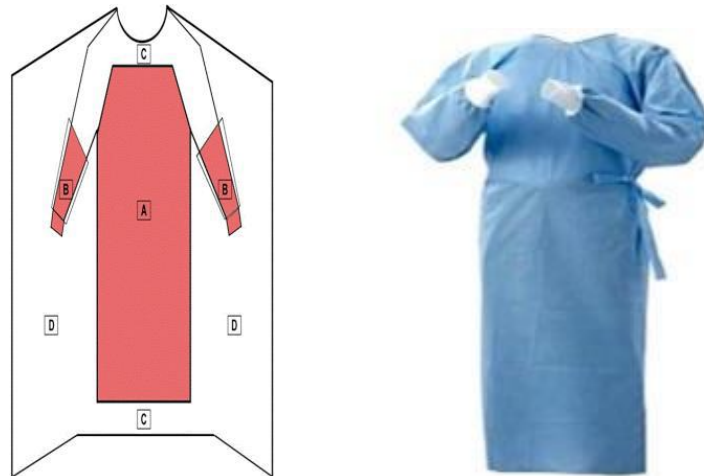
1) Gaun sekali pakai

Gaun sekali pakai (*disposable*) dirancang untuk dibuang setelah satukali pakai dan biasanya tidak dijahit (*non woven*) dan dikombinasikan dengan plastik film untuk perlindungan dari penetrasi cairan dan bahan yang digunakan adalah *synthetic fibers* (misalnya polypropylene, polyester, polyethylene).

2) Gaun dipakai berulang (*reuseable*) Gaun dipakai berulang terbuat dari bahan 100% katun atau 100% *polyester*, atau kombinasi antara katun dan *polyester*. Gaun ini dapat dipakai berulang maksimal sebanyak 50 kali dengan catatan tidak mengalami kerusakan.



Gambar 2. 5 Gaun isolasi bedah (area A, B, dan C merupakan area kritikal tingkat tinggi) (Sumber: Kemenkes RI, 2020)



Gambar 2. 6 Gaun bedah (area A dan B merupakan area kritikal tingkat tinggi) (Sumber: Kemenkes RI, 2020)

f. Celemek (*apron*)

Apron merupakan pelindung tubuh untuk melapisi luar gaun yang digunakan oleh petugas kesehatan dari penetrasi cairan infeksius pasien yang bisa terbuat dari plastik sekali pakai atau bahan plastik berkualitas tinggi yang dapat digunakan kembali (*reuseable*) yang tahan terhadap klorin saat dilakukan desinfektan.



Gambar 2. 7 Apron (Sumber: Kemenkes RI, 2020)

g. Sarung Tangan

Sarung tangan dapat terbuat dari bahan lateks karet, *polyvinyl chloride(PVC)*, *nitrile*, *polyurethane*, merupakan pelindung tangan tenaga kesehatan dari kontak cairan infeksius pasien selama melakukan perawatan pada pasien. Sarung tangan yang ideal harus tahan robek, tahan bocor, *biocompatibility* (tidak toksik) dan pas di tangan. Sarung tangan yang digunakan merupakan sarung tangan yang rutin digunakan dalam perawatan, bukan sarung tangan panjang.



Gambar 2. 8 Sarung tangan (Sumber: Kemenkes RI, 2020)

h. Pelindung Kepala

Penutup kepala merupakan pelindung kepala dan rambut tenaga kesehatan dari percikan cairan infeksius pasien selama melakukan

perawatan. Penutup kepala terbuat dari bahan tahan cairan, tidak mudah robek dan ukurannya pas di kepala tenaga kesehatan. Penutup kepala ini digunakan sekali pakai.



Gambar 2. 9 Penutup Kepala (Sumber: Kemenkes RI, 2020)

i. Sepatu pelindung

Sepatu pelindung dapat terbuat dari karet atau bahan tahan air atau bisa dilapisi dengan kain tahan air, merupakan alat pelindung kaki dari percikan cairan infeksius pasien selama melakukan perawatan. Sepatu pelindung harus menutup seluruh kaki bahkan bisa sampai betis apabila gaun yang digunakan tidak mampu menutup sampai ke bawah.



Gambar 2. 10 Sepatu Pelindung (Sumber : Kemenkes RI, 2020)

3. Penggunaan Alat Pelindung Diri

a. Alat Pelindung Diri Level 1

Digunakan pada pelayanan triase, rawat jalan non COVID-19, rawat inap non COVID-19, tempat praktik umum dan kegiatan yang tidak mengandung aerosol (Pengurus Besar IDI, 2020).

- 1) Penutup kepala
- 2) Masker bedah
- 3) Baju/pakaian jaga
- 4) Sarung tangan lateks
- 5) Pelindung wajah
- 6) Pelindung kaki

b. Alat Pelindung Diri Level 2

Digunakan pada pemeriksaan pasien dengan gejala infeksi pernapasan, pengambilan spesimen non pernapasan yang tidak menimbulkan aerosol, ruang perawatan COVID-19, pemeriksaan pencitraan pada suspek/*probable*/terkonfirmasi COVID-19(Pengurus Besar IDI, 2020).

- 1) Penutup kepala
- 2) Pelindung mata dan wajah
- 3) Masker bedah
- 4) Baju/pakaian jaga
- 5) *Gown*
- 6) Sarung tangan lateks

7) Pelindung kaki

c. Alat Pelindung Diri Level 3

Digunakan pada prosedur dan tindakan operasi pada pasien suspek/*probable*/terkonfirmasi COVID-19, kegiatan yang menimbulkan aerosol (intubasi, ekstubasi, trakeotomi, resusitasi jantung paru, bronkoskopi, pemasangan NGT, endoskopi gastrointestinal) pada pasien suspek/*probable*/terkonfirmasi COVID-19 (Pengurus Besar IDI, 2020).

1) Penutup kepala

2) Pelindung mata dan wajah (*face shield*)

3) Masker N95 atau ekuivalen

4) Baju *scrub*/pakaian jaga *Coverall/gown* dan apron

5) Sarung tangan bedah lateks

6) *Boots*/sepatu karet dengan pelindung sepatu

C. Tinjauan Umum tentang Instalasi Gawat Darurat (IGD)

1. Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pelayanan kegawat daruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun

rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (Permenkes No. 47 Tahun 2018).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit)/lanjutan (bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana (Permenkes No. 47 Tahun 2018).

Secara garis besar kegiatan di IGD Rumah Sakit dan menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari (Permenkes No. 47 Tahun 2018):

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan Pasien.
- b. Menerima Pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/definitif dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.
- c. Merujuk kasus-kasus Gawat Darurat apabila Rumah Sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan/definitif.

IGD Rumah Sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di dalam Rumah Sakit. Kriteria umum IGD Rumah Sakit (Permenkes No. 47 Tahun 2018):

- a. Dokter/Dokter Gigi sebagai Kepala IGD Rumah Sakit disesuaikan dengan kategori penanganan.
- b. Dokter/Dokter Gigi penanggungjawab Pelayanan kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur Rumah Sakit.
- c. Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan.
- d. Semua Dokter, Dokter Gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga nonkesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*).
- e. Memiliki program penanggulangan pasien massal, bencana (*Disaster Plan*) terhadap kejadian di dalam Rumah Sakit maupun di luar Rumah Sakit.
- f. Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di IGD Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

2. Penanganan Kegawatdaruratan Intrafasilitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Rumah Sakit harus dapat melaksanakan pelayanan triase, survei primer, survei sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan. Apabila diperlukan evakuasi, Rumah Sakit yang menjadi bagian dari SPGDT dapat melaksanakan evakuasi tersebut (Permenkes No. 47 Tahun 2018, 2018).

- a. Triase

Setiap Rumah Sakit harus memiliki standar triase yang ditetapkan oleh Kepala/Direktur Rumah Sakit.

- 1) Triase merupakan proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan.
- 2) Triase tidak disertai tindakan/intervensi medis.
- 3) Prinsip triase diberlakukan sistem prioritas yaitu penentuan/penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan:
 - a) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
 - b) Dapat mati dalam hitungan jam.
 - c) Trauma ringan
 - d) Sudah meninggal
- 4) Prosedur triase :
 - a) Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit
 - b) Di ruang triase dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya oleh tenaga kesehatan dengan cara:
 - (1) Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien
 - (2) Menilai kebutuhan medis
 - (3) Menilai kemungkinan bertahan hidup

- (4) Menilai bantuan yang memungkinkan
 - (5) Memprioritaskan penanganan definitif
- c) Namun bila jumlah Pasien lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan gedung IGD Rumah Sakit).
- d) Pasien dibedakan menurut kegawat daruratannya dengan memberi kode warna:
- (1) Kategori merah: prioritas pertama (area resusitasi)
Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera.
 - (2) Kategori kuning: prioritas kedua (area tindakan) Pasien memerlukan tindakan defenitif tidak ada ancaman jiwa segera.
 - (3) Kategori hijau: prioritas ketiga (area observasi) pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan.
 - (4) Kategori hitam: prioritas nol pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi
- e) Pasien kategori merah dapat langsung diberikan tindakan di ruang resusitasi, tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, pasien dapat dipindahkan ke ruang operasi atau di rujuk ke Rumah Sakit lain.

- f) Pasien dengan kategori kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori merah selesai ditangani.
 - g) Pasien dengan kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka pasien diperbolehkan untuk dipulangkan.
 - h) Pasien kategori hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah.
- 5) Rumah Sakit harus mampu:
- a) Mengkategorikan status pasien, apakah masuk ke dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment*).
 - b) Menilai ulang terus menerus (status triase karena kondisi Pasien berubah maka dilakukan retriase).
 - c) Menggunakan *Tag Triase* (pemberian label pada Pasien) karena sangat penting untuk menentukan prioritas pelayanan apabila Rumah Sakit tersebut melayani pasien saat terjadi bencana alam ataupun kejadian bencana lainnya yang terdapat pasien dalam jumlah banyak.

b. Survei Primer

- 1) Survei primer dilakukan dalam waktu cepat untuk mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa pada pasien.
 - 2) Batasan waktu (*respon time*) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi segera mungkin.
- c. Resusitasi dan Stabilisasi
- 1) Tindakan resusitasi segera diberikan kepada pasien dengan kategori merah setelah mengevaluasi potensi jalan nafas (*airway*), status pernafasan (*breathing*) dan sirkulasi kejangiran (*circulation*) serta status mental pasien yang diukur menggunakan *Alert Voice/Verbal Pain Unresponsive* (AVPU).
 - 2) Apabila Dokter/Dokter Gigi sedang menangani pasien dengan kategori kuning tetapi disaat yang bersamaan datang Pasien dengan kategori merah, maka Dokter/Dokter Gigi wajib mendahulukan atau mengutamakan tindakan resusitasi kepada Pasien dengan kategori merah tersebut.
 - 3) Pelayanan resusitasi di ruang resusitasi harus dilakukan secara kerja Sama Tim dipimpin oleh seorang dokter yang memiliki kompetensi tertinggi untuk melakukan resusitasi sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - 4) Melakukan monitoring dan retriasi terhadap tindakan resusitasi yang diberikan. Monitoring kondisi Pasien berupa pemasangan peralatan medis untuk mengetahui status tanda vital,

pemasangan kateter urine, dan penilaian ulang status mental Pasien (GCS).

d. Survei Sekunder

- 1) Melakukan anamnesa (alloanamnesa/autoanamnesa) untuk mendapatkan informasi mengenai APA yang dialami Pasien pada saat kejadian, mekanisme cedera, terpapar zat-zat berbahaya, riwayat penyakit terdahulu dan riwayat obat yang dikonsumsi.
- 2) Pemeriksaan fisik secara menyeluruh (*head to toe*), neurologis, dan status mental dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS).
- 3) Menginstruksikan agar dilakukan pemeriksaan penunjang saat pasien sudah berada dalam kondisi stabil. Pasien dikatakan stabil apabila: tanda-tanda vital normal, tidak ada lagi kehilangan darah, keluaran urin normal 0, 5-1 cc/kg/jam, dan tidak ada bukti kegagalan fungsi organ.
- 4) Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah pemeriksaan laboratorium dan pencitraan yang diinstruksikan oleh dokter berdasarkan hasil kesimpulan anamnesa dan pemeriksaan fisik.
- 5) Tindakan restraint sesuai indikasi dengan teknik terstandar yang aman, dengan tujuan untuk mengamankan pasien, orang lain dan lingkungan dari perilaku pasien yang tidak terkontrol.

e. Tata Laksana Definitif

- 1) Penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap pasien.
- 2) Penentuan tindakan yang diambil berdasarkan atas hasil kesimpulan dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, yang berwenang melakukan tata laksana definitif adalah Dokter/Dokter Gigi yang terlatih.

f. Rujukan

- 1) Rujukan adalah memindahkan pasien ke tingkat fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi ataupun ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki sarana dan prasarana medis serta tenaga ahli yang dibutuhkan untuk memberikan terapi definitif kepada pasien.
- 2) Sebelum pasien dirujuk, terlebih dahulu dilakukan koordinasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju mengenai kondisi pasien, serta tindakan medis yang diperlukan oleh pasien.
- 3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan pengirim harus mendapat kepastian bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju siap menerima dan melayani pasien yang dirujuk.
- 4) Proses pengiriman pasien dilakukan bila kondisi pasien stabil, menggunakan ambulans yang dilengkapi dengan penunjang resusitasi, tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi.

D. Tinjauan Umum tentang Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku menurut teori Lawrence Green terdiri dari tiga faktor utama yaitu:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*)

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap, tradisi dan kepercayaan, sistem nilai yang dianut, tingkat pendidikan, dan tingkat sosial ekonomi (Notoatmodjo, 2007).

a. Pengetahuan

Menurut Jujun S. Suriasumantri (1996) dalam (Darmawan & Fadjarajani, 2016) pengetahuan adalah segenap yang diketahui manusia mengenai suatu objek tertentu yang merupakan khasanah kekayaan mental diperoleh melalui rasional dan pengalaman. APA yang diketahui atau hasil dari pekerjaan tahu. Pekerjaan tahu tersebut adalah hasil dari kenal, sadar, insaf, mengerti, dan pandai. Jadi semua pengetahuan itu adalah milik dari isi pikiran. Kesimpulannya, pengetahuan merupakan hasil proses dari usaha manusia untuk tahu.

b. Sikap

Sikap adalah merupakan suatu konsep paling penting dalam psikologi sosial yang dapat diartikan sebagai kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu stimulus dengan Cara tertentu, apabila dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon. Suatu pola perilaku atau kesiapan antisipatif untuk menyesuaikan diri dari

situasi sosial yang telah dikondisikan (Waluyo, 2009). Menurut Notoatmodjo (2012), perilaku seseorang Akan lebih baik dan dapat bertahan lebih lama apabila didasari oleh pengetahuan dan kesadaran yang baik. Seseorang yang mempunyai pengetahuan yang baik tentang penggunaan APD diharapkan akan mempunyai sikap tentang penggunaan APD yang baik juga, karena sikap yang baik akan didukung oleh faktor yang baik juga, seperti pengalaman pribadi (baik secara langsung maupun tidak langsung) (Panjaitan & Mona, 2017).

c. Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Di samping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, misalnya: orang tua, saudara, suami, isteri, dan lain-lain. Yang sangat penting untuk mendukung tindakan yang Akan dilakukan. Tingkatan tindakan (*practice*) yaitu:

- 1) Persepsi (*Perception*). Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang Akan diambil adalah merupakan tindakan tingkat pertama.
- 2) Respon terpimpin (*Guide responce*). Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator tindakan tingkat kedua.

- 3) Mekanisme (*Mechanism*). Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka IA sudah mencapai tindakan tingkat ketiga.
- 4) Adaptasi (*Adaptation*). Adaptasi adalah suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2003).

d. Masa kerja

Menurut Notoatmodjo (2012) dalam (Putri & Denny A.W, 2014), masa kerja merupakan salah satu faktor pada karakteristik tenaga kerja yang membentuk perilaku. Semakin lama masa kerja tenaga kerja Akan membuat tenaga kerja lebih mengenal kondisi lingkungan tempat kerja. Jika tenaga kerja telah mengenal kondisi lingkungan tempat kerja dan bahaya pekerjaannya maka tenaga kerja Akan patuh menggunakan APD.

e. Tingkat pendidikan

Menurut Notoatmodjo (2012) dalam (Putri & Denny A.W, 2014), pendidikan merupakan salah satu faktor pada karakteristik tenaga kerja yang akan mempengaruhi perilaku. Pendidikan juga Akan mempengaruhi tenaga kerja dalam upaya mencegah penyakit dan meningkatkan kemampuan memelihara kesehatan. Meskipun pendidikan memiliki kuat hubungan yang rendah dengan kepatuhan

menggunakan APD namun pendidikan tetap menjadi faktor yang mendukung tenaga kerja patuh menggunakan APD. Patuh menggunakan APD berarti tenaga kerja berupaya memelihara kesehatannya dan melindungi diri dari bahaya keselamatan dan kesehatan kerja.

2. Faktor Pemungkin (*Enabling Factor*)

Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas, yang pada akhirnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku. Faktor ini disebut juga faktor pendukung (Notoatmodjo, 2007).

a. Ketersediaan Alat Pelindung Diri

Teori Green menyatakan bahwa hasil belajar seseorang adalah terjadinya perubahan perilaku. Perubahan perilaku didasari adanya perubahan atau penambahan pengetahuan sikap dan keterampilannya (Notoatmodjo, 2007). Namun demikian, perubahan pengetahuan dan sikap ini belum merupakan jaminan terjadinya perubahan perilaku sebab perilaku tersebut kadang-kadang memerlukan dukungan material dan penyediaan sarana (*enabling factors*). APD harus tersedia cukup jenis dan jumlahnya, untuk perlindungan seluruh atau sebagian tubuh.

b. Informasi tentang Alat Pelindung Diri

Informasi bisa menjadi fungsi penting dalam membantu mengurangi rasa cemas pada seseorang. Semakin banyak memiliki informasi dapat mempengaruhi atau menambah pengetahuan terhadap seseorang dan dengan pengetahuan tersebut bisa menimbulkan kesadaran yang akhirnya seseorang itu akan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2007). Salah satu sumber utama dari pembentukan sikap adalah informasi kognitif terkait dengan target sikap. Sikap individu terbentuk berdasar pada informasi mengenai tindakan yang telah dilakukan sebelumnya terkait dengan target sikap. Pemberian informasi ini dapat dilakukan secara tertulis melalui brosur, spanduk, dan Surat kabar, maupun secara lisan melalui seminar atau pelatihan dengan tujuan mengubah sikap tenaga kesehatan melalui proses kognitif. Melalui pelatihan dapat diberikan informasi yang dibutuhkan tenaga kesehatan terkait dengan kesehatan dan keselamatan kerja (Vembriati & Wimbari, 2015).

3. Faktor Penguat (*Reinforcing Factor*)

Faktor penguat adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas kesehatan. Termasuk juga disini undangundang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun dari pemerintah daerah terkait dengan kesehatan (Notoatmodjo, 2007)

a. Pengawasan

Pengawasan merupakan kegiatan mengendalikan tenaga kerja agar mentaati peraturan organisasi dan berkerja sesuai dengan rencana. Salah satu tujuan dilakukan pengawasan yaitu untuk meningkatkan kedisiplinan pekerja untuk menggunakan alat pelindung diri selama melakukan pekerjaan, selain itu juga bisa memberi hukuman atau teguran yang keras kepada pekerja yang tidak menggunakan alat pelindung diri saat bekerja. Sehingga perilaku pekerja akan menjadi lebih baik dengan adanya pengawasan dari perusahaan atau pihak-pihak yang terkait (Tho dkk, 2019).

b. Kebijakan

Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Pasal 23 dinyatakan bahwa upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang mempunyai risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit. Sudah seharusnya pihak pengelola rumah sakit menerapkan upaya-upaya K3 di rumah sakit. Segala hal yang menyangkut penyelenggaraan K3 di rumah sakit diatur di dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 432 tentang Pedoman Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di rumah sakit (Depkes RI, 2010).

c. Motivasi

Menurut Siagian (1995) dalam (Kadji, 2012) menyatakan motivasi adalah daya pendorong yang mengakibatkan seseorang anggota organisasi mau dan rela untuk mengarahkan kemampuan dalam bentuk keahlian atau ketrampilan tenaga dan waktunya untuk menyelenggarakan berbagai kegiatan yang menjadi tanggungjawabnya dan menunaikan kewajibannya, dalam rangka pencapaian tujuan dan berbagai sasaran organisasi yang telah ditentukan sebelumnya. Menurut Frederick Herzberg dalam (Andriani & Widiawati, 2017) mengemukakan bahwa teori motivasi dua faktor menyatakan bahwa orang dalam melaksanakan pekerjaannya dipengaruhi oleh dua faktor yang merupakan kebutuhan, yaitu:

1. Faktor Higienis (*Hygiene Factor/Maintenance Factors*) adalah faktor pemeliharaan yang berhubungan dengan hakikat manusia yang ingin memperoleh ketentraman badaniah. Kebutuhan kesehatan ini menurut Herzberg merupakan kebutuhan yang berlangsung terus-menerus, karena kebutuhan ini akan kembali pada titik nol setelah dipenuhi. Misalnya orang lapar akan makan, kemudian lapar lagi, lalu makan lagi dan seterusnya. Faktor pemeliharaan ini meliputi hal-hal :

- a) Gaji (*salaries*) adalah sebuah bentuk pembayaran atau sebuah hak yang diberikan oleh sebuah perusahaan atau instansi kepada pegawai atau karyawan.

- b) Kondisi kerja (*work condition*) adalah semua aspek fisik kerja, psikologis kerja dan peraturan kerja yang dapat mempengaruhi kepuasan kerja dan pencapaian produktivitas kerja.
 - c) Kebijakan dan administrasi perusahaan (*company policy and administrasion*) adalah tingkat kesesuaian yang dirasakan tenaga kerja terhadap semua kebijakan dan peraturan yang berlaku dalam perusahaan.
 - d) Hubungan antar pribadi (*interpersonal relation*) tingkat kesesuaian yang dirasakan dalam berinteraksi antartenenaga kerja lain.
 - e) Kualitas supervisi (*quality supervisor*) adalah tingkat kewajaransupervisi yang dirasakan oleh tenaga kerja.
2. Faktor Motivasi (*Motivation factors*) adalah menyangkut kebutuhan psikologis. Kebutuhan ini meliputi serangkaian kondisi intrinsik, Kepuasan pekerjaan (*job content*) yang apabila terdapat dalam pekerjaan Akan menggerakkan tingkat motivasi yang kuat, yang dapat menghasilkan prestasi pekerjaan yang baik. Faktor motivasi ini berhubungan dengan penghargaan terhadap pribadi yang secara langsung berkaitan dengan pekerjaan. Faktor ini dinamakan *satisfiers* yang meliputi :

- a) Prestasi (*achievement*) adalah suatu hasil kerja yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugas-tugasnya atas kecakapan, usaha dan kesempatan.
- b) Pengakuan (*recognition*) adalah besar kecilnya pengakuan yang diberikan kepada tenaga kerja atas hasil kerja.
- c) Pekerjaan itu sendiri (*the work itself*) adalah berat ringannya tantangan yang dirasakan tenaga kerja dari pekerjaannya.
- d) Tanggung jawab (*responsibility*) adalah besar kecilnya yang dirasakan terhadap tanggung jawab diberikan kepada seorang tenaga kerja.
- e) Pengembangan potensi individu (*advancement*) adalah besar kecilnya kemungkinan tenaga kerja berpeluang maju dalam pekerjaannya seperti naik pangkat.

E. Tinjauan Umum tentang COVID-19

1. Etiologi COVID-19

Penyebab COVID-19 adalah virus yang tergolong dalam family coronavirus. Coronavirus merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. Terdapat 4 struktur protein utama pada Coronavirus yaitu: protein N (nukleokapsid), glikoprotein M (membran), gliko protein spike S (spike), protein E (selubung). Coronavirus tergolong ordo Nidovirales, keluarga Coronaviridae. Coronavirus ini dapat menyebabkan penyakit pada hewan atau manusia. Terdapat 4 genus yaitu alpha coronavirus, beta corona virus, gamma corona virus,

dan delta corona virus. Sebelum adanya COVID-19, ada 6 jenis corona virus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu HCoV-229E (Kemkes RI, 2020).

Corona virus yang menjadi etiologi COVID-19 termasuk dalam genus beta corona virus, umumnya berbentuk bundar dengan beberapa pleomorfik, dan berdiameter 60-140 nm. Hasil analisis filogenetik menunjukkan bahwa virus ini masuk dalam subgenus yang Sama dengan coronavirus yang menyebabkan wabah SARS pada 2002-2004 silam, yaitu Sarbecovirus. Atas dasar ini, International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) memberikan Nama penyebab COVID-19 sebagai SARS-CoV-2. (Kemkes RI, 2020).

2. Penularan

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

memungkinkan virus menyebar melalui droplet atau kontak dengan benda yang terkontaminasi (Kemkes RI, 2020).

Sebagai tambahan, bahwa terdapat kasus konfirmasi yang tidak bergejala (asimptomatik), meskipun risiko penularan sangat rendah Akan tetapi masih ada kemungkinan kecil untuk terjadi penularan. Berdasarkan studi epidemiologi dan virologi saat ini membuktikan bahwa COVID-19 utamanya ditularkan dari orang yang bergejala (simptomatik) ke orang lain yang berada jarak dekat melalui droplet. Droplet merupakan partikel berisi air dengan diameter $>5-10 \mu\text{m}$. Penularan droplet terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernapasan (misalnya, batuk atau bersin) sehingga droplet berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata). Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi droplet di sekitar orang yang terinfeksi. Oleh karena itu, penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan atau benda yang digunakan pada orang yang terinfeksi (misalnya, stetoskop atau termometer). (Kemkes RI, 2020).

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

memutus koneksi ventilator, ventilasi tekanan positif noninvasif, trakeostomi, dan resusitasi kardiopulmoner. Masih diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai transmisi melalui udara. (Kemkes RI, 2020).

3. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala yang dialami biasanya bersifat ringan dan muncul secara bertahap. Beberapa orang yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala apapun dan tetap merasa sehat. Gejala COVID-19 yang paling umum adalah demam, rasa lelah, dan batuk kering. Beberapa pasien mungkin mengalami rasa nyeri dan sakit, hidung tersumbat, pilek, nyeri kepala, konjungtivitis, sakit tenggorokan, diare, hilang penciuman dan pembauan atau ruam kulit. Menurut data dari negara-negara yang terkena dampak awal pandemi, 40% kasus akan mengalami penyakit ringan, 40% akan mengalami penyakit sedang termasuk pneumonia, 15% kasus akan mengalami penyakit parah, dan 5% kasus akan mengalami kondisi kritis. Pasien dengan gejala ringan dilaporkan sembuh setelah 1 minggu. Pada kasus berat akan mengalami *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), sepsis dan syok septik, gagal multiorgan, termasuk gagal ginjal atau gagal jantung akut hingga berakibat kematian. Orang lanjut usia (lansia) dan orang dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, gangguan jantung dan paru, diabetes dan kanker berisiko lebih besar mengalami keparahan. (Kemkes RI, 2020).

4. Pencegahan Penularan COVID-19 pada Individu

Penularan COVID-19 terjadi melalui droplet yang mengandung virus SARSCoV-2 yang masuk ke dalam tubuh melalui hidung, mulut dan mata, untuk itu pencegahan penularan COVID-19 pada individu dilakukan dengan beberapa tindakan, seperti : (Kemkes RI, 2020):

- a. Membersihkan tangan secara teratur dengan cuci tangan pakai sabun dan air mengalir selama 40-60 detik atau menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol (handsanitizer) minimal 20 – 30 detik. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang tidak bersih.
- b. Menggunakan alat pelindung diri berupa masker yang menutupi hidung dan mulut jika harus keluar rumah atau berinteraksi dengan orang lain yang tidak diketahui status kesehatannya (yang mungkin dapat menularkan COVID-19).
- c. Menjaga jarak minimal 1 meter dengan orang lain untuk menghindari terkena droplet dari orang yang batuk atau bersin. Jika tidak memungkinkan melakukan jaga jarak maka dapat dilakukan dengan berbagai rekayasa administrasi dan teknis lainnya.
- d. Membatasi diri terhadap interaksi / kontak dengan orang lain yang tidak diketahui status kesehatannya.
- e. Saat tiba di rumah setelah bepergian, segera mandi dan berganti pakaian sebelum kontak dengan anggota keluarga di rumah.
- f. Meningkatkan daya tahan tubuh dengan menerapkan pola hidup bersih dan sehat (PHBS) seperti konsumsi gizi seimbang, aktivitas

- fisik minimal 30 menit sehari, istirahat yang cukup termasuk pemanfaatan kesehatan tradisional. Pemanfaatan kesehatan tradisional, salah satunya dilakukan dengan melaksanakan asuhan mandiri kesehatan tradisional melalui pemanfaatan Taman Obat Keluarga (TOGA) dan akupresur.
- g. Mengelola penyakit penyerta/komorbid agar tetap terkontrol.
 - h. Mengelola kesehatan jiwa dan psikososial.
 - i. Apabila sakit menerapkan etika batuk dan bersin. Jika berlanjut segera berkonsultasi dengan dokter/tenaga kesehatan.
 - j. Menerapkan adaptasi kebiasaan baru dengan melaksanakan protokol kesehatan dalam setiap aktivitas

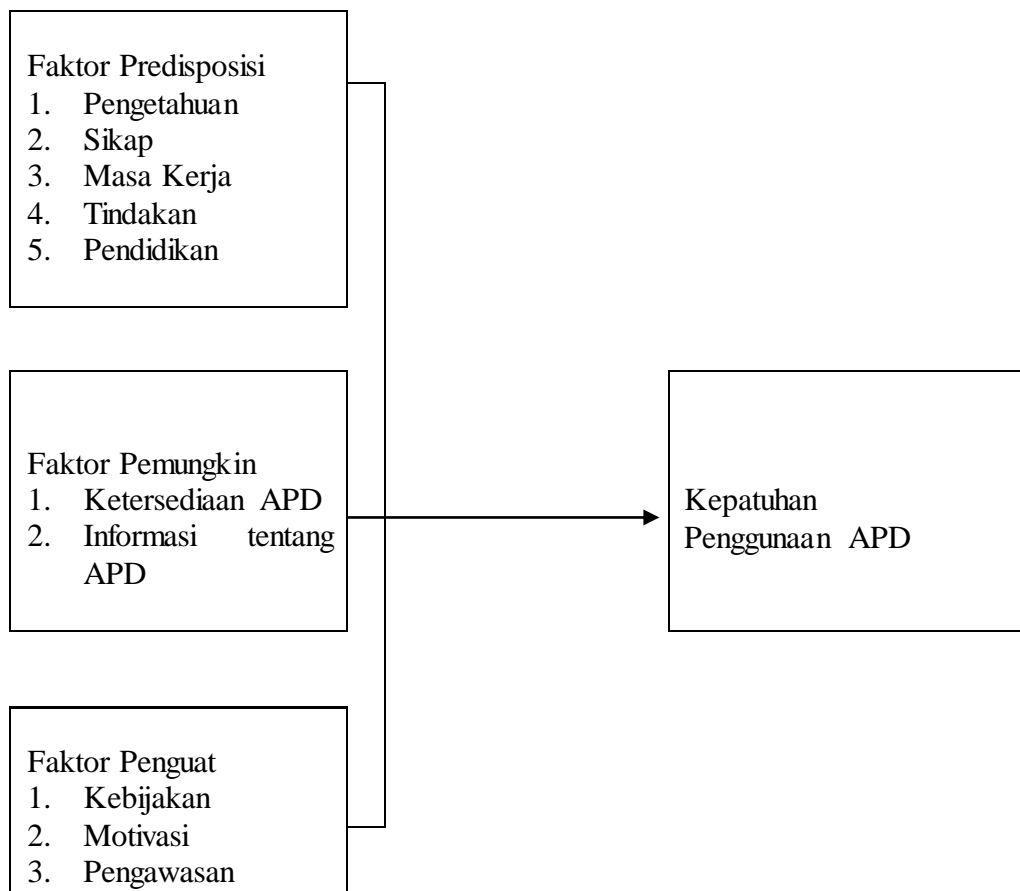
F. Kerangka Teori

Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau penyebaran infeksi atau penyakit. Petugas kesehatan dapat melindungi diri ketika merawat pasien dengan mematuhi praktik pencegahan dan pengendalian infeksi, yang mencakup pengendalian administratif, lingkungan dan engineering serta penggunaan APD yang tepat. (Kemenkes RI, 2020).

Perilaku kepatuhan penggunaan alat pelindung diri pada petugas kesehatan selama bekerja menurut Lawrence Green (1980) dalam (Notoatmodjo, 2007) dipengaruhi oleh 3 faktor yang pertama yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), mencakup pengetahuan, sikap, tindakan,

sistem budaya, dan tingkat pendidikan. Kedua, faktor pemungkin (*enabling factor*), mencakup ketersediaan sarana dan prasarana yang mendukung pelayanan kesehatan dan informasi. Ketiga, faktor penguat (*reinforcing factor*) meliputi pengawasan, motivasi, dan peraturan/kebijakan.

Kerangka teori dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.11 Kerangka Teori Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Berdasarkan Teori Lawrence Green (Notoatmodjo, 2007) & (Kemenkes RI, 2020)

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, ketersediaan APD, dan pengawasan terhadap kepatuhan penggunaan APD pada petugas IGD di RSUD Kota Makassar pada Masa Pandemi COVID-19. Kerangka konsep ini terdiri dari variabel independen dan variabel dependen yang mengacu pada kerangka teori yang telah disebutkan sebelumnya.

1. Pengetahuan

Menurut Simon *et al* (1995) dalam (Harsono dkk, 2018) pengetahuan merupakan faktor domain terhadap terbentuknya tindakan seseorang. Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata tindakan yang didasari oleh pengetahuan Akan lebih langgeng daripada tindakan yang tidak didasari pengetahuan. Pengetahuan yang baik Akan membentuk tindakan yang positif pada individu, sehingga perilaku individu tersebut juga Akan lebih baik.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Keadaan mental dan kesiapan yang diatur melalui pengalaman, memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua objek dan situasi yang berkaitan dengannya. Sikap secara nyata menunjukkan

konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu (Notoatmodjo, 2007).

3. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

Perilaku terbentuk dari 3 faktor yang mana salah satunya adalah faktor pemungkin atau pendukung (*enabling factor*) yaitu ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan. Ketersediaan APD dalam hal ini merupakan salah satu bentuk dari faktor pendukung perilaku, dimana suatu perilaku otomatis belum terwujud dalam suatu tindakan jika tidak terdapat fasilitas yang mendukung. (Notoatmodjo, 2007).

4. Pengawasan

Menurut Kelman (1958) dalam (Raodhah & Gemely, 2014) bahwa perubahan perilaku seseorang atau individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi, kemudian baru menjadi internalisasi. Mula-mula individu mematuhi tanpa kerelaan melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman ataupun sanksi, jika dapat mematuhi anjuran tersebut maka biasanya perubahan yang terjadi pada tahap ini sifatnya sementara, artinya bahwa tindakan dilakukan selama masih ada pengawas. Namun pada saat pengawas mengendur perilaku itu pun ditinggalkan lagi.

5. Kepatuhan Penggunaan APD pada Petugas IGD

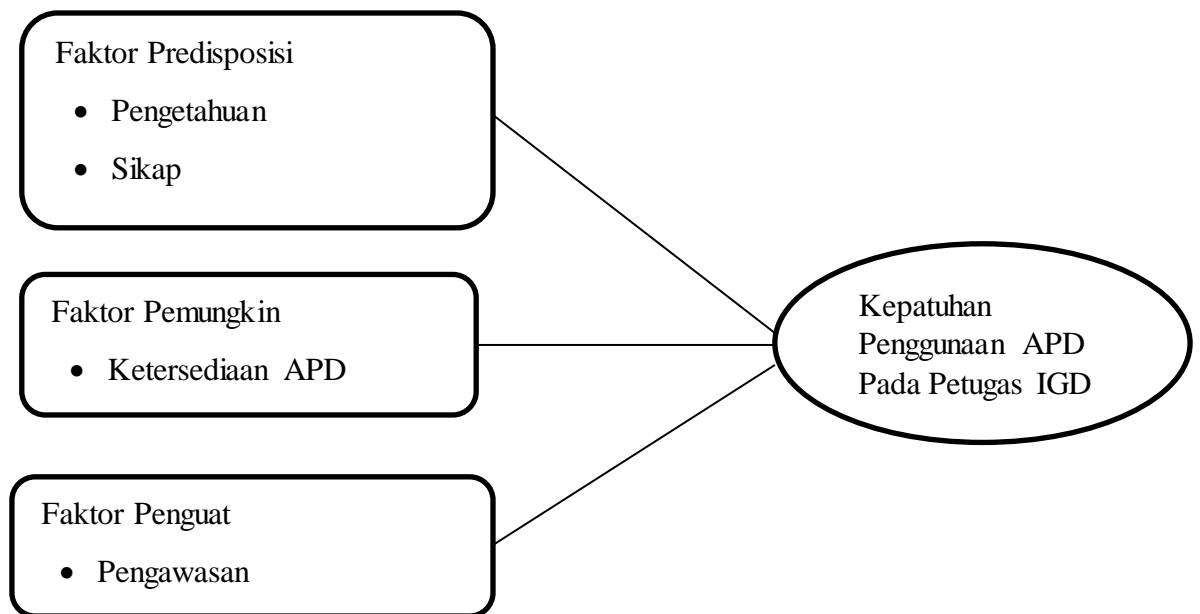
Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) adalah tindakan atau aktivitas dalam penggunaan seperangkat alat yang digunakan oleh petugas kesehatan untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuhnya

terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya/kecelakaan kerja. Penggunaan APD sangat penting bagi para tenaga kesehatan, terutama untuk mencegah penyakit akibat kerja ataupun kecelakaan kerja. Namun demikian pada kenyataannya masih banyak tenaga kesehatan yang masih belum mengenaikannya saat bekerja. Rendahnya tingkat kepatuhan dalam mengenakan APD biasanya menunjukkan sistem manajemen keselamatan yang gagal, terbatasnya faktor pengawasan pimpinan, keterbatasan sarana, rendahnya kesadaran pekerja terhadap keselamatan kerja dan lain-lain. (Liswanti dkk, 2015).

B. Pola Pikir Variabel yang Diteliti

Dalam pelaksanaan kegiatan penelitian berdasarkan kerangka teori yang ada, peneliti memilih beberapa faktor risiko yang fisibel (dapat diukur) untuk diteliti sebagai variabel penelitian. Variabel yang terpilih selanjutnya disusun dalam satu kerangka konsep. Kerangka konsep merupakan penyederhanaan dari kerangka teori.

Kerangka konsep terdiri dari dua jenis variabel penelitian yakni, variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen dari penelitian ini adalah pengetahuan, sikap, ketersediaan APD dan pengawasan. Sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan penggunaan APD pada petugas IGD.



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



: Variabel Dependen



: Variabel Independen

C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Kepatuhan Penggunaan APD pada Petugas IGD

Perilaku penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) secara lengkap pada saat bekerja sesuai dengan SOP RSUD Kota Makassar (masker bedah, gaun, sarung tangan tebal, pelindung mata/googles, pelindung kepala, dan sepatu pelindung) yang diobservasi langsung pada saat bekerja.

Kriteria Objektif:

Patuh : jika memakai semua APD sesuai SOP RSUD Kota

Makassar secara lengkap

Tidak Patuh : jika tidak memakai APD sesuai SOP RSUD Kota

Makassar secara tidak lengkap

2. Pengetahuan

Pengetahuan meliputi segala sesuatu yang diketahui oleh responden tentang Alat pelindung Diri (APD) meliputi pengertian, tujuan, syarat dan fungsi jenis-jenis alat pelindung diri. Diukur dengan menggunakan alat ukur kuesioner.

Kriteria Objektif:

Pengukuran penilaian variabel pengetahuan menggunakan skala Guttman, yaitu dengan memberikan nilai 1 untuk jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban salah. Menurut Iskandar (2013) dalam (Nurdianto & Sudiana, 2020), skala Guttman menggunakan dua jawaban yang tegas dan konsisten yaitu ya-tidak, benar-salah, positif-negatif, tinggi-rendah, yakin-tidak yakin, setuju-tidak setuju.

Cara perhitungannya:

Rumus:

$$I = \frac{R}{K}$$

Keterangan:

I = Interval

R = Range (Skor tertinggi-Skor terendah)

K = Banyaknya kriteria yang ada pada kriteria objektif suatu variabel

Skor tertinggi = jumlah pertanyaan × skor tertinggi

$$= 10 \times 1 = 10$$

$$= \frac{10}{10} \times 100\% = 100\%$$

Skor terendah = jumlah pertanyaan \times skor terendah

$$= 10 \times 0 = 0$$

$$= \frac{0}{10} \times 100\% = 0\%$$

$$I = \frac{100\% - 0\%}{2} = 50\%$$

Kriteria penilaian = Skor tertinggi - interval

$$= 100\% - 50\% = 50\%$$

Pengetahuan baik : jika skor responden $\geq 50\%$

Pengetahuan kurang : jika skor responden $< 50\%$

3. Sikap

Sikap responden adalah pendapat atau penilaian petugas mengenai penggunaan alat pelindung diri pada saat bekerja. Diukur dengan menggunakan alat ukur kuesioner.

Kriteria Objektif:

Pengukuran penilaian sikap menggunakan skala Likert. Skala likert pertama kali dikembangkan oleh Rensis Linkert pada tahun 1932 dalam mengukur sikap masyarakat. Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala Likert mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negatif, yang dapat berupa kata-kata antara lain: sangat setuju (SS), setuju (S), ragu-ragu (R), tidak setuju (TS) dan sangat tidak setuju

(STS). Bisa terdiri atas pertanyaan positif dan negatif. Pernyataan positif merupakan pernyataan yang mendukung atau memihak pada objek sikap. Sebaliknya pernyataan negatif adalah pernyataan yang menolak atau tidak memihak terhadap objek sikap (Mawardi, 2019). Kuesioner ini terdiri atas 4 alternatif jawaban, yaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Pada kuesioner sikap terdapat 16 pertanyaan yang terdiri dari 12 pertanyaan positif dan 4 pertanyaan negatif. Adapun penilaian untuk pertanyaan positif adalah:

- a) Sangat Setuju (SS) bernilai 4.
- b) Setuju (S) bernilai 3.
- c) Tidak Setuju (TS) bernilai 2.
- d) Sangat Tidak Setuju (STS) bernilai 1.

Sedangkan penilaian untuk pertanyaan negatif adalah:

- a) Sangat Setuju (SS) bernilai 1.
- b) Setuju (S) bernilai 2.
- c) Tidak Setuju (TS) bernilai 3.
- d) Sangat Tidak Setuju (STS) bernilai 4.

Cara perhitungannya:

$$\begin{aligned}
 \text{Skor tertinggi} &= \text{jumlah pertanyaan} \times \text{skor tertinggi} \\
 &= 16 \times 4 = 64 \\
 &= \frac{64}{64} \times 100\% = 100\%
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{Skor terendah} &= \text{jumlah pertanyaan} \times \text{skor terendah} \\
 &= 16 \times 1 = 16
 \end{aligned}$$

$$= \frac{16}{64} \times 100\% = 25\%$$

$$I = \frac{100\% - 25\%}{2} = 37,5\%$$

Kriteria penilaian = Skor tertinggi – interval

$$= 100\% - 37,5\% = 62,5\%$$

Sikap Baik : jika skor responden $\geq 62,5\%$

Sikap Kurang Baik : jika skor responden $< 62,5\%$

4. Ketersediaan APD

Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) yang lengkap yang disediakan oleh manajemen Rumah Sakit sesuai SOP RSUD Kota Makassar di masa pandemi.

Kriteria Objektif:

Lengkap : jika manajemen menyiapkan semua APD sesuai SOP RSUD Kota Makassar di masa pandemi.

Tidak lengkap : jika manajemen tidak menyiapkan semua APD sesuai SOP RSUD Kota Makassar di masa pandemi.

5. Pengawasan

Kegiatan pengawasan yang dilakukan oleh pihak RSUD Kota Makassar kepada petugas IGD terkait penggunaan APD saat bekerja. Diukur dengan menggunakan alat ukur kuesioner.

Kriteria Objektif:

Pengukuran penilaian variabel pengawasan menggunakan skala Guttman,

yaitu dengan memberikan nilai 1 untuk jawaban ya dan nilai 0 untuk jawaban tidak. Menurut Iskandar (2013) dalam (Nurdianto & Sudiana, 2020), skala Guttman menggunakan dua jawaban yang tegas dan konsisten yaitu ya-tidak, benar-salah, positif-negatif, tinggi-rendah, yakin-tidak yakin, setuju-tidak setuju.

$$\begin{aligned}\text{Skor tertinggi} &= \text{jumlah pertanyaan} \times \text{skor tertinggi} \\ &= 6 \times 1 = 6 \\ &= \frac{6}{6} \times 100\% = 100\%\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Skor terendah} &= \text{jumlah pertanyaan} \times \text{skor terendah} \\ &= 6 \times 0 = 0 \\ &= \frac{0}{6} \times 100\% = 0\%\end{aligned}$$

$$I = \frac{100\% - 0\%}{2} = 50\%$$

$$\begin{aligned}\text{Kriteria penilaian} &= \text{Skor tertinggi} - \text{interval} \\ &= 100\% - 50\% = 50\%\end{aligned}$$

Pengawasan Baik : jika skor responden $\geq 50\%$

Pengawasan Kurang : jika skor responden $< 50\%$