

**TESIS**  
**ANALISIS DETERMINAN EPIDEMIOLOGI TERHADAP**  
**KUALITAS HIDUP PENYINTAS COVID-19**  
**DI KOTA MAKASSAR**

**Disusun dan diajukan oleh**

**NUR HUSNUL KHATIMAH**  
**K012192027**



**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**  
**2021**

**ANALISIS DETERMINAN EPIDEMIOLOGI TERHADAP  
KUALITAS HIDUP PENYINTAS COVID-19  
DI KOTA MAKASSAR**

**ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGICAL DETERMINANTS  
ON QUALITY OF LIFE OF COVID-19 SURVIVORS  
IN MAKASSAR CITY**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

NUR HUSNUL KHATIMAH

**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS DETERMINAN EPIDEMIOLOGI TERHADAP KUALITAS HIDUP  
PENYINTAS COVID-19  
DI KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

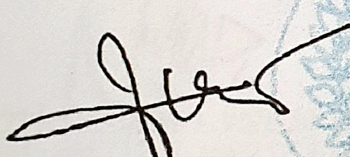
**NUR HUSNUL KHATIMAH  
K012192027**

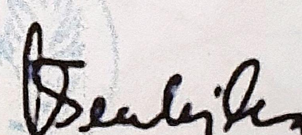
Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 07 Januari 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Pembimbing Utama,


Pembimbing Pendamping,


  
Dr. Ida Leida M., SKM, MKM, M.Sc.PH  
NIP.19680226 199303 2 003

  
Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes  
NIP.19621231 199103 1 001

Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2  
Kesehatan Masyarakat

  
Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed  
NIP. 19670617 199903 1 001

  
Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.  
NIP. 19590605 198601 2 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nur Husnul Khatimah  
NIM : K012192027  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulissan saya berjudul :

### **FAKTOR EPIDEMIOLOGI YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUALITAS HIDUP DOMAIN HUBUNGAN SOSIAL PENYINTAS COVID-19 DIKOTA MAKASSAR**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 10 Februari 2022.

Yang menyatakan



Nur Husnul khatimah

## ABSTRAK

**NUR HUSNUL KHATIMAH.** *Analisis Determinan Epidemiologi Terhadap Kualitas Hidup Penyintas Covid-19 Di Kota Makassar* (Dibimbing oleh **Ida Leida M** dan **A. Arsunan Arsin**)

Awal tahun 2020 *World Health Organization* mendeklarasikan COVID-19 sebagai darurat kesehatan dunia. Indonesia masih melawan COVID-19, Kota Makassar dengan jumlah kasus COVID-19 yang terus bertambah dengan kasus kesembuhan dan yang meninggal. Penelitian bertujuan menganalisis hubungan faktor-faktor epidemiologi terhadap kualitas hidup Penyintas COVID-19.

Jenis penelitian adalah observasional analitik dengan desain *Cross Sectional study*. Populasi dalam penelitian adalah seluruh penyintas COVID-19 di kota Makassar, pengambilan sampel dengan teknik *non probability sampling* dengan jumlah sampel 366 responden. Penelitian dilakukan dengan wawancara dan dengan mengisi kuesioner via *google form*.

Hasil penelitian, karakteristik responden mayoritas umur 40-59 tahun 142 (38,8%). Jenis kelamin perempuan 227 (62,0%), dengan status kawin 234 (63,9%), pada suku Makassar 139 (38,0%), tingkat pendidikan tamat S1 156 (42,6%), dan status pekerjaan mayoritas tidak bekerja 81 (22,1%). Hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji *Chi-square* menunjukkan variabel Lama menderita ( $p=0,000$ ), komorbid COVID-19 ( $p=0,006$ ), tingkat depresi ( $p=0,000$ ), dukungan sosial ( $p=0,000$ ), pengaruh media massa ( $p=0,001$ ), dan reinfeksi penyakit ( $p=0,000$ ), memiliki hubungan yang signifikan terhadap Kualitas Hidup Penyintas COVID-19. Analisis multivariat, bahwa media massa  $\text{Exp}(\beta)$  12,073, dan Komorbid COVID-19  $\text{Exp}(\beta)$  2,276, merupakan faktor yang paling berhubungan terhadap kualitas hidup Kualitas Hidup Penyintas COVID-19, dengan menggunakan uji regresi logistik. Saran: untuk peneliti selanjutnya disarankan melakukan studi cohort atau case control agar data responden lebih akurat.

**Kata kunci** : Determinan, Epidemiologi, COVID-19, Penyintas, Kualitas Hidup



## ABSTRACT

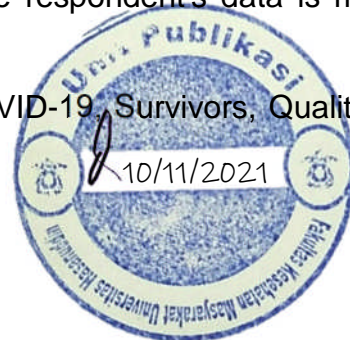
**NUR HUSNUL KHATIMAH.** *Analisis Determinan Epidemiologi Terhadap Kualitas Hidup Penyintas Covid-19 Di Kota Makassar* (Dibimbing oleh **Ida Leida M** dan **A. Arsunan Arsin**)

In early 2020, the World Health Organization declared COVID-19 a world health emergency. Indonesia is still fighting COVID-19, Makassar City with the number of COVID-19 cases continues to grow with recovered and dead cases. This study aims to analyze the relationship of epidemiological factors to the quality of life of COVID-19 survivors.

The type of research is analytic observational with a cross sectional study design. The population in the study were all COVID-19 survivors in the city of Makassar, sampling using a non-probability sampling technique with a sample of 366 respondents. The research was conducted by interview and by filling out a questionnaire via google form.

The results of the study, the characteristics of the main respondents aged 40-59 years 142 (38.8%). Gender is female 227 (62.0%), with marital status 234 (63.9%), in Makassar ethnicity 139 (38.0%), education level graduated from S1 156 (42.6%), and large employment status 81 (22.1%). The results of the bivariate analysis using the Chi-square test showed that the variable length of suffering ( $p = 0.000$ ), comorbid COVID-19 ( $p = 0.006$ ), depression level ( $p = 0.000$ ), social support ( $p = 0.000$ ), the influence of mass media ( $p = 0.000$ ) =0.001), and disease reinfection ( $p=0.000$ ), had a significant relationship to the Quality of Life for COVID-19 Survivors. Multivariate analysis, that mass media  $\text{Exp}(\beta)$  12,073, and Comorbid COVID-19  $\text{Exp}(\beta)$  2,276, were the factors most associated with quality of life Quality of Life for Survivors of COVID-19, using logistic regression test. Suggestion: for further researchers, it is recommended to conduct a cohort or control study so that the respondent's data is more accurate.

**Keywords:** Determinants, Epidemiology, COVID-19, Survivors, Quality of Life



## PRAKATA

*Bismillahirrahmanirrahim.*

*Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.*

*Allhamdulillah Robbil 'Aalamiin*, Segala puji hanya milik Allah Azza Wa Jallah, kami memujinya, mengagungkannya, mengesakannya, mensucikannya, dan senantiasa bersyukur kepadanya. Sholawat serta salam senantiasa tercurahkan kepada Rasulullah saw, qudwah terbaik dimuka bumi dan semoga kita bisa mengikuti jalan beliau.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus dan penghargaan yang kepada:

1. Rasa terima kasih yang sebesar-besarnya dan rasa hormat yang sedalam dalamnya kami haturkan kepada dosen selaku pembimbing kami yaitu Dr. Ida Leida M, SKM, MKM, M.Sc.PH dan Prof.Dr.drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes yang telah banyak meluangkan waktu dan tenaga demi membimbing penulis, ditengah kesibukannya dengan penuh kesabaran, memberikan arahan, perhatian, semangat, motivasi, serta masukan dan dukungan moril yang sangat bermanfaat bagi penulis.
2. Tim penguji Bapak Prof.Dr.dr.H.M.Najib Bustan, MPH, bapak Dr. Abdul Salam, SKM.,M.Kes dan ibu Dr.dr.Syamsiar S.Russeng, MS. Atas kesediaan waktu dalam memberikan banyak masukan serta

saran untuk perbaikan dan penyempurnaan penulisan tesis ini.

3. Prof Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA. Selaku Rektor Universitas Hasanuddin beserta jajarannya.
4. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med,Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
5. Prof.Dr. Masni, Apt, MSPH selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
6. Dr.Wahiduddin, SKM., M.Kes selaku Ketua Departemen Epidemiologi beserta seluruh tim pengajar dan seluruh staf atas ilmu, bimbingan dan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan di Pascasarja Universitas Hasanuddin.
7. Kepada kepala Badan Satgas Penanganan COVID-19 Sulawesi selatan, serta staf yang turut membantu dalam kelancaran selama penelitian
8. Kepada kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar serta staf yang mengizinkan penelitian serta turut membantu dalam pelaksanaan penelitian.
9. Teman-teman seperjuangan pada Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2019 (dua), teman-teman kelas A, Departemen Epidemiologi, dan team yang salalu menemani dan saling memotivasi selama perjuangan penyusunan tesis ini (Nurilmuliani, Hartika, Arina Rizki, Nur Abry j, Wardimansyah).



10. Komunitas Sahabat Muslimah UMI, yang senantiasa memberikan dukungan dan selalu kebersamai dalam perjuangan ini, serta do'a di setiap alur perjalanan dalam penyusunan tesis ini.
11. Para ustad dan ustdzah pengajar di TPQ Al-Fath Toddopuli, yang turut membantu dalam kelancaran penelitian, yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta do'a yang tak henti untuk kemudahan dan kelancaran selama penyusunan tesis penulis.

Teristimewa tesis ini penulis persembahkan kepada Kedua orang tua yang terkasih Ayahanda Abdul Muis,S.pd dan Ibunda Ruhani atas segala limpahan kasih sayang serta do'a yang tak pernah henti-hentinya untuk penulis selama ini. Penulis menyadari bahwa penyelesaian tesis ini tidaklah sebanding dengan segala apa yang Ayahanda dan Ibunda berikan dan korbakan untuk penulis, semoga penyelesaian tesis ini dapat mengukir kebahagiaan di hati Ayahanda dan Ibunda.

Penulis menyadari penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya berupa saran dan kritik yang bersifat membangun demi kesempurnaan tesis. Akhir kata semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua, *Aamiin*.

Makassar, 21 Oktober 2021

**NUR HUSNUL KHATIMAH**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL .....</b>	<b>i</b>
<b>SAMPUL TESIS.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>PRAKATA.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISTILAH.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
1. Tujuan umum .....	8
2. Tujuan khusus .....	9
D. Manfaat Penelitian.....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>11</b>
A. Tinjauan Umum Tentang COVID-19 .....	11
B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup Terkait Kesehatan .....	27
C. Tinjauan Umum Tentang Lama Menderita .....	30
D. Tinjauan Umum Tentang Komorbid COVID-19 .....	33
E. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Depresi .....	36
F. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Sosial .....	38
G. Tinjauan Umum Tentang Media Massa .....	40
H. Tinjauan Umum Tentang Reinfeksi COVID-19 .....	43
I. Tabel Sintesa.....	46

J. Kerangka Teori Penelitian .....	55
K. Kerangka Konsep .....	56
L. Hipotesis Penelitian .....	57
M. Definisi Operasional dan kriteria Objektif.....	58
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>63</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian .....	63
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	63
C. Populasi dan Sampel Penelitian .....	63
1. Populasi .....	63
2. Sampel .....	64
D. Bagan Alur Penelitian .....	65
E. Instrumen Pengumpulan Data .....	66
1. Data Primer .....	66
2. Data Sekunder .....	68
F. Etika Penelitian .....	68
G. Pengolahan Data .....	69
H. Analisis Data.....	70
1. Analisis Univariat.....	70
2. Analisis Bivariat.....	71
3. Analisis Multivariat.....	71
I. Penyajian Data .....	71
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>72</b>
A. Gambaran umum lokasi penelitian .....	72
B. Hasil penelitian .....	75
C. Pembahasan .....	89
D. Keterbatasan penelitian .....	113
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>114</b>
A. Kesimpulan .....	114
B. Saran .....	115
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>116</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tabel Sintesa .....	46
Tabel 4.1 Analisis Univariat Berdasarkan Karakteristik.....	75
Tabel 4.2 Analisis Univariat Berdasarkan variabel yang diteliti .....	77
Tabel 4.3 Distribusi Berdasarkan variabel penyakit penyerta .....	79
Tabel 4.4 Distribusi Berdasarkan variabel tingkat depresi .....	80
Tabel 4.5 Distribusi Berdasarkan variabel dukungan sosial.....	81
Tabel 4.6 Analisis Bivariat Berdasarkan variabel yang diteliti .....	92
Tabel 4.7 Analisis Uji chi square hosmer and lemeshow .....	85
Tabel 4.8 Analisis -2 Log LikeliHood.....	85
Tabel 4.7 Analisis multivariat Berdasarkan variabel yang diteliti.....	93

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian .....	55
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian .....	56
Gambar 3 Bagan Alur Penelitian.....	65

## DAFTAR ISTILAH

COVID-19	:	<i>Coronavirus Disease</i>
MERS	:	<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
SARS	:	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	:	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
NIH	:	<i>National Institute of Health</i>
PDPI	:	Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
P2P	:	Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit
APD	:	Alat Pelindung diri
IGD	:	Instalasi Gawat Darurat
P2P	:	Pengendalian Dan Pemberantasan Penyakit
SATGAS	:	Satuan tugas
HADS	:	<i>Hospital Anxiety And Depression Scale</i>
ESSI	:	<i>ENRICHED Social Support Instrument</i>
PPKM	:	Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat
ODP	:	Orang dalam pemantauan
OTG	:	Orang tanpa gejala
PDP	:	Pasien dalam pengawasan
PJK	:	Penyakit jantung koroner
TBC	:	Tuberkolosis

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Lembar Penjelasan Untuk Informan
Lampiran 2.	Formulir Persetujuan
Lampiran 3.	Kuesioner Penelitian
Lampiran 4.	Output/ Hasil Analisis Univariat
Lampiran 5.	Output/ Hasil Analisis Bivariat
Lampiran 6.	Output/ Hasil Analisis Multivariat
Lampiran 7.	Surat Keterangan Pembimbing
Lampiran 8.	Surat Rekomendasi Etik
Lampiran 9.	Surat izin Penanaman Modal
Lampiran 10.	Surat Izin Penelitian
Lampiran 11.	Dokumentasi Penelitian
Lampiran 12.	<i>Curriculum Vitae</i>

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

*Coronavirus* (CoV) adalah keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit mulai gejala ringan sampai berat. Saat ini ada dua jenis *coronavirus* yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). *Coronavirus Disease* (COVID-19) adalah virus jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia, zoonosis (ditularkan antara hewan dan manusia) (Dirjen P2P, 2020).

WHO menyatakan adanya *coronavirus* baru sebagai penyebab penyakit pada sekelompok orang di Wuhan, Provinsi Hubei Negara China yang dilaporkan ke WHO pada 31 Desember 2019 (Elsevier, 2020) & Renold.Matt (2020). WHO mendeklarasikan *Coronavirus* sebagai wabah kesehatan masyarakat dan menjadi darurat internasional pada 30 Januari dan menetapkan menjadi pandemi pada 11 Maret (WHO, 2020)

Pandemi COVID-19 yang telah menginfeksi jutaan manusia dan membunuh ribuan orang di dunia. Upaya pengendalian peningkatan kasus ini telah dilakukan dengan beberapa cara salah satunya adalah pembatasan sosial, hal ini membantu mengatasi pandemik COVID-19 walau pun pemerintah telah melakukan upaya-



upaya tersebut namun laju peningkatan kasus terus berlanjut dan cenderung fluktuatif.

World Health Organization (WHO,2021) melaporkan jumlah penderita COVID-19 di dunia terus meningkat, data pertanggal 12 Maret 2021 kasus COVID-19 di dunia sebanyak 119.023.857 kasus dan jumlah yang meninggal sebanyak 2.638.887 orang. Data per tanggal 17 Januari 2021, 10 kasus tertinggi COVID-19 di Asia yaitu India dengan total 10.558.710, Turki dengan 2.380.665 kasus, Iran dengan 1.324.395 kasus, Indonesia dengan 907.929, Irak dengan 607.587, Israel mencapai 543.499, Bangladesh ada 527.632, Pakistan sebanyak 519.291, Filipina mencapai 500.577, dan Saudi Arabia sebanyak 364.753. Indonesia berada pada urutan ke empat, sementara kasus COVID-19 di Asia Tenggara, Indonesia berada pada urutan pertama yaitu Indonesia sebanyak 907.929 kasus, Filipina 500.577 kasus, Malaysia 158.434, Myanmar 133.869, Singapura 59.113, Thailand 12.054, Vietnam 1.537 Kamboja 439. Brunei 174, dan Laos 41 kasus.

Jumlah kasus COVID-19 di Indonesia berdasarkan data Satgas COVID-19 menunjukkan terjadinya peningkatan setiap harinya data pertanggal 12 Maret 2021 menunjukkan penambahan kasus baru sebanyak 6412 kasus baru, dengan total kasus sebanyak 1.410.134, persentase dalam perawatan 9,96 % (140.451 kasus) persentase kesembuhan sebesar 87,33% (1.231.454 kasus) dan data

kematian sebesar 2,71% (38.229 kasus) dan untuk Provinsi Sulawesi Selatan jumlah kasus terkonfirmasi positif sebanyak 58.159 kasus dengan jumlah kasus yang sembuh sebanyak 54.244 kasus (93,27%) dan Kasus yang meninggal sebanyak 887 orang (1,52%). Setahun COVID-19 di Sulawesi Selatan, ada pencapaian yang baik, misalnya angka positif aktif 6%, nasional 12%. Angka kesembuhan 92%, nasional 86%. *Positivity rate* masih 18% nasional 25%. Duta COVID-19 (isolasi) efektif sebagai saringan ke layanan kesehatan dengan kesembuhan 95%.

Kasus COVID-19 di Kota Makassar pun terus meningkat, jika di lihat data Satgas COVID-19 kota per 12 Maret 2021 kasus COVID-19 yang terkonfirmasi sebanyak 28.419 kasus, dengan kasus yang sembuh sebanyak 26.572 kasus (93,50%), dirawat sebanyak 1329 (4,68%) dan kasus Meninggal 518 (1,82%) dan berdasarkan data persebaran COVID-19 di Kota Makassar per kecamatan dengan urutan 5 kecamatan tertinggi kasus COVID-19 adalah Kecamatan Biringkanaya (3.493 kasus), Bontoala (634 kasus), Makassar (1.094 kasus), Mamajang (1.138 kasus) dan Manggala (2.956 kasus).

Berdasarkan uraian data di atas dapat dilihat angka kesembuhan kasus COVID-19 di perkirakan jumlah kasus yang sembuh per kecamatan 80% Kasus Sembuh dari COVID-19 kita kenal dengan istilah Penyintas, banyak faktor yang dapat memperbesar risiko atau kecenderungan seseorang Penyintas

COVID-19 diantaranya faktor individu seperti umur, jenis kelamin dan suku, faktor genetik, sosial serta faktor lingkungan yang meliputi penyakit penyerta komorbid, gaya hidup, obesitas, stres, konsumsi garam, merokok, konsumsi alkohol, dan sebagainya. Menurut WHO (1996) kualitas hidup mempengaruhi status kesehatan seseorang dimana kualitas hidup atau *Quality of Life* adalah persepsi individual tentang posisi di masyarakat dalam konteks nilai dan budaya terkait adat setempat dan berhubungan dengan keinginan dan harapan yang merupakan pandangan multidomain, yang tidak terbatas hanya dari fisik melainkan juga dari aspek psikologis

Penelitian Yunus et al, (2018) untuk melihat faktor risiko yang mempengaruhi kualitas hidup, hasil menunjukkan faktor yang berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup adalah aktivitas fisik (RR = 2,349; 95% CI: 1.382-3.991), dan dukungan keluarga (RR = 2.920; 95% CI: 1.773-4.809). Peneliti Shir Lynn Lim (2020), melihat kualitas hidup penyintas dari berbagai etnis ras di asia, memeperlihatkan ada hubungan yang signifikan antara kondisi kesehatan kualitas hidupnya dengan kesehatan mental, hasil penelitian menunjukkan peningkatan tertinggi dalam masalah kesehatan dilaporkan untuk kecemasan/depresi (12,5% pra-pandemi vs 23,5% selama pandemi;  $p = 0,035$ ) dengan rata-rata skor domain-spesifik dari 1,12 (SD 0,33) menjadi 1,25 (SD 0,46) (standard ukuran efek=0,373,  $p=0,012$ ) namun tidak ada perubahan yang berarti dalam

domain lain serta HRQoL secara keseluruhan.

Faktor lamanya durasi penyakit COVID-19 menunjukkan berapa lama pasien tersebut menderita COVID-19 sejak ditegakkan diagnosis penyakit tersebut. Durasi lamanya COVID-19 yang diderita ini dikaitkan dengan risiko terjadinya beberapa komplikasi yang timbul sesudahnya. Rata-rata waktu dari awal hingga pemulihan klinis untuk pasien corona di China dengan gejala ringan yaitu sekitar 2 minggu. Masa inkubasi seseorang terinfeksi virus SARS-CoV-2 penyebab COVID-19 ini adalah 14 hari. Sementara itu, untuk pasien COVID-19 dengan gejala penyakit yang parah atau kritis, bisa membutuhkan waktu pemulihan klinis sekitar 3 hingga 6 minggu (WHO,2020)

Orang dengan penyakit penyerta (komorbid) merupakan salah satu kelompok yang sangat rentan terpapar virus di masa pandemi COVID-19 (Hairunisa & Amalia, 2020; Susilo et al., 2020). Beberapa penyakit penyerta diantaranya yaitu hipertensi, Diabetes Melitus dan penyakit jantung (Alfhad, Saftarina, & Kurniawan, 2020; Latifin et al., 2020; Tiksnadi et al., 2020). Oleh karena itu, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan memberikan perhatian serius dan khusus, dikarenakan orang tersebut bila terkonfirmasi COVID-19 berpotensi besar mengalami perburukan klinis sehingga meningkatkan risiko kematian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, tahun 2020 terdapat 12 penyakit penyerta atau Komorbid COVID-19

di Indonesia diantaranya: Pneumonia, Hipertensi, Diabetes Melitus, Penyakit jantung, Penyakit ginjal, Penyakit paru, Hati, TBC, Gangguan Imun, Keganasan, Penyakit kehamilan dan Asma. Komorbid atau penyakit penyerta paling banyak dialami pasien COVID-19 yang meninggal dunia terbanyak, berdasarkan data yang dihimpun oleh Satuan Tugas Penanganan COVID-19 per tanggal 13 Oktober 2020, yaitu hipertensi dan Diabetes Melitus (Gunawan, Prahasanti, & Utama, 2020). Komorbid dari kasus yang meninggal, sebagian besar mempunyai lebih dari satu penyakit (Nugroho, 2020) dan sangat memperberat penyakit jika pasien tidak melakukan selfcare terutama pada penyakit DM (Maria IL, 2018).

Faktor tingkat depresi juga berperan dalam kualitas hidup, hal ini sejalan dengan penelitian (Mei et al., 2020) yang menyebutkan bahwa depresi juga terkait dengan kualitas hidup. Bagi mereka yang memiliki kepuasan hidup yang buruk, orang lebih cenderung mengalami tingkat depresi dan kecemasan yang tinggi, yang pada gilirannya mengalami kualitas hidup yang buruk, selain itu penyebab depresi dapat disebabkan pula oleh tingkat sosial ekonomi dan dukungan sosial di dalam keluarga (Mumang, AA. 2020).

Faktor lain yang dapat meningkatkan kualitas hidup adalah dukungan sosial. Hal ini didukung oleh penelitian Saputri (2017) yaitu 7 faktor yang mempengaruhi kualitas hidup salah satunya adalah dukungan sosial. Hasil penelitian yang dilakukan (Fatima & Jibeen,

2019) menemukan hasil bahwa dukungan sosial yang tinggi akan membantu dalam pengakuan harga diri yang menghasilkan efek positif, dengan demikian, meningkatkan motivasi untuk perawatan diri, mengurangi keputusan dan meningkatkan kualitas hidup psikologis dan sosial.

Faktor lainnya ialah media massa, pemberitaan baik lewat media massa ataupun media sosial yang selalu meng update berita tentang COVID-19 mulai dari penambahan pasien suspek COVID-19 ataupun berita COVID-19. Himbauan di media juga sangat sering ditayangkan baik lewat iklan ataupun didalam program acara. Pemberitaan berulang-ulang tentang COVID-19 dan dampak COVID-19 tentunya memberikan pengaruh terhadap persepsi masyarakat, baik bagi penderita COVID-19 dan masyarakat umum dalam memodifikasi perilaku untuk meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan perilaku.

Berdasarkan uraian data COVID-19 di atas rata-rata tingkat kesembuhan baik secara global, maupun data lokal mencapai 80% dan umumnya Penyintas ini sudah memiliki kekebalan, sehingga para Penyintas pun tak menjadi prioritas utama untuk pemberian vaksin, namun beberapa Penyintas mengalami reinfeksi, sehingga ingin diketahui bagaimana gaya hidup dan kualitas hidup para Penyintas tersebut dan pemantauan untuk terjadinya reinfeksi, pemantauan dan survailans terhadap Penyintas COVID-19 sangat dibutuhkan dan

bagaimana kualitas hidup Penyintas COVID-19 ini belum dilakukan pemantauan ataupun surveilans. Untuk itu perlu penelitian epidemiologis yang melihat dari segi faktor epidemiologi terhadap kualitas hidup bagi Penyintas COVID-19 .

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, maka rumusan masalah penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor determinan epidemiologi (lama menderita, komorbid, media massa, tingkat depresi, dukungan sosial dan reinfeksi COVID-19) terhadap kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar.

## **C. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, maka tujuan dari penelitian ini adalah:

### 1. Tujuan Umum

Analisis epidemiologi terhadap kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik Penyintas COVID-19 yang meliputi, umur, jenis kelamin, suku, tingkat pendidikan, status pekerjaan, serta status perkawinan terhadap kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar.

- b. Untuk mengetahui hubungan antara lama menderita COVID-19 dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar
- c. Untuk mengetahui hubungan antara komorbid dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar
- d. Untuk mengetahui hubungan antara tingkat Depresi dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar
- e. Untuk mengetahui hubungan antara Dukungan Sosial dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar
- f. Untuk mengetahui hubungan antara media massa dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar
- g. Untuk mengetahui hubungan antara Reinfeksi COVID-19 dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar

#### **D. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dalam berbagai hal, yaitu sebagai berikut :

##### **1. Manfaat Teoritis**

###### **a. Bagi Peneliti**

Penelitian ini bagi peneliti dapat dijadikan sarana belajar, menambah wawasan dan memberikan sumbangan informasi mengenai analisis epidemiologi terhadap kualitas hidup Penyintas COVID-19 .

###### **b. Bagi Instansi Pendidik**

Diharapkan penelitian ini akan menambah



literatur, sebagai dasar penelitian selanjutnya khususnya tentang analisis model epidemiologi terhadap kualitas hidup Penyintas COVID-19 .

## **2. Manfaat Praktis**

### **a. Bagi Penyintas COVID-19**

Diharapkan dengan adanya penelitian ini dapat meningkatkan kesadaran Penyintas untuk mengikuti anjuran pemerintah dan petugas kesehatan sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup Penyintas COVID-19 .

### **b. Bagi Masyarakat**

Diharapkan dengan adanya penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan serta kesadaran masyarakat agar bisa memberikan dukungan sosial yang baik kepada Penyintas COVID-19

### **c. Bagi Tenaga kesehatan**

Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan kualitas hidup Penyintas COVID-19 serta tenaga kesehatan yang merawat pasien COVID-19 ataupun Penyintas khususnya guna meningkatkan kualitas hidup serta dapat membantu menekan penyebaran COVID-19 .

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang COVID-19**

##### **1. Pengertian**

*Coronavirus* merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. *Coronavirus* tergolong ordo Nidovirales, keluarga coronaviridae. Struktur coronavirus membentuk struktur seperti kubus dengan protein S berlokasi di permukaan virus. Protein S atau spike protein merupakan salah satu protein anti gen utama virus dan struktur utama untuk penulisan gen. Protein S ini berperan dalam penempelan masuknya virus kedalam host (interaksi protein S dengan reseptornya di selinang) (Wang, 2020). Corona virus bersifat sensitif terhadap panas dan secara efektif dapat dinonaktifkan oleh desinfektan yang mengandung klorin, pelarut lipid dengan suhu 56°C selama 30 menit, eter, alcohol, asam perioksi asetat, detergen non-ionik, formalin, oxidizing agent, dan kloroform. Klorheksidisin tidak efektif dalam menonaktifkan virus (Wang, 2020;Korsman, 2012).

##### **2. Patogenesis dan Patofisiologi**

Kebanyakan corona virus menginfeksi hewan dan ber sirkulasi di hewan. Coronavirus menyebabkan sejumlah besar

penyakit pada hewan dan kemampuannya menyebabkan penyakit berat pada hewan seperti babi, kuda, sapi, kucing, dan ayam. Corona virus disebut dengan virus zoonotic yaitu virus yang ditransmisikan dari hewan ke manusia. Banyak hewan liar yang dapat membawa pathogen dan bertindak sebagai vector untuk penyakit menular tertentu. Kelelawar, tikus, bamboo, unta, dan musang merupakan host yang biasa ditemukan untuk coronavirus. Coronavirus pada kelelawar merupakan sumber utama kejadian *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) dan *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) (PDPI, 2020).

Corona virus hanya bisa memperbanyak diri melalui sel host-nya. Virus tidak bisa hidupan pascal host. Berikut sirkulasi dari corona virus setelah menemukan sel host sesuai tropismenya. Pertama, penempulan dan masuk virus ke sel host diperantara oleh Protein S yang ada di permukaan virus. Protein S penentu utama dalam menginfeksi spesies host-nya serta penentu tropisnya (Wang, 2020). Pada studi SARS-CoV protein S berkaitan dengan reseptor di sel host yaitu enzim ACE-2 (antiotensin-converting enzyme 2). ACE-2 dapat ditemukan pada mukosa oral dan nasal, nasofaring, usus halus, lambung, paru, usus besar, kulit, sumsum tulang, timus, limpa, hati, ginjal, otak, sel epitel alveolar paru, sel enterosit usus halus, sel endotel arteri vena, dan sel otot polos. Setelah berhasil

masuk selanjutnya translasi replica gen dari RNA genom virus. Kemudian replikasi dan transkrip sidiman asintesis virus RNA melalui translasi dan perakitan dari kompleks replikasi virus. Tahap selanjutnya adalah perakitan dan rilis virus (Fehr, 2015).

Setelah terjadi transmisi, virus masuk kesaluran napas atas kemudian bereplikasi di selepitel saluran napas atas (melakukan siklus hidupnya). Setelah itu menyebar kesaluran napas bawah. Pada infeksi akut terjadi peluruhan virus dari saluran napas dan virus dapat berlanjut meluruh beberapa waktu di sel gastro intestinal setelah penyembuhan. Masa inkubasi virus sampai muncul penyakit sekitar 3-7 hari (PDPI, 2020).

### **3. Manifestasi, Klinis**

Infeksi COVID-19 dapat menimbulkan gejala ringan, sedang atau berat. Gejala klinis utama yang muncul yaitu demam (suhu  $>38^{\circ}\text{C}$ ), batuk dan kesulitan bernapas. Selain itu dapat disertai dengan sesak memberat, fatigue, mialgia, gejala gastrointestinal seperti diare dan gejala saluran napas lain. Setengah dari pasien timbul sesak dalam satu minggu. Pada kasus berat perburukan secara cepat dan progresif, seperti ARDS, syok septik, asidosis metabolik yang sulit dikoreksi dan perdarahan atau disfungsi sistem koagulasi dalam beberapa hari. Pada beberapa pasien, gejala yang muncul ringan,

bahkan tidak disertai dengan demam. Kebanyakan pasien memiliki prognosis baik, dengan sebagian kecil dalam kondisi kritis bahkan meninggal. Berikut sindrom klinis yang dapat muncul jika terinfeksi. (PDPI, 2020). Berikut sindrom klinis yang dapat muncul jika terinfeksi (PDPI, 2020)

1. Tidak berkomplikasi

Kondisi ini merupakan kondisi ringan. Gejala yang muncul berupa gejala yang tidak spesifik. Gejala utama tetap muncul seperti demam, batuk, dapat disertai dengan nyeri tenggorok, kongesti hidung, malaise, sakit kepala, dan nyeri otot. Perlu diperhatikan bahwa pada pasien dengan lanjut Umur dan pasien immunocompromises presentasi gejala menjadi tidak khas atau atipikal. Selain itu, pada beberapa kasus ditemui tidak disertai dengan demam dan gejala relative ringan. Pada kondisi ini pasien tidak memiliki gejala komplikasi diantaranya dehidrasi, sepsis atau napas pendek.

2. Pneumonia ringan

Gejala utama dapat muncul seperti demam, batuk, dan sesak. Namun tidak ada tanda pneumonia berat. Pada anak-anak dengan pneumonia tidak berat ditandai dengan batuk atau susah bernapas

3. Pneumonia berat. Pada pasien dewasa:

1. Gejala yang muncul diantaranya demam atau curiga

infeksi saluran napas

2. Tanda yang muncul yaitu takipnea (frekuensi napas: > 30x/menit), distress pernapasan berat atau saturasi oksigen pasien <90% udara luar.

#### **4. Faktor Resiko**

Berdasarkan data yang sudah ada, penyakit komorbid hipertensi dan diabetes melitus, jenis kelamin laki-laki, dan perokok aktif merupakan faktor risiko dari infeksi SARS-CoV-2. Distribusi jenis kelamin yang lebih banyak pada laki-laki diduga terkait dengan prevalensi perokok aktif yang lebih tinggi. Pada perokok, hipertensi, dan diabetes melitus, diduga ada peningkatan ekspresi reseptor ACE2. (Cai H, 2020; Fang L, 2020)

Diaz JH menduga pengguna penghambat ACE (ACE-I) atau angiotensin receptor blocker (ARB) berisiko mengalami COVID-19 yang lebih berat. Terkait dugaan ini, European Society of Cardiology (ESC) menegaskan bahwa belum ada bukti meyakinkan untuk menyimpulkan manfaat positif atau negatif obat golongan ACE-i atau ARB, sehingga pengguna kedua jenis obat ini sebaiknya tetap melanjutkan pengobatannya. Pasien kanker dan penyakit hati kronik lebih rentan terhadap infeksi SARS-CoV-2 (Liangw et al, 2020) Kanker diasosiasikan dengan reaksi immunosupresif, sitokin yang berlebihan, supresi induksi agen proinflamasi, dan gangguan maturasi sel dendritik. Pasien dengan sirosis atau penyakit hati

kronik juga mengalami penurunan respons imun, sehingga lebih mudah terjangkit COVID-19 dan dapat mengalami luaran yang lebih buruk (Bangash et al, 2020)

Studi Guan, et al, 2020. menemukan bahwa dari 261 pasien COVID-19 yang memiliki komorbid, 10 pasien di antaranya adalah dengan kanker dan 23 pasien dengan hepatitis B. Infeksi saluran napas akut yang menyerang pasien HIV umumnya memiliki risiko mortalitas yang lebih besar dibanding pasien yang tidak HIV. Namun, hingga saat ini belum ada studi yang mengaitkan HIV dengan infeksi SARS-CoV-2. Hubungan infeksi SARS-CoV-2 dengan hipersensitivitas dan penyakit autoimun juga belum dilaporkan (Conforti, et al, 2020) Belum ada studi yang menghubungkan riwayat penyakit asma dengan kemungkinan terinfeksi SARS-CoV-2. Namun, studi meta-analisis yang dilakukan oleh Yang et al, 2020. menunjukkan bahwa pasien COVID-19 dengan riwayat penyakit sistem respirasi akan cenderung memiliki manifestasi klinis yang lebih parah.

Beberapa faktor risiko lain yang ditetapkan oleh Centers for Disease Control and Prevention (CDC) adalah kontak erat, termasuk tinggal satu rumah dengan pasien COVID-19 dan riwayat perjalanan ke area terjangkit. Berada dalam satu lingkungan namun tidak kontak dekat (dalam radius 2 meter) dianggap sebagai risiko rendah. Tenaga medis merupakan salah satu populasi yang berisiko tinggi

tertular. Di Italia, sekitar 9% kasus COVID-19 adalah tenaga medis. Di China, lebih dari 3.300 tenaga medis juga terinfeksi, dengan mortalitas sebesar 0,6% (Wang *et al*, 2020)

## 5. Penegakkan Diagnosis (PDPI, 2020)

Pada anamnesis gejala yang dapat ditemukan yaitu, tiga gejala utama: demam, batuk kering (sebagian kecil berdahak) dan sulit bernapas atau sesak.

a. Pasien dalam pengawasan atau kasus suspek / possible

1. Seseorang yang mengalami:

- a. Demam ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) atau riwayat demam
- b. Batuk atau pilek atau nyeri tenggorokan
- c. Pneumonia ringan sampai berat berdasarkan klinis dan/atau gambaran radiologis. (pada pasien immunocompromised presentasi kemungkinan atipikal)

DAN disertai minimal satu kondisi sebagai berikut :

1. Memiliki riwayat perjalanan ke Tiongkok atau wilayah/negara yang terjangkit\* dalam 14 hari sebelum timbul gejala
2. Petugas kesehatan yang sakit dengan gejala sama setelah merawat pasien infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) berat yang tidak diketahui penyebab/etiologi penyakitnya, tanpa memperhatikan riwayat bepergian atau tempat tinggal.



2. Pasien infeksi pernapasan akut dengan tingkat keparahan ringan sampai berat dan salah satu berikut dalam 14 hari sebelum onset gejala:

- a. Kontak erat dengan pasien kasus terkonfirmasi atau probable COVID-19
- b. Riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan sudah teridentifikasi)
- c. bekerja atau mengunjungi fasilitas layanan kesehatan dengan kasus terkonfirmasi atau probable infeksi COVID-19 di Tiongkok atau wilayah/negara yang terjangkit
- d. Memiliki riwayat perjalanan ke Wuhan dan memiliki demam (suhu  $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ ) atau riwayat demam.

b. Orang dalam Pemantauan

Seseorang yang mengalami gejala demam atau riwayat demam tanpa pneumonia yang memiliki riwayat perjalanan ke Tiongkok atau wilayah/negara yang terjangkit, dan tidak memiliki satu atau lebih riwayat paparan diantaranya:

1. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19
2. Bekerja atau mengunjungi fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 di Tiongkok atau wilayah/negara yang terjangkit (sesuai dengan perkembangan penyakit),
3. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika

hewan penular sudah teridentifikasi) di Tiongkok atau wilayah/negara yang terjangkit (sesuai dengan perkembangan penyakit

c. Kasus Probable

Pasien dalam pengawasan yang diperiksa untuk COVID-19 tetapi inkonklusif atau tidak dapat disimpulkan atau seseorang dengan hasil konfirmasi positif pan-coronavirus atau beta coronavirus.

d. Kasus terkonfirmasi

Seseorang yang secara laboratorium terkonfirmasi COVID-19

## 6. Pemeriksaan Penunjang (PDPI, 2020)

1. Pemeriksaan radiologi: foto toraks, CT-scan toraks, USG toraks.  
Pada pencitraan dapat menunjukkan: opasitas bilateral, konsolidasi subsegmental, lobar atau kolaps paru atau nodul, tampilan *groundglass*.
2. Pemeriksaan spesimen saluran napas atas dan bawah
  - a. Saluran napas atas dengan swab tenggorok(nasofaring dan orofaring)
  - b. Saluran napas bawah (sputum, bilasan bronkus, BAL, bila menggunakan endotrakeal tube dapat berupa aspirat endotrakeal
3. Bronkoskopi
4. Pungsi pleura sesuai kondisi

5. Pemeriksaan kimia darah
6. Biakan mikroorganisme dan uji kepekaan dari bahan saluran napas (sputum, bilasan bronkus, cairan pleura) dan darah. Kultur darah untuk bakteri dilakukan, idealnya sebelum terapi antibiotik. Namun, jangan menunda terapi antibiotik dengan menunggu hasil kultur darah)
7. Pemeriksaan feses dan urin (untuk investigasi kemungkinan penularan).

## **7. Tatalaksana Umum**

- a. Isolasi pada semua kasus

Sesuai dengan gejala klinis yang muncul, baik ringan maupun sedang.
- b. Implementasi pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)
- c. Serial foto toraks untuk menilai perkembangan penyakit
- d. Suplementasi oksigen

Pemberian terapi oksigen segera kepada pasien dengan, distress napas, hipoksemia atau syok. Terapi oksigen pertama sekitar 5L/menit dengan target SpO<sub>2</sub> ≥90% pada pasien tidak hamil dan ≥ 92-95% pada pasien hamil
- e. Kenali kegagalan napas hipoksemia berat
- f. Terapi cairan

Terapi cairan konservatif diberikan jika tidak ada bukti syok Pasien dengan SARI harus diperhatikan dalam terapi cairannya, karena

jika pemberian cairan terlalu agresif dapat memperberat kondisi distress napas atau oksigenasi. Monitoring keseimbangan cairan dan elektrolit.

g. Pemberian antibiotik empiris

h. Terapi simptomatik

Terapi simptomatik diberikan seperti antipiretik, obat batuk dan lainnya jika memang diperlukan.

i. Pemberian kortikosteroid sistemik tidak rutin diberikan pada tatalaksana pneumonia viral atau ARDS selain ada indikasi lain.

j. Observasi ketat

k. Pahami komorbid pasien

Saat ini belum ada penelitian atau bukti tatalaksana spesifik pada COVID-19. Belum ada tatalaksana antiviral untuk infeksi Coronavirus yang terbukti efektif. Pada studi terhadap SARS-CoV, kombinasi lopinavir dan ritonavir dikaitkan dengan memberi manfaat klinis. Saat ini penggunaan lopinavir dan ritonavir masih diteliti terkait efektivitas dan keamanan pada infeksi COVID-19. Tatalaksana yang belum teruji / terlisensi hanya boleh diberikan dalam situasi uji klinis yang disetujui oleh komite etik atau melalui *Monitored Emergency Use of Unregistered Interventions Framework* (MEURI), dengan pemantauan ketat. Selain itu, saat ini belum ada vaksin untuk mencegah pneumonia COVID-19 ini (PDPI, 2020).

## 8. Pencegahan

Pencegahan utama adalah membatasi mobilitas orang yang berisiko hingga masa inkubasi. Pencegahan lain adalah meningkatkan daya tahan tubuh melalui asupan makanan sehat, memperbanyak cuci tangan, menggunakan masker bila berada di daerah berisiko atau padat, melakukan olah raga, istirahat cukup serta makan makanan yang dimasak hingga matang dan bila sakit segera berobat ke RS rujukan untuk dievaluasi (Liu et al., 2020; World Health Organization, 2020).

Pencegahan pada petugas kesehatan juga harus dilakukan dengan cara memperhatikan penempatan pasien di ruang rawat atau ruang intensif isolasi. Pengendalian infeksi di tempat layanan kesehatan pasien terduga di ruang instalasi gawat darurat (IGD) isolasi serta mengatur alur pasien masuk dan keluar. Pencegahan terhadap petugas kesehatan dimulai dari pintu pertama pasien termasuk triase. Pada pasien yang mungkin mengalami infeksi COVID-19 petugas kesehatan perlu menggunakan APD standar untuk penyakit menular. Kewaspadaan standar dilakukan rutin, menggunakan APD termasuk masker untuk tenaga medis (N95), proteksi mata, sarung tangan dan gaun panjang (gown) (Khairuzzaman, 2016; Siegel et al., 2007).

COVID-19 merupakan penyakit yang baru ditemukan oleh karena itu pengetahuan terkait pencegahannya masih terbatas. Kunci pencegahan meliputi pemutusan rantai penularan dengan isolasi,

deteksi dini, dan melakukan proteksi dasar (P2P, 2020 ; WHO, 2020).

a. Vaksin

Salah satu upaya yang sedang dikembangkan adalah pembuatan vaksin guna membuat imunitas dan mencegah transmisi (Shang *et al*, 2020). Saat ini, sedang berlangsung 2 uji klinis fase I vaksin COVID-19 . Studi pertama dari *National Institute of Health* (NIH) menggunakan mRNA-1273 dengan dosis 25, 100, dan 250 µg (NLM, 2020). Studi kedua berasal dari China menggunakan *adenovirus type 5 vector* dengan dosis ringan, sedang dan tinggi (NLM, 2020).

b. Deteksi Dini dan Isolasi

Seluruh individu yang memenuhi criteria suspek atau pernah berkontak dengan pasien yang positif COVID-19 harus segera berobat kefasilitas kesehatan (WHO, 2020). WHO juga sudah membuat instrument penilaian risiko bagi petugas kesehatan yang menangani pasien COVID-19 sebagai panduan rekomendasi tindakan lanjutan. Bagi kelompok risiko tinggi, direkomendasikan pemberhentian seluruh aktivitas yang berhubungan dengan pasien selama 14 hari, pemeriksaan infeksi SARS-CoV-2 dan isolasi. Pada kelompok risiko rendah, dihibau melaksanakan pemantuan mandiri setiap harinya terhadap suhu dan gejala pernapasan selama 14 hari dan mencari bantuan jika keluhan memberat (WHO, 2020). Pada

tingkat masyarakat, usaha mitigasi meliputi pembatasan berpergian dan kumpul massa pada acara besar (*social distancing*) (WHO, 2020).

c. Higiene, Cuci Tangan, dan Disinfeksi

Rekomendasi WHO dalam menghadapi wabah COVID-19 adalah melakukan proteksi dasar, yang terdiri dari cuci tangan secara rutin dengan alcohol atau sabun dan air, menjaga jarak dengan seseorang yang memiliki gejala batuk atau bersin, melakukan etika batuk atau bersin, dan berobat ketika memiliki keluhan yang sesuai kategori suspek. Rekomendasi jarak yang harus dijaga adalah satu meter (WHO, 2020). Pasien rawat inap dengan kecurigaan COVID-19 juga harus diberi jarak minimal satu meter dari pasien lainnya, diberikan masker bedah, diajarkan etika batuk/bersin, dan diajarkan cuci tangan (WHO, 2020).

Perilaku cuci tangan harus diterapkan oleh seluruh petugas kesehatan pada lima waktu, yaitu sebelum menyentuh pasien, sebelum melakukan prosedur, setelah terpajan cairan tubuh, setelah menyentuh pasien dan setelah menyentuh lingkungan pasien. Air sering disebut sebagai pelarut universal, namun mencuci tangan dengan air saja tidak cukup untuk menghilangkan coronavirus karena virus tersebut merupakan virus RNA dengan selubung lipid bilayer (Riedel *et al*, 2020)

#### d. Alat Pelindung Diri

SARS-CoV-2 menular terutama melalui droplet. Alat pelindung diri (APD) merupakan salah satu metode efektif pencegahan penularan selama penggunaannya rasional. Komponen APD terdiri atas sarung tangan, masker wajah, kaca mata pelindung atau face shield, dan gaun nonsteril lengan panjang. Alat pelindung diri akan efektif jika didukung dengan control administratif dan control lingkungan dan teknik (WHO, 2020).

Penggunaan APD secara rasional dinilai berdasarkan risiko pajanan dan dinamika transmisi dari patogen. Pada kondisi berinteraksi dengan pasien tanpa gejala pernapasan, tidak diperlukan APD. Jika pasien memiliki gejala pernapasan, jaga jarak minimal satu meter dan pasien dipakaikan masker. Tenaga medis disarankan menggunakan APD lengkap.126 Alat seperti stetoskop, thermometer, dan spigmomanometer sebaiknya disediakan khusus untuk satu pasien. Bila akan digunakan untuk pasien lain, bersihkan dan desinfeksi dengan alcohol 70%. World Health Organization tidak merekomendasikan penggunaan APD pada masyarakat umum yang tidak ada gejala demam, batuk, atau sesak (WHO, 2020).

#### e. Mempersiapkan Daya Tahan Tubuh

Terdapat beragam upaya dari berbagai literatur yang



dapat memperbaiki daya tahan tubuh terhadap infeksi saluran napas. Beberapa di antaranya adalah berhenti merokok dan konsumsi alkohol, memperbaiki kualitas tidur, serta konsumsi suplemen (Susilo, *et al*, 2019). Kurang tidur juga dapat berdampak terhadap imunitas. Gangguan tidur berhubungan dengan peningkatan kerentanan terhadap infeksi yang ditandai dengan gangguan proliferasi mitogenik limfosit, penurunan ekspresi HLA-DR, upregulasi CD14+, dan variasi sel limfosit T CD4+ dan CD8+. Salah satu suplemen yang didapatkan bermanfaat yaitu vitamin D.

Suplementasi probiotik juga dapat memengaruhi respons imun. Suatu review Cochrane mendapatkan pemberian probiotik lebih baik dari plasebo dalam menurunkan episode infeksi saluran napas atas akut, durasi episode infeksi, penggunaan antibiotika dan absensi sekolah. Namun kualitas bukti masih rendah. Terdapat penelitian yang memiliki heterogenitas besar, besar sampel kecil dan kualitas metode kurang baik (Hao, *et al*, 2015).

## **9. Prognosis**

Prognosis COVID-19 dipengaruhi banyak faktor. Studi Yang X, dkk, melaporkan tingkat mortalitas pasien COVID-19 berat mencapai 38% dengan median lama perawatan ICU hingga meninggal sebanyak 7 hari. Peningkatan kasus yang cepat dapat membuat

rumah sakit kewalahan dengan beban pasien yang tinggi. Hal ini meningkatkan laju mortalitas di fasilitas tersebut. Laporan lain menyatakan perbaikan eosinofil pada pasien yang awalnya eosinofil rendah di duga dapat menjadi prediktor kesembuhan (Liu, *et al*, 2020)

## **B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup Terkait Kesehatan**

### **1. Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup adalah kesehatan fisik dan mental yang dirasakan individu atau kelompok dari waktu ke waktu (Rahmat et al., 2020). Kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang keberadaannya dalam hidup yang terkait dengan budaya dan sistem nilai di lingkungan dia berada dalam hubungannya dengan tujuan, harapan, standar dan hal menarik lainnya. Kualitas hidup adalah tingkat kepuasan atau `ketidakpuasan yang dirasakan seseorang tentang berbagai aspek dalam kehidupannya (Ekasari et al., 2018).

Menurut World Health Organization, kualitas hidup menurut adalah persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma sesuai dengan tempat hidup orang tersebut berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup adalah persepsi individu dalam kemampuan, keterbatasan, gejala serta sifat psikososial hidupnya dalam konteks budaya dan sistem nilai untuk menjalankan peran dan fungsinya (WHO,1996).

Berdasarkan pemaparan tersebut, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan suatu persepsi seseorang dalam kehidupan sehari-harinya dimana didalamnya terdapat harapan yang ingin dicapai untuk bisa menjalani kehidupan dengan lebih baik. Kualitas hidup orang berbeda-beda tergantung dari bagaimana menyikapi suatu permasalahan yang terjadi pada diri seseorang. Jika mereka menyikapi dengan positif maka, kualitas hidup mereka juga akan baik. Begitupun sebaliknya, jika mereka menghadapi dengan negatif, maka kualitas hidupnya juga akan buruk.

## 2. Instrumen Pengukuran Kualitas Hidup

Menurut Endarti (2015), instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup dibagi menjadi dua macam, yaitu instrumen umum dan instrumen khusus. Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan, dan kekhawatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Contoh instrumen umum adalah seperti Sickness Impact Profile (SIP), 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), 12-item Short-Form Health Survey (SF-12), Nottingham Health Profile (NHP), *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument* (WHOQOL- BREF), dan lain –lain

Pada penelitian ini menggunakan *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL- BREF)* . Skala kualitas hidup merupakan alat ukur untuk mengungkap kualitas hidup berdasarkan empat aspek yang terdiri dari:

- a. Aspek kesehatan fisik, yaitu kesehatan yang ditandai dengan kondisi tubuh yang berfungsi dengan normal dan tidak mengalami gangguan.
- b. Aspek psikologis yaitu mencakup komponen pikiran, emosional, dan spiritual.
- c. Aspek sosial yaitu kesehatan sosial yang terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain/kelompok lain dan
- d. Aspek Lingkungan yaitu aspek yang berkaitan dengan kesehatan manusia dari lingkungan alam dan lingkungan terbangun.

Serta pertanyaan yang berkaitan dengan persepsi individu terhadap kesehatan dan kualitas hidupnya yang disusun oleh organisasi kesehatan dunia WHO yang disebut WHOQOL-BREF (2004). Skala kualitas WHOQOL-BREF, yang dimodifikasi berdasarkan pertanyaan mengenai COVID-19 yang terdiri dari 15 pertanyaan yang mana 15 pertanyaan didasarkan pada keempat aspek kualitas dan persepsi kesehatan secara umum dengan skala pengukuran ordinal dari 1-5 (WHO, 1996).

## C. Tinjauan Umum Tentang Lama Penderita COVID-19

### 1. Definisi Lama Menderita Penyakit

Faktor lamanya durasi penyakit COVID-19 menunjukkan berapa lama pasien tersebut menderita COVID-19 sejak ditegakkan diagnosis penyakit tersebut. Durasi lamanya COVID-19 yang diderita ini dikaitkan dengan resiko terjadinya beberapa komplikasi yang timbul sesudahnya. Rata-rata waktu dari awal hingga pemulihan klinis untuk pasien corona di China dengan gejala ringan yaitu sekitar 2 minggu. masa inkubasi seseorang terinfeksi virus SARS-CoV-2 penyebab COVID-19 ini adalah 14 hari. Sementara itu, untuk pasien COVID-19 dengan gejala penyakit yang parah atau kritis, bisa membutuhkan waktu pemulihan klinis sekitar 3 hingga 6 minggu (WHO,2020)

### 2. Dinamika Replikasi SARS-CoV-2 dan Respon Immun

Seperti virus pada umumnya, SARS-CoV-2 hanya memperbanyak diri dalam sel hidup yang menjadi inangnya, salah satunya manusia. Di luar sel inangnya, partikel virus bersifat seperti benda mati. Seperti virus pada umumnya, SARS-CoV-2 memiliki “jalan” masuk ke dalam tubuh inangnya. Spike merupakan bagian virus yang berperan untuk penempelan virus dengan protein ACE2. Reseptor ACE2 berada dalam jumlah banyak pada permukaan sel paru-paru dan permukaan sel usus halus dan endotelium vaskular manusia. Berdasarkan metode transmisinya yang lewat udara dan

keberadaan reseptor ini pada sistem pernafasan, maka infeksi coronavirus biasanya terlihat sebagai gejala sakit pernafasan (Siddiqi,2020)

Dengan bantuan protease TMPRSS2, virus dapat masuk ke dalam sel dan memulai proses infeksi pada manusia ( Hoffman, *et al*, 2020). Di dalam sel, selubung virus dilepaskan sehingga genom virus dapat ditranskripsi dan ditranslasi. Proses translasi genom virus terjadi di dalam sel inang dengan bantuan sistem seluler sel inang. Protein struktural dan non-struktural virus dihasilkan untuk membentuk virus baru. Selain itu, terjadi proses transkripsi untuk produksi genom virus dalam jumlah banyak. Dengan cara seperti ini, virus dapat diperbanyak dalam sel inang sebelum virus-virus anakan (virion) dilepaskan dari sel inang dan siap menginfeksi sel inang baru (Mousavizadeh, *et,al*, 2020)

Pada pasien yang menunjukkan gejala parah, virus terdapat dalam jumlah 60 kali lebih banyak dibandingkan pada pasien dengan kasus sedang. Pada kasus dengan gejala sedang, hilangnya virus dari tubuh lebih cepat sedangkan pada kasus yang parah jumlah virus cenderung lebih banyak dan periode penyebaran virus lebih lama (Liu YL, *et, al*, 2020). Sejak virus menginfeksi hingga munculnya gejala penyakit pada pasien disebut periode inkubasi. Pada periode ini, SARS-CoV-2 berkembang biak, terutama pada sistem pernafasan.

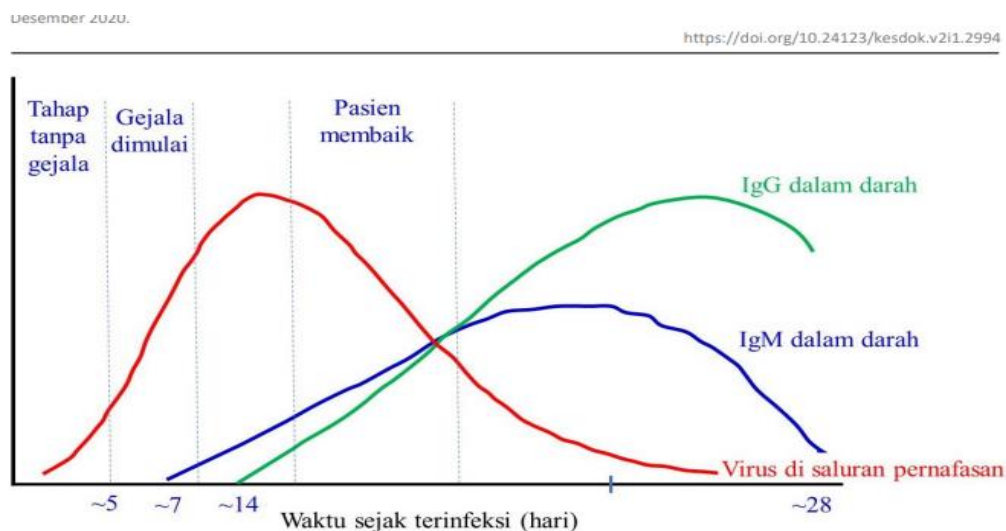
Periode inkubasi SARS-CoV-2 sangat bervariasi antar individu,

berkisar 2 hari hingga 14 hari setelah paparan dengan rata-rata sekitar 5 hari (27–31). RNA virus terdeteksi dalam pasien dengan gejala sedang (moderate) setidaknya 1 minggu setelah gejala penyakit terlihat, sedangkan untuk pasien dengan gejala berat lebih dari 2 minggu (Penentuan periode inkubasi penting untuk pengawasan dan pengendalian penyakit infeksi walaupun data yang diperoleh seringkali merupakan perhitungan secara kasar. Untuk dapat ditularkan/disebarkan ke orang lain, diperlukan jumlah virus yang cukup. Perkiraan jumlah ini sulit ditentukan karena dipengaruhi oleh beberapa factor (Chen and Li, 2020)

Penularan virus ini bisa terjadi sebelum individu terinfeksi menunjukkan gejala. Pada umumnya diperlukan waktu sekitar 3 hari sejak virus masuk dan berkembang biak dalam tubuh orang terinfeksi sampai mencapai jumlah yang siap ditularkan. Periode ini disebut sebagai periode laten, Setelah masa laten maka masa berikutnya merupakan masa seseorang dapat menularkan penyakit ini pada orang lain dengan sangat mudah (infeksius), selama sekitar 4 hari setelah masa laten (Bar-on, et, al, 2020) Di sisi lain, antibodi (IgM dan IgG) terhadap COVID-19 akan dibentuk oleh tubuh sebagai respon terhadap infeksi SARS-CoV-2. Pembentukan antibodi ini dimulai 7 – 14 hari setelah tubuh terinfeksi (34). Jumlah antibodi akan meningkat seiring dengan waktu hingga mencapai jumlah maksimum dan akan tetap dipertahankan keberadaannya dalam darah hingga beberapa

waktu lamanya.

Dinamika SARS-CoV-2 dalam tubuh pasien dan pembentukan antibodi sebagai respon infeksi menunjukkan suatu pola umum (Gambar 1). Diduga antibodi yang dibentuk tersebut dapat melindungi tubuh terhadap re-infeksi oleh SARS-CoV-2. Berdasarkan penelitian dengan coronavirus lainnya (terutama SARS-CoV-1), antibodi kemungkinan bertahan dalam tubuh orang yang sudah sembuh selama satu hingga dua tahun (29). Walaupun antibodi telah terbentuk, tidak ada jaminan bahwa virus tidak dapat ditularkan ke individu lain.



Gambar 1. Dinamika SARS-CoV-2 dalam tubuh orang terinfeksi dan pembentukan anti-SARS-CoV-2 dalam tubuh manusia. Keterangan: grafik berasal dari pasien yang menunjukkan gejala ringan atau sedang, dan merupakan perhitungan kasar dan dapat bervariasi antar individu. Sumber: (35), (34).

## D. Tinjauan Umum Tentang Komorbid COVID-19

### 1. Definisi Komorbid

Orang dengan penyakit penyerta (komorbid) merupakan salah satu



kelompok yang sangat rentan terpapar virus di masa pandemi COVID-19 (Hairunisa & Amalia, 2020; Susilo et al.,2020). Beberapa penyakit penyerta diantaranya yaitu hipertensi, Diabetes Melitus dan penyakit jantung (Alfhad, Saftarina, & Kurniawan, 2020; Latifin et al., 2020; Tiksnadi, Sylviana, Cahyadi, & Undarsa, 2020). Oleh karena itu, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan memberikan perhatian serius dan khusus, dikarenakan orang tersebut bila terkonfirmasi COVID-19 berpotensi besar mengalami perburukan klinis sehingga meningkatkan risiko kematian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

## 2. Komorbid COVID-19

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, tahun 2020 terdapat 12 penyakit penyerta atau Komorbid COVID-19 di Indonesia diantaranya: Pneumonia, Hipertensi, Diabetes Melitus, Penyakit jantung, Penyakit ginjal, Penyakit paru, Hati, TBC, Gangguan Imun, Keganasan, Penyakit kehamilan dan Asma. Komorbid atau penyakit penyerta paling banyak dialami pasien COVID-19 yang meninggal dunia terbanyak, berdasarkan data yang dihimpun oleh Satuan Tugas Penanganan COVID-19 per tanggal 13 Oktober 2020, yaitu hipertensi dan Diabetes Melitus (Gunawan, Prahasanti, & Utama, 2020). Komorbid dari kasus yang meninggal, sebagian besar mempunyai lebih dari satu penyakit (Nugroho, 2020).

Komorbid Diabetes dan penyakit Jantung yang diderita pasien COVID-19 dapat menjadi faktor risiko kematian pada penelitian karena  $P < 0.05$ . Hal ini sesuai dengan penelitian meta-analysis yang dilakukan (Mantovani *et.al.*2020) di dapatkan prevalensi pasien diabetes yang rawat inap akibat COVID-19 sebesar 14,34%, dimana pada pasien di negara Asia 11,06%. Hal ini lebih rendah dari prevalensi di negara non Asia, yaitu 23,34%. Pasien diabetes ini mempunyai risiko 2 kali lebih besar berkembang menjadi lebih berat atau penyakit kritis yang membutuhkan perawatan di ruang perawatan intensif (Longato *et al.* 2020; Wang et al., 2020).

Pada rawat inap, pasien dengan diabetes mellitus tiga kali berisiko mengalami kematian akibat COVID-19. Diabetes mellitus merupakan faktor risiko bebas terhadap Umur dan jenis kelamin dan bagaimana peran atau selfcare berpengaruh terhadap keparahan penderita Diabetes Militus (Maria IL, 2018), sehingga dapat memperberat pula kondisi jika terkena COVID-19. Pasien COVID-19 dengan riwayat penyakit kardiovaskular atau penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) mempunyai kecenderungan meninggal yang lebih tinggi (Aggarwal et al., 2020; Alharbi et al., 2020). Penyakit kronik jantung dan metabolik, adanya peradangan akut dan penurunan fungsi organ (jantung, ginjal, hati, dan hematologi) yang dialami pasien diawal perawatan dapat

meningkatkan risiko kematian karena infeksi COVID-19 (Yang & Yan, 2020).

## **E. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Depresi**

### **1. Definisi**

Depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan perasaan sedih terus menerus, hilangnya kesenangan dan minat, timbulnya rasa bersalah dan harga diri rendah (Nareswari, 2021). Depresi berperan penting dalam peningkatan kualitas hidup seseorang.

Bagi mereka yang memiliki kepuasan hidup yang buruk, dan juga tingkat sosial ekonomi yang tinggi (Mumang AA, 2020) orang lebih cenderung mengalami tingkat depresi dan kecemasan yang tinggi, yang pada gilirannya mengalami kualitas hidup yang buruk. Dalam kaitannya dengan PJK, pasien dengan penyakit ini cenderung memiliki depresi yang tinggi (Mei et al., 2020).

### **2. Gejala Depresi**

Menurut Departemen Kesehatan RI, gejala depresi dapat digolongkan kedalam dua yaitu gejala utama dan gejala lainnya:

#### **a. Gejala utama**

- 1) Suasana perasaan yang tertekan sepanjang hari
- 2) Kehilangan minat dan gairah pada hampir segala aktifitas, yang dirasakan sepanjang hari.
- 3) Mudah lelah dan menurunkan aktifitas.

b. Gejala tambahan.

- 1) Konsentrasi dan perhatian berkurang.
- 2) Harga diri dan rasa percaya diri berkurang.
- 3) Gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak bergung.
- 4) Pandangan masa depan suram yang suram dan pesimistik.
- 5) Insomnia dan hipersomnia.
- 6) Nafsu makan berkurang.
- 7) Gagasan dan perbuatan membahayakan diri atau pikiran untuk bunuh diri.

3. Alat Pengukuran Tingkat Depresi

Salah satu metode yang digunakan dalam mengukur depresi adalah dengan menggunakan instrumen dalam hal ini kuesioner. Kuesioner yang digunakan adalah *Hospital Anxiety And Depression Scale* (HADS). Kuesioner ini merupakan suatu alat bantu yang valid telah banyak di gunakan untuk menilai status depresi kecemasan pada pasien yang sedang menjalani perawatan di Rumah Sakit (RS).

Pada kuesioner HADS terbagi menjadi dua subskala yaitu HADS- A dan HADS-D, dimana HADS-A khusus untuk mengukur tingkat kecemasan dan HADS-D khusus untuk mengukur tingkat depresi. Jumlah item pertanyaan dalam kuesioner HADS, masing-masing ada 7 pertanyaan. Untuk mengukur HADS, ada empat skala nilai yang digunakan

semakin tinggi nilainya maka memberikan indikasi bahwa terdapat permasalahan atau bisa dikatakan bahwa tingkat depresi semakin tinggi. Kemudian, jawaban akan dijumlahkan secara terpisah, yaitu nilai untuk subskala kecemasan dan nilai untuk subskala depresi dengan nilai minimum yaitu 0 serta maksimum 21.

#### 4. Skala Pengukuran Depresi

Setiap item diberi skor pada skala respons dengan empat alternatif berkisar antara 0 dan 3. Setelah menyesuaikan untuk enam item yang diberi skor terbalik, semua respons dijumlahkan untuk mendapatkan dua subskala (Djukanovic et al., 2017). Semakin tinggi nilainya maka memberikan indikasi bahwa terdapat permasalahan atau bisa dikatakan bahwa tingkat depresi semakin tinggi (Skoogh et al., 2010).

### **F. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Sosial**

#### 1. Definisi

Dukungan sosial merupakan keberadaan orang lain yang dapat diandalkan untuk memberi bantuan, semangat, penerimaan, dan perhatian, sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan, atau kualitas hidup bagi individu yang bersangkutan. Serta menurut Watson dan Tregerthan (Harahap, 2020) menyatakan bahwa dukungan sosial merupakan salah satu bentuk dari kebutuhan individu yang berhubungan dengan orang lain, interaksi yang

berjalan dengan baik melalui dukungan yang diterima akan menimbulkan keyakinan, motivasi, dan perasaan dihargai. Sehingga dapat disimpulkan bahwa, dukungan sosial merupakan bantuan yang diberikan baik dalam bentuk perhatian, motivasi, ataupun informasi dalam menunjang kesejahteraan hidupnya sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidupnya.

## 2. Aspek Dukungan Sosial

Menurut House mengatakan bahwa dukungan sosial terdiri dari 4 aspek, yaitu :

- a. Dukungan emosional, aspek ini mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap individu, sehingga individu tersebut merasa nyaman, dicintai, dan diperhatikan. Aspek dukungan emosional ini meliputi perilaku seperti memberikan perhatian atau afeksi serta bersedia mendengarkan keluhan orang lain.
- b. Dukungan penghargaan, aspek ini terjadi lewat ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk orang itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif orang tersebut dengan orang lain. Pemberian dukungan ini membantu individu untuk melihat segi-segi positif yang ada dalam dirinya dibandingkan dengan keadaan orang lain.
- c. Dukungan instrumental, aspek ini mencakup bantuan langsung,

seperti seseorang memberi peminjaman uang kepada orang atau menolong mengerjakan sesuatu pada waktu seseorang mengalami stress.

- d. Dukungan Informasi, aspek ini mencakup pemberian nasihat, petunjuk-petunjuk, saran-saran, atau umpan balik yang diperoleh dari orang lain, sehingga individu dapat membatasi masalahnya dan mencoba mencari jalan keluar untuk memecahkan masalahnya.

3. Sumber Dukungan Sosial Menurut Zimet, dukungan sosial terdiri dari beberapa domain, yaitu:

- a. Dukungan Keluarga (Family Support) yaitu dukungan yang diberikan oleh keluarga terhadap individu, seperti membantu dalam kebutuhan emosional ataupun dalam membuat keputusan yang berpengaruh terhadap kualitas hidup (Yunus L,2018).
- b. Dukungan Teman (Friend Support) yaitu dukungan yang diberikan oleh teman-teman yang dimiliki oleh individu, seperti membantu dalam kegiatan sehari-hari.
- c. Dukungan Orang terdekat (Significant Others Support) yaitu dukungan yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki arti dalam kehidupan individu, seperti membuat individu merasa nyaman dan merasa dihargai.

## **G. Tinjauan Umum Tentang Media Massa Terhadap COVID-19**

### **1. Definisi Media Massa**

Menurut Hafied Cangara Media adalah alat atau sarana yang digunakan untuk menyampaikan pesan dari komunikator kepada khalayak, sedangkan pengertian media massa sendiri alat yang digunakan dalam penyampaian pesan dari sumber kepada khalayak dengan menggunakan alat-alat komunikasi seperti surat kabar, film, radio dan televise (Hafied, 2010).

Sebuah media bisa disebut media massa jika memiliki karakteristik tertentu. Karakteristik Media massa menurut Cangara antara lain:

- a. Bersifat melembaga, artinya pihak yang mengelola media terdiri dari banyak orang, yakni mulai dari pengumpulan, pengelolaan sampai pada penyajian informasi.
- b. Bersifat satu arah, artinya komunikasi yang dilakukan kurang memungkinkan terjadinya dialog antara pengirim dan penerima. Kalau pun terjadi reaksi atau umpan balik, biasanya memerlukan waktu dan tertunda.
- c. Meluas dan serempak, artinya dapat mengatasi rintangan waktu dan jarak, karena ia memiliki kecepatan. Bergerak secara luas dan simultan, dimana informasi yang disampaikan diterima oleh banyak orang dalam waktu yang sama.



## 2. Persepsi tentang Media Massa Terhadap COVID-19

Perubahan dalam masyarakat sebagian besar disebabkan oleh bagaimana informasi ditransmisikan, dengan orang-orang yang selalu terhubung dan terus menerus mendapat informasi tentang apa yang terjadi dalam kehidupan seseorang atau apa yang terjadi di seluruh dunia. Selain sistem tradisional yang mengandalkan diagnosa yang dilaporkan dari laboratorium, media sosial semakin diakui sebagai sumber terkait informasi dan peringatan kesehatan masyarakat. Selain itu, komunikasi semakin bergantung pada komunikasi online untuk bertukar informasi dan untuk mendukung koordinasi sumber daya termasuk peralatan kesehatan, pengelolaan kesehatan, personel kesehatan, dan informasi selama situasi krisis pandemi COVID-19 .

Di dalam penyebaran informasi terkait COVID-19 media sosial atau bentuk teknologi lainnya dari bentuk pendidikan, yang sebagai institusi sosial perkembangannya turut dipengaruhi oleh pertumbuhan media yang cepat (Hanson, et al.2012). Media selalu menjadi lembaga sosial, banyak persepsi dan norma dalam masyarakat didasarkan pada informasi yang mereka terima terlebih lagi informasi terkait COVID-19 . Sebelum mengarah pada media sosial, media cetak dapat dijadikan sebagai sebuah contoh. Jadi jelas,

berdasarkan ini kita dapat melihat bahwa media selalu menjadi lembaga sosial. Ketika teknologi mulai tumbuh ke dalam setiap aspek kehidupan manusia, maka media adalah sumber utama informasi dan kebutuhan yang terus meningkat untuk kehidupan. Munculnya teknologi adalah karena perubahan yang terjadi dalam kehidupan manusia (Dhiraj,2012)

Secara khusus, dengan kontribusi pada teknologi informasi dan komunikasi, sektor pendidikan telah mendapatkan banyak manfaat. Di dalam media twitter dan instagram, bahkan mereka telah membantu dalam mengarahkan masyarakat ketika mengetik kata kunci “ COVID-19 ” dalam kolom pencarian (Zhou,2020) Coronavirus Prevention Handbook; Kemkes, “Tentang Novel Usaha dari media sosial yang mengarahkan langsung berita-berita terkait COVID-19 yang saat ini merupakan tingkat urgensi paling tinggi, merupakan bentuk pencegahan terhadap meraknya hoax yang dapat berpotensi meresahkan masyarakat Indonesia dan berpotensi meruntuhkan rantai kenasionalismean masyarakat (Endang, *et ,al*, 2018)

#### **H. Tinjauan Umum Tentang Reinfeksi COVID-19**

Ada empat jenis virus korona endemik (229E, NL63, OC43, dan HKU1) yang bersirkulasi secara teratur melalui manusia,

menyebabkan mayoritas infeksi saluran pernapasan. Infeksi salah satu dari mereka dapat menyebabkan kekebalan dengan panjang yang berbeda, biasanya berlangsung setidaknya satu atau dua tahun, menurut Joël Mossong , kepala epidemiologi dan genomik mikroba di Otoritas Kesehatan Nasional Luksemburg. Mengatakan kemungkinan bisa reinfeksi tetapi tidak setiap tahun. Tetapi SARS-CoV-2 adalah jenis virus korona yang sama sekali baru dan pertanyaan tentang kekebalan adalah salah satu hal yang tidak diketahui. Apakah infeksi memberikan kekebalan terhadap infeksi ulang/reinfeksi "tidak pasti," tulis akademisi Newcastle University dalam makalah yang diterbitkan dalam *Journal of Infection* pada Desember 2020 (Hanrath, *et al.* 2020)

Dari 11.000 petugas layanan kesehatan yang telah membuktikan bukti infeksi selama gelombang pertama pandemi di Inggris antara Maret dan April 2020, tidak ada yang mengalami infeksi ulang, gejala pada gelombang kedua virus antara Oktober dan November 2020. Akibatnya, para peneliti merasa yakin bahwa kekebalan terhadap infeksi ulang bertahan setidaknya enam bulan untuk kasus virus korona baru , dengan penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memahami lebih banyak. Sebuah studi awal oleh Public Health England, menunjukkan bahwa antibodi memberikan perlindungan 83% terhadap infeksi ulang COVID-19 selama periode lima bulan. Dari 6614 peserta, 44 memiliki infeksi ulang "mungkin" atau "kemungkinan". (Wilkinson, 2020)

Penelitian yang dilakukan di Nuffield Department of Medicine di University of Oxford menyatakan bahwa banyak kasus infeksi ulang sebenarnya mungkin reaktivasi (Simmonds, *et al.* 2020) Mossong menunjukkan bahwa virus korona memberikan infeksi yang lama dan struktur genomnya yang besar dapat menyebabkan mereka tetap berada di dalam tubuh pada tingkat yang cukup rendah untuk tetap tidak terdeteksi tetapi siap menyerang sekali lagi. COVID-19 bisa bertahan lebih lama di berbagai bagian tubuh daripada di daerah pernapasan dengan gejala menunjuk pada hilangnya bau dan rasa yang terus-menerus sebagai bukti yang mungkin bahwa virus tetap berada di dalam tubuh, bereplikasi pada tingkat rendah, untuk waktu yang lama.

Produsen vaksin telah memastikan bahwa vaksin mereka akan sesuai dengan varian B.117 yang baru, yang menurut Tuite menunjukkan bahwa itu tidak cukup berubah untuk membuat orang lebih rentan terhadap infeksi ulang karena virus itu sendiri, Reaksi vaksin dapat berbeda dengan respon imun alami, meskipun terlalu dini untuk mengatakan apa perbedaannya dalam kasus COVID-19 Respon imun yang dipicu oleh vaksin lebih konsisten dan bahkan bisa lebih kuat daripada yang dipicu secara alami menurut beberapa penelitian untuk saat ini jika sudah dinyatakan sembuh bukan alasan untuk menjaga jarak dan memakai masker (Lebar, *et al.* 2020)

## I. Tabel Sintesa

Tabel Sintesa Terkait Faktor Resiko COVID-19

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti/Tahun	Lokasi, Populasi, Sampel	Desain	Variabel yang diteliti	Kesimpulan
1	<b><i>Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel CoronaVIRUS Infected Pneumonia in Wuhan, China</i></b>	Wang, D; Hu, B; Hu, C; Zhu, F; Liu, X; Zhang, J, et al, 2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : Rumah Sakit Zhongnan Universitas Wuhan.</li> <li>2. Populasi : pada pasien yang terkonfirmasi Novel Corona Infected Virus dari 1 Januari s.d 28 Januari 2020</li> <li>3. Sampel : Pasien dilakukan diagnosis NCIP berdasarkan</li> </ol>	Retrospektif, case series. Teknik sampling secara consecutive sampling	karakteristik klinis dari infeksi Pneumonia novel Coronavirus 19 terhadap, umur, jenis kelamin, keterpaparan seafood, infeksi dari pasien RS, staf medis, komorbid hipertensi, kardiovaskular, DM, Tumor, paru obstruktif kronis, ginjal, liver kronis, HIV	Hasil penelitian menunjukkan Umur berhubungan dengan infeksi Pneumonia Novel Coronavirus 19 ( $p=0,001$ ); Jenis kelamin tidak berhubungan dengan infeksi Pneumonia Novel Coronavirus 19 ( $p=0,34$ ); Keterpaparan Grosir Seafood Guan tidak berhubungan dengan infeksi Pneumonia Novel Coronavirus 19 ( $p=0,30$ ); Infeksi dari pasien Rumah Sakit ( $p=0,02$ ) dan staf medis berhubungan dengan infeksi Pneumonia Novel Coronavirus 19 ( $p=0,001$ ); Penyakit komorbid Hipertensi ( $p=0,001$ ), penyakit kardiovaskuler ( $p=0,04$ ); Diabetes ( $p=0,009$ ); Tumor ( $p=0,29$ ), penyakit serebrovaskuler ( $p=0,001$ ), penyakit paru obstruktif kronis ( $p=0,54$ ), penyakit ginjal ( $p=0,28$ ), penyakit liver kronis ( $p=0,57$ ), infeksi HIV ( $p=>0,99$ ), Tanda dan gejala : demam ( $p=>0,99$ ), kelelahan ( $p=0,1$ ), batuk kering ( $p=0,88$ ), anoreksia ( $p=0,99$ ), vertigo ( $p=0,007$ ), sakit kepala ( $p=0,70$ ), muntah ( $p=0,13$ ), sakit

			panduan WHO			abdomen (p=0,02), rata rata timbulnya gejala : masuk Rumah sakit (p=0,009), sesak nafas (p=0,02), sindrom distress pernafasan akut (p=0,97), median detak jantung (p=0,14), median tingkat pernafasan (p=0,57), rata rata tekanan arteri (p=0,33)
2	<b><i>Risk Factors for disease progression in patients with mild to moderate Coronavirus disease 2019 a multi centre observational study, 2020</i></b>	Cen, Y; Chen, X; Shen, Y; Zhang, XH; Lei, Y; Xu, C; Jiang, WR; Xu, HT; Chen, Y; Zhu, J; Zhang, LL, Liu, YH,2020	1. Lokasi : Wuhan, China 2. Populasi : pada pasien yang terkonfirmasi Novel Corona Infected Virus 3. 3 Rumah Sakit pasien yang diagnosis COVID-19 yang difollow up selama 28 hari	Kohort. Teknik sampling dengan Consecutive sampling d	umur, Jenis kelamin , riwayat merokok, hipertensi, diabetes, penyakit paru obstruktif kronik	umur ≥ 65 tahun (HR 2,563 95% CI 1,973-3,330), Jenis kelamin, laki-laki (HR 1,793 95% CI 1,410-2,280), Riwayat merokok (HR 0,559 95% CI 0,344-0,909), hipertensi (HR 1,442 95% CI 1,109-1,876), diabetes (HR 1,816 95% CI 1,351-2,442), penyakit paru obstruktif kronik (HR 2,010 95% 1,380-2,926)

3	<b><i>Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City : a prospective cohort study</i></b>	Cumming, Matthew; Baldwin, Abram, Darryl, Jacobson, SD; Meyer, BJ; Balaough, EM et al, 2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : 2 Rumah Sakit</li> <li>2. Populasi : yang terdiagnosis COVID-19</li> <li>3. sampel : berumur <math>\geq 18</math> tahun yang terdiagnosis COVID-19 dari pemeriksaan laboratorium serta tes RT PCR, nasofaringea l atau orofaringeal sampel swab.</li> </ol>	Kohort Prospektive.	Umur, jenis kelamin, lamanya gejala, hipertensi, Penyakit kardiak kronik, paru obstruktif kronik, diabetes, interleukin, dimer	Umur HR 1,31 95% (1,09-1,57), Jenis kelamin laki-laki HR 1,31 CI 95% ( 0,71-1,81); lamanya gejala sebelum datang ke rumah sakit HR 1,01 CI 95% 0,96-1,05, hipertensi HR 1,58 CI 95% 0,89-2,81, penyakit kardiak kronik HR 1,76 CI 95% (1,08-2,86; Penyakit paru obstruktif kronik HR 2,97 CI 95% 1,48-5,84; gagal ginjal kronik tidak berhubungan ( $p > 0,05$ ), diabetes HR 1,31 CI 95% (0,81-2,10), IMT tidak berhubungan ( $p > 0,05$ ), interleukin HR 1,11 (1,02-1,20, D dimer HR 1,10 (1,01-1,19).
	<b><i>Risk Factors for disease progression in patients with mild to</i></b>	Cen, Y; Chen, X; Shen, Y; Zhang, XH; Lei, Y; Xu, C; Jiang,	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : wuhan china</li> <li>2. Populasi : 3 rumah sakit</li> <li>3. Sampel : pasien yang</li> </ol>	Kohort. Teknik sampling dengan Consecutive sampling	Umur jenis kelamin, riwayat merokok, hipertensi, diabetes, penyakit paru obstruktif	umur $\geq 65$ tahun (HR 2,563 95% CI 1,973-3,330), Jenis kelamin, laki-laki (HR 1,793 95% CI 1,410-2,280), Riwayat merokok (HR 0,559 95% CI 0,344-0,909), hipertensi (HR 1,442 95% CI 1,109-1,876), diabetes (HR 1,816 95% CI 1,351-2,442), penyakit

5	<b>moderate Coronavirus disease 2019 a multi centre observational study, 2020</b>	WR; Xu, HT; Chen, Y; Zhu, J; Zhang, LL, Liu, YH,2020	diagnosis COVID-19 yang difollow up selama 28 hari.		kronik	paru obstruktif kronik (HR 2,010 95% 1,380-2,926)
6.	<b>Hubungan Karakteristik Individu dengan Pengetahuan tentang Pencegahan Coronavirus Disease 2019 pada Masyarakat di Kalimantan Selatan</b>	Anggun Wulandari 1 ✉, Fauzie Rahman1, Nita Pujianti1, Ayu Riana Sari1, Nur Laily1, Lia Anggraini 1, Farid Ilham Muddin1, Agus Muhammad Ridwan1, Vina Yulia Anhar1, Muham	1. Lokasi : Kalimantan Selatan 2. Populasi : masyarakat kategori remaja 3. Sampel : 1190 orang dipilih sebagaisamp el menggunakan <i>purposive sampling</i>	Cross Sectional	Umur, pendidikan, status pekerjaan dan posisi dalam keluarga jenis kelamin	Dari 1190 masyarakat yang menjadi responden merupakan masyarakat dengan kategori umur remaja yaitu sebesar 93,7%, status pekerjaan tidak bekerja sebesar 77,2%, berjenis kelamin perempuan sebesar 66,3%, posisi dalam keluarga sebagai anggota rumah tangga yaitu sebesar 97,8%, dan mempunyai pengetahuan yang baik tentang pencegahan COVID-19 sebesar 69,2%. Hasil uji chi square menunjukkan nilai p antara umur, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan dan posisi dalam keluarga dengan pengetahuan tentang pencegahan COVID-19 adalah 0,386, 0,013, 0,428, 0,515, dan 0,999,



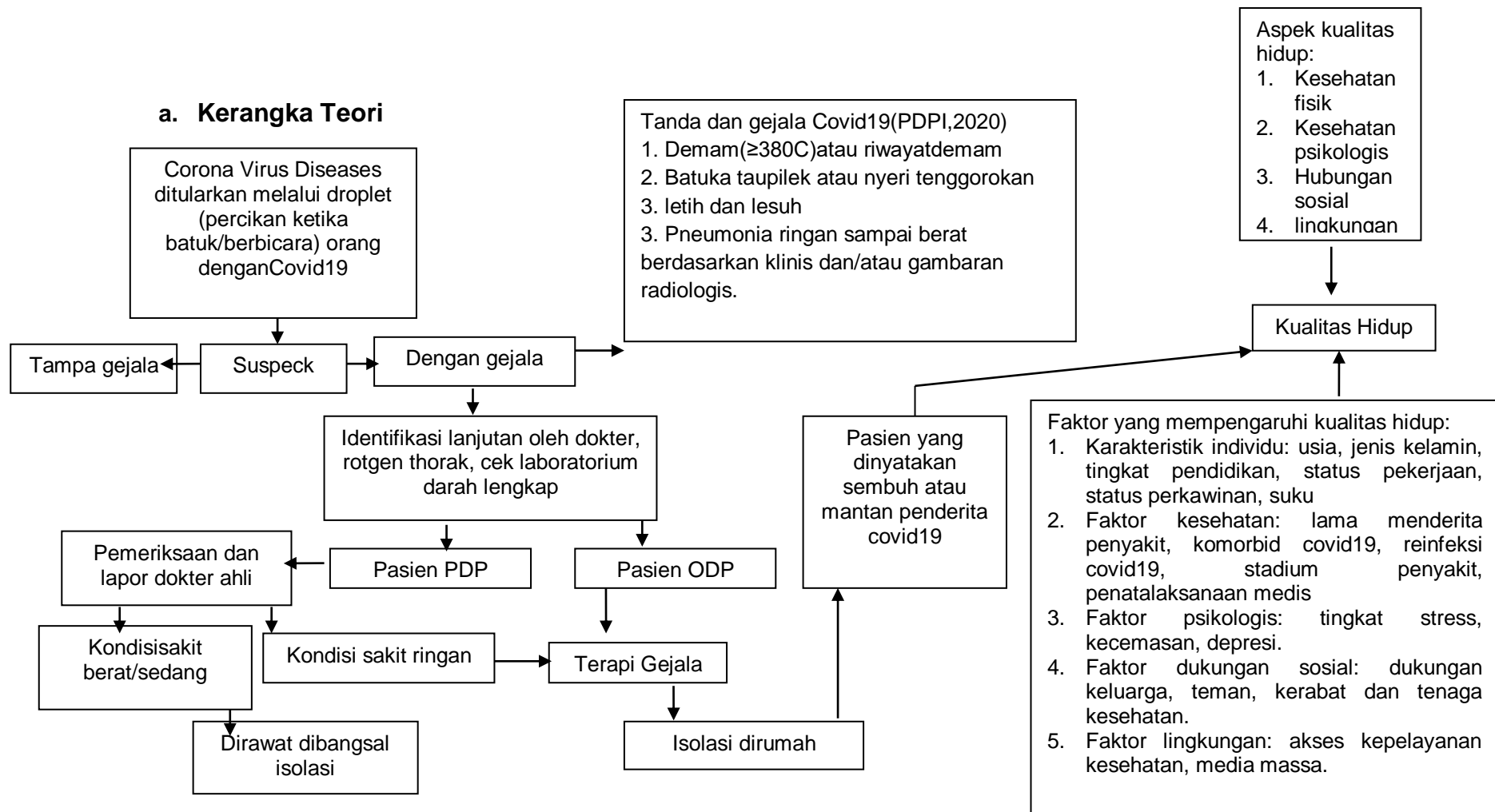
		ad Azmiyann oor1 , Diki Bima Prasetio2				
7.	<b>Analisis Faktor Risiko Kematian Dengan Penyakit Komorbid COVID-19</b>	Raden Muhammad Ali Satria <sup>1</sup> , Resty Varia Tutupoho <sup>2</sup> , Djazuly Chalidyan <sup>to3</sup> Universitas Airlangga <sup>1,2,3</sup>	1. Lokasi : RS Bhakti Dharma Husada Surabaya 2. Populasi : pasien COVID-19 di RS Bhakti Dharma Husada Surabaya 3. Sampel : 358 pasien terinfeksi COVID-19	analitik observasional dengan desain studi retrospektif	Usap hidung/tenggorokan, is kelamin, Umur, betes, kardiovaskular	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 358 pasien terinfeksi COVID-19 dan dikonfirmasi dengan usap hidung dan/atau tenggorokan. 66 pasien (18%) meninggal karena COVID-19 . 60,6% berjenis kelamin laki-laki (OR 1,87, P 0,041), 22,7% berUmur > 64 tahun (OR 2,097, P 0,041), dan 83,3% diantaranya merupakan faktor risiko penyerta. Diabetes melitus (30,3%) (OR 4,348, P 0,000), dan penyakit kardiovaskular (10,6%) (OR 4,319, P 0,016) merupakan faktor risiko kematian tertinggi pada COVID-19 . Simpulan, Laki-laki, Umur lanjut, diabetes, dan hipertensi merupakan faktor risiko kematian pada COVID-19
8.	<b>Depresi pada Komunitas dalam Menghadapi Pandemi COVID-19 : A</b>	Haifah Maulida, Atika Jatimi, Maulidiyah Junnatul Azizah Heru,	Kriteria artikel yang dipilih ialah terbit tahun 2016-2020 dengan teks penuh dan berbahasa Inggris.	A Systematic Review : pencarian database meliputi Google Scholar,	COVID-19 terhadap Depression, and Mental Health, Community	Hasil: Analisis dari lima belas artikel menunjukkan bahwa depresi komunitas disebabkan oleh faktor sosial dengan adanya kejadian tragis, tuntutan, peran sosial maupun dampak situasi kehidupan sehari-hari lainnya. Gejala yang muncul pada depresi diantaranya rasa takut, panik, cemas, stres dalam menghadapi pandemi

	<b>Systematic Review</b>	Zainal Munir, Handono Fatkhur Rahman	Systematic Review ini menggunakan 15 artikel yang sesuai dengan kriteria.	Science Direc		COVID-19 . Kesimpulan: Komunitas memiliki resiko yang tinggi untuk terkena depresi selama wabah COVID-19 berlangsung. Adapun yang melatar belakangi tingkat depresi pada komunitas selama pandemi berlangsung diantaranya tetap di rumah, menjaga jarak baik secara fisik (physical
9.	<b>Budaya Media Sosial, Edukasi Masyarakat dan Pandemi * COVID-19</b>	Muchammad Bayu Tejo Sampurno 1 , Tri Cahyo Kusuman dyoko2 , Muh Ariffudin Islam3	penelitian ini turut mengidentifikasi bagaimana media mempengaruhi masyarakat dan dengan melibatkan komunikasi media massa dalam strategi untuk meningkatkan kesadaran tentang usaha penanganan dan pencegahan COVID-19 .	metode kualitatif.	memanfaatkan pendekatan virtual etnografi yang mengacu pada pendekatan penelitian etnografi yang dilakukan dalam pengaturan online tentang internet dan media sosial	Hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya media sosial di Indonesia dapat bertindak sebagai guru yang mampu mengedukasi masyarakat dan menstimulasi dalam penelitian terbaru terkait COVID-19 ; sebagai pendidikan layanan kesehatan masyarakat; mengarahkan masyarakat ke situs web dan halaman arahan mereka untuk informasi terkait COVID-19 terbaru dan terpercaya; memasarkan layanan inovatif seperti layanan dana sosial perawatan kesehatan; posting terkait informasi kasus, foto, dan hasil (dengan izin) yang berkaitan dengan COVID-19 untuk mengedukasi masyarakat; berbagi ulasan dan testimoni pasien yang sembuh sebagai motivasi dan upaya awal pencegahan; dan memberikan dukungan antar warga negara Indonesia dalam menghadapi pandemi COVID-19 .

10	<b>Dampak Pemberitaan COVID-19 Di Media Sosial Terhadap Perilaku Masyarakat Di Dusun Kemuning Kelurahan Lirboyo Kota Kediri</b>	Fifi Listia Sari*	Sumber data yang utama dari hasil wawancara dan juga buku-buku beserta jurnal.	pendekan kualitatif dengan analisis deskriptif dan menggunakan teori media sosial juga teori	Mendeskripsikan dampak pemberitaan COVID-19 di media sosial terhadap perilaku masyarakat di dusun Kemuning kelurahan Lirboyo kota Kediri.perilaku.	Hasil penelitian menunjukkan, Pemberitaan berulang-ulang tentang COVID-19 berdampak begitu besar bagi perubahan, mulai dari sosial hingga ekonomi dan membuat masyarakat tersadar bahwa virus ini sangat berbahaya. Selain demikian masyarakat juga merasakan keresahan karena banyaknya pasien yang bertambah juga faktor-faktor lain. Berita COVID-19 selalu terupdate membuat perubahan perilaku ini nampak pada masyarakat lingkungan kemuning. Dalam hal ini masyarakat memiliki pola pikir yang baik menuruti anjuran pemerintah, mulai dari mencuci tangan setelah beraktifitas diluar rumah, terlihat dari banyak kotak air dan sabun cuci tangan di depan rumah. Selain hal itu masyarakat kemuning kota Kediri juga memakai masker ketika beraktifitas diluar meskipun keluar tidak begitu jauh. Jadi, dalam pemberitaan COVID-19 di media sosial memiliki dampak psikologis dan perilaku yang positif dan negatif.
11	<b>Humoral Immune Response to SARS-CoV-2 in Iceland</b>	D.F. Gudbjartsson, G.L. Norddahl, P. Melsted,	sampel serum dari 30.576 orang di Islandia,	metode kuantitatif	mengukur antibodi dalam sampel serum dari 30.576 orang di Islandia, menggunakan enam tes	Hasil kami menunjukkan bahwa antibodi antivirus terhadap SARS-CoV-2 tidak menurun dalam 4 bulan setelah diagnosis. Kami memperkirakan risiko kematian akibat infeksi 0,3% dan 44% orang

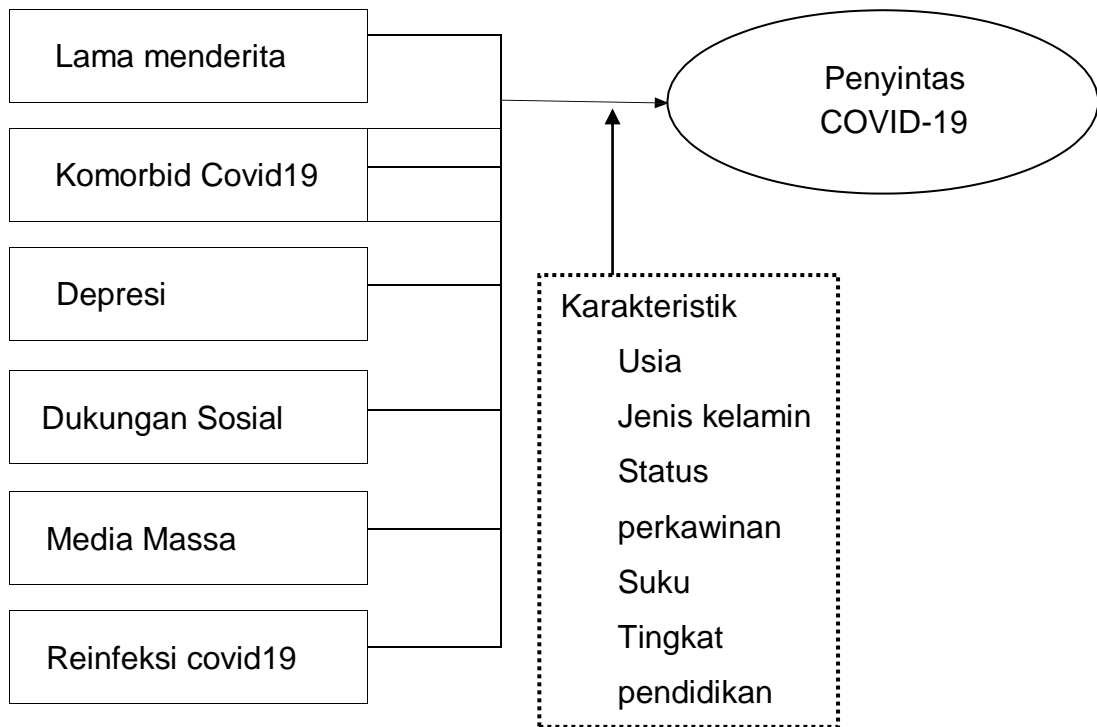
		K. Gunnarsdottir, H. Holm, E. et.al.				yang terinfeksi SARS-CoV-2 di Islandia tidak terinfeksi didiagnosis oleh qPCR.
12	<b><i>Komorbid Diabetes Mellitus was Associated with Poorer Prognosis in Patients with COVID-19 : A Retrospective Cohort Study</i></b>	Yan Zhang, Yanhui Cui, Minxue Shen, Jianchu Zhang, Ben Liu, Minhui Dai, Linli Chen, Duoduo Han, Yifei Fan, Yanjun Zhang, Wen Li, Fengyu Lin, Sha Li, Xiang Chen, Pinhua Pan	Lokasi :Wuhan china Populasi dan sampel : 258 pasien COVID-19 yang dirawat di rumah sakit berturut-turut dengan atau tanpa diabetes di West Court of Union Hospital of Huazhong University of Science and Technology di Wuhan, China, yang direkrut dari tanggal 29 Januari hingga 12 Februari 2020	Metode Dalam studi kohort ini, kami secara retrospektif	Umur, jenis kelamin, diabetes, gejala umum covi, demam, batuk kering, polipnea, dan kelelahan	Hasil Dari 258 pasien rawat inap (63 diabetes) dengan COVID-19 Umur rata-rata adalah 64 tahun (kisaran 23-91), dan 138 (53,5%) adalah laki-laki. Tidak ada perbedaan signifikan dalam Umur dan jenis kelamin yang diidentifikasi antara pasien dengan dan tanpa diabetes. Gejala umum termasuk demam (82,2%), batuk kering (67,1%), polipnea (48,1%), dan kelelahan (38%). Pasien dengan diabetes memiliki jumlah leukosit dan neutrofil yang lebih tinggi secara signifikan, dan kadar glukosa darah puasa, kreatinin serum, nitrogen urea dan MB isoenzim kreatin kinase yang lebih tinggi pada saat masuk rumah sakit dibandingkan dengan mereka yang tidak menderita diabetes. Pasien COVID-19 dengan diabetes lebih cenderung mengembangkan kondisi penyakit parah atau kritis dengan lebih banyak komplikasi saat presentasi, dan memiliki

						<p>tingkat insiden terapi antibiotik yang lebih tinggi, ventilasi mekanis non-invasif dan invasif, dan kematian (11,1% vs 4,1%). Model hazard proporsional Cox menunjukkan bahwa diabetes (rasio hazard yang disesuaikan [aHR] = 3,64; interval kepercayaan 95% [CI]: 1,09, 12,21) dan glukosa darah puasa (aHR = 1,19; CI 95%: 1,08, 1,31) dikaitkan dengan kematian karena COVID-19 menyesuaikan potensi perancu.</p>
--	--	--	--	--	--	---



Gambar 2.1. Kerangka teori dimodifikasi dari Depkes RI, 2020: PDP1,2020: Lase, 2011; Pradono & Puti, 2007; Doenges, Moorhouse, dan Geissler, 2012; Heal & Sigelman, 1996

## J. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan:



= Variabel yang diteliti



= Variabel yang tidak diteliti

## **K. Hipotesis Penelitian**

- a. Mengetahui karakteristik yang meliputi, umur, jenis kelamin, suku tingkat pendidikan, Status Perkawinan serta status pekerjaan terhadap kualitas hidup pada Penyintas COVID-19 di Kota Makassar.
- b. Terdapat hubungan antara lama menderita penyakit COVID-19 dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar
- c. Terdapat hubungan antara komorbid dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar
- d. Terdapat hubungan antara tingkat Depresi dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar
- e. Terdapat hubungan antara Dukungan Sosial dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar
- f. Terdapat hubungan antara media massa dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar
- g. Terdapat hubungan antara reinfeksi COVID-19 dengan kualitas hidup Penyintas COVID-19 di Kota Makassar



## **L. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif**

### **a. Determinan Epidemiologi**

#### **a) Definisi Operasional**

Determinan epidemiologi adalah faktor yang mempengaruhi, berhubungan atau memberi risiko terhadap terjadinya penyakit/masalah kesehatan. Epidemiologi mempelajari distribusi kondisi kesehatan (penyakit dan berbagai akibatnya) pada populasi dan meneliti risiko atau kausa yang berhubungan dengan kondisi-kondisi itu. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel independen yaitu lama menderita, komorbid, pengaruh media massa, tingkat depresi, dukungan sosial dan reinfeksi COVID-19.

### **b. Penyintas COVID-19**

#### **a) Definisi Operasional**

Penyintas COVID-19 adalah orang yang mampu bertahan hidup melawan COVID-19 dalam arti lain, penyintas COVID-19 disebut juga orang yang sudah sembuh dari infeksi virus COVID-19. Mengenai hal ini berarti penyintas COVID adalah responden COVID-19 kota Makassar.

#### **b). Kriteria Objektif**

Semua penyintas COVID-19 dikota Makassar yang sudah dinyatakan sembuh yang tercatat dalam data satgas COVID-19 Kota Makassar.

### **c. Kualitas Hidup**

#### **a) Definisi Operasional**

Kualitas Hidup yaitu persepsi responden terhadap penyakitnya

dalam kehidupan sehari-harinya yang dinilai dari berbagai aspek, yaitu aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Adapun instrumen yang digunakan untuk menilai kualitas hidup pada penelitian ini menggunakan World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL) yang terdiri dari 15 pertanyaan (WHO,2004). Untuk kalimat positif nilai 1 sangat tidak memuaskan, 2 tidak memuaskan, 3 biasa saja, 4 memuaskan, 5 sangat memuaskan, sedangkan untuk kalimat negatif, nilai 1 sama tidak sekali, 2 sedikit, 3 cukup, 4 sangat, dan 5 luar biasa atau dalam jumlah berlebihan.

b). Kriteria Objektif

1. Kualitas hidup buruk : jika score dari hasil per hitungan komponen aspek kualitas hidup memiliki score dibawah median atau dibawah skor total 41
2. Kualitas hidup baik: jika score dari hasil perhitungan komponen aspek kualitas hidup memiliki score diatas median atau diatas skor total 41

d. Lama menderita COVID-19 .

a) Definisi Operasional

Lama menderita COVID-19 adalah lamanya Penyintas menderita COVID-19 sejak awal di diagnosis terkena COVID-19 sampai dinyatakan sembuh atau tak bergejala COVID-19 lagi, berdasarkan jawaban responden.

b) Kriteria Objektif

1. Lama : jika Penyintas COVID-19 menderita COVID-19 selama  $\geq 2$  minggu

2. Tidak lama : jika Penyintas COVID-19 menderita COVID-19 selama < 2 minggu

e. Komorbid COVID-19

a) Definisi Operasional

Adalah adanya salah satu atau lebih, riwayat penyakit Komorbid COVID-19 seperti: 1)Pneumonia 2)Hipertensi 3)Diabetes Melitus 4)Penyakit jantung 5)Penyakit ginjal 6)Penyakit paru 7)Hati 8)TBC 9)Gangguan Imun 10)Keganasan 11)Penyakit kehamilan dan 12)Asma (Kemenkes,2020) pada Penyintas COVID-19 berdasarkan jawaban responden.

b) Kriteria Objektif

1. Ada : Jika berdasarkan jawaban responden memiliki satu atau lebih riwayat penyakit komorbid.
2. Tidak Ada : Jika berdasarkan jawaban responden tidak memiliki riwayat penyakit komorbid.

f. Tingkat Depresi

a) Definisi Operasional

Adalah suasana hati responden berkaitan dengan kecemasan dan depresi yang dialami responden Selama atau setelah menderita penyakit COVID-19 yang di ukur dengan 7 pertanyaan diberi skore antara 0-3. Kategori penilaian depresi terdiri dari empat kategori yaitu Tidak pernah (0), Kadang-kadang (1-2 kali dalam seminggu), (2) Sering (3-5 kali dalam seminggu) dan (3) Selalu (lebih dari 5 kali dalam seminggu), dinilai dengan kuesioner HADS-D (Hospital Anxiety And Depression Scale).

b) Kriteria Objektif

1. Berat : Jika hasil perhitungan dari beberapa pertanyaan HADS-D di dapatkan nilai score 15-21.
2. Ringan : Jika hasil perhitungan dari beberapa pertanyaan HADS-D di dapatkan nilai score <7-14. (Skoogh et al., 2010)

g. Dukungan Sosial

a. Definisi Operasional

Dukungan sosial adalah suatu bentuk dukungan yang berasal dari keluarga, teman, dan orang-orang terdekat. Dukungan tersebut berupa perhatian, penghargaan, kepedulian, ataupun bantuan yang tersedia. Dukungan sosial diukur menggunakan kuesioner ENRICHED Social Support Instrument (ESSI) (Higgins, 2018) dengan 7 pertanyaan, dengan kategori yaitu 5 (selalu), 4 (sering), 3 (Kadang-kadang), 2 (jarang), 1 (tidak pernah). Skor dari setiap pertanyaan dijumlahkan, semakin tinggi skor responden mengindikasikan semakin tinggi dukungan sosial yang diterima, begitupun sebaliknya. Adapun skor terendah yaitu 5 dan skor tertinggi adalah 35.

b. Kriteria Objektif

1. Tinggi : Apabila hasil perhitungan dari pertanyaan ESSI di dapatkan nilai score  $\geq 19$  (Bucholz et al., 2014)
2. Rendah : Apabila hasil perhitungan dari pertanyaan ESSI di dapatkan nilai score <18

7. Media Massa

a) Definisi Operasional

Adalah melihat Pengaruh media massa berdasarkan jawaban responden, apakah responden terpengaruh dengan pemberitaan-pemberitaan terkait COVID-19 yang menyebar di media sosial.

b) Kriteria Objektif

1. Terpengaruh : Jika jawaban responden menganggap pemberitaan tentang COVID-19 media massa membuat responden terpengaruh merasa stress / bosan / jenuh / atau lelah
2. Tidak Terpengaruh : Jika jawaban responden menganggap pemberitaan tentang COVID-19 media massa membuat responden tidak terpengaruh atau tidak merasa stress / bosan / jenuh / atau lelah.

8. Reinfeksi COVID-19

a) Definisi Operasional

Reinfeksi COVID-19 ialah pernah tidaknya responden yang dinyatakan sembuh dari infeksi virus corona, lalu dinyatakan positif lagi atau memiliki gejala yang menyerupai gejala COVID-19 berdasarkan jawab responden.

b) Kriteria Objektif

- a. Iya : Jika berdasarkan jawaban responden pernah dinyatakan sembuh lalu dinyatakan positif kembali.
- b. Tidak : Jika berdasarkan jawaban responden pernah dinyatakan sembuh lalu dinyatakan positif kembali.