

SKRIPSI

**EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN PASIEN KONFIRMASI
COVID-19 DI RSUD ASY-SYIFA' ' SUMBAWA BARAT**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi
Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan*



Oleh:

**MARIA DIAN NURFITA
R011191028**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN PASIEN KONFIRMASI
COVID-19 DI RSUD ASY-SYIFA' SUMBAWA BARAT**

Disusun Oleh :

Maria Dian Nurfitra

R011191028

Disetujui untuk dilakukan penelitian

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Rini Rachmawaty, S.Kep, Ns., MN., Ph. D

Indra Gaffar, S.Kep.,Ns., M.Kep

NIP 19800717 200812 2 003

NIP 19810925 200604 2 009

HALAMAN PENGESAHAN

EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN PASIEN KONFIRMASI
COVID-19 DI RSUD ASY-SYIFA' SUMBAWA BARAT

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/Tanggal : Jum'at, 25 Juni 2021
Pukul : 13.00-15.00 WITA
Tempat : Via Online

Disusun Oleh .

Maria Dian Nurfiti
R011191028

dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Rini Rachmawaty, S.Kep, Ns., MN., Ph. D Indra Galfar, S.Kep.,Ns., M.Kep


NIP 19800717 200812 2 003

NIP 19810925 200604 2 009

Mengetahui

Kataa Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin




Dr. Yuliana Syam, S.Kep, Ns., M.Si.
NIP 19760618 200212 2002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Maria Dian Nurfiti

Nomor Induk Mahasiswa : R011191028

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut. Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, 23 Juni 2021
Yang membuat pernyataan,

 
Maria Dian Nurfiti

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Evaluasi Pelayanan Kesehatan Pasien Konfirmasi *Covid-19* di RSUD Asy-Syifa’ Sumbawa Barat” yang merupakan salah satu syarat untuk meraih gelar sarjana keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Dalam proses penyusunan skripsi ini, penulis banyak menemukan tantangan dan rintangan namun bisa dilewati berkat bimbingan, arahan dan dukungan dari berbagai pihak. Kerena itu melalui kesempatan ini perkenankanlah saya untuk menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada yang terhormat:

1. Prof . Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA, selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang selalu mengusahakan dalam membangun serta menyediakan fasilitas yang di terbaik di Universitas Hasanuddin.
2. Dr.Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Dr.Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
4. Rini Rachmawaty, S. Kep., Ns., MN., Ph. D selaku pembimbing 1 dan Indra Gaffar, S. Kep., Ns., M. Kep. selaku pembimbing 2 yang selalu tegas dan sabar dalam memberikan masukan, bimbingan dan arahan serta motivasi dalam penyempurnaan skripsi ini.

5. Andi Baso Tombong, S.Kep Ns., M.ANP., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan masukan, saran, dan dukungan semangat untuk terus maju selama proses penulisan skripsi penelitian ini;
6. Seluruh Dosen, Staf Akademik dan Staf Perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang banyak membantu selama proses perkuliahan dan penulisan skripsi ini;
7. Seluruh Jajaran Pemerintah Daerah Kabupaten Sumbawa Barat serta *Civitas Hospitalia* RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat yang banyak membantu dalam proses penelitian skripsi ini;
8. Kedua orangtua yang memberikan dukungan dan doa bagi penulis serta kepada Suami yang selalu memberi dukungan baik secara moril maupun materil selama penulis menuntut ilmu hingga menyusun skripsi ini;
9. Teman-teman dari kelas kerjasama angkatan 2018-2019, kakak dan adik rekan sepembimbingan yang selalu memberi dukungan dan bantuan bagi penulis.

Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat dalam dunia keperawatan, saran dan kritik membangun sangat penulis harapkan guna perbaikan tulisan ini.

Makassar, Juni 2021

Maria Dian Nurfitra

ABSTRACT

Maria Dian Nurfitra. R011191028. **EVALUATION OF HEALTH SERVICES FOR COVID-19 CONFIRMATION PATIENTS IN ASY-SYIFA' General Hospital'**, supervised by Rini Rachmawaty and Indra Gafar.

Background: The increase in confirmed cases of Covid-19 in Indonesia impacts health services such as increasing the number of occupied isolation rooms and ICUs and the priority of providing essential services. However, the evaluation of the sustainability of quality health services is still focused on hospitals' readiness during a pandemic

Objective: To evaluate the limitations of health services for Covid-19 confirmed patients at the Asy-Syifa Hospital in West Sumbawa

Methods: This research uses a mixed-method with sequential explanatory design through a systems approach, namely input, process, and outcome of health services in hospitals which are divided into two stages, namely quantitative stage I by filling Self Assessment followed by qualitative stage II, namely in-depth interviews, documentation, and observation.

Results: Health services at Asy-Syifa' in West Sumbawa Hospital show that the input dimensions are pretty effective and efficient adjusted to the standards for human resources of 53.3%, increase competence and qualifications of staff through education for some staffs in various medias; furthermore, the sub-dimension of financial resources is 75% with the implementation of online training due to budget refocusing; then the supporting infrastructure reaches 75% which shows that communication facilities have not been fulfilled in quantity but online communication efforts with the support of the internet network in all areas of the hospital by utilizing communication facilities belonging to staff; while the achievement of regulations/policies supporting services is 70.6%, the implementation and stipulation of regulations according to the conditions and technicalities in the scope based on standards and recommendations; and lastly, the achievement of the sub-dimension of buildings and physical facilities is 100%. While the results of the dimension evaluation: the process with achievements including anamnesis with an EWS Covid-19 score of 100% is not carried out, the history refers to the signs and symptoms of the DPJP; management of patient placement 80.4%, the surge in the number of patients resulted in cohorts placement of patients; 100% follow-up examinations are carried out, 13% patient referrals, disease complications and specialist staff at the type of hospital; and education is carried out 100% then on the dimensions: service outcomes show patient health outcomes with other criteria 65.2%, length of stay at 6-9 days the percentage is 34.8% while the achievement of the community satisfaction index is outstanding or 81,71%.

Conclusions and suggestions: hospitals have implemented health services, but It has not met the strategic steps according to standards, including input, process, and outcome, so it is hoped that periodic evaluations of planning and implementation are carried out as part of health care efforts for Covid-19 patients

Keywords: Covid-19; health services; hospital

Literature sources: 88 pieces of literature (2008-2021)

ABSTRAK

Maria Dian Nurfitra. R011191028. **EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN PASIEN KONFIRMASI COVID-19 DI RSUD ASY-SYIFA'** , dibimbing oleh Rini Rachmawaty dan Indra Gafar.

Latar belakang : Peningkatan kasus konfirmasi Covid-19 di Indonesia berdampak pada pelayanan kesehatan seperti peningkatan jumlah keterisian ruang isolasi dan ICU serta prioritas pemberian layanan esensial. Namun evaluasi keberlangsungan pelayanan kesehatan yang bermutu masih berfokus pada kesiapan rumah sakit dalam masa pandemi.

Tujuan: untuk mengevaluasi pelayanan kesehatan pasien konfirmasi Covid-19 di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat keterbatasan pelayanan.

Metode: penelitian menggunakan metode penelitian gabungan (*mixed method*) dengan *sequential explanatory design* melalui pendekatan sistem yaitu *input*, proses dan *outcome* pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dibagi 2 tahap yaitu tahap I kuantitatif dengan pengisian *Self Assessment* dilanjutkan tahap II kualitatif yakni wawancara mendalam, dokumentasi dan observasi.

Hasil: pelayanan kesehatan di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat menunjukkan capaian dimensi input yang cukup efektif dan efisien yang disesuaikan dengan standard pada sumber daya manusia sebesar 53,3% dengan peningkatan kompetensi dan kualifikasi staf melalui edukasi berbagai media kepada sebagian staf; selanjutnya subdimensi sumber daya keuangan 75% dengan pelaksanaan Diklat secara online akibat refocusing anggaran; kemudian pada sarana prasarana pendukung mencapai 75% yang menunjukkan fasilitas komunikasi belum terpenuhi secara kuantitas namun upaya komunikasi secara online dengan dukungan jaringan internet di seluruh area rumah sakit dengan pemanfaatan fasilitas komunikasi milik staf; sedangkan pada capaian regulasi/kebijakan pendukung layanan 70,6%, pelaksanaan dan penetapan regulasi sesuai kondisi dan teknis dilapangan berdasarkan standard dan rekomendasi; dan terakhir pada capaian subdimensi gedung dan sarana fisik adalah 100%. Sedangkan hasil evaluasi dimensi: proses dengan capaian meliputi anamnesa dengan *scoring* EWS Covid-19 100% tidak dilakukan, anamnesa mengacu pada tanda gejala dan advis DPJP; penatalaksanaan penempatan pasien 80,4%, lonjakan jumlah pasien mengakibatkan penempatan pasien secara kohorting; pemeriksaan penunjang 100% dilaksanakan, rujukan pasien 13 %, komplikasi penyakit dan tenaga spesialis pada tipe rumah sakit; dan edukasi dilaksanakan 100% kemudian pada dimensi: *outcome* pelayanan menunjukkan *patient health outcome* dengan kriteria lain-lain 65,2%, *length of stay* pada 6-9 hari persentase yaitu 34,8% sedangkan capaian indeks kepuasan masyarakat pada kriteria sangat baik atau 81,71%.

Kesimpulan dan saran: rumah sakit telah melaksanakan pelayanan kesehatan belum memenuhi melalui langkah strategis sesuai standard meliputi *input*, proses dan *outcome*, sehingga diharapkan melaksanakan evaluasi terhadap perencanaan dan pelaksanaan secara berkala sebagai bagian dari upaya pelayanan kesehatan pada pasien Covid-19 yang bermutu.

Kata kunci : Covid-19; pelayanan kesehatan; rumah sakit
Sumber literatur : 88 kepustakaan (2008-2021)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	17
A. Latar Belakang	17
B. Rumusan Masalah	21
C. Tujuan Penelitian	22
D. Manfaat Penelitian	22
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	24
A. Tinjauan Teori Evaluasi	24
B. Tinjauan Tentang Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit	25
C. Tinjauan Pelayanan Kesehatan Pasien <i>Covid-19</i> Di Rumah Sakit Pada Masa Pandemi	24
D. Pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i>	30
E. Kerangka Teori.....	43
BAB III KERANGKA KONSEP	44
A. Kerangka Konsep.....	44
BAB IV METODE PENELITIAN	45

A. Rancangan Penelitian	45
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	46
C. Penelitian Tahap I	48
D. Penelitian Tahap II	54
E. Alur Penelitian	62
F. Etik Penelitian	62
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil	65
B. Pembahasan.....	106
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	101
A. Kesimpulan	123
B. Saran.....	123
DAFTAR PUSTAKA	127
Lampiran	136

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. <i>Early Warning Score Covid-19 (EWS COVID-19)</i>	33
Tabel 2.2 Konfirmasi <i>Covid-19</i> berdasarkan Beratnya Kasus	35
Tabel 2.3 Tatalaksana Pengobatan Pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i> di Rumah Sakit	38
Tabel 4.1 Jadwal Penelitian.....	47
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian Tahap I (KUAN) (n=12)	70
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Informan Penelitian Tahap II (KUAL) (n=22).....	71
Tabel 5.4 Distribusi Self Assesment 12 Komponen Kunci Daftar Tilik Kesiapan Rumah.....	74
Tabel 5.5 Analisis data kuantitatif dan kualitatif Dimesi input : Sumber Daya Manusia di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat	75
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Menggunakan <i>Self Assesment</i> 12 Komponen Kunci Daftar Tilik Kesiapan Rumah Sakit Dimasa Pandemi Pada Dimensi Input : Sumber Daya Keuangan (Money) (n= 4	79
Tabel 5.7 Analisis Data Kuantitatif Dan Kualitatif Dimesi Input : Sumber Daya Keuangan Di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat	80
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Setelah Pengambilan Data Tahap II Secara Kualitatif Berdasarkan <i>Self Assesment 12 Komponen Kunci</i> Daftar Tilik Kesiapan Rumah Sakit Dimasa Pandemi Pada Dimensi Input : Sumber Daya Keuangan (<i>Money</i>) (n=4).....	81
Tabel 5.9 Distribusi Jawaban Responden Menggunakan Self Assesment 12 Komponen Kunci Daftar Tilik Kesiapan Rumah Sakit Dimasa Pandemi Pada Dimensi Input : Sarana Prasarana Pelayanan (<i>Material</i>) (n=4)	82
Tabel 5.10 Analisis Data Kuantitatif Dan Kualitatif Dimesi Input : Sarana Prasarana Di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat.....	83
Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Menggunakan <i>Self Assesment</i> 12 Komponen Kunci Daftar Tilik Kesiapan Rumah Sakit Dimasa Pandemi Pada Dimensi Input: Gedung Dan Fasilitas Fisik Pendukung Layanan (<i>Machine</i>) (n=4).....	84
Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Menggunakan <i>Self Assesment</i> 12 Komponen Kunci Daftar Tilik Kesiapan Rumah Sakit Dimasa Pandemi Pada Dimensi Input: Regulasi/ Kebijakan Pendukung Layanan <i>Method</i> (n=51)	86

Tabel 5.13 Analisis Data Kuantitatif Dan Kualitatif Dimesi Input : Sarana Prasarana Di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat.....	87
Tabel 5.14 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden _Setelah Pengambilan Data Tahap II Secara Kualitatif Menggunakan <i>Self Assesment 12 Komponen Kunci Daftar Tilik Kesiapan Rumah Sakit Dimasa Pandemi</i> Pada Dimensi Input: Regulasi/ Kebijakan Pendukung Layanan (<i>Method</i>) (n=51).....	93
Tabel 5.15 Rekapitulasi Capaian Subdimensi Input Dari Data Kuantitatif Dan Kualitatif Berdasarkan <i>Self Assessment</i> Komponen Kunci	93
Tabel 5.16 Distribusi Frekuensi Demografi Pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i> Periode 1 April 2020 S.D 30 Januari 2021 Di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat (n=46)	97
Tabel 5.17 Distribusi Frekuensi Dan Persentase Anamnesa, Komorbiditas, Pemeriksaan Diagnostik, Penatalaksanaan Perawatan, Kriteria Pemulangan:Dirujuk Dan Edukasi Pada Kegiatan Pelayanan Pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i> Periode 1 April 2020 S.D 30 Januari 2021 di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat (n=46)	98
Tabel 5.18 Analisis Data Kuantitatif Dan Kualitatif Dimesi Proses _di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat.....	100
Tabel 5.17 Distribusi Frekuensi Dan Persentase Dimensi <i>Outcome</i> Pada Kriteria Pemulangan Dan Durasi Lama Rawat Kegiatan Pelayanan Pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i> Periode 1 April 2020 S.D 30 Januari 2021 Di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat (n=46)	103
Tabel 5.20 Capaian Indikator Kepuasan Masyarakat (IKM) Tahun 2019-2020 di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat.....	103
Tabel 5.21 Standard Nilai Persepsi, Nilai Konversi , Mutu Pelayanan Dan Kinerja Unit Pelayanan.....	104
Tabel 5.20 Analisis Data Kuantitatif Dan Kualitatif Dimesi <i>Outcome</i> Di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat	105

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Skema Teori Pendekatan Sistem Donabedian (1968).....	22
Bagan 2.3 Alur Dan Zonasi Ruang Risiko Penularan Covid-19 Di Rumah Sakit Pada Masa Pandemi	29
Bagan 2.3 Tatalaksana Pasien Konfirmasi Covid-19.....	42
Bagan 2.4 Modifikasi Kerangka Teori Pendekatan Sistem oleh Avendis Donabedian dari berbagai sumber.....	43
Bagan 3.1 Kerangka Konsep.....	44
Bagan 4.1 Bagan jaring laba-laba	54
Bagan 4.2 Alur Penelitian	Error! Bookmark not defined.
Bagan 5.1 Metode Pengambilan Data di Lapangan.....	66
Bagan 5.2 Pemetaan Responden Berdasarkan Dimensi Input Pada Pengisian Pernyataan Pada <i>Self Assessment</i>	69
Bagan 5.2 Distribusi Capaian <i>Self Assesment</i> 12 Komponen Kunci Daftar Tilik Kesiapan Rumah Sakit Dimasa Pandemi Covid-19 di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat (n=12).....	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1	Dokumentasi diklat melalui berbagai media baik secara luring dan daring kepada sebagian staf	78
Gambar 5.2	Dokumentasi Komunikasi Di Rumah Sakit Secara Online.....	83
Gambar 5.3	Dokumentasi Ruang Perawatan Pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i> Dengan Tekanan Negatif Yang Dilengkapi Kamera Pengawas.....	84
Gambar 5.4	Dokumentasi Daftar Regulasi/Kebijakan Yang Dibuat Dalam Usaha Pelayanan Kesehatan Pada Pasien <i>Covid-19</i> Yang Berlaku Di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat.....	94
Gambar 5.5	Dokumentasi Pengisian Lembar Anamnesa Triase Berbasis Tanda Gejala Pada Pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i> di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat.....	99

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan penelitian.....	129
Lampiran 2	Lembar persetujuan setelah penjelasan (<i>informed consent</i>)..	130
Lampiran 3	Instrument penelitian.....	133
Lampiran 4	Pedoman wawancara	146
Lampiran 5	Protokol kesehatan penelitian	157
Lampiran 6	Master tabel jawaban responden	158
Lampiran 7	Distribusi frekuensi responden dan informan	166
Lampiran 8	Analisis <i>self assessment</i>	170
Lampiran 9	Master data dan analisis observasi dokumen rekam medis ..	175
Lampiran 10	Transkrip wawancara informan kunci (IK), utama (IU) dan tambahan (IT)	195
Lampiran 11	Analisa hasil wawancara	242
Lampiran 12	Dokumentasi kegiatan penelitian	271
Lampiran 13	Permohonan pengambilan data awal penelitian ke instansi ..	273
Lampiran 14	Ijin pengambilan data awal dari litbang	274
Lampiran 15	Permohonan ijin etik	275
Lampiran 16	Rekomendasi laik etik	277
Lampiran 17	Ijin pengambilan data penelitian litbang	278
Lampiran 18	Keterangan selesai melakukan pengambilan data penelitian .	279

DAFTAR SINGKATAN

<i>Covid-19</i>	: <i>Corona Virus Disease 2019</i>
<i>SARS-CoV-2</i>	: <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus tipe 2</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
DKI Jakarta	: Daerah Khusus Ibukota Jakarta
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
NTB	: Nusa Tenggara Barat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
BPS	: Badan Pusat Statistik
EWS	: <i>Early Warning Score</i>
CKD	: <i>Cronic Kidney Disease</i>
CAP	: <i>Cronis Acute Pneumonia</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
BOR	: <i>Bed Occupations Rate</i>
LOS	: <i>Length of stay</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IRJ	: Instalasi Rawat Jalan
<i>RT-PCR</i>	: <i>Reverse Transcriptions Polymerase Chain Reaction</i>
STEMI	: <i>ST Segment Elevation Myocardial Infarction</i>
NSTEMI	: <i>Non-ST-segment Elevation Myocardial Infarction</i>
PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif Kronik
AMMI	: <i>Association of Medical Microbiology and Infectious Disease</i>
ARDS	: <i>Acute Respiratory Distress Syndrome</i>
IMV	: <i>Invasive Mechanic Ventilation</i>
VAP	: <i>Ventilator-Associated Pneumonia</i>
HAI's	: <i>Hospital Aquared Infections</i>
LED	: Laju Endap Darah
SGOT	: <i>Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase</i>
SGPT	: <i>Serum Glutamic Pyruvis Transaminase</i>
AGD	: Analisa Gas Darah
PT,APTT	: <i>Ptotombine Time, Activated Partial Thromboplastin Time</i>
MO	: Monosite
APD	: Alat Pelindung Diri
CT	: <i>Computed Tomography</i>
<i>AP/PA</i>	: <i>Anteroposterior/Posteroanterior</i>
<i>ACE-Inhibitor</i>	: <i>Angiotensi Converting Enzyme Inhibitor</i>
<i>CRP</i>	: <i>C-Reactive Protein</i>
HFNC	: <i>High Flow Nasal Canulla</i>
NIV	: <i>Non-Invasive Mechanical Ventilation</i>
IV	: <i>Intravena</i>
EKG	: Elektrokardiograf
SK	: Surat Keputusan
RBA	: Rencana Bisnis dan Anggaran

DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
PPK-CP	: Panduan Praktik Klinik – <i>Clinical Pathway</i>
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
IPCN	: <i>Infection Prevention Control Nurse</i>
IKM	: Indikator Kepuasan Masyarakat
BBC	: <i>British Broadcasting</i>
PMK	: Peraturan Menteri Kesehatan
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
NEWS	: <i>National Early Warning Score 2</i>
COVID-19 2	
DPA	: Dokumen Pelaksanaan Anggaran
WFH	: <i>Work From Home</i>
STR	: Surat Tanda Registrasi
SIP	: Surat Ijin Praktik
IU	: Informan Utama
IK	: Informan Kunci
IT	: Informan Tambahan

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lonjakan peningkatan kasus konfirmasi *Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* diprediksi terjadi menjelang pergantian tahun 2021 (Kompas.com, 21 Desember 2020). *Covid-19* merupakan virus yang diidentifikasi sebagai virus corona jenis baru (*SARS-CoV-2*) yang menyerang saluran pernapasan dan pertama ditemukan pada Desember 2019 di Wuhan, China yang menular secara *droplet* dan *contact* (Shereen et al., 2020). Tercatat 83 juta total kasus konfirmasi didunia yang berakibat 2,9% kematian dengan temuan kasus baru 4 juta setiap minggunya pada awal tahun 2021 dengan rincian tercatat 47% kasus baru berada di benua Amerika, 38% berasal dari Eropa, 5% berasal dari Asia Tenggara, 3% di benua Afrika dan 1 % di wilayah Pasifik barat (*World Health Organization*, 2021a).

Peningkatan kasus ini akibat adanya varian baru *Covid-19* yaitu *VOC 202012/01* dari Inggris yang terdeteksi 70% lebih menular pada 40 negara di dunia (BBC New Indonesia, 20 Desember 2020). Beberapa upaya dilakukan untuk menekan angka penularan seperti pemberlakuan *lockdown* di Inggris dan pembatasan perjalanan dari dan ke dalam Inggris di wilayah Benua Eropa dan beberapa negara di Benua lain termasuk Indonesia (Kompas.com., 5 Januari 2021; Amani, 2021; *World Health Organization*, 2021b). Namun varian baru ini belum terdeteksi di Indonesia akan tetapi lonjakan kasus serupa yang menempatkan Indonesia sebagai penyumbang kasus konfirmasi

Covid-19 tertinggi kedua di benua Asia setelah India dengan 16,3% penambahan kasus aktif mingguan dari 270 juta kasus konfirmasi *Covid-19* dan persentase kematian 15,78% melebihi standar *World Health Organization* (WHO) yaitu 5% dengan tingkat persentase kesembuhan 80,8%, di Indonesia yang jauh lebih rendah bila di bandingkan India yang memiliki persentase kesembuhan 96,9 % (*World Health Organization*, 2020b; Irham, 2020).

Dengan terus bertambahnya kasus konfirmasi maka kebutuhan perawatan khususnya dirumah sakit dalam kondisi kritis akan meningkat mencapai 20-31% (Semedi, 2020). Hal tersebut diperkuat dengan data Kementerian Kesehatan persentase keterisian tempat tidur ruang isolasi dan ruang intensif di rumah sakit menjelang tahun 2021 pada 9 Propinsi di Indonesia melebihi 60 % yaitu di provinsi DKI Jakarta, Banten, Yogyakarta, Jawa Barat, Sulawesi Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan dan Sulawesi Tengah yang berdampak dalam pemberian pelayanan pasien *Covid-19* (Tim Komunikasi Komite Penanganan Corona Virus Disease 2019 (*Covid-19*) dan Pemulihan Ekonomi Nasional, 2020; Iskana, 2021). Kondisi tersebut berdampak pada perubahan kebijakan pelayanan kesehatan, khususnya bagi rumah sakit rujukan pelayanan perawatan pasien *Covid-19* yaitu dengan pemberlakuan kebijakan terkait prioritas pemberian layanan esensial dan pengalihan konsentrasi perawatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) (Rosyanti & Hadi, 2020; Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Selain itu juga Pemerintah dalam upaya menjaga keberlangsungan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat telah

mengeluarkan Pedoman pemantauan dan evaluasi kesiapan rumah sakit pada masa pandemi *Covid-19* dengan mengacu 12 komponen yang diadaptasi dari *WHO Rapid Readiness Checklist for Covid-19* sebagai bagian dari upaya monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan (Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, 2020).

Beberapa hasil penelitian mengenai dampak lonjakan jumlah kasus konfirmasi *Covid-19* pada pelayanan kesehatan yang terjadi di Indonesia seperti menurunnya jumlah kunjungan akibat ketakutan akan *Covid-19* di masyarakat menyebabkan keengganan untuk memanfaatkan layanan kesehatan rutin di rumah sakit sehingga pasien yang harusnya mendapatkan pelayanan kesehatan rutin menjadi tertunda (Anda & Adiputra, 2020). Dampak lain yang terjadi pada rumah sakit khususnya manajemen pelayanan kesehatan yaitu ketidakseimbangan kebutuhan sumber daya dan sarana prasarana pendukung pelayanan dengan jumlah pasien yang terus mengalami lonjakan (Dhamanti, 2020). Selain itu dampak psikologis yang dialami sebagian besar petugas kesehatan selama merawat pasien *Covid-19* yang terjadi pada rumah sakit rujukan *Covid-19* seperti gangguan kecemasan, depresi dan insomnia serta dampak fisik seperti risiko tertular hingga kematian tenaga kesehatan (Hanggoro & Suwarni, 2020; Rosyanti & Hadi, 2020).

RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat yang merupakan salah satu rumah sakit rujukan perawatan pelayanan *Covid-19* juga mengalami hal serupa, yang mana keterisian tempat tidur ruang isolasi *Covid-19* mencapai

80% atau hampir penuh (suarantb, 27 Januari 2021). Hal tersebut disinyalir akibat peningkatan angka kasus konfirmasi *Covid-19* di Kabupaten Sumbawa Barat yang mencatat 4,83% dari 8.011 total populasi kasus konfirmasi *Covid-19* propinsi Nusa Tenggara Barat (NTB), persentase ini lebih tinggi dibandingkan Kabupaten Lombok Utara dengan persentase 0,02%, padahal penelitian Badan Pusat Statistik (BPS) persentase sebaran penduduk terkecil ada di Kabupaten Sumbawa Barat dari 5,3 juta populasi penduduk di NTB sebesar 2,79% bila dibandingkan Kabupaten Lombok Utara sebesar 4,65% (Pemerintah Provinsi NTB, 2020; Katarti LD, 2020).

Berdasarkan pengambilan data awal di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat dari total 57 pasien konfirmasi *Covid-19* yang menjalani perawatan sejak April 2020-31 Januari 2021 dengan diagnosis awal 35 pasien *Suspect Covid-19*, 5 pasien *Inpartu*, 4 Pasien *Cronic Acute Pnuemonia (CAP)*, 4 pasien *Observasi Febris*, 2 pasien *Tuberculosis Paru*, 2 Pasien dehidarasi ringan sedang, 2 pasien *Curetage*, dan 2 Pasien *Cronic Kidney Disease (CKD)* dengan durasi lama hari rawat yang berbeda beda pada diagnosis tunggal maupun diagnosis *multiple* mulai dari 1-3 hari 21 Pasien, 4-5 hari 21 pasien, 6-9 hari 5 pasien dan > 9 hari 7 pasien. Adapun kondisi pasien konfirmasi *Covid-19* saat dipulangkan tertinggi pada kondisi memerlukan lain-lain sebanyak 36 pasien, 8 pasien dengan kondiri sembuh, 6 pasien memerlukan rujukan, 4 pasien meninggal dan 2 pasien pulang atas permintaan sendiri. Pelayanan Kesehatan pasien *Covid-19* yang terjadi saat ini di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat telah berdasarkan zonasi risiko

penularan *Covid-19* namun pada khususnya dalam pengelolaan pasien masih berdasarkan tanda dan dengan mayoritas kondisi lain-lain pada saat pemulangan pasien. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai evaluasi pelayanan kesehatan pasien *Covid-19* di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat

B. Rumusan Masalah

Pedoman dan Kebijakan terkini tentang rujukan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan telah dibuat oleh pemerintah seperti pedoman pencegahan dan pengendalian *Covid-19*, pedoman pelayanan kesehatan pada masa adaptasi kebiasaan baru serta yang terbaru pedoman pemantauan dan evaluasi kesiapan rumah sakit pada masa pandemi *Covid-19*. Sedangkan penelitian literatur terkini terkait evaluasi pelayanan kesehatan pasien konfirmasi *Covid-19* belum banyak tersedia dan berfokus pada kesiapan rumah sakit dalam masa pandemi. Namun kondisi yang terjadi di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat anamnesa dan identifikasi pasien konfirmasi *Covid-19* berdasarkan tanda gejala bukan melalui pendekatan berbasis penilaian skor *EWS COVID-19* dengan kondisi pemulangan pasien tertinggi adalah kriteria lain-lain.

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan diatas maka pertanyaan penelitian ini adalah “Bagaimana Evaluasi Pelayanan Kesehatan Pasien Konfirmasi *Covid-19* di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat?”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini mencakup dua hal yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

1. Tujuan Umum :

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pelayanan kesehatan pasien konfirmasi *Covid-19* di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat

2. Tujuan khusus:

- a. Untuk mengidentifikasi pencapaian standard pelayanan kesehatan pasien konfirmasi *Covid-19*
- b. Untuk mengidentifikasi hambatan dan tantangan yang dihadapi dalam usaha pelayanan kesehatan pasien konfirmasi *Covid-19*
- c. Untuk mengidentifikasi solusi/ pemecahan masalah dari adanya berbagai hambatan yang dihadapi dalam usaha mengevaluasi pelayanan kesehatan dan pengelolaan pasien konfirmasi *Covid-19*.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

Memberikan informasi pengelolaan penyakit menular khususnya *Covid-19* di RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat sehingga dapat menjadi dasar pembuatan kebijakan pihak manajemen RSUD Asy-Syifa' ' Sumbawa Barat khususnya dalam pelayanan kesehatan *Covid-19*.

2. Manfaat Teoritis

- a. Bagi institusi pendidikan

Sebagai masukan dalam pengembangan pengetahuan institusi dan mahasiswa keperawatan tentang pelayanan kesehatan penyakit menular yaitu *Covid-19* di rumah sakit

b. Bagi tenaga kesehatan

Dapat menjadi bahan bacaan dan referensi guna meningkatkan pengetahuan terutama pada layanan kesehatan pada kondisi pandemi

c. Bagi peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menambahkan informasi baru bagi peneliti selanjutnya guna menambah pengetahuan dan wawasan tentang layanan kesehatan selama pandemi *Covid-19*

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Evaluasi

1. Definisi Evaluasi

Menurut Stufflebeam dalam Maulana et al., (2013) evaluasi merupakan suatu proses yang dimulai dari memilah, memperoleh dan menyajikan data dan informasi yang berguna dalam memberikan alternatif keputusan. Evaluasi adalah kegiatan menilai sesuatu baik program atau kebijakan yang sedang berjalan atau telah dilaksanakan untuk memberi masukan kepada *decision maker* untuk diterapkan di masa depan (Restianti, 2018). Evaluasi akan menghasilkan *feed back* terhadap pelaksanaan suatu kegiatan yang bersifat menyeluruh dan dinamis, berfokus pada pengujian rencana, pengawasan terhadap proses dan penilaian hasil akhir yang dilaksanakan berdasarkan prinsip manajemen dengan tujuan, jangka waktu dan subyek yang jelas (Marlindayanti et al., 2018)

Secara umum evaluasi merupakan suatu proses kegiatan yang dimulai dari memperoleh, memilah dan menyajikan data informasi dari sebuah kebijakan atau program yang sedang atau telah berjalan sebagai bahan masukan/alternatif keputusan kepada *decision maker* untuk ditindaklanjuti di masa mendatang.

2. Tujuan Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah untuk mengidentifikasi seberapa efektif atau tidak efektifnya sebuah program, seberapa memadai atau tidak memadainya kebijakan dimana pada proses atau hasil akhirnya dalam persepsi individu berdasarkan informasi yang tersedia pada hasil evaluasi (Maulana et al., 2013). Selaras dengan tujuan pemerintah yaitu sebagai bahan dalam mengambil keputusan atau kebijakan pelayanan *Covid-19* di rumah sakit serta mempertahankan mutu pelayanan kesehatan (Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan, 2020).

B. Tinjauan Tentang Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit

1. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Salah satu tujuan pembangunan kesehatan nasional adalah tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal sehingga, dimana pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor penentu taraf kesehatan masyarakat (Nisa, Harahap & Zein, 2019). Tuntutan terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dari rumah sakit harus sesuai standart mutu pelayanan kesehatan dengan memperhatikan 4 fokus utama sebagai berikut:

1. Berfokus pada klien;
2. Sistem dan proses
3. Kebijakan dalam pembuatan keputusan berbasis data
4. Partisipasi dan tim (Iman & Lena, 2017)

Selain itu menurut Pasuraman dan Zeithaml, 1988 dalam Raspati, Riyanto dan Rahayu, (2020) ada 5 dimensi yang digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan, yaitu kehandalan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), empati (*emphaty*) dan bukti fisik (*tangible*).

Adapun dalam mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit menurut Avendis Donabedian dalam Maryati dan Siswati., (2017) yang digambarkan dalam teori pendekatan sistem ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) pelayanan kesehatan yang digambarkan bagan 2.1 yaitu :

1. Input

meliputi 5M yaitu *man*: terkait sumber daya manusia, *money*: sumber daya keuangan, *material*: sarana prasarana pendukung kegiatan pelayanan, *machine*: infrastruktur fisik bangunan gedung dan *methode*:kebijakan manajemen terkait pelayanan (program, juknis, juklak, SPO, panduan, pedoman alur dsb) .Struktur merupakan pengukuran tidak langsung pada kualitas pelayanan. Sedangkan *input* adalah masukan dengan karakteristik stabil dan dapat dipergunakan bagi penyedia pelayanan kesehatan dengan pengaturan secara organisasi dan manajerial di lingkup kerja

2. Proses

Semua pelaksanaan kegiatan yang dilakukan secara profesional oleh tenaga kesehatan yang berinteraksi bersama pengguna jasa layanan klien/pasien maupun pengunjung. Pada standard proses ditelaah lebih dalam mengenai usaha yang dilakukan, bagaimana caranya dan bagaimana sistem yang ada bekerja dengan asumsi makin tinggi kepatuhan tenaga

kesehatan terhadap standar dan diakui oleh masing-masing profesi, maka makin tinggi pula mutu pelayanan pada pasien.

3. *Outcome*

Merupakan hasil kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pengguna jasa layanan kesehatan. Donabedian dalam Maryati dan Siswati., (2017) menjelaskan *outcome* dapat digunakan untuk menilai hasil sejauh mana capaian mutu layanan kesehatan, melalui pengukuran standar hasil pelayanan medis yang telah diberikan.



Sumber: (Maryati dan Siswati, 2017)

Bagan 2.1 Skema Teori Pendekatan Sistem Donabedian (1968)

2. Indikator Evaluasi Pelayanan Kesehatan Pasien *Covid-19*

Hal tersebut diatas telah diatur dalam Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan nomor : HK.02.02/I/4405/2020 tentang pedoman pemantauan dan evaluasi kesiapan rumah sakit pada masa pandemi *Covid-19* pada 27 November 2020 yang menyatakan bahwa adaptasi pelayanan sangat penting dalam pandemik dengan memastikan pelayanan esensial tetap berjalan dan responsif yang tersebut tertuang dalam penetapan 12 komponen daftar tilik indikator kesiapan rumah sakit masa pandemi sebagai rujukan penilaian implementasi pelayanan kesehatan pasien *Covid-19* yang menggambarkan input dan proses pelayanan serta operasional rumah sakit

secara komprehensif dan terintegrasi yang terbagi pada beberapa komponen yaitu

1. Kepemimpinan dan sistem manajemen insiden
2. Koordinasi dan komunikasi
3. Surveilans dan manajemen informasi
4. Komunikasi risiko dan keterlibatan masyarakat
5. Administrasi, keuangan dan kelangsungan bisnis
6. Sumber daya manusia
7. Lonjakan kapasitas
8. Keberlangsungan dukungan pelayanan esensial
9. Manajemen klinis pasien
10. Kesehatan kerja, kesehatan mental dan dukungan psikososial
11. Identifikasi dan diagnosis cepat
12. Pencegahan dan pengendalian infeksi (Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan, 2020)

Sedangkan Indikator pencapaian layanan kesehatan esensial selama pandemi *Covid-19* berdasarkan panduan yang dikeluarkan WHO dalam mempertahankan layanan kesehatan esensial : Panduan operasional konteks *Covid-19* yaitu dengan pemantauan keberlangsungan pemberian pelayanan berdasarkan indikator sistem informasi yang sudah ada yang mengacu pada *output/outcome* pelayanan kesehatan yang diberikan pemberi layanan kesehatan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan no 129 tahun 2008

tentang standar pelayanan minimal rumah sakit meliputi beberapa hal berikut

1. Kejadian infeksi nosokomial dengan standard $\leq 1,5\%$
2. Kematian pasien >48 jam dengan standard $\leq 0,24\%$
3. Kejadian pulang paksa dengan standar $\leq 5\%$
4. Kepuasan pelanggan dengan standard $\geq 90\%$
5. Tidak ada penderita yang jatuh dari tempat tidur dengan standard 100%
6. *Bed Occupations Rate (BOR)* dengan standard 70-85%;
7. *Length of stay (LOS)* standar ideal kementerian kesehatan 6-9 hari

C. Tinjauan Pelayanan Kesehatan Pasien *Covid-19* Di Rumah Sakit Pada Masa Pandemi

1. Definisi Pelayanan Kesehatan di Rumah sakit pada masa pandemi

Menurut Grinroos (2005) dalam Suminar & Apriliawati, (2017) pelayanan merupakan rangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata yang terjadi dari adanya interaksi antara pengguna jasa dengan karyawan atau hak lain disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk mengatasi permasalahan konsumen atau pelanggan. Sedangkan rumah sakit yaitu institusi pelenggara layanan kesehatan perorangan secara paripurna yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Menteri Kesehatan RI, 2020)

Sedangkan pelayanan kesehatan dalam masa krisis (pandemi) sesuai standar berupa layanan minimal dalam usaha memenuhi kebutuhan kesehatan dasar penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana

dan/atau penduduk yang tinggal di wilayah berpotensi bencana yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang ditujukan untuk merespon seluruh kondisi kedaruratan secara cepat dan tepat guna menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan lebih lanjut dan mengurangi angka kesakitan dengan memperhatikan kepentingan kelompok rentan mulai dari layanan medis dasar, lingkungan, gizi, reproduksi, psikososial dan edukasi. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Sehingga Pelayanan kesehatan di rumah sakit pada masa pandemi adalah segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan akibat adanya interaksi antara konsumen dalam bentuk layanan minimal untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dasar penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2. Kebijakan Pelayanan Pasien *Covid-19* di Rumah Sakit

Penunjukan Rumah Sakit sebagai Rujukan Perawatan pasien *Covid-19* berdampak pada penetapan prioritas pemberian layanan esensial tetapi juga tetap harus menjaga mutu layanan kesehatan sesuai dengan indikator mutu pelayanan (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020d; *World Health Organization*, 2020). Dalam upaya menjalankan pelayanan yang bermutu maka dilakukanlah *redesign* pelayanan dalam bentuk zonasi ruang pelayanan yang tergambar pada

bagan 2.3. Zonasi di rumah sakit terbagi antara zona *Covid-19* dan zona *non Covid-19* yang merujuk ketersediaan ruangan di rumah sakit dengan berbagai kebijakan seperti apabila tidak memungkinkan sama sekali untuk pemisahan zona maka penerapan pengaturan jadwal pelayanan, pembagian jam shift layanan ataupun hari layanan yang diikuti dengan menerapkan kepatuhan terhadap kewaspadaan Isolasi dan kewaspadaan transmisi dalam pemberian pelayanan kepada pasien *Covid-19* (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020a)

3. Sarana prasarana dan ruang perawatan Pasien *Covid-19*

Area perawatan meliputi: ruang rawat inap (tekanan negatif */natural air flow*), kamar operasi, kamar bersalin, ruang rawat intensif, ruang tindakan dan ruang lainnya yang menerima pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) maupun Instalasi Rawat Jalan (IRJ) dengan gejala *Covid 19* dimana petugas hanya boleh masuk dan keluar melalui ruang ganti dan dipisahkan dengan area *non Covid-19* menggunakan pembatas permanen atau sementara untuk transfer obat, sampel laboratorium, dan makanan dilakukan melalui loket khusus atau ruang penghubung (Jaya, 2020). Adapun rekomendasi ruang perawatan pasien *Covid-19* yaitu di ruang tekanan negatif sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2016 tentang persyaratan teknis bangunan rumah sakit dengan syarat bangunan sebagai berikut

- a. Ukuran ruangan perawatan isolasi minimal 3x4 m
- b. Satu ruangan untuk satu tempat tidur.

- c. Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi.
- d. Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus.
- e. Harus disediakan *outlet* oksigen
- f. Disediakan toilet pasien.
- g. Dilengkapi wastafel pada ruangan antara (*anteroom*)
- h. Persyaratan ventilasi udara sebagai berikut :
 - Ruangan bertekanan lebih negatif dari ruangan disebelahnya
 - Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali/jam.
 - Dilengkapi *anteroom* jenis sink bertekanan lebih negatif dibandingkan ruangan-ruangan disebelahnya.
 - Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 *lux* untuk penerangan, dan 50 *lux* untuk tidur.
 - Ruang perawatan isolasi harus menyediakan *nurse call* yang terhubung ke pos perawat (*nurse station*).

Yang selanjutnya dilakukan monitoring tekanan udara dengan Alat pengukur tekanan udara ini yaitu *magnehelic* (Fitriani, 2020). Sehingga

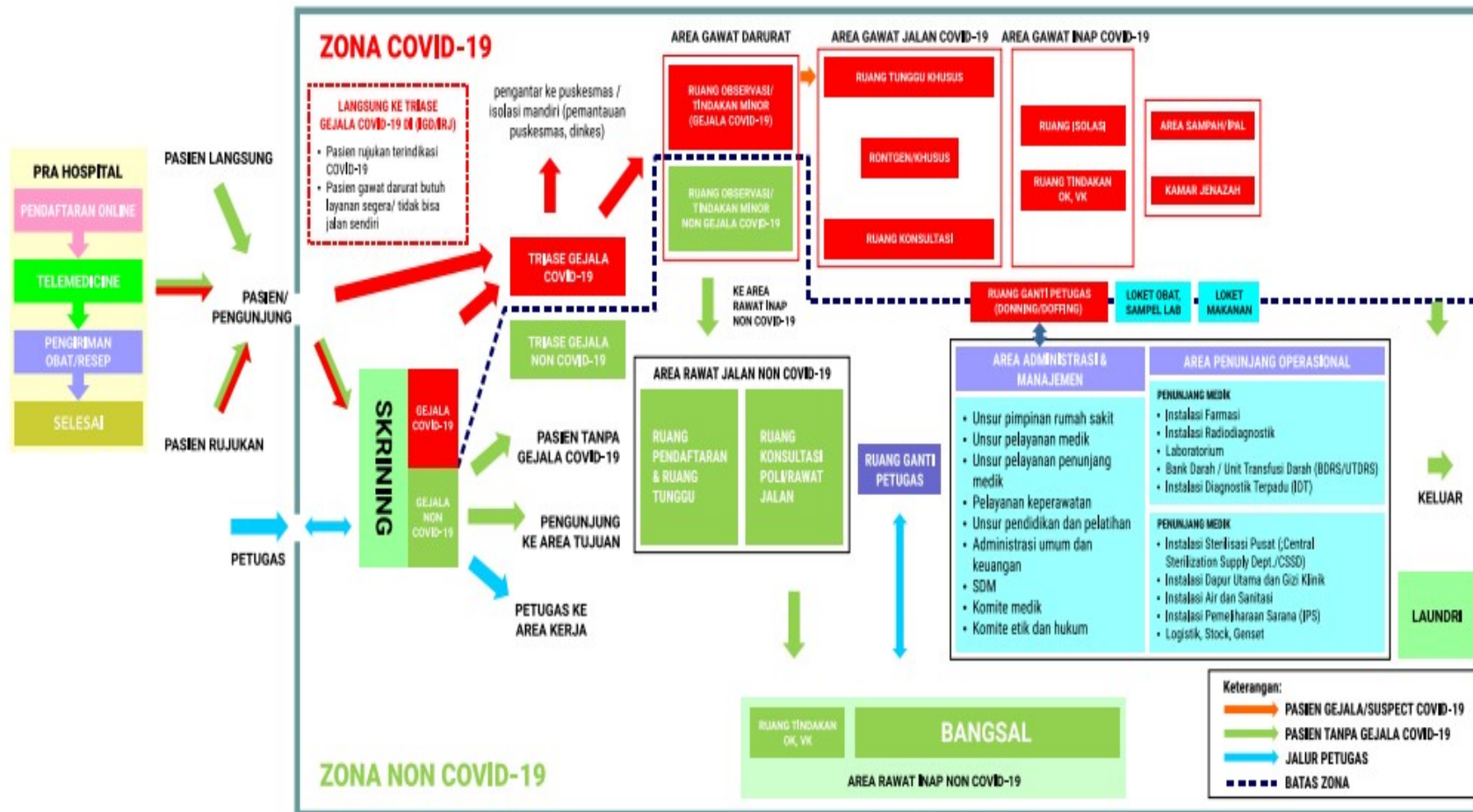
penempatan pasien *Covid-19* pada ruangan dengan tekanan negatif dengan sistem *kohort* (Setiadi et al., 2020).

4. Kompetensi dan Kualifikasi Staf

Berdasarkan pedoman yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan (2020) ada beberapa hal terkait kompetensi dan kualifikasi staf dalam merawat pasien *Covid-19* yang selalu diperbarui meliputi beberapa hal berikut

1. Tenaga kesehatan dan Staf terlatih dalam untuk mengenali dan menskrining semua kasus dugaan *Covid-19* pada titik kontak mereka dengan rumah sakit, dan pemeriksaan ini mencakup semua pasien, pengunjung, dan staf rumah sakit.
2. Telah mendapatkan materi dan sosialisai secara berkala tata kelola klinis pasien *Covid-19*
3. Telah mendapatkan pelatihan/ *Inhouse Training/ Workshop* Pencegahan dan Pengendalian infeksi
4. Staf rumah sakit memiliki protokol perawatan pasien untuk uji klinis yang telah disetujui secara etis

Bagan 2.3 Alur Dan Zonasi Ruangan Risiko Penularan Covid-19 Di Rumah Sakit Pada Masa Pandemi



Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2020)

D. Pasien Konfirmasi *Covid-19*

1. Definisi Pasien Konfirmasi *COVID-19*

Pasien Konfirmasi positif terinfeksi virus *Covid-19* yaitu pasien yang memiliki gejala/ simptomatik (gejala ringan, gejala sedang, gejala berat dan kondisi kritis) dan kasus konfirmasi tanpa gejala asimtomatik yang mendapatkan hasil pemeriksaan *follow up Reverse Transcriptions Polymerase Chain Reaction (RT-PCR)* 1 kali positif (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020c). Hal ini selaras dengan penelitian yang menyebutkan untuk penegakan diagnosis konfirmasi *Covid-19* harus melalui pemeriksaan diagnostik *rapid test* antigen, spesimen diambil dari *swab orofaring/nasofaring* (Li et al., 2020)

2. Karakteristik Risiko *Covid-19*

Adapun karakteristik risiko *Covid-19* yaitu

a. Usia

orang atau pasien yang berumur ≥ 65 tahun berisiko 2,6 kali lebih besar terserang *Covid-19* dibandingkan umur kurang dari 65 tahun dan orang yang berumur > 75 tahun berisiko 1,11 kali terkena *Covid-19* dibandingkan usia dibawah 75 tahun (Hidayani, 2020). Namun hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan di India yang dilakukan Bhandari et al., (2020) merupakan pelaku perjalanan berusia dibawah 60 tahun yang memiliki *comorbid*.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin laki-laki berisiko 7,224 kali lebih besar terkena *Covid-19* dibandingkan perempuan (Hidayani, 2020). Diketahui menurut Cen et al., (2020) bahwa laki-laki lebih berisiko *Covid-19* dikarenakan faktor kromosom dan faktor hormon sedangkan pada perempuan lebih terproteksi dari *Covid-19* dibandingkan laki-laki karena memiliki kromosom *x* dan hormon seks seperti progesteron yang memainkan peranan penting.

c. Komorbid

Adapun penyakit Komorbid berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2020c), yaitu:

1. Diabetes Mellitus
 - a) Diabetes Mellitus Tipe 1
 - b) Diabetes Mellitus Tipe 2
 - c) *Glucocorticoid-associated diabetes*
2. Penyakit terkait Geriatri
3. Penyakit terkait *Autoimun*
4. Penyakit Ginjal
5. *ST Segment Elevation Myocardial Infarction* (STEMI)
6. *Non-ST-segment Elevation Myocardial Infarction* (NSTEMI)
7. Hipertensi
8. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
9. Tuberculosis

10. Penyakit kronis lain yang diperberat oleh kondisi penyakit *Covid-19*

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala umum infeksi *Covid-19* antara lain gejala gangguan pernapasan akut seperti demam, batuk dan sesak napas. Masa inkubasi rata-rata 5-6 hari dengan masa inkubasi terpanjang 14 hari (UNICEF et al., 2020). Pada kasus *Covid-19* yang berat dapat menyebabkan pneumonia, sindrom pernapasan akut, gagal ginjal, dan bahkan kematian. *Covid-19* dapat dicurigai pada pasien yang memiliki gejala saluran pernapasan, seperti demam $>38^{\circ}\text{C}$, batuk, pilek, sakit tenggorokan yang disertai dengan riwayat bepergian ke daerah dengan transmisi lokal atau riwayat kontak dengan kasus probabel atau kasus konfirmasi *Covid-19* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020c; *Canadian Critical Care Society and Association of Medical Microbiology and Infectious Disease* (AMMI), 2020). Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien *Covid-19* tidak spesifik, tetapi limfopenia, peningkatan *Laktat Dehidrogenase*, dan peningkatan *Aminotransferase*, umumnya sering ditemukan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Pada kasus berat akan mengalami *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), sepsis dan syok septik, gagal multiorgan, termasuk gagal ginjal atau gagal jantung akut hingga berakibat kematian (Lam et al., 2020). Orang lanjut usia (lansia) dan orang dengan kondisi medis

yang sudah ada sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, gangguan jantung dan paru, diabetes dan kanker berisiko lebih besar mengalami keparahan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020c; Hal 22-24)

4. Klasifikasi Pasien Konfirmasi *Covid-19*

Berdasarkan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian *Covid-19* kegiatan anamnesis dan pemeriksaan fisik dilakukan sebagai berikut:

1. Anamnesis dilakukan dengan wawancara baik langsung pada pasien (*Auto anamnese*) atau pada orang tua atau sumber lain (*Allo anamneses*) untuk menegakkan diagnosa.
2. Pemeriksaan fisik atau pemeriksaan klinis adalah sebuah proses dari tenaga medis memeriksa tubuh pasien untuk menemukan tanda klinis penyakit.

Tabel 2.1. Early Warning Score Covid-19 (EWS COVID-19)

Parameter	Penilaian	Nilai
Pneumonia pada gambaran CT scan	ada	5
Riwayat kontak dengan pasien positif <i>Covid-19</i>	ada	5
Demam	ada	3
Suhu maksimum	$\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ sejak gejala dimulai	1
Susia	≥ 44 tahun	1
Jenis Kelamin	Laki-;laki	1
Gejala gangguan pernafasan	≥ 1 gejala	1
Rasio Netrofil Limfosit	$\geq 5,8$	1
Kecurigaan tinggi bila nilai > 10		

Sumber: (Arif et al., 2020)

Pada pemeriksaan diagnostik *rapid test* antigen, spesimen diambil dari *swab orofaring/nasofaring* dan hanya dapat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki *biosafety cabinet* (Li et al., 2020).

Walaupun ada pilihan pemeriksaan Diagnostik cepat lain yaitu penggunaan *rapid test imunodiagnostik*, namun WHO tidak merekomendasikan untuk pengambilan keputusan klinis, sampai bukti yang mendukung.

Hal serupa juga terjadi pada pasien *Covid-19* di Indonesia biasanya disertai adanya komorbid dengan gejala tersering yang muncul khususnya pada lansia ialah demam, batuk, dan sesak yang merupakan gejala khas, sedangkan penyakit kronis tersering adalah diabetes melitus, hipertensi, dan kegemasan (Azwar et al., 2020; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020c). Sedangkan pada diagnosis suspek *Covid-19* dibuat berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang mengikuti form skrining awal meliputi keluhan utama, riwayat penyakit, riwayat perjalanan, riwayat kontak erat dan riwayat pengobatan yang telah dilakukan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020c, 2020d).

Munculnya satu atau lebih dari gejala primer dengan atau tanpa *Comorbid* menjadi indikasi dari penetapan kasus suspek *Covid-19* maupun konfirmasi *Covid-19* dengan minimal skor 10 pada awal penemuan kasus (Tabel 2.1) serta berdasarkan berat kasusnya (Tabel 2.2) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Prediksi prevalensi *Covid-19* di Indonesia pada populasi umum masih belum diketahui secara pasti namun berdasarkan Pusat Analisa data Kementrian Kesehatan risiko kematian yang tinggi secara global terjadi diatas 50 tahun, di Indonesia diatas 40 tahun (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020b). Hal

ini juga ditekankan oleh Satgas *Covid-19* mengungkapkan kasus meninggal dunia akibat virus *Corona* tipe baru di Indonesia paling banyak berada pada rentang usia 30-59 tahun yaitu sebanyak 351 orang dari total kematian sebanyak 773 jiwa Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020b).

Tabel 2.2 Konfirmasi *Covid-19* berdasarkan Beratnya Kasus

Tanpa Gejala	Gejala Ringan	Gejala Sedang	Gejala Berat	Kritis
Tanpa gejala Kondisi ini merupakan kondisi paling ringan. Pasien tidak ditemukan gejala	Pasien dengan gejala tanpa ada bukti pneumonia virus atau tanpa <i>hipoksia</i> . Gejala yang muncul seperti demam, batuk, fatigue, <i>anoreksia</i> , napas pendek, <i>mialgia</i> . Gejala tidak spesifik lainnya seperti sakit tenggorokan, kongesti hidung, sakit kepala, diare, mual dan muntah, hilang pembau (anosmia) atau hilang perasa (ageusia) yang muncul sebelum onset gejala pernapasan juga sering dilaporkan. Pasien usia tua dan immunocompromised gejala atipikal seperti <i>fatigue</i> , penurunan kesadaran, mobilitas menurun, diare, hilang nafsu makan, delirium dan tidak ada demam	Pada pasien remaja atau dewasa : pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) tetapi tidak ada tanda pneumonia berat termasuk $SpO_2 > 93\%$ dengan udararuangan atau Anak-anak : pasien dengan tanda klinis pneumonia tidak berat (batuk atau sulit bernapas + napas cepat dan/atau tarikan dinding dada) dan tidak ada tanda pneumonia berat). Kriteria napas cepat : • usia <2 bulan, $\geq 60x$ /menit; • usia 2–11 bulan $\geq 50x$ /menit • usia 1–5 tahun, $\geq 40x$ /menit • usia >5 tahun, $\geq 30x$ /menit.	Pada pasien remaja atau dewasa : pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) ditambah satu dari: frekuensi napas > 30 x/menit, distres pernapasan berat, atau $SpO_2 < 93\%$ pada udara ruangan. atau Pada pasien anak : pasien dengan tanda klinis pneumonia (batuk atau kesulitan bernapas), ditambah setidaknya satu dari berikut ini: • sianosis sentral atau SpO_2 tahun, $\geq 30x$ /menit. • <i>distres</i> pernapasan berat (seperti napas cepat, <i>grunting</i> , tarikan dinding dada yang sangat berat) • tanda bahaya umum : ketidakmampuan menyusui atau minum, letargi atau penurunan kesadaran,	Pasien dengan <i>Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)</i> , sepsis dan syok sepsis.

-
- Napas cepat/
tarikan dinding
dada/takipnea :
usia 5 tahun,
 ≥ 30 x/menit.
-

Sumber: (Burhan et al., 2020)

5. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin dialami oleh pasien *Covid-19* menurut Lai et al., (2020) dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2020) yaitu

a. Komplikasi akibat penggunaan ventilasi mekanik invasif (IMV) yang lama

b. *Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)*

Penggunaan ventilator dalam jangka waktu lama dalam kondisi sedasi berisiko adanya *Hospital Acquired Infections (HAI's)* dikarenakan ketidakmampuan mengeluarkan dahak dan akumulasi secret pada saluran pernapasan ditambah dengan kondisi beban kerja berlebihan dan kepatuhan terhadap prosedur kewaspadaan Isolasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017; Lai et al., 2020).

c. *Tromboemboli Vena*

d. *Catheter-Related Bloodstream*

e. *Stres Ulcer* dan pendarahan saluran pencernaan

f. kelemahan akibat perawatan di ICU

g. komplikasi lainnya selama perawatan pasien

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai dengan manifestasi klinis sesuai dengan rujukan pada Pedoman Pencegahan dan Pengendalian *Covid-19* (2020c), antara lain:

1. Laboratorium: Darah lengkap/Darah rutin, Laju endap darah (LED) Gula Darah, *Ureum*, *Creatinin*, *SGOT*, *SGPT*, *Natrium*, *Kalium*, *Chlorida*, Analisa Gas Darah, *Procalcitonin*, *PT*, *APTT*, Waktu perdarahan, *Bilirubin Direct*, *Bilirubin Indirect*, *Bilirubin Total*, pemeriksaan laboratorium *RT-PCR*, dan/atau semua jenis kultur MO (*aerob*) dengan *resistensi Anti HIV*. Khususnya pada pemeriksaan *swab* atau *RT-PCR* yang kemungkinan besar menimbulkan reflek batuk dan bersin serta muntah sehingga petugas yang melaksanakan wajib menggunakan alat pelindung diri (APD) lengkap (Shereen et al., 2020) selain itu WHO tidak merekomendasikan *Rapid test immunologic* sebagai diagnosis klinis tetapi melainkan sebagai *diagnosis suspect*(*World Health Organisation*, 2020a)
2. Radiologi: *Thorax AP/PA*
Computed Tomography (CT) thoraks pada pasien dengan *Covid-19* pada umumnya memperlihatkan *opasifikasi groundglass* dengan atau tanpa gabungan abnormalitas. *CT thoraks* mengalami abnormalitas bilateral, distribusi *perifer*, dan melibatkan *lobus* bawah (Fitriani, 2020)

7. Tatalaksana Pasien Konfirmasi *Covid-19*

Penatalaksanaan pasien konfirmasi berdasarkan berat gejala yaitu :

Tabel 2.3 Tatalaksana Pengobatan Pasien Konfirmasi *Covid-19* di Rumah Sakit

Kondisi	Tatalaksana		
	Isolasi	Farmakologi	Non farmakologi
Tanpa gejala	<ul style="list-style-type: none"> • Isolasi mandiri di rumah selama 14 hari • Pemantauan dan pelaporan oleh FKTP 	<ul style="list-style-type: none"> • Bila terdapat penyakit penyerta / komorbid, dianjurkan untuk tetap melanjutkan pengobatan yang rutin dikonsumsi. Apabila pasien rutin meminum terapi obat antihipertensi dengan golongan obat <i>ACE-inhibitor</i> dan <i>Angiotensin Reseptor Blocker</i> perlu berkonsultasi ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam atau Dokter Spesialis Jantung • Vitamin C (untuk 14 hari) 	<p>Berikan edukasi terkait tindakan yang perlumenerapkan protokol kesehatan selama di rumah, bersama keluarga dan lingkungan sekitar seperti</p> <ul style="list-style-type: none"> • menggunakan APD saat kontak dengan anggota keluarga (masker), • mencuci tangan setelah melakukan kegiatan apapun dan • menjaga jarak minimal 1 meter dengan anggota keluarga • memebersihkan sesering mungkin benda yang sering disentuh pasien • mengatur perputaran udara ventilasi rumah secara berkala
Gejala ringan	<ul style="list-style-type: none"> • Isolasi mandiri di rumah selama 14 hari • Pemantauan dan pelaporan oleh FKTP 	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamin C • <i>Klorokuin fosfat</i> 500 mg/12 jam oral (untuk 5 hari) atau <i>Hidroksiklorokuin</i> (sediaan yg ada 200 mg) 400 mg/24 jam/oral (untuk 5 hari) • <i>Azitromisin</i> 500 mg/24 jam/oral 	<p>Edukasi yang diberikan sama dengan pasien tanpa gejala</p>

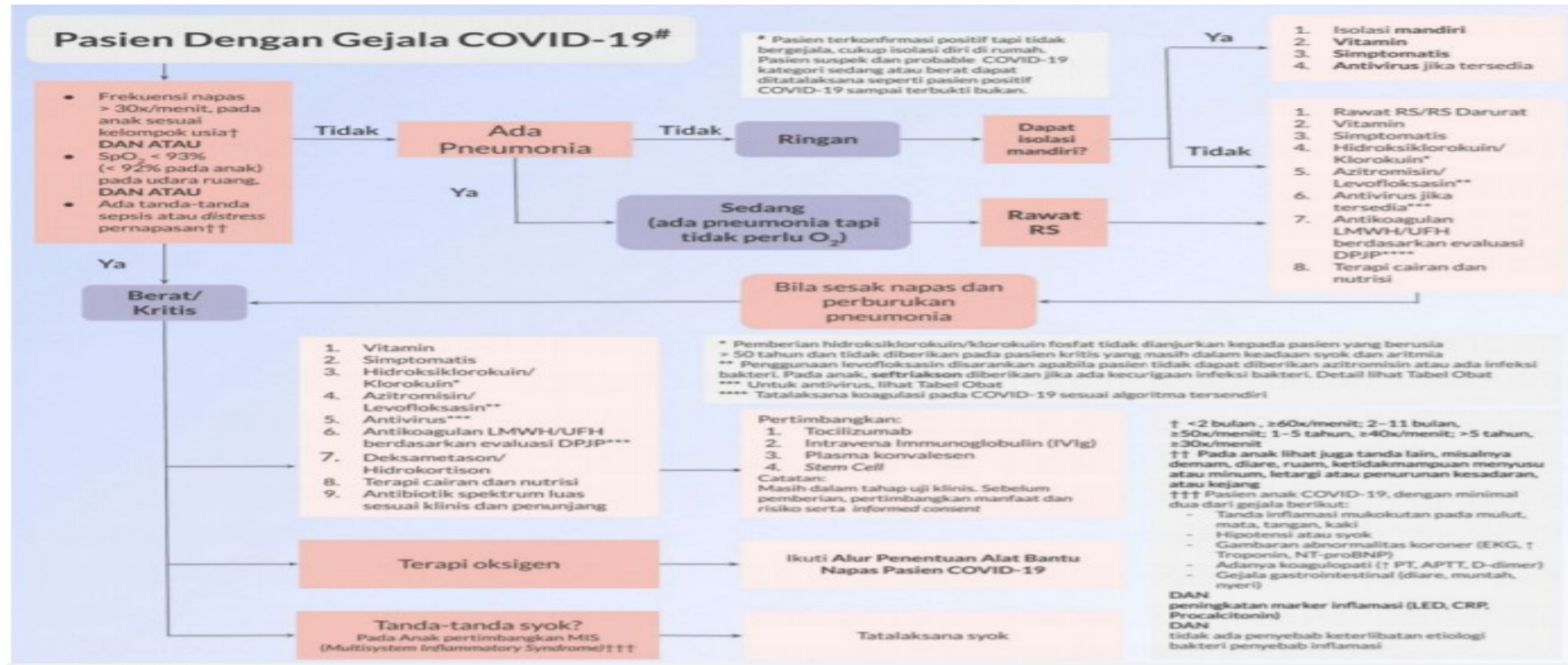
Gejala sedang	<ul style="list-style-type: none"> • Rujuk ke Rumah Sakit ke Ruang Perawatan <i>Covid-19</i>/ Rumah Sakit Darurat <i>Covid-19</i> • Isolasi di Rumah Sakit ke Ruang Perawatan <i>Covid-19</i>/ Rumah Sakit Darurat <i>Covid-19</i> selama 14 hari 	<p>(untuk 5 hari) dengan alternatif <i>Levofloxacin</i> 750 mg/24 jam (5 hari)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengobatan simptomatis seperti paracetamol • Bila diperlukan diberikan Antivirus : <i>Oseltamivir</i> 75 mg/12 jam/oral atau <i>Favipiravir</i> (Avigan) 600mg/12 jam / oral (untuk 5 hari) bila demam • Vitamin C 200 – 400 mg/8 jam dalam 100 cc NaCl 0,9% habis dalam 1 jam diberikan secara drips Intravena (IV) selama perawatan • <i>Klorokuin fosfat</i> 500 mg/12 jam oral (untuk 5-7 hari) atau <i>Hidroksiklorokuin</i> (sediaan yg ada 200 mg) hari pertama 400 mg/12 jam/oral, selanjutnya 400 mg/24 jam/oral (untuk 5-7 hari) • <i>Azitromisin</i> 500 mg/24 jam per iv atau per oral (untuk 5- 7 hari) dengan alternatif <i>Levofloxacin</i> 750 mg/24 jam per iv atau per oral (untuk 5-7 hari) • Pengobatan simptomatis (Parasetamol dan lain-lain). • Antivirus : <i>Oseltamivir</i> 75 mg/12 jam oral atau <i>Favipiravir</i> (Avigan sediaan 200 mg) <i>loading dose</i> 1600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg 	<ul style="list-style-type: none"> • Istirahat total, intake kalori adekuat, control elektrolit, status hidrasi, saturasi oksigen • Pemantauan laboratorium Darah Perifer Lengkap berikut dengan hitung jenis, bila memungkinkan ditambahkan dengan CRP, fungsi ginjal, fungsi hati dan ronsen dada secara berkala.
---------------	---	---	---

Gejala berat	Isolasi di ruang isolasi Rumah Sakit Rujukan atau rawat secara kohorting	(hari ke 2-5)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Klorokuin fosfat</i>, 500 mg/12 jam/oral (hari ke 1-3) dilanjutkan 250 mg/12 jam/oral (hari ke 4-10) ATAU <i>Hidroksiklorokuin</i> dosis 400 mg /24 jam/oral (untuk 5 hari), setiap 3 hari kontrol EKG • <i>Azitromisin</i> 500 mg/24 jam (untuk 5 hari) atau <i>levofloxacin</i> 750 mg/24 jam/intravena (5 hari) • Bila terdapat kondisi sepsis yang diduga kuat oleh karena infeksi bakteri, pemilihan antibiotik disesuaikan dengan kondisi klinis, fokus infeksi dan faktor risiko yang ada pada pasien. Pemeriksaan kultur darah harus dikerjakan dan pemeriksaan kultur sputum (dengan kehati-hatian khusus) patut dipertimbangkan. • Antivirus : <i>Osetamivir</i> 75 mg/12 jam oral atau <i>Favipiravir</i> (<i>Avigan sediaan</i> 200 mg) <i>loading dose</i> 1600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg (hari ke 2-5) • Vitamin C 200 – 400 mg/8 jam dalam 100 cc NaCl 0,9% habis dalam 1 jam diberikan secara <i>drips</i> Intravena (IV) selama perawatan • Vitamin B1 1 ampul/24 • Istirahat total, intake kalori adekuat, kontrol elektrolit, status hidrasi (terapi cairan), dan oksigen • Pemantauan laboratorium darah perifer lengkap beriku dengan hitung jenis, bila memungkinkan ditambahkan dengan CRP, fungsi ginjal, fungsi hati, <i>Hemostasis</i>, LDH, D-dimer. • Pemeriksaan foto toraks serial bila perburukan • Monitor tanda-tanda sebagai berikut; <ul style="list-style-type: none"> - <i>Takipnea</i>, frekuensi napas ≥ 30x/min, - Saturasi Oksigen dengan pulse oximetry $\leq 93\%$ (di jari), - $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mmHg, - Peningkatan sebanyak $>50\%$ di keterlibatan area paru-paru pada pencitraan thoraks dalam 24-48 jam, - Limfopenia progresif, - Peningkatan <i>CRP progresif</i>, - <i>Asidosis laktat progresif</i>.
--------------	--	---------------	--

Kritis	Isolasi di ruang isolasi Rumah Sakit Rujukan pada ruang perawatan intensif	<p>jam/intravena</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hydroxycortison</i> 100 mg/24 jam/ intravena (3 hari pertama) • Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada dan Obat suportif lainnya • Tatalaksana terapi sama dengan pasien dalam kondisi berat • Pada kondisi berat dan kritis pasien dapat mengalami henti jantung sehingga diperlukan bantuan hidup dasar. 	<p>Monitor keadaan kritis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gagal napas yg membutuhkan ventilasi mekanik, shock atau gagal Multiorgan yang memerlukan perawatan ICU. • Bila terjadi gagal napas disertai ARDS pertimbangkan penggunaan ventilator mekanik <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan high flow nasal cannula (HFNC) atau non-invasive mechanical ventilation (NIV) pada pasien dengan ARDS atau efusi paru luas. - HFNC lebih disarankan dibandingkan NIV. • Pembatasan resusitasi cairan, terutama pada pasien dengan edema paru. • Posisikan pasien sadar dalam posisi tengkurap (awake prone position).
--------	---	--	--

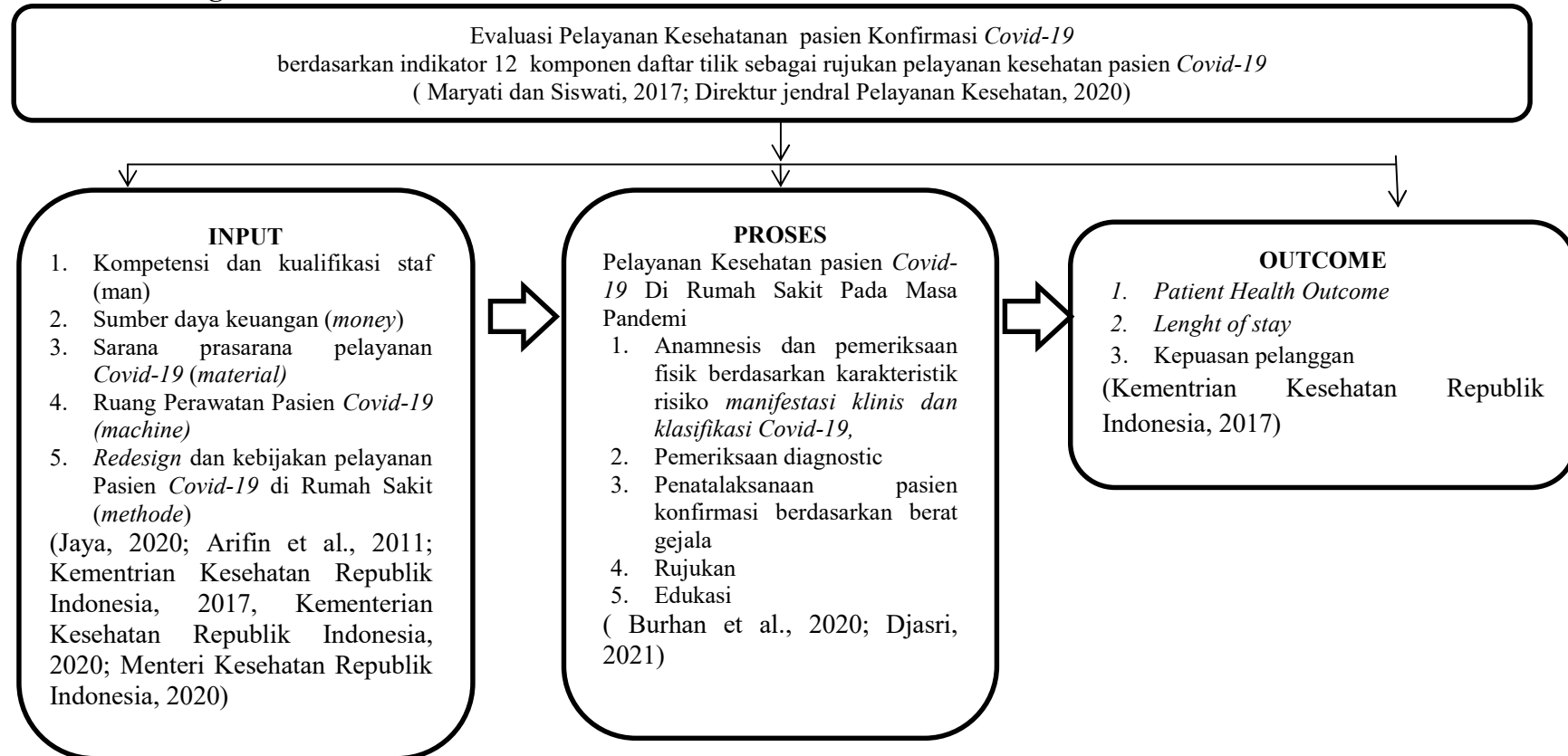
Sumber : (Burhan et al., 2020)

Bagan 2.3 Tatalaksana Pasien Konfirmasi Covid-19



Sumber : (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020d)

E. Kerangka Teori



Sumber : (Maryati dan Siswati., 2017; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017; Direktur jendral Pelayanan Kesehatan, 2020; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020; Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020; Burhan et al., 2020; Jaya, 2020; Djasri, 2021)

Bagan 2.4 Modifikasi Kerangka Teori Pendekatan Sistem oleh Avendis Donabedian dari berbagai sumber