

PROPOSAL 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 SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

HALAMAN PERSETUJUAN

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

Disusun Oleh :

MARIA DIAN NURFITA

R011191028

Disetujui Untuk Seminar Proposal Skripsi oleh

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



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

NIP 19800717 200812 2 003



Indra Gafar, S.Kep.,Ns., M.Kep

NIP 19810925 200604 2 009

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal 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.Aryanti 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 Gafar, S. Kep., Ns., M. Kep. selaku pembimbing 2 yang selalu tegas dan sabar dalam memberikan masukan, bimbingan dan arahan serta motivasi dalam penyempurnaan proposal penelitian ini.

5. Andi Baso Tombong, S.Kep Ns., M.ANP., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan masukan, saran, dan dukungan selama proses penulisan proposal 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 proposal penelitian ini.
7. 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 proposal skripsi ini.
8. Teman-teman dari kelas kerjasama 2018-2019 dan adik-adik kelas reguler angkatan 2015 dan 2017 yang selalu memberi dukungan dan bantuan bagi penulis.

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

Makassar, Maret 2021

Maria Dian Nurfita

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR BAGAN	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
DAFTAR SINGKATAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Tinjauan Teori Evaluasi	10
B. Tinjauan Tentang Kualitas Pelayanan Rumah Sakit.....	9
1. Kualitas Pelayanan Rumah Sakit	9
2. Indikator Evaluasi Pelayanan Kesehatan Pasien <i>Covid-19</i>	13
C. Tinjauan Pelayanan Kesehatan pasien <i>Covid-19</i> Di Rumah Sakit Pada Masa Pandemi	15
D. Pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i>	19
E. Pelayanan Kesehatan pasien <i>Covid-19</i> Di Rumah Sakit Pada Masa Pandemi	32
F. Kerangka Teori.....	32
BAB III KERANGKA KONSEP	33
A. Kerangka Konsep.....	33
BAB IV METODE PENELITIAN	34
A. Rancangan Penelitian	34
B. Tempat dan Waktu Penelitian	35
C. Populasi dan Sampel	35

D. Alur Penelitian	38
E. Instrumen, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data.....	38
F. Teknik Analisa Data.....	42
G. Etik Penelitian	44
DAFTAR PUSTAKA	471
Lampiran	554

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Skema Teori Pendekatan Sistem Donabedian (1968).....	13
Bagan 2.3 Alur dan Zonasi ruangan risiko penularan <i>Covid-19</i> di Rumah Sakit pada masa pandemi	18
Bagan 2.3 Tatalaksana Pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i>	31
Bagan 2.4 Modifikasi Kerangka Teori Pendekatan Sistem oleh Avendis Donabedian dari berbagai sumber.....	32
Bagan 3.1 Kerangka Konseptual.....	33
Bagan 4.1 Aktivitas Pengumpulan Data	42
Bagan 4.2 Alur Penelitian	38
Bagan 4.3 Komponen dalam Analisis Data (<i>interaktif model</i>).....	43

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 <i>Early Warning Score (EWS) Covid-19</i>	213
Tabel 2.3 Konfirmasi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Beratnya Kasus	23
Tabel 2.3Tatalaksana Pengobatan Pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i> di Rumah Sakit	26

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan Penelitian	54
Lampiran 2 Persetujuan menjadi Partisipan.....	56
Lampiran 3 Lembar Observasi/Catatan Lapangan (<i>field note</i>)	58
Lampiran 4 Lembar Observasi Dokumen	59
Lampiran 5 Protokol Kesehatan selama Penelitian.....	60
Lampiran 6 Pedoman Wawancara dan Kuisisioner	61

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>
AP/PA	: <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

BAB I

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 di rumah 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* sehingga dampak dari kebijakan yang ada bisa diprediksi (Direktur jendral Pelayanan Kesehatan, 2020).

Beberapa hasil penelitian mengenai dampak pada pelayanan kesehatan yang telah dilakukan 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 (Adiputra, 2020). Dampak lain yang terjadi pada pelayanan kesehatan yaitu keterbatasan pelayanan akibat sumber daya dan sarana prasarana pendukung pelayanan tidak seimbang dengan jumlah pasien yang terus mengalami lonjakan belum lagi dampak psikologis yang dialami sebagian besar petugas kesehatan selama merawat pasien *Covid-19* yang terjadi pada rumah sakit rujukan *Covid-19* (Damayanti, 2 Desember 2020; Sukur et. al., 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 kondisi 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 **pengelolaan pasien berdasarkan tanda gejala bukan melalui pendekatan berbasis penilaian skor EWS** sehingga penatalaksanaannya menjadi berbeda pada tiap pasien konfirmasi *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 suatu program atau kebijakan yang sedang berjalan atau telah dilaksanakan untuk memberi masukan kepada *decision maker* agar dapat ditindaklanjuti 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 Kualitas Pelayanan Rumah Sakit

1. Kualitas Pelayanan Rumah Sakit

Pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat diartikan sebagai pelayanan medis yang baik dan 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)

Adapun dalam mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit menurut Avendis Donabedian dalam Arifin et al., (2011) yang digambarkan dalam teori pendekatan sistem ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) pelayanan kesehatan yang digambarkan bagan 2.1 yaitu :

1. Struktur

meliputi sumber daya fisik berupa kelengkapan peralatan, manajemen organisasi, sumber daya keuangan, sumber daya manusia (SDM) dan sumber daya lainnya yang diperlukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Struktur digunakan sebagai pengukuran tidak langsung dari 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 kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan dalam interaksinya dengan pengguna jasa layanan pasien atau pengunjung. Pada standard proses ditelaah lebih dalam mengenai usaha yang dilakukan, bagaimana caranya dan bagaimana sistem yang ada bekerja dengan asumsi semakin patuh tenaga kesehatan terhadap standar yang ada dan diakui oleh masing-masing profesi, maka semakin tinggi pula mutu pelayanan terhadap pasien.

3. Outcome

Merupakan hasil kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pengguna jasa layanan kesehatan. Donabedian dalam Arifin et al., (2011) menjelaskan *outcome* secara tidak langsung dapat digunakan sebagai pendekatan dalam menilai pelayanan kesehatan, apakah hasilnya bermutu atau tidak, diukur dengan standar hasil pelayanan medis yang telah dikerjakan.



Sumber: (Arifin et al., 2011)

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 kementrian 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 adalah suatu aktifitas atau serangkaian aktifitas yang bersifat tidak kasat mata yang terjadi akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hak lain disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen atau pelanggan. Sedangkan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Menteri Kesehatan RI, 2020)

Sedangkan pelayanan kesehatan dalam masa krisis (pandemi) sesuai standar adalah layanan minimal untuk 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. (Kementrian 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. *Redesign* 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. Ruang Perawatan Pasien *Covid-19*

Area perawatan meliputi: ruang rawat inap (tekanan negatif *lnatural 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 oleh 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*).

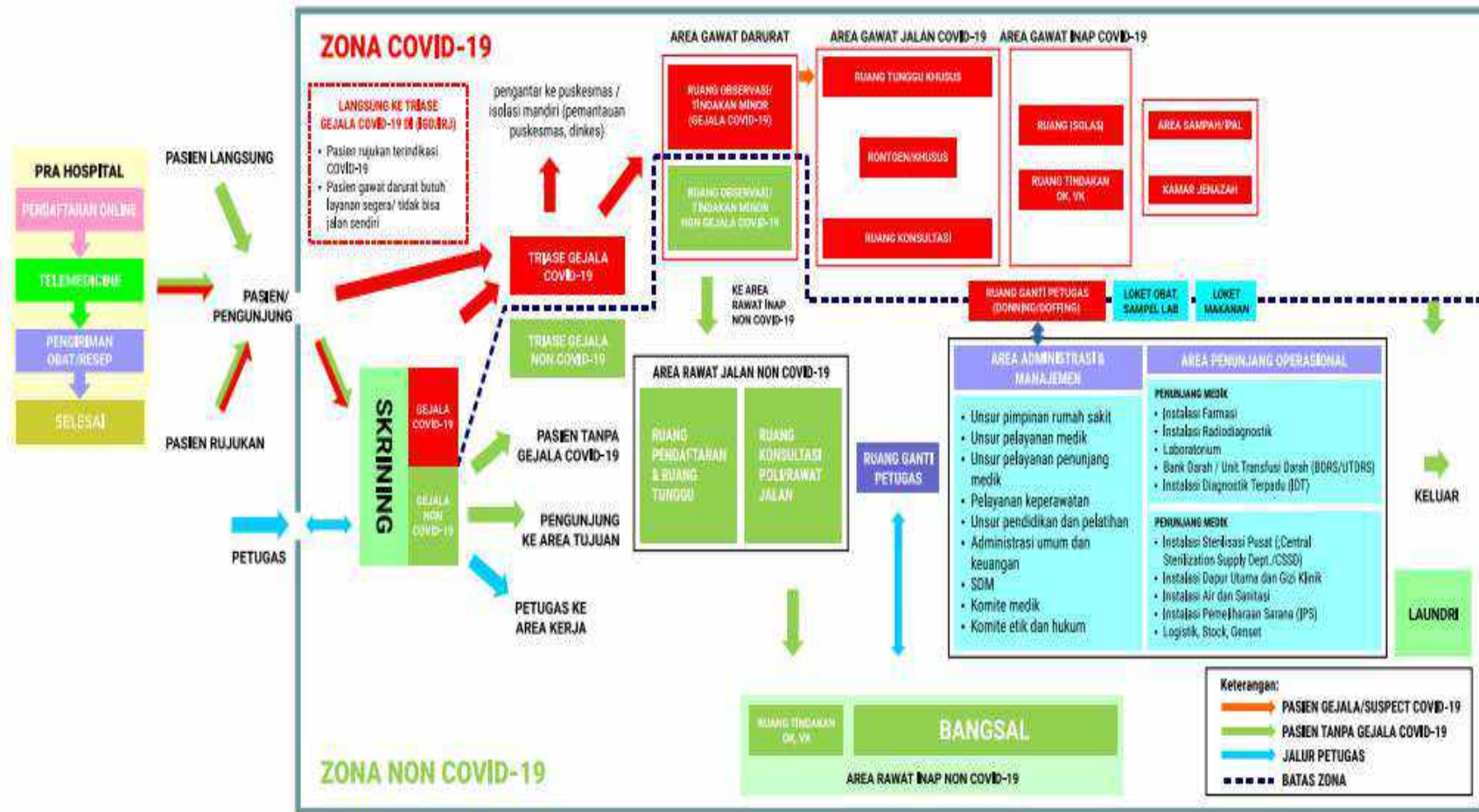
Yang selanjutnya dilakukan monitoring tekanan udara dengan Alat pengukur tekanan udara ini yaitu *magnehelic* (Fitriani, 2020). Sehingga penempatan pasien *Covid-19* pada ruangan dengan tekanan negatif dengan sistem *kohort* (Setiadi et al., 2020).

4. Kompetensi dan Kualifikasi Staf

Berdasarkan pedoman yang dikeluarkan Kementrian 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. Umur

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.

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)

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

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 keganasan (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 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 (<i>anosmia</i>) atau hilang perasa (<i>ageusia</i>) yang muncul sebelum onset gejala pernapasan juga sering dilaporkan. Pasien usia tua dan immunocompromised gejala atipikal seperti fatigue, penurunan kesadaran, mobilitas menurun, diare, hilang nafsu makan, delirium dan tidak ada demam	Pada pasien remaja atau dewasa : pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) tetapi tidak ada tanda pneumonia berat termasuk <i>SpO2</i> > 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, $\geq 60x/\text{menit}$; • usia 2–11 bulan $\geq 50x/\text{menit}$ • usia 1–5 tahun, $\geq 40x/\text{menit}$ • usia >5 tahun, $\geq 30x/\text{menit}$.	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 <i>SpO2</i> < 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 <i>SpO2</i> 5 tahun, $\geq 30x/\text{menit}$. • <i>distres</i> pernapasan berat (seperti napas cepat, grunting, tarikan dinding dada yang sangat berat) • tanda bahaya umum : ketidakmampuan menyusui atau minum, letargi	Pasien dengan <i>Acute Respiratory Distress Syndrome</i> (ARDS), sepsis dan syok sepsis.

			atau penurunan kesadaran, atau kejang. • 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

1. Komplikasi akibat penggunaan ventilasi mekanik invasif (IMV) yang lama
2. *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).

3. *Tromboemboli Vena*
4. *Catheter-Related Bloodstream*
5. *Stres Ulcer* dan pendarahan saluran pencernaan
6. kelemahan akibat perawatan di ICU
7. 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 tesimmunologic* 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 (untuk 5 hari) dengan alternatif <i>Levofloxacin</i> 750 mg/24 jam (5 hari) Pengobatan simptomatis seperti paracetamol Bila diperlukan diberikan Antivirus : <i>Oseltamivir</i> 75 mg/12 	<p>Edukasi yang diberikan sama dnegan pasien tanpa gejala</p>

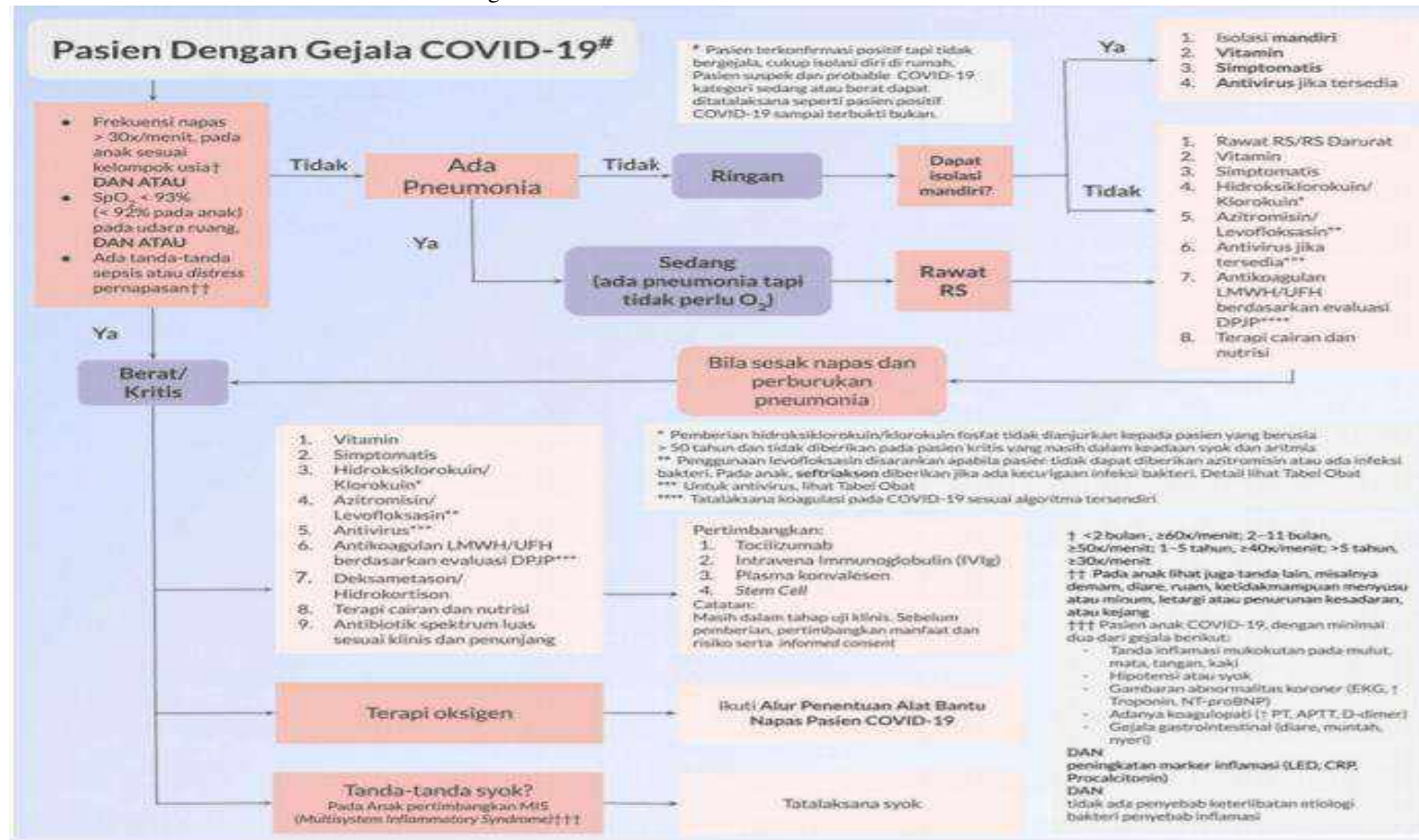
		jam/oral atau <i>Favipiravir</i> (Avigan) 600mg/12 jam / oral (untuk 5 hari) bila demam	
Gejala sedang	<ul style="list-style-type: none"> • Rujuk ke Rumah Sakit ke Ruang Perawatan <i>Covid-19</i>/ Rumah Sakit Darurat <i>Covid-19</i> • Isolasi di Rumah Sakit ke Ruang Perawatan <i>Covid-19</i>/ Rumah Sakit Darurat <i>Covid-19</i> selama 14 hari 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (hari ke 2-5) 	<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	<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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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,

		<ul style="list-style-type: none"> • <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>Oseltamivir</i> 75 mg/12 jam oral atau <i>Favipiravir</i> (<i>Avigan</i> sediaan 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 jam/intravena • <i>Hydroxycortison</i> 100 mg/24 jam/intravena (3 hari pertama) • Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada dan Obat suportif lainnya 	<p>fungsi ginjal, fungsi hati, <i>Hemostasis</i>, LDH, D-dimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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</i> progresif, - <i>Asidosis laktat</i> progresif.
--	--	--	---

Kritis	Isolasi di ruang isolasi Rumah Sakit Rujukan pada ruang perawatan intensif	<ul style="list-style-type: none"> • 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).
--------	---	--	--

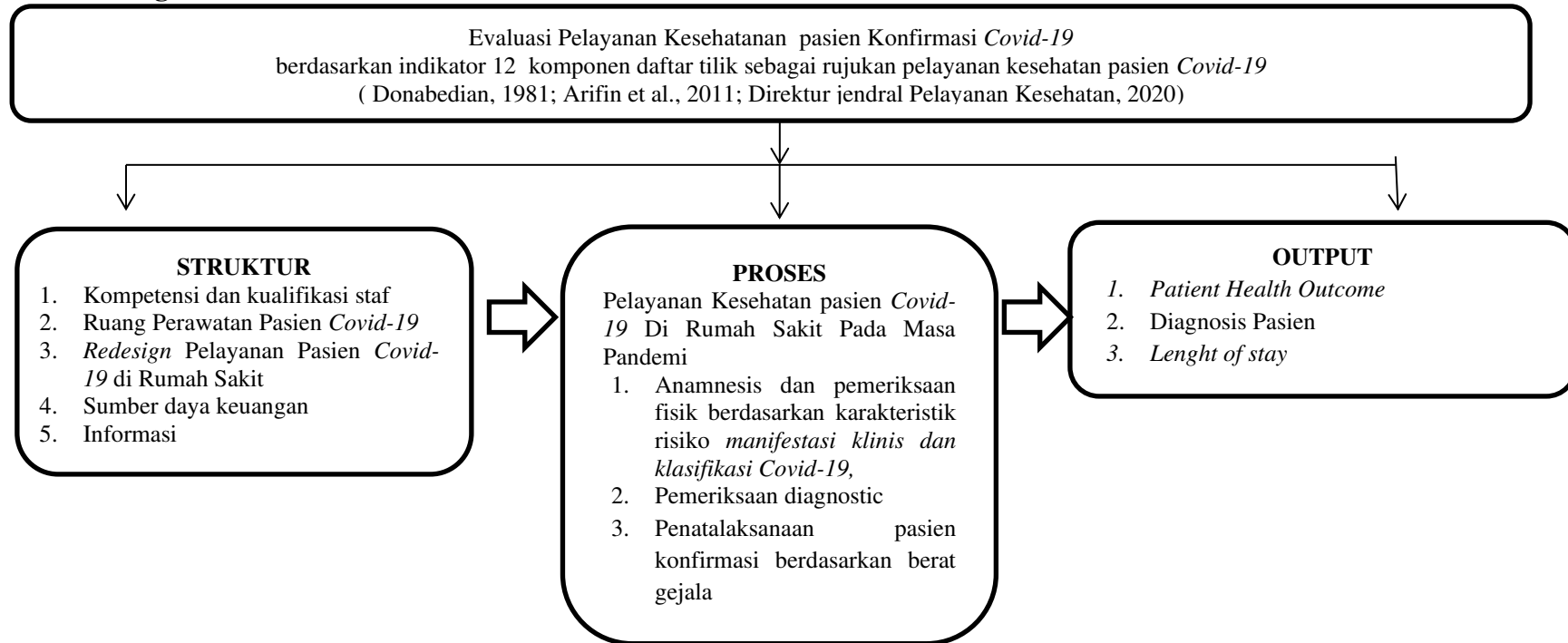
Sumber : (Burhan et al., 2020)

Bagan 2.3 Tatalaksana Pasien Konfirmasi *Covid-19*



Sumber : (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020d)

E. Kerangka Teori



Sumber : (Arifin et al., 2011; 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)

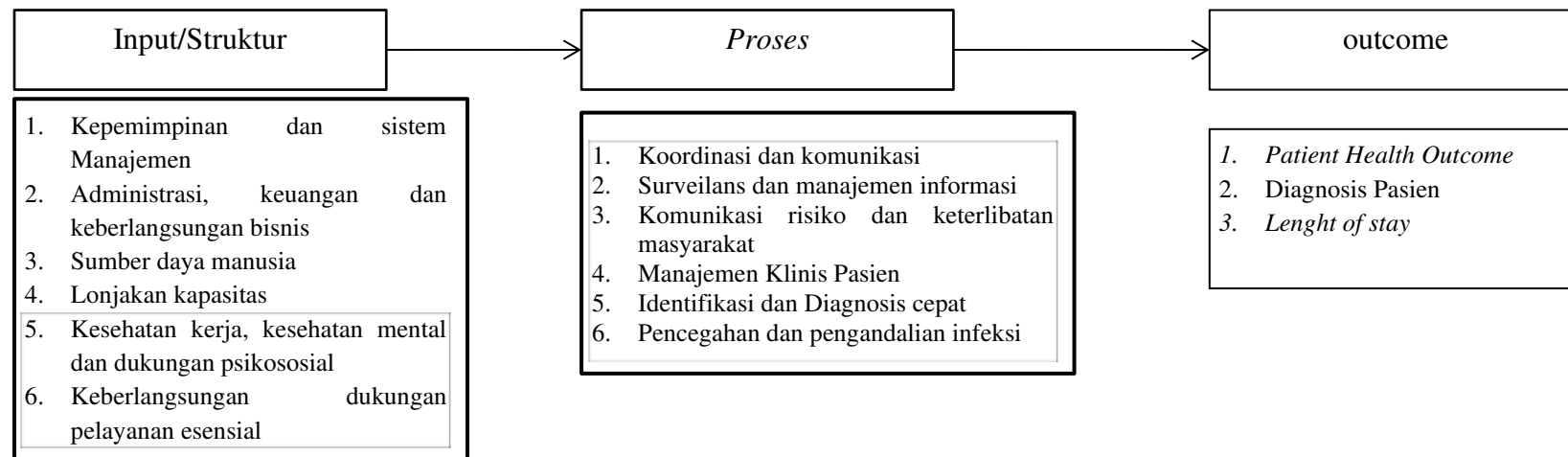
Bagan 2.4 Modifikasi Kerangka Teori Pendekatan Sistem oleh Avendis Donabedian dari berbagai sumber

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang disusun dengan baik dapat memberikan informasi yang jelas dan akan mempermudah pemilihan desain penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2016). Kerangka ini disusun berdasarkan 12 Indikator dengan pendekatan teori sistem Avendis Donabedian (Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, 2020)



Keterangan:

□ Variabel yang diteliti

Bagan 3.1 Kerangka Konsep

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelayanan kesehatan pasien konfirmasi Covid-19 yang telah dilaksanakan oleh rumah sakit berdasarkan data retrospektif dimana peneliti menggali lebih mendalam mengenai pelayanan kesehatan berdasarkan capaian indikator secara kuantitatif serta penjelasan mengenai hal yang melatarbelakangi capaian indikator secara kualitatif. Menurut Tashakkori dan Creswell (2007) alasan diperlukannya pendekatan riset kuantitatif dan kualitatif karena metode ini memberikan perspektif yang lebih kuat dan memperkaya hasil penelitian dengan cara membandingkan, memvalidasi dan mentriagulasi data sehingga pemahaman menjadi lebih baik akan suatu permasalahan sehingga pada penelitian ini menggunakan (*Multimethods*) dengan metode *Sequential Explanatory Design* berdasarkan data retrospektif. *Multimethods* menurut Creswell (2009) dalam Sugiyono 2018 merupakan suatu metode yang mengkombinasikan antara metode kuantitatif dan kualitatif secara bersamaan dalam suatu kegiatan penelitian yang mencakup landasan filosofis, penggunaan pendekatan kualitatif dan kuantitatif serta kombinasi keduanya dalam penelitian. Pada penelitian ini menggunakan metode kombinasi *Sequential* atau berurutan dengan cara mengumpulkan data dan analisis kuantitatif pada tahap pertama, yang kemudian dilanjutkan pengumpulan data

dan analisis kualitatif pada tahap ke dua untuk memperkuat hasil penelitian kuantitatif pada tahap awal penelitian atau biasa disebut dengan *Sequential Explanatory Design* (Cresswell, 2016).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat, Jl Langsesat, Kelurahan Dalam, Kecamatan Taliwang, Kabupaten Sumbawa Barat, Propinsi Nusa Tenggara Barat Penelitian ini akan dalam periode waktu 1 bulan sejak disetujuinya Proposal ini oleh Tim Pembimbing , dan Penguji serta komite etik.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan dalam penelitian (Nursalam, 2014). Populasi dapat berupa orang, benda, obyek, peristiwa, yang akan diamati dan diteliti. (Nursalam, 2014) Adapun populasi pada penelitian ini adalah semua staf dan manajemen yang bertugas di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat selama masa pandemi tahun 2020 yang selanjutnya disebut sebagai partisipan berdasarkan SK nomor 44 tahun 2020 tentang Pembentukan TIM Gerak Cepat Kasus Penyakit Infeksi *Emerging Covid-19* di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat sejumlah 42 calon Partisipan.

2. Teknik Pengambilan sampel

Sampling merupakan proses seleksi jumlah populasi sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi untuk dapat mewakili populasi. Teknik

pengambilan sampel adalah cara yang digunakan peneliti untuk dapat sampel yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan dalam penelitian (Nursalam, 2014). Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling* selain itu dalam menentukan besaran sampel berdasarkan teori *saturation* yaitu akan berhenti mengumpulkan data bila mencapai tahap *redundancy* yaitu bila informasi telah jenuh dan partisipan tidak lagi memberikan informasi yang baru serta bersifat *Snowball* yang mana jumlah partisipan akan semakin bertambah mengikuti perkembangan dari informasi yang dibutuhkan hingga data menjadi jenuh.

3. Sampel

Sampel pada penelitian ini dipilih dengan *purposive sampling*. Adapun kriteria partisipan yang akan dipilih berdasarkan susunan Tim pada SK nomor 44 tahun 2020 tentang Pembentukan Tim Gerak Cepat Kasus Penyakit Infeksi *Emerging Covid-19* di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat dengan rincian sebagai berikut

a. kriteria Inklusi yaitu

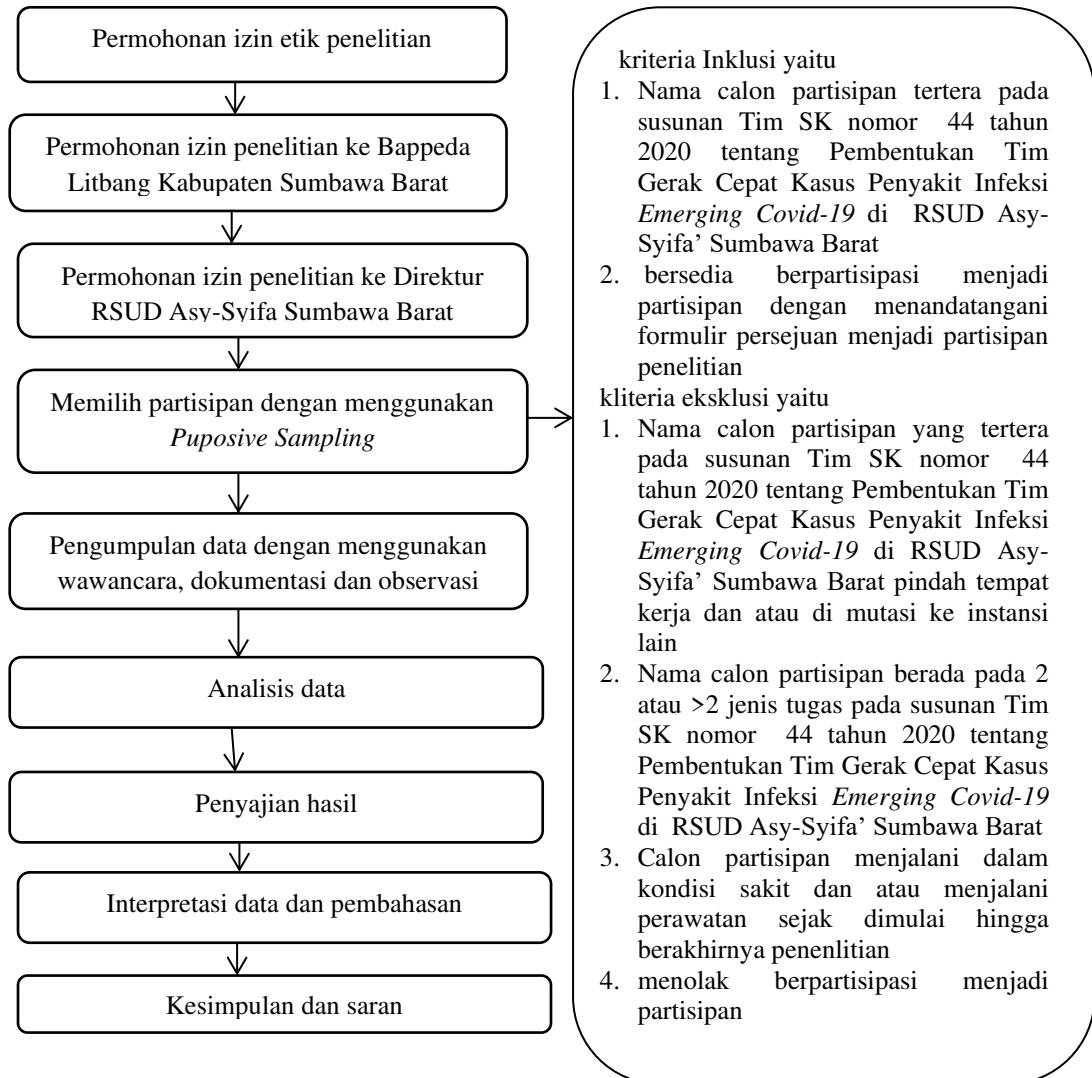
1. Nama calon partisipan tertera pada susunan Tim SK nomor 44 tahun 2020 tentang Pembentukan Tim Gerak Cepat Kasus Penyakit Infeksi *Emerging Covid-19* di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat
2. bersedia berpartisipasi menjadi partisipan dengan menandatangani formulir persetujuan menjadi partisipan penelitian

b. kriteria eksklusi yaitu

1. Nama calon partisipan yang tertera pada susunan Tim SK nomor 44 tahun 2020 tentang Pembentukan Tim Gerak Cepat Kasus Penyakit Infeksi *Emerging Covid-19* di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat pindah tempat kerja dan atau di mutasi ke instansi lain
2. Nama calon partisipan berada pada 2 atau >2 jenis tugas pada susunan Tim SK nomor 44 tahun 2020 tentang Pembentukan Tim Gerak Cepat Kasus Penyakit Infeksi *Emerging Covid-19* di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat
3. Calon partisipan menjalani dalam kondisi sakit dan atau menjalani perawatan sejak dimulai hingga berakhirnya penelitian
4. menolak berpartisipasi dalam penelitian

Sehingga jumlah partisipan sementara pada penelitian ini sejumlah 32 partisipan

D. Alur Penelitian



Bagan 4.2 Alur Penelitian

E. Instrumen, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data

1. Instrumen

Dalam penelitian ini instrumen penelitiannya adalah:

- a. Peneliti sendiri sebagai instrumen utama.

b. Pedoman wawancara atau *guide interview* terstruktur yaitu daftar pertanyaan yang akan memandu wawancara dalam proses pengumpulan data secara lengkap dan sistematis berdasarkan 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* yang terdiri dari 12 komponen indikator dengan 80 subtema yang menjadi panduan wawancara dengan 3 pilihan jawaban status pelaksanaan dari tiap subtema yaitu :

1. Tidak tersedia bila direncanakan tetapi belum dimulai atau tidak ada,
 2. Sebagian Fungsional bila ada tetapi tidak cukup komprehensif untuk mencapai semua elemen inti yang diperlukan untuk melakukan tindakan dan
 3. Berfungsi penuh bila ada tetapi tidak cukup efektif dan efisien yang disesuaikan dengan standard (pendekatan standar)
- (Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, 2020).

Jawaban tiap subtema tersebut pada kolom status pelaksanaan kemudian dianalisa untuk melihat kondisi yang jauh atau tidak sesuai standard rekomendasi kemudian menjadi dasar dalam melakukan penggalan informasi melalui wawancara kepada partisipan dari data kuisioner awal kemudian data yang telah terkumpul dan dianalisa sampai data dianggap jenuh kemudian diperiksa dan dianalisis berdasarkan nilai kebenarannya. Untuk menjaga kevalidan dan

kelayakan pedoman ini peneliti menkonsultasikannya terlebih dahulu dengan dosen pembimbing.

- c. Catatan Lapangan atau *field note* yaitu catatan selama berada dilapangan untuk mencatat semua informasi yang diperlukan berkaitan dengan penelitian ini meliputi respon verbal dan non verbal selama wawancara dan kondisi lingkungan meliputi ada tidaknya dokumen pendukung dari setiap item subtema dari 12 komponen indikator (terlampir)

2. Metode

Dalam pengumpulan data penelitian menggunakan 2 jenis data yaitu data primer dan sekunder yaitu

- a. Metode wawancara mendalam (*indepth Interview*) terstruktur dalam pengumpulan data primer cara peneliti terjun ke lapangan dengan tetap memperhatikan protokol kesehatan di fasilitas umum merujuk pada rekomendasi kesehatan masyarakat WHO bagi orang yang telah mendapatkan vaksin secara lengkap dan bila membutuhkan kelengkapan data peneliti menanyakan kembali kepada partisipan terkait informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu dengan cara triangulasi sumber dengan pengecekan data pada berbagai sumber (Creswell. John W, 2015). Pada saat proses wawancara berlangsung teori-teori tidak bisa muncul sampai peneliti menjadi benar-benar akrab dengan data mereka.

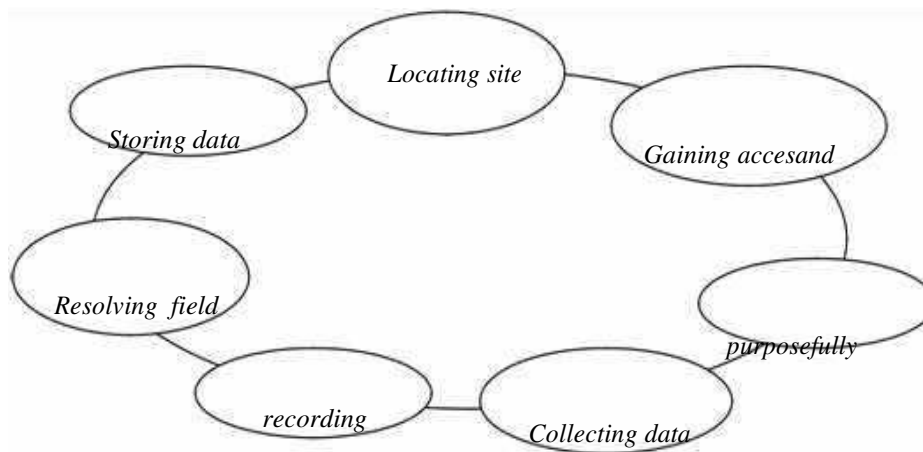
b. Metode dokumentasi dan Observasi dalam pengumpulan data sekunder

Kedua metode ini digunakan secara berkesinambungan yaitu dengan mengamati dokumen rekam medik, kebijakan, panduan dan standard prosedur serta dokumen terkait lainnya yang berhubungan dengan tujuan penelitian sebagai bukti dari hasil wawancara penelitian dan bahan analisis sesuai dengan pedoman wawancara..

3. Prosedur Pengumpulan Data

Pada penelitian ini prosedur pengumpulan data berdasarkan Creswell (2015) yang memuat 7 langkah pengumpulan data (bagan 4.1) yang saling berhubungan yang dimulai pada :

- a. *Locating site or an individual*, menentukan lokasi penelitian
- b. *Gaining acces and making*, menndapatkan ijin penelitian kepada instansi atau lembaga yang akan diteliti
- c. *Purposefully*, menentukan populasi dan sampel yang akan diteliti
- d. *Collecting data*, mengumpulkan data primer dengan metode *indepth* interview dan data sekunder dengan cara obeservasi dan dokumentasi.
- e. *Recording*, pada proses pengumpulan data semua hal direkam menggunakan alat perekam saat wawancara dan mengabadikan kegiatan-kegiatan dalam bentuk foto,
- f. *Resolving field*, setelah data terkumpul maka akan dilakukan pemilahan berdasarkan tema-tema yang menjadi focus penelitian,
- g. *Storing data*, setelah data terkumpul maka data dianalisis dengan teknis analisis interaktif.



Sumber : (Creswell. John W, 2015)

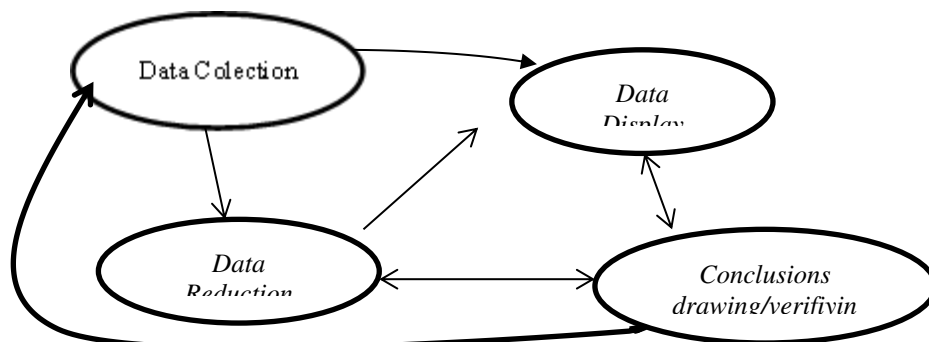
Bagan 4.1 Aktivitas Pengumpulan Data

Dengan langkah diatas diharapkan dalam kegiatan penelitian ini meningkatkan kepercayaan partisipan dan membantu kelancaran proses penelitian sehingga data yang diinginkan dapat diperoleh dengan mudah dan lengkap sehingga dalam tahapan pengumpulan data

F. Teknik Analisa Data

1. Teknik analisis data

Analisis data merupakan suatu proses penyederhanaan data yang mudah dibaca dan diinterpretasikan (Creswell. John W, 2015). Peneliti kualitatif meneliti data dengan hati-hati dan penuh pertimbangan, sering membaca data berulang-ulang untuk mencari makna dan pemahaman yang dalam. Pada penelitian ini teknik analisis yang digunakan adalah analisis interaktif menurut Miles dan Huberman ada 4 komponen mulai dari pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, hingga pada penarikan kesimpulan yang data sejak awal penelitian hingga penelitian selesai yang digambarkan dengan skema sebagai berikut :



Sumber: :(Creswell. John W, 2015)

Bagan 4.3 Komponen dalam analisis data (*interaktive model*)

Berdasarkan bagan 3.2 pada analisis data penelitian ini dimulai setelah pengumpulan data maka segera dilanjutkan dengan reduksi data dalam bentuk kegiatan menarasikan hasil wawancara, merangkum semua sumber data, memilih hal-hal pokok yang berfokus pada hal penting dalam menentukan tema dan pola data setelah itu digambarkan dalam bentuk data narasi berdasarkan tema namun terlebih dahulu melakukan pengecekan ulang data kepada partisipan sehingga tercapai kesepakatan dan kesepemahaman kemudian dibuat kesimpulan.

2. Validitas dan Realibilitas

Pada penelitian ini untuk membuktikan derajat validitas maupun realibilitas dalam penelitian kualitatif merujuk pada standar yang ditetapkan oleh Lincoln dan Guba dalam Bungin (2015) yang terdiri dari 4 kriteria yaitu:

- a. Kredibilitas, dilakukan dengan cara melakukan kontak terus menerus dengan partisipan, makin lama terlibat makin jenuh data, dilanjutkan dengan observasi terus menerus dengan metode triangulasi baik sumber, teknik maupun data dengan melibatkan sejawat kemudian dianalisis

bersama untuk mengecek kesesuaian data dengan pembimbing secara online

b. Transferabilitas, penilaian transferabilitas tinggi pada penelitian ini bila pembaca laporan penelitian mendapatkan gambaran mengenai fokus dan konteks penelitian

c. Dependabilitas atau realibilitas, merupakan pengecekan kembali terhadap konseptual yang dibuat oleh peneliti menurut standar realibilitas peneliti terhadap konsistensi dalam proses pengumpulan data, interpretasi hasil temuan dan laporan penelitian dan orang lain dapat mengulangi atau mereplikasi penelitian. Adapun caranya pada penelitian ini mengadaptasi dari Sanafiah Faisal (1990) dalam Sugiyono (2018) yaitu pengecekan kembali hasil penelitian bersama pembimbing untuk keseluruhan aktivitas penelitian mulai dari penentuan masalah, prosedur lapangan, penentuan sumber data, analisis dan uji kebasahan data sampai pembuatan kesimpulan berbasis bukti.

d. Konfirmabilitas atau biasa disebut uji obyektivitas penelitian pada penelitian ini dinilai obyektif bila telah disepakati bersama yang merupakan bagian fungsi dan proses penelitian yang ujinya dilakukan bersamaan dengan uji *dependability*.

G. Etik Penelitian

Etik penelitian atau *ethic clearence* merupakan keterangan tertulis yang diberikan oleh komisi etik penelitian bahwa penelitian yang dilakukan layak dan memenuhi syarat etik penelitian kepada peneliti sehingga dapat melakukan

riset yang melibatkan makhluk hidup (Ose, 2016). Penelitian merupakan studi kualitatif yang melibatkan manusia dengan bukti dokumentasi berupa rekam medi, kebijakan, pedoman serta dokumen pendukung lainnya dalam memperoleh informasi sehingga prinsip etik sangat penting untuk melindungi hak asasi manusia. Prinsip etik yang diterapkan dalam penelitian ini yaitu *Autonomy, Beneficence, Non maleficence, Anonymity, Justice* dengan rincian penjelasan sebagai berikut

1. Peneliti memberi penjelasan mengenai maksud tujuan dan cara dalam mengambil data yaitu dengan wawancara mendalam serta akibat-akibat yang akan terjadi bila bersedia menjadi partisipan. Peneliti memberikan hak seluas-luasnya untuk ikut serta dalam penelitian maupun tidak tanpa ada paksaan dalam bentuk *inform concent*
2. Pada saat kegiatan penelitian berlangsung berupaya menghindari pertanyaan yang memungkinkan dapat menyebabkan ketidaknyamanan partisipan dan dapat menstimulus timbulnya emosional serta peneliti tidak memaksa partisipan untuk mengungkapkan hal-hal yang tidak ingin diceritakan. Peneliti juga memastikan bahwa dalam penelitian yang dilakukan bebas dari bahaya fisik, maupun emosional dan eksploitasi serta memberikan manfaat bagi partisipan dalam melakukan perawatan pada pasien
3. Sebelum melakukan kegiatan Peneliti dan partisipan membuat kesepakatan waktu dengan menyesuaikan waktu dari partisipan sehingga tidak mengganggu partisipan dalam menjalankan aktivitas tugasnya sebagai

perawat dan proses wawancara mendalam menyesuaikan dengan keadaan partisipan karena membutuhkan waktu

4. Tidak mencantumkan nama setiap partisipan dan diganti menggunakan kode yang hanya dimengerti oleh peneliti. Data yang akan didapatkan nanti disimpan dalam bentuk file di dalam CD dengan nama folder yang hanya diketahui peneliti
5. Saat melakukan penelitian seluruh partisipan diperlakukan sama sesuai dengan norma yang berlaku, adil dengan tidak membedakan dan memberikan hak yang sama pada semua partisipan, semua partisipan diberikan penjelasan penelitian yang sama, kebebasan yang sama dalam menentukan waktu dan tempat penelitian, perlakuan yang sama selama proses wawancara dan *reward* yang sama sebagai ucapan terima kasih

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, et.al. (2020). *Buku Pedoman Penanganan Pasien Kritis COVID-19* (1st ed., Issue April). PERDATIN. diakses tanggal 17 Desember 2020
<<https://covid19.idionline.org/wp-content/uploads/2020/04/14.-Buku-PERDATIN.pdf>>
- Arifin, A., Darmawansyah, & Ilma S, A. T. S. (2011). *Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Ditinjau Dari Aspek Input Rumah Sakit di Instalasi Rawat Inap RSU Haji Makassar. Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 7(1); Hal. 141–149. Diakses tanggal 12 Desember 2020.
<<https://www.neliti.com/id/publications/27425/analisis-mutu-pelayanan-kesehatan-ditinjau-dari-aspek-input-rumah-sakit-di-insta>>
- Azwar, et.al..(2020). *Clinical Profile of Elderly Patients with COVID-19 hospitalised in Indonesia's National General Hospital. Acta Medica Indonesiana*, 52(3), Hal 199–205. diakses tanggal 20 Desember 2020<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33020331/>>
- Bhandari, et. al. (2020). *Clinical Profile Of Covid-19 Infected Patients Admitted In A Tertiary Care Hospital in North India. Journal of Association of Physicians of India*, 68(5), Hal 13–17. diakses tanggal 10 Desember 2020<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32610859/>>
- BBC New Indonesia. (20 Desember 2020). " Varian baru Covid-19: Lebih dari 40 negara larang penerbangan dari Inggris". *BBC News Indonesia*. diakses tanggal 15 Januari 2021 < <https://www.bbc.com/indonesia/dunia-55380584>>
- Bungin, Burhan. (2015). *Analisis Data Penelitian Kualitatif : Pemahaman filosofi dan metodologis ke arah penguasaan model aplikasi..* Jakarta: PT Raja Grafindo.
- Burhan, E., et. al. (2020). *Pedoman Tatalaksana Covid-19* (2nd ed.). Jakarta:

PDPI, PERKI, PAPDI, PERDATIN, IDAI. diakses tanggal 20 November 2020 <

<https://www.papdi.or.id/pdfs/938/Pedoman%20Tatalaksana%20COVID-19%20edisi%202.pdf>>

Canadian Critical Care Society and Association of Medical Microbiology and Infectious Disease (AMMI). (2020). Clinical management of patients with COVID-19: interim guidance. Canada :Canadian Critical Care Society and Association of Medical Microbiology and Infectious Disease (AMMI).

diakses tanggal 15 November 2020 <

<https://www.ammi.ca/Content/Clinical%20Care%20COVID-19%20Guidance%20FINAL%20April2%20ENGLISH%281%29.pdf>>

Cen, et.al. (2020). *Risk Factors For Disease Progression In Patients With Mild To Moderate Coronavirus Disease 2019 A Multi Centre Observational Study*, 2020. *Jurnal Elsevier*. diakses tanggal 23 Desember 2020 <

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7280135/>>

Creswell. John W. (2015). *Penelitian Kualitatif dan Desain Riset (Memilih Diantara Lima Pendekatan)* (S. Z. Qudsy (ed.); 3rd ed.). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Damayanti, Inge. (2 Desember 2020). "*Mengapa rumah sakit kewalahan hadapi pandemi covid-19 dan apa dampaknya bagi keselamatan pasien*". Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, diakses 25 Maret 2021, < <https://fkm.unair.ac.id/mengapa-rumah-sakit-kewalahan-hadapi-pandemi-covid-19-dan-apa-dampaknya-bagi-keselamatan-pasien/>>

Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan. (2020). *Pedoman Pemantauan dan Evaluasi Kesiapan Rumah Sakit Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19.)* Jakarta: Direktur jendral Pelayanan Kesehatan; Hal. 12–29. diakses tanggal 8 Desember 2020< <https://persi.or.id/wp->

content/uploads/2020/12/kepdirjen-yankes44052020.pdf>

Djasri, Hanevi (21 Januari 2021). "*Reportase Outlook Tahun 2021: Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Dalam Pandemi Covid-19*". handout materi diakses tanggal Januari 2021 < <https://www.mutupelayanankesehatan.net/19-headline/3586-reportase-outlook-tahun-2021-manajemen-mutu-pelayanan-kesehatan-dalam-pandemi-covid-19>>

Fitriani, N. indah. (2020). *Tinjauan Pustaka Covid-19: Virologi, Patogenesis Dan Manifestasi Klinis*. *SELL Journal*, 5(1), 55. diakses tanggal 10 Januari 2021 < <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/medika/article/view/3174>>

Hidayani, W. R. (2020). *Faktor Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Covid 19 : Literature Review*. *Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS)*, 4(2), 120–134. diakses tanggal 12 Desember 2020. <<http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/jukmas%0AArticle>>d

Iman, A. T., & Lena, D. (2017). *Manajemen mutu informasi kesehatan I : Quality Assurance* (1st ed.). Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. diakses tanggal 15 Januari 2021 < http://bpsdmdk.kemkes.go.id/pusdiksdmdk/wp-content/uploads/2017/11/MMIK-I_FINAL_SC_26_12_2017.pdf>

Irham, M. (25 December 2020). "*Natal dan tahun baru : Tingkat hunian RS Covid-19 hampir 100 %, epidemiolog desak ' tindakan luar biasa ' pemerintah*". *BBC Indonesia*". diakses tanggal 11 Januri 2021 < <https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-55400874>>

Iskana, F. R. (6 Januari 2021). "*Rumah Sakit Kewalahan jika Kasus Covid-19 Terus Melonjak*". *Katadata.Co.Id*. diakses tanggal 18 Januari 2021 < <https://katadata.co.id/febrinaiskana/berita/5ff57aa8b1422/rumah-sakit-kewalahan-jika-kasus-covid-19-terus-melonjak>>

Jaya, I. K. P. (2020). *Desain Rumah Sakit Darurat Sebagai Strategi Menghadapi Pandemi Covid-19 Di Bali*. *Jurnal Lentera Widya*, 1(2), 14–23. diakses

tanggal 18 Januari 2021 <<https://doi.org/10.35886/lenterawidya.v1i2.90>>

Katarti LD, Y. Ben. (2020). *Analisis Isu Terkini : Dampak COVID-19 di Provinsi NTB* (I. N. Budiana (ed.)). Mataram: Badan Pusat Statistik Propinsi Nusa Tenggara Barat. diakses tanggal 15 Desember 2020 <
<https://ntb.bps.go.id/publication/2020/12/25/424076f2060c540cb7f49598/analisis-isu-terkini--dampak-covid-19-di-provinsi-ntb.html>>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Keputusan menteri Kesehatan no 129 tahun 2008 tentang Standard Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta :
Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Kementrian Kesehatan (pp. 1–139). diakses tanggal 28 Januari 2021 <<https://media.neliti.com/media/publications/112355> >

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2020a). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MenKes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020b). *Hindari Lansia Dari Covid*. Htm, 19–24. diakses tanggal 15 Januari 2021.
<[Http://Www.Padk.Kemkes.Go.Id/Article/Read/2020/04/23/21/Hindari-Lansia-Dari-Covid-19](http://www.padk.kemkes.go.id/article/read/2020/04/23/21/hindari-lansia-dari-covid-19)>.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020c). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus deases (Covid-19)*. Jakarta : Kementrian Kesehatan (Vol. 5). diakses tanggal 10 Desember 2020

<https://covid19.go.id/storage/app/media/Protokol/REV-05_Pedoman_P2_COVID-19_13_Juli_2020.pdf>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020d). *Panduan Teknis Pelayanan Rumah Sakit Pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru*. Jakarta: Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan Kementerian Republik Indonesia. diakses 20 Desember 2020 <<https://covid19.go.id/p/protokol/panduan-teknis-pelayanan-rumah-sakit-pada-masa-adaptasi-kebiasaan-baru>>

Kompas.com. (5 Januari 2021). "Update Covid-19 di Dunia 5 Januari : Inggris Kembali Lockdown | Jepang Alami Gelombang Ketiga " Sangat Parah " ". diakses tanggal 12 Januari 2021
<<https://www.kompas.com/tren/read/2021/01/05/074243865/update-covid-19-di-dunia-5-januari-inggris-kembali-lockdown-jepang-alami?page=all>>

Lai et al. (2020). *Extra-respiratory manifestations of COVID-19*. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 56(January), 1–6. diakses tanggal 30 November 2020 <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924857920301874>>

Lam et al. (2020). *Emergency Nurses' Perceptions Regarding The Risks Appraisal Of The Threat Of The Emerging Infectious Disease Situation In Emergency Departments*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1). diakses tanggal 30 Desember 2020
<<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1718468>>

Li, et al. (2020). *Development and Clinical Application Of A Rapid Igm-Igg Combined Antibody Test For SARS-CoV-2 infection Diagnosis*. *Journal of Medical Virology*, 92(9), 1518–1524. diakses tanggal 25 Desember 2020
<<https://doi.org/10.1002/jmv.25727>>

Marlindayanti, Ningrum, N., & Katharina M, N. (2018). *Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi dan Mulut Masyarakat*. *Journal of Materials Processing*

Technology (edisi tahu, Vol. 1, Issue 1). diakses tanggal 15 Desember 2020
<<http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001%0A>>

Maulana, S., Supriyono, B., & Hermawan, H. (2013). *Evaluasi Penyediaan Layanan Kesehatan di Daerah Pemekaran dengan Metode CIPP (Studi pada Pemerintah Daerah Kabupaten Tana Tidung)*. *Jurnal Sosial Dan Humaniora*, 16(4), Hal. 186–196. Diakses tanggal 15 Desember 2020 <<https://media.neliti.com/media/publications/40090-ID-evaluasi-penyediaan-layanan-kesehatan-di-daerah-pemekaran-dengan-metode-cipp-stu.pdf>>

Menteri Kesehatan RI. (2020). *Permenkes No 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, 3, Hal. 1–80. diakses 20 februari 2021 <<https://kebijakankesehatanindonesia.net/publikasi/arsip-pengantar/4044-regulasi-peraturan-menteri-kesehatan-nomor-3-tahun-2020-tentang-klasifikasi-dan-perizinan-rumah-sakit>>

Ose, M. I. (2016). *Pengalaman Perawat Instalasi Gawat Darurat (IGD) dalam Merawat Pasien Terlantar Pada Fase End of Life di RSUD dr. Saiful Anwar Malang*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 4(August), Hal. 171–183. diakses tanggal 18 Desember 2020
<<https://jik.ub.ac.id/index.php/jik/article/view/105>>

Pemerintah Provinsi NTB. (2020). *Covid-19 NTB*.diakses tanggal 25 Januari 2021
<<https://corona.ntbprov.go.id/>>

Restianti, A. (2018). *Evaluasi Pelayanan Kesehatan Dan Pendidikan Program Keluarga Harapan (PKH)*. *Jurnal Pemberdayaan Masyarakat: Media Pemikiran Dan Dakwah Pembangunan*, 1(2), Hal 423. Diakses 11 Desember 2020 <<http://ejournal.uin-suka.ac.id/dakwah/JPMI/article/view/012-10>
<https://doi.org/10.14421/jpm.2017.012-10>>

Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2016). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (Edisi 5). Sagung Seto.

- Semedi, Bambang Pujo. (2020). *Landasan Pengelolaan ICU di Era Pandemi COVID -19. Departemen Anestesiologi dan Reanimasi . Surabaya: FK UA - RSUD Dr Soetomo*. diakses tanggal 15 Desember 2020 <https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/06/materi_drbambangps_kars120620.pdf>
- Setiadi, et al (2020). *Tata Laksana Terapi Pasien dengan COVID-19: Sebuah Kajian Naratif. Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 9(1), 70. diakses tanggal 18 Desember 2020 <<https://doi.org/10.15416/ijcp.2020.9.1.70>>
- Shereen, et al (2020). *Covid-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. Journal of Advanced Research*, 24, 91–98. diakses tanggal 18 Desember 2020 <<https://doi.org/10.1016/j.jare.2020.03.005>>
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Yogyakarta: Alfabeta.
- Sukur et. al. (2020). *Penanganan Pelayanan Kesehatan Di Masa Pandemi Covid-19 Dalam Perspektif Hukum Kesehatan. Journal Inicio Legis*, 1 (10), diakses tanggal 25 Maret 2021 <<https://journal.trunojoyo.ac.id/iniciolegis/article/view/8822>>
- Tim Komunikasi Komite Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dan Pemulihan Ekonomi Nasional. (2020). *Satgas Peringatkan Potensi Kenaikan Keterisian Tempat Tidur RS*. diakses tanggal 9 Januari 2021 <www.wovid19.go.id>
- Unicef, WHO, & IFRC. (2020). *Key Messages and Actions for Prevention and Control in Schools. Key Messages and Actions for COVID-19 Prevention and Control in Schools, March*, 13. Unicef, WHO, & IFRC. diakses tanggal 13 Maret 2021 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/key-messages-and-actions-for-covid-19-prevention-and-control-in-schools-march-2020.pdf?sfvrsn=baf81d52_4#:~:text=COVID-19 is a,2019-nCoV.>

- World Health Organization. (2020a). *Laboratory Testing Strategy Recommendations for COVID-19: Interim Guidance, 21 March 2020*. World Health Organization. diakses tanggal 1 Desember 2020 <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331509>>
- World Health Organization. (2020b). *WHO COVID-19 global table data January 4th 2021 at 1*. diakses tanggal 12 Januari 2021 <<https://covid19.who.int/table>>
- World Health Organization. (2020c). *Mempertahankan layanan kesehatan esensial : panduan operasional untuk konteks COVID-19*. World Health Organization. Diakses tanggal <https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/maintaining-essential-health-services---ind.pdf?sfvrsn=d8bbc480_2>
- World Health Organization. (2021a). COVID-19 Weekly Epidemiological Update 22. In *World Health Organization* (Issue January). diakses tanggal 27 Januari 2021 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/weekly_epidemiological_update_22.pdf>
- World Health Organization. (2021b). COVID-19 Weekly Epidemiological Update 22. *World Health Organization, January*, 1–3. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/weekly_epidemiological_update_22.pdf>

Lampiran 1

PENJELASAN PENELITIAN

Partisipan yang terhormat

Saya Maria Dian Nurfitra, NIM R011191028, Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin Makassar akan melakukan penelitian dengan judul “Evaluasi Pelayanan Kesehatan Pasien Konfirmasi *Covid-19* di RSUD Asy-Syifa’ Sumbawa Barat” menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *case study*.

Informasi berikut ini disediakan untuk menentukan apakah berkenan untuk berpartisipasi dalam studi ini serta anda bebas menentukan untuk tidak berpartisipasi atau menarik diri setiap saat tanpa memengaruhi hubungan dengan institusi (RSUD Asy-Syifa’ Sumbawa Barat ataupun Universitas Hasanuddin)

Tujuan dari studi ini adalah untuk mengevaluasi pelayanan kesehatan pasien konfirmasi *Covid-19* di RSUD Asy-Syifa’ Sumbawa Barat. Adapun manfaat penelitian ini Memberikan informasi pengelolaan penyakit menular khususnya *Covid-19* di RSUD Asy-Syifa’ Sumbawa Barat. Sehingga dapat menjadi sumbangsih pemikiran kepada instansi pelayanan dalam hal ini pihak manajemen RSUD Asy-Syifa’ Sumbawa Barat khususnya dalam bidang pelayanan keperawatan tentang *Covid-19* sehingga dapat dijadikan dasar dalam membuat kebijakan.serta dapat menjadi bahan bacaan bagi tenaga kesehatan dan referensi

guna meningkatkan pengetahuan terutama pada layanan kesehatan pada kondisi pandemi.

Pengumpulan data akan melibatkan berbagai cara yaitu wawancara (manajemen dan staf), dokumentasi (catatan lapangan pengamatan) dan telaah dokumen (rekam medik, kebijakan, pedoman, panduan, Standard Prosedur Operasional dan alur) serta tidak ada perlakuan sehingga tidak akan berdampak risiko/ gangguan terkait penelitian ini dengan alokasi waktu 30-45 menit (dalam satu sesi wawancara). Jangan segan untuk mengajukan pertanyaan sebelum berpartisipasi maupun selama proses ini berlangsung serta nama anda tidak akan dikaitkan (*anonymity*) dengan temuan-temuan penelitian (*Confidentiality*) ini dalam cara apapun dan hanya peneliti yang mengetahui identitas anda sebagai partisipan.

Untuk itu saya akan mencatat identitas anda (nomor urut partisipan, tanggal penelitian, umur, jenis kelamin, pendidikan) kemudian melakukan wawancara terkait dengan tujuan penelitian. Bila penelitian ini dipublikasikan kerahasiaan data anda akan tetap dijaga. Setelah anda memahami berbagai hal yang menyangkut penelitian ini, diharapkan dapat mengisi dan menandatangani lembar persetujuan penelitian (*Inform Consent*) dimana penelitian ini bersifat sukarela, semua biaya penelitian ini tidak dibebankan kepada anda.

Makassar, Maret 2021
Peneliti

Maria Dian Nurfitra
NIM R011191028

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan tentang penelitian ini, saya memahaminya, dan menyatakan bersedia dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun, maka dengan ini saya menyatakan bersedia untuk ikut serta. Apabila di kemudian hari saya mengundurkan diri dari penelitian ini, maka saya tidak akan dituntut apapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, agar dapat dipergunakan bila diperlukan.

Taliwang 2021

Peserta penelitian

(.....)

Lampiran 3

LEMBAR OBSERVASI /CATATAN LAPANGAN

(FIELD NOTE)

Judul Penelitian	: Evaluasi Pengelolaan Pasien <i>Covid-19</i> di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat
Petunjuk Pengisian	: Berikan tanda cek list (√) pada kotak yang tersedia sesuai dengan hasil wawancara
Tanggal Wawancara	:
Tempat Wawancara	:
No Urut Partisipan	:
Situasi Wawancara	:
Diskripsi Peristiwa	

Lampiran 4**LEMBAR OBSERVASI DOKUMEN****(FIELD NOTE)**

Judul Penelitian	:	Evaluasi Pengelolaan Pasien <i>Covid-19</i> di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat
Tanggal Wawancara	:	
Tempat Wawancara	:	
Catatan Hasil Kegiatan	:	
Topik	:	
Observasi/Wawancara	:	
Catatan Observasi		Analisis

Lampiran 5

PROTOKOL KESEHATAN PENELITIAN

Petunjuk Pengisian : Berikan tanda cek list (√) pada kotak yang tersedia sesuai dengan kondisi yang ada

No	Protokol kesehatan	Cek list
	Peneliti	
1	Pastikan kondisi tubuh peneliti sehat, tidak terdapat gejala demam, batuk, pilek, nyeri tenggorokan, dan/atau sesak nafas sebelum melakukan wawancara	
2	Selalu gunakan masker bedah (dengan disimpul atau di lapis dengan masker biasa) saat wawancara berlangsung (Brooks et al, 2021)	
3	lakukan prosedur cuci tangan 6 langkah 5 saat sesuai dengan standar PPI	
4	Tidak melakukan kontak seperti jabat tangan atau memeluk	
5	Membawa perlengkapan pribadi (air minum, tissue dan sabun cuci tangan)	
6	Sediakan masker medis cadangan dan <i>handrub</i> sebagai antisipasi bila partisipan tidak menggunakan masker	
7	Jaga pola hidup bersih dan sehat sebelum, selama dan setelah penelitian ini berlangsung	
	Kegiatan Wawancara	
1	Lakukan screening awal melalui pemeriksaan kesehatan pada partisipan melalui data surveilans terbaru tentang staf Rumah Sakit yang terkonfirmasi <i>Covid -19</i> Jika ditemukan partisipan yang dalam kondisi reaktif maka wawancara kepada partisipan tersebut ditunda dan dicarikan partisipan lain dengan kapasitas sumber informasi yang sama	
2	Konfirmasi kembali kepada partisipan yang diwawancara tentang kondisi kesehatannya	
3	Memastikan ketersediaan pencuci tangan berbasis alkohol di meja saat wawancara berlangsung	
4	Pastikan jarak antara partisipan dan peneliti minimal 1 meter dengan posisi duduk tidak berhadapan, Peneliti duduk di sebelah kanan atau kiri partisipan bukan didepannya	
5	Pastikan partisipan menggunakan masker dan mencuci tangan sebelum menggunakannya	

6	Pastikan sirkulasi udara ruangan saat wawancara berlangsung baik <ul style="list-style-type: none"> - menyarankan membuka pintu/ jendela - meminimalkan penggunaan AC atau menggunakan kipas satu arah mengarah ke jendela - cahaya matahari bisa masuk ke area wawancara 	
7	Hindari menyentuh area wajah dan mulut saat wawancara	
	Kegiatan Observasi Dokumen	
1	Gunakan masker bedah selama beraktivitas dalam rumah sakit (dengan disimpul atau di lapis dengan masker biasa) tanpa melepasnya bila tidak perlu misalnya basah dan segera mengganti dengan yang baru (Brooks et al, 2021)	
2	Lakukan prosedur cuci tangan 6 langkah 5 saat sesuai dengan standar PPI	
3	Buka pintu dengan menggunakan siku	
4	Jangan menyentuh area publik bila tidak sengaja segera cuci tangan	
5	Segera mandi dan mengganti pakaian setelah sampai di rumah	

Sumber : (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020c; Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2016; Brooks et al, 2021))

Lampiran 6

PEDOMAN WAWANCARA

Judul Penelitian	: Evaluasi Pengelolaan Pasien <i>Covid-19</i> di RSUD Asy-Syifa' Sumbawa Barat
Petunjuk Pengisian	: Berikan tanda cek list (√) pada kotak yang tersedia sesuai dengan hasil wawancara
Tanggal Wawancara	:
No Urut Partisipan	:
1. Data Demografi Partisipan	
a. Usia	: Tahun/Bulan
b. Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> 1. Laki-laki <input type="checkbox"/> 2. Perempuan
c. Pendidikan	: <input type="checkbox"/> 1. Belum sekolah <input type="checkbox"/> 2. SD
	<input type="checkbox"/> 3. SMP <input type="checkbox"/> 4. SMA/Sederajat
	<input type="checkbox"/> 5. DIII <input type="checkbox"/> 6. Sarjana
	<input type="checkbox"/> 7. Tidak sekolah
2. Pertanyaan Pembuka RSUD Asy-Syifa Sumbawa Barat yang telah merawat pasien Covid-19 sejak diumumkannya pandemi di bulan Februari 2019 oleh pemerintah dan ditetapkan Rumah sakit ini pada bulan Maret 2019 sebagai rujukan pelayanan kesehatan pasien <i>Covid-19</i> . Mungkin Bapak/ Ibu bisa menggambarkan bagaimana pelaksanaan pelayanan kesehatan pada pasien Konfirmasi <i>Covid-19</i> di Rumah sakit selama pandemi ini	
3. Pertanyaan lanjutan (fokus pada tujuan penelitian) pertanyaan yang berkaitan 12 komponen kunci dengan 80 sub pernyataan mengenai rekomendasi standard yang ada berdasarkan pedoman yang dikeluarkan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, (2020) pada halaman berikutnya ini	

KUISIONER DAN PANDUAN WAWANCARA

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
1. Kepemimpinan dan Sistem Manajemen Insiden	1.1. Rumah sakit memiliki program bencana COVID-19, dan memiliki Satgas/ tim Bencana, atau kombinasi dari kedua hal tersebut. Satgas/ Tim ini terdiri antara lain dari Komite PPI, Komite/Tim K3, Dokter, Perawat, Nakes lain, Apoteker, Penunjang (Logistik, Gizi, SDM, Keuangan), dll			
	1.2. Tersedia ruangan/ posko sebagai Pusat Kendali Operasional pandemi Covid-19 yang aman, terlindung dan mudah diakses oleh staf untuk melakukan pertemuan dan			



KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	koordinasi			
	1.3. Telah ditetapkan Ketua Satgas / Tim untuk memimpin kesiapan dan kesiapsiagaan rumah sakit dalam mengelola risiko Pandemi Covid-19			
	1.4. Ketua Satgas / Tim yang ditunjuk memastikan mendapatkan masukan yang tepat dalam mengambil keputusan, koordinasi dan komunikasi dan dalam mengelola pandemic Covid 19 yang berbasis bukti			
	1.5. Program Bencana Pandemi Covid 19 telah diuji melalui Latihan simulasi			
	1.6. Rumah sakit memiliki mekanisme koordinasi ke pusat, daerah (Provinsi/Kab/Kota) serta ke			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	masyarakat terkait pencegahan, kesiapsiagaan, kesiapan, respon tanggap darurat dan pemulihan COVID-19			
	1.7. Tersedia regulasi ² pengelolaan risiko COVID-19			
2. Koordinasi dan komunikasi	Komunikasi Internal (di dalam Rumah Sakit)			
	2.1. RS telah memiliki dan menerapkan program dan SPO komunikasi internal baik bagi staf RS, pasien maupun bagi pengunjung. Di Dalam SPO tersebut juga menjelaskan tentang peran, tanggungjawab Staf serta memuat data para staf (kompetensi, nomor telepon, alamat email dan identitas lain)			
	2.2. Peralatan dan sistem komunikasi RS dalam			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	<p>penanganan Covid 19 tersedia dan berfungsi dengan optimal (kualitas dan kuantitas). Peralatan komunikasi dapat terdiri dari telepon, pager, dan sebagainya</p>			
	<p>2.3. Semua staf rumah sakit (medis dan non-medis) telah diberi pelatihan tentang kebijakan dan prosedur darurat COVID-19 sehingga terjadi komunikasi 2 arah antara manajemen rumah sakit, staf, dan pengunjung</p>			
	Koordinasi dan komunikasi eksternal			
	<p>2.4. Satgas COVID-19/ Tim Bencana RS telah melaksanakan koordinasi dan komunikasi dengan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, serta</p>			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	intansi berwenang lainnya untuk memastikan manajemen COVID-19 berjalan dengan baik			
	2.5. Telah ditunjuk secara resmi juru bicara RS untuk memberikan informasi tentang COVID-19			
	2.6. Telah disusun daftar semua pemangku kepentingan (mis. kementerian/sistem, pemerintah daerah, organisasi kemasyarakatan, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi profesi, petugas system an,) yang terlibat dalam penanganan Covid 19 termasuk media agar dapat melakukan komunikasi tepat waktu			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
3. Surveillans dan Manajemen Informasi	Surveilan			
	3.1. Staf RS telah diinformasikan dan diberikan pelatihan tentang definisi operasional kasus COVID-19 (Kasus Suspek, Kasus Probable, Kasus Konfirmasi, Kontak Erat, Pelaku Perjalanan, Discarded, Selesai Isolasi, dan Kematian)			
	3.2. Tersedia Formulir Laporan Notifikasi Penemuan Kasus Covid-19 untuk disampaikan setiap hari kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota			
	3.3. Terdapat SPO tentang Pengumpulan, Konfirmasi dan validasi data Covid 19			
	Manajemen Informasi Rumah Sakit			
	3.4. Terdapat staf yang ditunjuk untuk mengumpulkan,			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	menganalisa dan mendesiminasikan Data & Kasus Covid 19 serta Pelayanan yang ada sesuai ketentuan perundangan			
	3.5. Rumah sakit memiliki system untuk mendokumentasikan, menyimpan dengan aman serta sistem <i>back up</i> data Covid 19			
	3.6. Terdapat mekanisme pengumpulan umpan balik dari pasien dan pengunjung tentang penanganan COVID-19			
4. Komunikasi risiko dan keterlibatan masyarakat	4.1. Tersedia protokol dan SPO komunikasi risiko Covid 19 tentang PPI, yang tersedia untuk semua staf, pasien, pengunjung, para			



KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	pemangku kepentingan, dan masyarakat			
	4.2. Pesan kunci yang digunakan dalam komunikasi risiko Covid 19 disusun dan diperbaharui secara berkala sesuai dengan perkembangan situasi dan panduan teknis yang berbasis bukti			
	4.3. Terdapat Staf rumah sakit yang ditunjuk untuk memperbaharui secara berkala bahan dan prosedur komunikasi risiko dalam mengelola rumor dan memastikan semua orang terinformasi dengan benar tentang pandemi Covid-19			
	4.4. Staf rumah sakit secara berkala mendapat			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	penjelasan singkat tentang pesan-pesan komunikasi risiko Covid-19 dan kegiatan-kegiatan pemberdayaan masyarakat			
5. Administrasi, keuangan, dan kelangsungan bisnis	5.1. Semua mekanisme administrasi, pengelolaan keuangan dan pengadaan barang jasa untuk pengelolaan Covid 19 tersedia			
	5.2. Terdapat Kebijakan dan panduan untuk memberi tanda peringatan bagi staf rumah sakit sebagai perlindungan terhadap pandemi Covid 19			
	5.3. Cakupan jaminan pembiayaan, rekrutmen SDM dan pemberian SIP sementara telah direview			
	5.4. Terdapat sistem pembebasan biaya pelayanan			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	kesehatan bagi penderita COVID-19 (mis. Pemeriksaan laboratorium dan manajemen kasus).			
	5.5. Pengaturan jadwal penugasan dan istirahat staf telah dimasukkan ke dalam strategi rumah sakit untuk menghindari kelelahan staf akibat beban kerja dalam pelayanan COVID-19 serta untuk memastikan kesinambungan layanan			
	5.6. Terdapat sistem untuk untuk mengantisipasi lonjakan kasus Covid dengan mengkaji dan mengidentifikasi kebutuhan pengembangan rawat inap, rawat jalan dan kapasitas ICU (termasuk ketersediaan			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	ruangan, SDM, APD, BMHP, dll)			
	5.7. Terdapat mekanisme untuk merujuk atau mengalihkan pelayanan pasien non kritikal			
	5.8. RBA Rumah Sakit telah disesuaikan dengan pandemic Covid 19			
6. Sumber daya manusia	6.1. Daftar staf rumah sakit telah diperbarui (kompetensi, no telpon, dll) untuk digunakan Satgas / Tim Covid 19 dan untuk memenuhi kebutuhan SDM dalam mengelola pasien COVID-19			
	6.2. Untuk meningkatkan kompetensi dan keselamatan Staf, staf selalu diberi pelatihan dan pendidikan sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	terutama materi tentang PPI dan tata kelola klinis			
	6.3. Manajemen rumah sakit telah memperkirakan kapasitas SDM yang dimiliki untuk mempersiapkan dan menanggapi potensi lonjakan kebutuhan kasus COVID-19			
	6.4. Rumah sakit telah mengidentifikasi jumlah staf yang optimal (medis dan non-medis) yang diperlukan untuk memastikan kelangsungan proses pelayanan-pelayanan yang penting selama pandemi COVID-19			
	6.5. Adanya prosedur sistematis dalam pengaturan dan penugasan staf rumah sakit sebagai salah satu			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	strategi untuk keberlangsungan pelayanan seperti <i>teleworking</i> bagi staf yang berisiko tinggi			
	6.6. Adanya SOP untuk memantau potensi bahaya kesehatan di lingkungan kerja dan memastikan dilakukan upaya untuk mengurangi risiko COVID-19 bagi staf.			
7. Kapasitas lonjakan	7.1. Rumah sakit mempunyai program untuk mengantisipasi Lonjakan Kasus (<i>Surge Capacity</i>) yang antara lain berisi penambahan SDM, peralatan dan logistik, peningkatan kompetensi area kritis, penambahan jumlah tempat tidur			
	7.2. Rumah Sakit menerapkan kebijakan			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	Lonjakan Kapasitas yang ditetapkan			
	7.3. Manajemen rantai pasokan dilaksanakan dalam pemenuhan obat-obat esensial, diagnostik (termasuk reagen yang dibutuhkan pada pemeriksaan laboratorium, APD dan alat uji) serta persediaan untuk kebutuhan pelayanan kesehatan			
	7.4. Pengadaan saat terjadi lonjakan kasus dilaksanakan sesuai peraturan peraturan perundangan (seperti ventilator mekanik, tabung oksigen, seperti pengadaan)			
	7.5. Terdapat data SDM terbaru (kompetensi, nama, nomor			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
8. Keberlangsungan Dukungan Pelayanan Esensial	kontak termasuk daftar tenaga relawan (seperti tenaga yang sudah pensiun, mahasiswa kedokteran dan keperawatan, tenaga relawan lain)			
	8.1. Rumah Sakit mengidentifikasi dan menetapkan pelayanan esensial yang perlu tersedia setiap saat			
	8.2. Rumah Sakit mengidentifikasi sumber daya cadangan yang diperlukan dalam mempertahankan pelayanan esensial antara lain : SDM; keuangan; perbekalan; Tempat tidur (termasuk TT di ICU); ketersediaan penambahan ruangan; kamar mayat;kantong mayat;listik;			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	komunikasi; air; dan pelayanan linen			
	8.3. Tersedia sistem untuk mengelola inventaris, bahan makanan, O2, bahan2 pembersih, desinfektan, dll			
	8.4. Sistem keamanan Rumah Sakit mengidentifikasi potensi2 yang akan mempengaruhi keamanan dan keselamatan RS, termasuk untuk memelihara akses ke RS yang aman; menjaga jarak minimal 1 meter penggunaan masker sesuai protokol kesehatan, alur pasien, area parkir dan akses untuk pengunjung, serta cadangan obat2 untuk pelayanan esensial. Rumah sakit juga memiliki program mitigasi			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	terhadap resiko2 keamanan			
	8.5. Rumah sakit melakukan pengujian rencana perluasan manajemen klinis (mis. Rencana darurat untuk membangun bangsal isolasi tambahan); dan pengelolaan limbah rumah sakit yang terhubung dengan sistem pengelolaan air setempat, sistem sanitasi dan kebersihan.			
	8.6. Sistem informasi Rumah sakit menyediakan mekanisme untuk memonitor keberlangsungan pelayanan esensial dengan menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan (KMK 413)			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
9. Manajemen Pasien	9.1. Rumah Sakit memiliki protokol pelayanan kesehatan esensial terkini untuk pasien-pasien dengan COVID-19, yang sesuai dengan Pedoman tata laksana. Protokol tersebut tersedia bagi semua pemberi pelayanan Kesehatan dan dilaksanakan			
	9.2. Prosedur Penerimaan dan Pemindahan pasien ke ke area2 dalam rumah sakit tersedia dan berfungsi (mis. ruang isolasi); Pelayanan penunjang diagnostik dan terapeutik lainnya juga tersedia dan berfungsi			
	9.3. Staf rumah sakit memiliki protokol			



KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	perawatan pasien untuk uji klinis yang telah disetujui secara etis (Ethical clearance)			
	9.4. Staf rumah sakit menerapkan protokol pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) untuk layanan transportasi pra dan pasca rujukan rumah sakit, termasuk memindahkan pasien untuk Home care			
10. Kesehatan kerja, kesehatan mental dan dukungan psikososial	10.1. Seluruh staf di rumah sakit diberikan pelatihan dan diberikan perlengkapan sesuai dengan penilaian risikonya dalam memberikan pelayanan pasien pada situasi pandemi COVID-			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	19 (pasien suspek / probable/ atau konfirmasi COVID-19) termasuk menyediakan skrining primer, resusitasi, stabilisasi awal, terapi suportif awal dan pencegahan komplikasi)			
	10.2.Rumah sakit memiliki kebijakan dan kemampuan untuk mengelola Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang terintegrasi dengan upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang bertujuan untuk melindungi staf rumah sakit yang meliputi: a. pengaturan jam kerja dan jam istirahat; b. upaya			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	<p>pencegahan tindakan kekerasan di tempat kerja; c. Upaya keselamatan dan keamanan selama perjalanan (berangkat/pulang); d. Pemantauan status kesehatan bagi seluruh staf Rumah Sakit; e. Deteksi dini terkait dugaan kasus COVID-19 pada seluruh staf rumah sakit, keluarga dan contact tracingnya; f. Memberi kebebasan kepada seluruh staf untuk melaporkan gejala COVID-19 yang timbul tanpa dipersalahkan; g. Tidak memberikan stigma pada staf dan dilakukan tindak lanjut sesuai standar</p>			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	operasional prosedur.			
	10.3.Rumah sakit menyediakan layanan kesehatan jiwa dan psikososial yang sesuai dan memberikan umpan balik untuk staf, pasien dan keluarga			
	10.4.Rumah Sakit memiliki SPO untuk skrining kesehatan jiwa pada pasien COVID-19, keluarga dan staf rumah sakit dan kesiapan RS jika ada peningkatan kasus darurat			
	10.5.Seluruh staf rumah sakit telah dilatih tentang dasar-dasar keselamatan dan kesehatan kerja (K3) dan pertolongan pertama psikologis serta mengetahui			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	<p>kanan harus mencari layanan dukungan jika diperlukan.</p>			
<p>11. Identifikasi dan diagnosis yang cepat</p>	<p>11.1.Staf rumah sakit telah dilatih untuk melaksanakan identifikasi yang akurat, cepat, dan skrining secara tepat waktu pada kasus yang dicurigai COVID-19, dengan pelaporan tepat waktu kepada yang berwenang di RS</p>			
	<p>11.2.Telah tersedianya sistem komunikasi dan pemantauan yang memungkinkan peringatan kewaspadaan dan pelaporan kasus yang dicurigai COVID-19 dilaksanakan tepat waktu di setiap area rumah sakit, meliputi titik-titik tempat</p>			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	masuk ke dalam fasilitas serta di area kedatangan dan penerimaan pasien.			
	11.3.Telah tersedia prosedur triase di unit gawat darurat, terutama untuk identifikasi cepat, isolasi dan untuk menguji pasien dengan tanda dan gejala infeksi pernapasan akut			
	11.4.Staf rumah sakit telah dilatih dengan prosedur terstandar untuk mengambil sampel dan mengirimkannya ke laboratorium rujukan sesuai rekomendasi terkini, serta prosedur rujukan laboratorium			
	11.5.Jika laboratorium pengujian tersedia di rumah sakit, maka rumah sakit			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	telah mengadopsi sistem terstandar untuk pengujian COVID-19, didukung oleh reagen dan alat uji yang terjamin aksesnya			
	11.6.Telah tersedia informasi dan poster tentang alat pelindung diri dan pengukuran keamanan biologis yang diletakkan pada tempat-tempat strategis di laboratorium dan area penerimaan pasien guna penanganan sampel yang aman termasuk pembuangan limbahnya*			
12. Pencegahan dan pengendalian infeksi	12.1. Protokol pencegahan dan pengendalian infeksi dengan prosedur standar untuk mengelola COVID-19 tersedia			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	dan berfungsi, dan semua staf rumah sakit telah dilatih tentang protokol tersebut, yang harus mencakup mekanisme pemantauan berkala			
	12.2. Alat pelindung diri yang memadai (masker medis dan bedah, respirator N95 atau FFP2, sarung tangan, gaun pelindung dan pelindung mata) tersedia dan mudah diakses oleh semua staf rumah sakit yang ditunjuk untuk berinteraksi dengan kasus COVID-19.			
	12.3. Staf dilatih untuk mengenali dan menskrining semua kasus dugaan COVID-19			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	pada titik kontak mereka dengan rumah sakit, dan pemeriksaan ini mencakup semua pasien, pengunjung, dan staf rumah sakit			
	12.4. Ruang Isolasi tersedia utk pasien suspect, probable, dan konfirmasi dengan petunjuk/tanda yang jelas, perlengkapan yang memadai dan ventilasi yang cukup			
	12.5. Kewaspadaan airborne disiapkan dengan menggunakan ruang bertekanan negatif dengan setidaknya 12 pergantian udara / jam dan arah aliran udara terkendali saat menggunakan ventilasi mekanis. (Tekanan negatif			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	diharuskan untuk mencegah kontaminasi silang dari satu ruangan ke ruangan lain)			
	12.6. Kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi diterapkan untuk manajemen kasus dan untuk menerima dan mentransfer pasien suspek, probable maupun confirm COVID-19			
	12.7. Staf rumah sakit menggunakan kewaspadaan airborne selama prosedur yang menimbulkan aerosol untuk COVID-19, seperti intubasi trakea, ventilasi non-invasif, trakeotomi, resusitasi kardiopulmoner, ventilasi manual			



KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	sebelum intubasi, bronkoskopi, pengambilan sampel aspirasi dan otopsi.			
	12.8. Menyediakan sarana dan prasarana untuk penerapan kebersihan tangan pada area masuk rumah sakit seperti tempat cuci tangan dengan air mengalir/hand sanitizer; tempat sampah tertutup pada lokasi-lokasi strategis			
	12.9. Tersedia Poster protokol kesehatan dan dengan ilustrasi di dalam rumah sakit dan di lokasi strategis di sekitar rumah sakit; termasuk informasi tentang mencuci tangan, etika pernapasan,			



KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	dan jaga jarak.			
	12.10.Tersedia protokol tentang cara menghindari pergerakan pasien COVID-19 keluar dari kamar mereka			
	12.11.Staf rumah sakit telah dilatih, baik secara langsung maupun secara online, tentang panduan teknis pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama tentang kebersihan tangan, kebersihan pernapasan, etika batuk, jarak sosial (menjaga jarak minimal 1 m) dan penggunaan alat pelindung			
	12.12.Kebijakan tersedia dan telah diterapkan yang memastikan semua tempat tidur rumah sakit			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	ditempatkan dengan jarak minimal 1 m			
	12.13.Semua permukaan di rumah sakit dan di ambulans secara rutin dibersihkan dan didisinfeksi, sesuai dengan pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi			
	12.14.Rumah sakit memiliki infrastruktur dan protokol untuk pengelolaan limbah, termasuk pengelolaan limbah biologis dan klinis.			
	12.15.Tersedianya catatan orang yang masuk keruangan perawatan pasien COVID-19; (data yang dicatat seperti nama, alamat			

KOMPONEN KUNCI	TINDAKAN REKOMENDASI	STATUS	BUKTI VERIFIKASI	RENCANA TINDAK LANJUT
	rumah, alamat email, nomor ponsel yang bisa dihubungi).			
	12.16.Tersedia ruangan yang cukup dan pedoman untuk mengelola jenazah orang yang meninggal karena COVID-19, termasuk pedoman untuk menyediakan pemakaman yang aman dan bermartabat			