

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Pengetahuan**

###### **a. Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam terbentuknya perilaku terbuka atau *open behavior* (Donsu, 2017). Pengetahuan atau knowledge adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra yang dimilikinya. Pancaindra manusia guna penginderaan terhadap objek yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu penginderaan untuk menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatan (Notoatmojo, 2014).

Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal dan sangat erat hubungannya. Tetapi orang yang berpendidikan rendah tidak mutlak berpengetahuan rendah. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja,

tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan non formal. Pengetahuan akan suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap semakin positif terhadap objek tertentu (Notoadmojo, 2014).

Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses belajar ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam, seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia, serta keadaan sosial budaya. Pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang (Budiman & Riyanto, 2013).

#### b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2014) pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda. Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan, yaitu :

##### 1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu disini merupakan tingkatan yang paling

rendah. Kata kerja yang digunakan untuk mengukur orang yang tau tentang apa yang dipelajari yaitu dapat menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*comprehention*)

Memahami suatu objek bukan hanya sekedar tahu tentang objek tersebut, dan juga tidak sekedar menyebutkan tetapi orang tersebut dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahuinya. Orang yang telah memahami objek harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menarik kesimpulan, meramalkan terhadap suatu objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau yang lain.

4). Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang dalam menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Indikasi bahwa pengetahuan

seseorang telah sampai pada tingkatan ini adalah jika orang tersebut dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan, membuat bagan (diagram) terhadap pengetahuan objek tersebut.

5). Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan kemampuan seseorang dalam merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang sudah dimilikinya. Dengan kata lain kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang lama.

6). Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

c. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Nursalam (2016) pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- 1). Pengetahuan Baik : 76%-100%
- 2). Pengetahuan Cukup : 56%-75%
- 3). Pengetahuan Kurang : < 56%

d. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni :

1). Cara Memperoleh Kebenaran Non ilmiah

a) Cara Coba Salah (Trial and Error)

Cara memperoleh kebenaran non ilmiah, yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan adalah melalui cara coba-coba atau dengan kata yang lebih dikenal "*trial and error*". Metode ini telah digunakan oleh orang dalam waktu yang cukup lama untuk memecahkan berbagai masalah. Bahkan sampai sekarang pun metode ini masih sering digunakan, terutama oleh mereka yang belum atau tidak mengetahui suatu cara tertentu dalam memecahkan suatu masalah yang dihadapi. Metode ini telah banyak jasanya, terutama dalam meletakkan dasar-dasar menemukan teori-teori dalam berbagai cabang ilmu pengetahuan.

b) Secara Kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan. Salah satu contoh adalah penemuan enzim urease oleh Summers pada tahun 1926.

c) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak kebiasaan seperti ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja, melainkan juga terjadi pada masyarakat modern. Para pemegang otoritas, baik pemimpin pemerintahan, tokoh agama, maupun ahli ilmu pengetahuan, pada prinsipnya mempunyai mekanisme yang sama di dalam penemuan pengetahuan.

d) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh karena itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.

e) Cara Akal Sehat

Akal sehat atau *common sense* kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Sebelum ilmu pendidikan ini berkembang, para orang tua zaman dahulu agar anaknya mau menuruti nasihat orang tuanya, atau agar anak disiplin menggunakan cara hukuman fisik bila anaknya berbuat salah, misalnya dijewer telinganya atau dicubit. Ternyata cara menghukum anak ini sampai sekarang berkembang menjadi teori atau kebenaran, bahwa hukuman adalah merupakan metode (meskipun bukan yang paling baik) bagi pendidikan anak. Pemberian hadiah dan hukuman (*reward and punishment*) merupakan cara yang masih dianut oleh banyak orang untuk mendisiplinkan anak dalam konteks pendidikan.

f) Kebenaran Melalui Wahyu

Ajaran dan dogma agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para Nabi. Kebenaran ini harus diterima dan diyakini oleh pengikut-pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak.

g) Kebenaran secara Intuitif

Kebenaran secara intuitif diperoleh manusia cepat sekali melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui

proses penalaran atau berpikir. Kebenaran yang diperoleh melalui intuitif sukar dipercaya karena kebenaran ini tidak menggunakan cara-cara yang rasional dan yang sistematis. Kebenaran diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau suara hati atau bisikan hati.

h) Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berfikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi.

i) Induksi

Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pertanyaan yang bersifat umum. Proses berpikir induksi berasal dari hasil pengamatan indra atau hal-hal yang nyata, maka dapat dikatakan bahwa induksi beranjak dari hal-hal yang konkret kepada hal-hal yang abstrak.

j) Deduksi

Deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum ke yang khusus. Aristoteles



(384-322SM) mengembangkan cara berpikir deduksi ini ke dalam suatu cara yang disebut “*silogisme*”. Silogisme merupakan suatu bentuk deduksi berlaku bahwa sesuatu yang dianggap benar secara umum pada kelas tertentu, berlaku juga kebenarannya pada semua peristiwa yang terjadi pada setiap yang termasuk dalam kelas.

## 2). Cara Ilmiah dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistimatis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah”, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*). Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626). Ia mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamati. Pencatatan ini mencakup tiga hal pokok yakni :

- a) Segala sesuatu yang positif, yakni gejala tertentu yang muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- b) Segala sesuatu yang negatif, yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- c) Gejala-gejala yang muncul secara bervariasi, yaitu gejala-gejala yang berubah-ubah pada kondisi-kondisi tertentu.

e. Proses Perilaku Tahu

Menurut (Rogers yang dikutip oleh Notoatmojo dalam Donsu, 2017) mengungkapkan proses adopsi perilaku yakni sebelum seseorang mengadopsi perilaku didalam diri orang tersebut terjadi beberapa proses diantaranya :

- 1) Awareness ataupun kesadaran, pada tahap ini individu sudah menyadari ada stimulus yang datang padanya.
- 2) Interest atau merasa tertarik yakni individu mulai tertarik pada stimulus tersebut.
- 3) Evaluation atau menimbang-nimbang dimana individu akan mempertimbangkan baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Inilah yang menyebabkan sikap individu menjadi lebih baik.
- 4) Trial atau percobaan yaitu dimana individu mencoba perilaku baru.
- 5) Adaption atau pengangkatan yaitu individu telah memiliki perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap, dan kesadarannya terhadap stimulus.
- 6) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu :

a) Faktor Internal meliputi :

1) Umur

Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya dari pada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman jiwa (Nursalam, 2011).

Semakin cukup umur seseorang, maka akan semakin bertambah pula ilmu atau pengetahuan yang dimiliki.

Klasifikasi umur Menurut WHO, dibagi menjadi:

- a) Bayi : 0-1 tahun
- b) Anak-anak : 2-10 tahun
- c) Remaja : 11-19 tahun
- d) Dewasa : 20-60 tahun
- e) Lanjut Usia : diatas 60 tahun

Sedangkan kriteria umur menurut depkes RI (2009)

- a) Masa balita : 0-5 tahun
- b) Masa kanak-kanak : 5-11 tahun
- c) Masa remaja awal : 12-16 tahun
- d) Masa remaja akhir : 17-25 tahun
- e) Masa dewasa awal : 26-35 tahun
- f) Masa dewasa akhir : 36-45 tahun

- g) Masa lansia awal : 46-55 tahun
- h) Masa lansia akhir : 56-65 tahun
- i) Masa manula : 65 keatas

Pengalaman merupakan guru yang terbaik (*experience is the best teacher*), pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan cara untuk memperoleh suatu kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat dijadikan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan persoalan yang dihadapi pada masa lalu (Notoadmodjo, 2010).

## 2) Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya semakin pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2011).

## 3) Pekerjaan

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan

kehidupan keluarganya Menurut Thomas (2007), dalam (Nursalam, 2011). Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan berulang dan banyak tantangan Frich (1996) dalam (Nursalam, 2011).

#### 4) Jenis Kelamin

Istilah jenis kelamin merupakan suatu sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksikan secara sosial maupun kultural.

### b) Faktor Eksternal

#### 1). Informasi

Menurut Long (1996) dalam (Nursalam dan Pariani, 2010) informasi merupakan fungsi penting untuk membantu mengurangi rasa cemas. Seseorang yang mendapat informasi akan mempertinggi tingkat pengetahuan terhadap suatu hal.

#### 2). Lingkungan

Menurut Notoatmodjo (2010), hasil dari beberapa pengalaman dan hasil observasi yang terjadi di lapangan (masyarakat) bahwa perilaku seseorang termasuk terjadinya perilaku kesehatan, diawali dengan

pengalaman-pengalaman seseorang serta adanya faktor eksternal (lingkungan fisik dan non fisik).

### 3) Sosial Budaya

Semakin tinggi tingkat pendidikan dan status sosial seseorang maka tingkat pengetahuannya akan semakin tinggi pula.

## 2. **Coronavirus Disease (COVID-19)**

### a. Definisi Coronavirus (COVID-19)

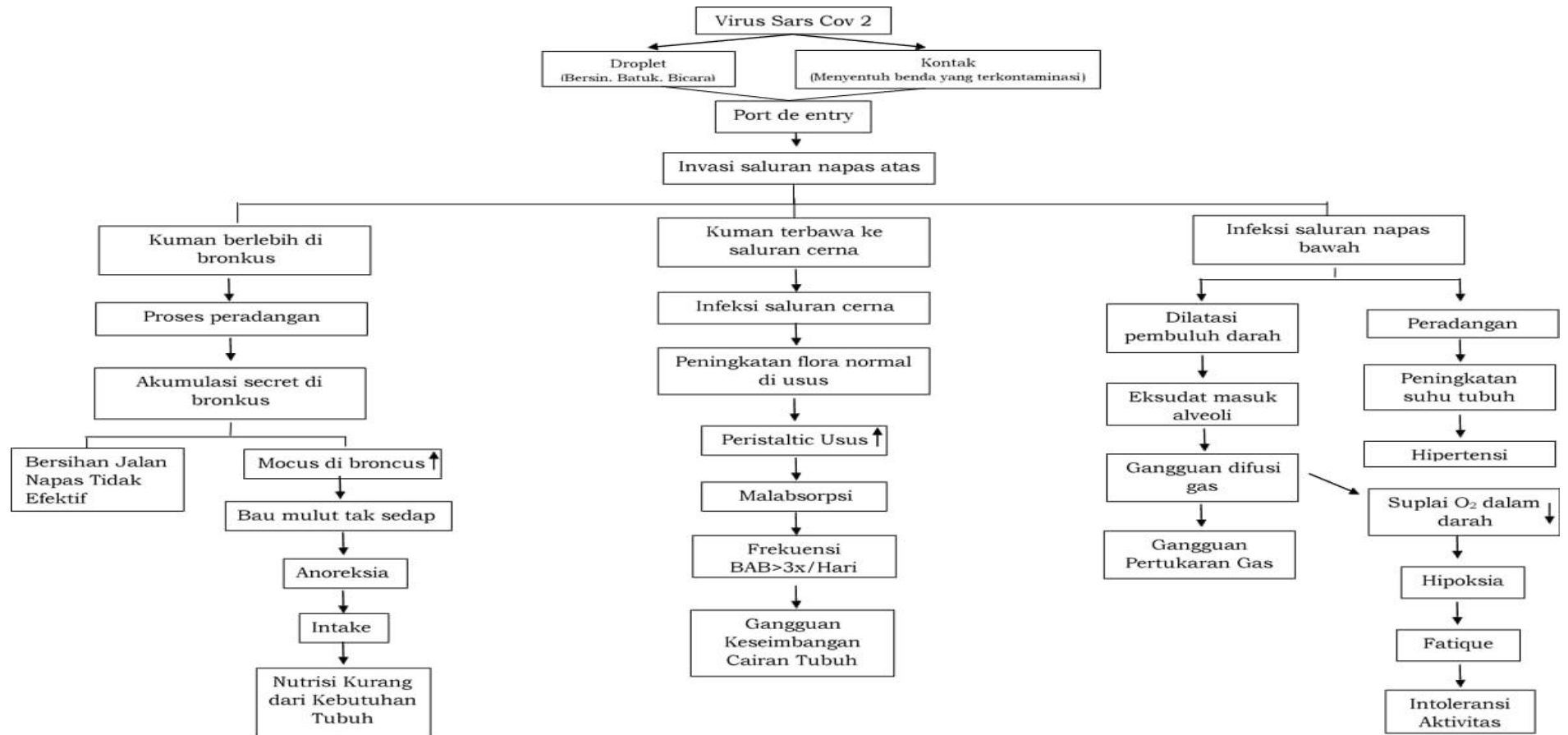
*Coronavirus* merupakan virus RNA strain tunggal positif berkapsul dan tidak bersegmen. Coronavirus tergolong ordo Nidovirales, keluarga Coronaviridae. Coronaviridae dibagi dua subkeluarga dibedakan berdasarkan serotipe dan karakteristik genom. Terdapat empat genus yaitu alphacoronavirus, betacoronavirus, deltacoronavirus dan gamma coronavirus, (PDPI, 2020). Sedangkan menurut WHO, (2020), *Coronavirus* (CoV) adalah famili virus yang menyebabkan berbagai penyakit mulai dari batuk pilek hingga penyakit yang lebih parah seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). Coronavirus Disease (COVID-19) adalah jenis penyakit baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Penyebab COVID-19 ini adalah Sars-Cov2 yang zoonosis (ditularkan antara hewan dan manusia), (Kemenkes, 2020).

## b. Karakteristik Coronavirus

Coronavirus memiliki kapsul, partikel berbentuk bulat atau elips, sering pleimorfik dengan diameter sekitar 50-200m. Semua virus ordo Nidovirales memiliki kapsul, tidak bersegmen, dan virus positif RNA serta memiliki genom RNA sangat panjang. Struktur coronavirus membentuk struktur seperti kubus dengan protein S berlokasi di permukaan virus. Protein S atau spike protein merupakan salah satu protein antigen utama virus dan merupakan struktur utama untuk penulisan gen. Protein S ini berperan dalam penempelan dan masuknya virus ke dalam sel host (interaksi protein S dengan reseptornya di sel inang). Coronavirus bersifat sensitif terhadap panas dan secara efektif dapat dinaktifkan oleh desinfektan mengandung klorin, pelarut lipid dengan suhu 56°C selama 30 menit, eter, alkohol, asam perioksiasetat, detergen non-ionik, formalin, oxidizing agent dan kloroform. Klorheksidin tidak efektif dalam menonaktifkan virus, (PDPI, 2020).

Periode inkubasi virus ini berkisar antara 1-12,5 hari (median 5-6 hari), penularan penyakit ini melalui tetesan kecil cairan (droplet) yang disebarkan oleh orang yang terkena saat orang tersebut berbicara, batuk maupun disaat bersin, atau kontak dengan sekresi pernafasan pasien, melalui permukaan dan peralatan yang terkontaminasi, (WHO, 2020)

### c. Pathway COVID-19





#### d. Manifestasi Klinis Coronavirus

##### 1. Gejala Klinis

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

##### 2. Klasifikasi Klinis

Berikut sindrom klinis yang dapat muncul jika terinfeksi.

###### a) Tidak berkomplikasi

Kondisi ini merupakan kondisi ringan. Gejala yang muncul berupa gejala yang tidak spesifik. Gejala utama tetap muncul seperti demam, batuk, dapat disertai dengan nyeri tenggorok, kongesti hidung, malaise, sakit kepala, dan nyeri otot. Perlu diperhatikan bahwa pada pasien dengan lanjut usia dan pasien immunocompromises

presentasi gejala menjadi tidak khas atau atipikal. Selain itu, pada beberapa kasus ditemui tidak disertai dengan demam dan gejala relatif ringan. Pada kondisi ini pasien tidak memiliki gejala komplikasi diantaranya dehidrasi, sepsis atau napas pendek.

b) Pneumonia ringan

Gejala utama dapat muncul seperti demam, batuk, dan sesak. Namun tidak ada tanda pneumonia berat. Pada anak-anak dengan pneumonia ringan ditandai batuk atau susah bernapas atau tampak sesak disertai napas cepat atau tanpa adanya tanda pneumonia berat.

Definisi takipnea pada anak:

< 2 bulan :  $\geq 60$ x/menit

2-11 bulan :  $\geq 50$ x/menit

1-5 tahun :  $\geq 40$ x/menit.

c) Pneumonia berat

**Pada pasien dewasa** gejala yang muncul diantaranya demam atau curiga infeksi saluran napas tanda yang muncul yaitu takipnea (frekuensi napas:  $> 30$ x/menit), distress pernapasan berat atau saturasi oksigen pasien  $< 90\%$  udara luar.

**Pada pasien anak-anak:** gejala: batuk atau tampak sesak, ditambah satu diantara kondisi berikut: Sianosis central atau SpO<sub>2</sub>  $< 90\%$ . Distress napas berat (retraksi dada berat). Pneumonia dengan tanda bahaya (tidak mau menyusu atau minum; letargi atau penurunan kesadaran; atau kejang). Dalam menentukan pneumonia berat ini

diagnosis dilakukan dengan diagnosis klinis, yang mungkin didapatkan hasil penunjang yang tidak menunjukkan komplikasi.

d) Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)

Onset: baru atau perburukan gejala respirasi dalam 1 minggu setelah diketahui kondisi klinis. Derajat ringan beratnya ARDS berdasarkan kondisi hipoksemia. Hipoksemia didefinisikan tekanan oksigen arteri ( $\text{PaO}_2$ ) dibagi fraksi oksigen inspirasi ( $\text{FIO}_2$ ) kurang dari  $< 300 \text{ mmHg}$ .

e) Sepsis

Sepsis merupakan suatu kondisi respons disregulasi tubuh terhadap suspek infeksi atau infeksi yang terbukti dengan disertai disfungsi organ. Tanda disfungsi organ perubahan status mental, susah bernapas atau frekuensi napas cepat, saturasi oksigen rendah, keluaran urin berkurang, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, akral dingin atau tekanan darah rendah, kulit mottling atau terdapat bukti laboratorium koagulopati, trombositopenia, asidosis, tinggi laktat atau hiperbilirubinemia.

f) Syok septik

Definisi syok septik yaitu hipotensi persisten setelah resusitasi volum adekuat sehingga diperlukan vasopressor. Definisi syok septik pada anak yaitu hipotensi dengan tekanan sistolik  $<$  persentil 5 atau  $> 2$ , SD dibawah rata-rata tekanan sistolik normal berdasarkan usia atau diikuti dengan 2-3 kondisi berikut :

- 1) Perubahan status mental
- 2) Bradikardia atau takikardia

Pada balita: frekuensi nadi  $<90$  x/menit atau  $>160$ x/menit. Pada anak-anak: frekuensi nadi  $<70$ x/menit atau  $>150$ x/menit Capillary refill time meningkat ( $>2$  detik) atau vasodilatasi hangat dengan bounding pulse. Takipnea Kulit mottled atau petekia atau purpura. Peningkatan laktat. Oliguria. Hipertemia atau hipotermia.

e. Definisi Operasional Coronavirus

Menurut buku (Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease Revisi 4 Kemenkes, 2020) definisi operasional coronavirus dibagi menjadi :

- 1) Pasien Dalam Pengawasan (PDP)
  - a) Orang dengan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) yaitu demam ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) atau riwayat demam ; disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernafasan seperti batuk/sesak nafas, sakit tenggorokan/pilek/pneumonia ringan hingga berat **“DAN”** tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan **DAN** pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal “
  - b) Orang dengan demam ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) atau riwayat demam atau ISPA **DAN** pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID -19

- c) Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit **DAN** tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan
- 2) Orang Dalam Pemantauan (ODP)
- a) Orang yang mengalami demam ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) atau riwayat demam; atau gejala gangguan sistem pernafasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk **DAN** tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan **DAN** pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal
  - b) Orang yang mengalami gejala gangguan sistem pernafasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk **DAN** pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.
- 3) Orang Tanpa Gejala (OTG)

Seseorang yang tidak bergejala dan memiliki risiko tertular dari orang konfirmasi COVID-19. Orang tanpa gejala (OTG) merupakan orang yang **kontak erat** dengan kasus konfirmasi COVID-19.

**Kontak erat** adalah seseorang yang melakukan kontak fisik atau berada dalam ruangan atau berkunjung (dalam radius 1 meter dengan kasus pasien dalam pengawasan atau konfirmasi) dalam 2 hari sebelum kasus timbul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus timbul gejala.

#### 4) Kasus Probable

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

#### 5) Kasus Konfirmasi

Adalah pasien yang terinfeksi COVID-19 dengan hasil pemeriksaan tes positif melalui pemeriksaan PCR.

#### f. Pemeriksaan Penunjang COVID-19

Berdasarkan buku (PDPI, 2020) pemeriksaan penunjang yang dilakukan diantaranya :

##### 1) Pemeriksaan radiologi: foto toraks, CT-scan toraks, USG toraks

Pada pencitraan dapat menunjukkan: opasitas bilateral, konsolidasi subsegmental, lobar atau kolaps paru atau nodul, tampilan groundglass. Pada stage awal, terlihat bayangan multiple plak kecil dengan perubahan interstisial yang jelas menunjukkan di perifer paru dan kemudian berkembang menjadi bayangan multiple ground-glass dan infiltrate di kedua paru. Pada kasus berat, dapat ditemukan konsolidasi paru bahkan “*white-lung*” dan efusi pleura (jarang).

##### 2) Pemeriksaan spesimen saluran napas atas dan bawah Saluran napas atas dengan swab tenggorok (nasofaring dan orofaring)

Saluran napas bawah (sputum, bilasan bronkus, (bila menggunakan endotrakeal tube dapat berupa aspirat endotrakeal) Untuk pemeriksaan RT-PCR SARS-CoV-2, (sequencing bila tersedia). Ketika melakukan

pengambilan spesimen gunakan APD yang tepat. Ketika mengambil sampel dari saluran napas atas, gunakan swab viral (Dacron steril atau rayon bukan kapas) dan media transport virus. Jangan sampel dari tonsil atau hidung.

Pada pasien dengan curiga infeksi COVID-19 terutama pneumonia atau sakit berat, sampel tunggal saluran napas atas tidak cukup untuk eksklusi diagnosis dan tambahan saluran napas atas dan bawah direkomendasikan. Klinisi dapat hanya mengambil sampel saluran napas bawah jika langsung tersedia seperti pasien dengan intubasi. Jangan menginduksi sputum karena meningkatkan risiko transmisi aerosol. Kedua sampel (saluran napas atas dan bawah) dapat diperiksa jenis patogen lain. Bila tidak terdapat RT-PCR dilakukan pemeriksaan serologi. Pada kasus terkonfirmasi infeksi COVID-19, ulangi pengambilan sampel dari saluran napas atas dan bawah untuk petunjuk klirens dari virus.

Frekuensi pemeriksaan 2-4 hari sampai 2 kali hasil negative dari kedua sampel serta secara klinis perbaikan, setidaknya 24 jam. Jika sampel diperlukan untuk keperluan pencegahan infeksi dan transmisi, specimen dapat diambil sesering mungkin yaitu harian.

- 3) Bronkoskopi
- 4) Pungsi pleura sesuai kondisi
- 5) Pemeriksaan kimia darah

Darah perifer lengkap leukosit dapat ditemukan normal atau menurun; hitung jenis limfosit menurun. Pada kebanyakan pasien LED dan CRP

meningkat. Analisis gas darah diagnosis dan penatalaksanaan pneumonia COVID-19, fungsi hepar (pada beberapa pasien, enzim liver dan otot meningkat). Fungsi ginjal gula darah sewaktu, Elektrolit faal hemostasis (PT/APTT, d Dimer), pada kasus berat, d Dimer meningkat prokalsitonin (bila dicurigai bakterialis) laktat (untuk menunjang kecurigaan sepsis).

- a) Biakan mikroorganisme dan uji kepekaan dari bahan saluran napas (sputum, bilasan bronkus, cairan pleura) dan darah.

Kultur darah untuk bakteri dilakukan, idealnya sebelum terapi antibiotik. Namun, jangan menunda terapi antibiotik dengan menunggu hasil kultur darah).

- b) Pemeriksaan feses dan urin (untuk investigasi kemungkinan penularan).
- c) Penatalaksanaan COVID-19

Deteksi dini dan pemilahan pasien yang berkaitan dengan infeksi COVID-19 harus dilakukan dari mulai pasien datang ke Rumah Sakit. Triase merupakan garda terdepan dan titik awal bersentuhan dengan Rumah Sakit sehingga penting dalam deteksi dini dan penangkapan kasus. Selain itu, Pengendalian Pencegahan Infeksi (PPI) merupakan bagian vital terintegrasi dalam manajemen klinis dan harus diterapkan dari mulai triase dan selama perawatan pasien. Pada saat pasien pertama kali teridentifikasi, isolasi pasien di rumah atau isolasi rumah sakit untuk kasus yang ringan. Pada kasus yang ringan mungkin tidak perlu perawatan di rumah sakit, kecuali ada kemungkinan perburukan cepat. Semua pasien yang dipulangkan diinstruksikan untuk kembali ke rumah sakit jika sakit



memberat atau memburuk. Beberapa upaya pencegahan dan kontrol infeksi perlu diterapkan prinsip-prinsip yaitu hand hygiene, penggunaan alat pelindung diri untuk mencegah kontak langsung dengan pasien (darah, cairan tubuh, sekret termasuk sekret pernapasan, dan kulit tidak intak), pencegahan tertusuk jarum serta benda tajam, manajemen limbah medis, pembersihan dan desinfektan peralatan di RS serta pembersihan lingkungan RS. Pembersihan dan desinfektan berdasarkan karakteristik Coronavirus yaitu sensitif terhadap panas dan secara efektif dapat dinaktifkan oleh desinfektan mengandung klorin, pelarut lipid dengan suhu 56°C selama 30 menit, eter, alkohol, asam perioksiasetat dan kloroform. Klorheksidin tidak efektif dalam menonaktifkan virus. Penjelasan mengenai pengendalian dan pencegahan infeksi dijelaskan di bab selanjutnya. Berikut penjelasan singkat terkait kewaspadaan pencegahan penularan di Rumah Sakit (akan dijelaskan lebih detail pada bagian pencegahan dan pengendalian infeksi).

Tabel 2. Implementasi pencegahan dan pengendalian Infeksi di rumah sakit

<b>Triase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Masker medis untuk pasien suspek</li> <li>b. Ruang isolasi atau area terpisah</li> <li>c. Jarak minimal 1 meter dari pasien lain</li> <li>d. Ajari etika batuk dan bersin</li> <li>e. Hand hygiene</li> </ul>
<b>Kewaspadaan Pencegahan transmisi droplet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gunakan masker medis jika bekerja dalam 1-2 meter dari pasien</li> <li>b. Satu ruang khusus atau disatukan dengan etiologi yang sama</li> <li>c. Jika etiologi tidak pasti, satu group pasien dengan</li> <li>d. diagnosis klinis sama dan risiko epidemiologi sama, dengan pemisahan spasial</li> <li>e. Gunakan pelindung mata jika menangani dekat pasien</li> <li>f. Batasi aktivitas pasien keluar ruangan</li> </ul>
<b>Kewaspadaan Pencegahan kontak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencegah dari area atau peralatan yang terkontaminasi</li> <li>b. Gunakan APD lengkap, dan lepas jika keluar</li> <li>c. Jika memungkinkan gubakan alat sekali pakai</li> <li>d. contoh stetoskop, termometer,</li> <li>e. Hindari mengkontaminasi daerah yang tidak secara langsung terkait perawatan pasien seperti gagang pintu</li> </ul>

	f. Ventilasi ruangan adekuat
	g. Hand hygiene
	h. Hindari pemindahan pasien
<b>Kewaspadaan pencegahan airborne ketika melakukan prosedur alat saluran napas</b>	a. Seperti: suction, intubasi, bronkoskopi, RJP.
	b. APD lengkap mencakup sarung tangan, jubah, pelindung mata, masker N95
	c. Gunakan ruangan ventilasi tunggal jika memungkinkan , ruangan tekanan negatif,
	d. Hindari keberadaan individu yang tidak dibutuhkan
	e. Setelah tindakan tatalaksana sesuai dengan tipe ruangnya

g. Terapi dan monitoring COVID-19

- 1) Isolasi pada semua kasus. Sesuai dengan gejala klinis yan muncul, baik ringan maupun sedang. Pasien bed-rest dan hindari perpindahan ruangan atau pasien.
- 2) Implementasi pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI).
- 3) Serial foto toraks untuk menilai perkembangan penyakit.
- 4) Suplementasi oksigen

Pemberian terapi oksigen segera kepada pasien dengan SARI, distress napas, hipoksemia atau syok. Terapi oksigen pertama sekitar 5l/menit dengan target  $SpO_2 \geq 90\%$  pada pasien tidak hamil dan  $\geq 92-95\%$  pada pasien hamil. Tidak ada napas atau obstruksi, distress respirasi berat, sianosis sentral, syok, koma dan kejang merupakan tanda gawat pada anak. Kondisi tersebut harus diberikan terapi oksigen selama resusitasi dengan target  $SpO_2 \geq 94\%$ , jika tidak dalam kondisi gawat target  $SpO_2 \geq 90\%$ .

Semua area pasien SARI ditatalaksana harus dilengkapi dengan oksimetri, sistem oksigen yang berfungsi, disposable, alat pemberian oksigen seperti nasal kanul, masker simple wajah, dan masker dengan reservoir. Perhatikan pencegahan infeksi atau penularan droplet atau

peralatan ketika mentataksana atau memberikan alat pemberian oksigen kepada pasien.

5) Kenali kegagalan napas hipoksemia berat.

Pasien dengan distress napas yang gagal dengan terapi standar oksigen termasuk gagal napas hipoksemia berat. Pasien masih menunjukkan usaha napas yang berat walaupun sudah diberikan oksigen dengan masker dengan reservoir (kecepatan aliran 10-15 liter/menit). Gagal napas hipoksemia pada ARDS biasanya gagalnya ventilasi-perfusi intrapulmonar dan biasanya harus mendapatkan ventilasi mekanik.

6) Penggunaan High-Flow Nasal Oxygen (HFNO) atau NonInvasive Ventilation (NIV).

Hanya digunakan untuk pasien tertentu. Pada kasus MERS banyak kasus gagal dengan NIV dan pasien dengan HFNO atau NIV harus dimonitoring ketat terkait perburukan klinis. Jika membandingkan terapi oksigen standar dengan HFNO, HFNO mengurangi kebutuhan ventilasi mekanik atau intubasi.

7) Terapi cairan

Terapi cairan konservatif diberikan jika tidak ada bukti syok Pasien dengan SARI harus diperhatikan dalam terapi cairannya, karena jika pemberian cairan terlalu agresif dapat memperberat kondisi distress napas atau oksigenasi. Monitoring keseimbangan cairan dan elektrolit.

### **3. Pasien**

#### **a. Definisi Pasien**

Pasien adalah orang yang memiliki kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan yang dikemukakan oleh Prabowo (dalam Wilhamda, 2011). Pasien merupakan pelanggan layanan kesehatan, tetapi pasien dalam hal ini hanya merupakan salah satu jenis pelanggan. Pelanggan layanan kesehatan merupakan semua orang yang sehari-harinya melakukan kontak dengan layanan kesehatan (Pohan, 2015). Undang Undang tentang Rumah Sakit Nomor 44 tahun 2009 pasal 1 yang menyatakan bahwa pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pasien adalah orang yang memiliki kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan atau paramedis yang di obati dirumah sakit.

#### **b. Hak dan Kewajiban Pasien**

Menurut Permenkes No.4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. Setiap pasien dan keluarga mempunyai hak:

- 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- 2) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien.
- 3) Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi.
- 4) Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.
- 5) Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga Pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.
- 6) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.
- 7) Memilih dokter, dokter gigi, dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- 8) Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit.
- 9) Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya.
- 10) Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.

- 11) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh Tenaga Kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya.
- 12) Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis.
- 13) Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu Pasien lainnya.
- 14) Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.
- 15) Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya.
- 16) Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.
- 17) Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- 18) Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Menurut UU RI No.38 Tahun 2014 dalam praktik keperawatan, pasien berhak :

- 1) Mendapatkan informasi secara benar, jelas, dan jujur tentang tindakan Keperawatan yang akan dilakukan.
- 2) Meminta pendapat Perawat lain atau tenaga kesehatan lainnya.

- 3) Mendapatkan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi, dtandar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang – undangan.
- 4) Memberi persetujuan atau penolakan tindakan Keperwatan yang akan diterimanya.
- 5) Memperoleh keterjagaan kerahasiaan kondisi kesehatannya. Pengungkapan rahasia kesehatan klien dilakukan atas dasar : Kepentingan kesehatan klien, pemenuhan permintaan aparaturn penegak hukum dalam rangka penegak hukum, persetujuan klien sendiri , kepentingan pendidikan dan penelitian, dan ketentuan Peraturan Perundang – undangan.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian informasi, edukasi kepada Pasien khususnya terkait dengan penyakit menular yang sedang terjadi (COVID-19) untuk meningkatkan pengetahuan merupakan hak yang dimiliki oleh pasien agar mereka mampu membuat keputusan sehubungan dengan masalah kesehatan yang mereka hadapi dan gaya hidup mereka sesuai dengan masalah kesehatannya serta upaya pencegahan dan pengendalian infeksi yang harus diterapkan dalam upaya pencegahan penyakit tersebut.

#### 4. Cuci Tangan (Hand Hygiene)

##### a. Definisi *Hand Hygiene*

*Hand Hygiene* atau Cuci Tangan istilah yang umum digunakan untuk menyatakan kegiatan yang terkait kegiatan membersihkan tangan (WHO, 2009). Salah satu cara untuk mencegah kontaminasi silang dari mikroorganisme yang dapat menurunkan dan mencegah kejadian infeksi rumah sakit atau HAI's. Merupakan suatu cara terpenting dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit atau HAI's baik dengan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir (Handwash) atau dengan cairan berbasis alkohol (Handrub), (Mani, dkk, 2010)

Mencuci tangan adalah proses menggosok kedua permukaan tangan dengan kuat secara bersamaan dengan menggunakan zat pembersih yang sesuai dan dibilas dengan air mengalir dengan tujuan menghilangkan mikroorganisme. Mencuci tangan pakai sabun adalah salah satu sanitasi dengan membersihkan jari-jemari dengan sabun dan air oleh manusia agar menjadi lebih bersih dan memutuskan rantai kuman, mencuci tangan pakai sabun dikenal juga sebagai pencegahan penyakit (Maryunani, 2013).

##### b. Tujuan Cuci Tangan

Tujuan *Hand Hygiene* dilakukan secara rutin dalam perawatan pasien adalah untuk menghilangkan kotoran dan bahan organik serta kontaminasi mikroba dari kontak dengan pasien atau keluarga pasien dan lingkungan sekitar pasien (WHO, 2009)



Kebersihan tangan baik petugas, pasien pasien sangatlah penting untuk mencegah penularan infeksi atau penyakit berbahaya, hal ini dikarenakan tangan adalah jalur utama penularan kuman selama perawatan pasien (Pratami, dkk, 2012)

Perpindahan kuman patogen secara umum terjadi pada tangan petugas kesehatan yang terkontaminasi (Mani, dkk., 2010). Dalam “*WHO Guideline on Hand hygiene in Health Care*” yang diterbitkan pada tahun 2009 diketahui bahwa terdapat bakteri yang mendiami tangan manusia, yaitu :

- 1) *Resident flora* merupakan mikroorganisme yang bertempat tinggal di kulit yaitu pada lapisan luar *stratum corneum* dan pada permukaan kulit. *Resident flora* tidak terlalu dikaitkan dengan kejadian infeksi nosokomial. Contoh : *Staphylococcus Epididimis*, *S. Hominis*, beberapa jenis bakteri dan fungi.
- 2) *Transient flora* merupakan mikroorganisme pada lapisan kulit yang dapat dihilangkan dengan pelaksanaan *hand hygiene* secara rutin. *Transient flora* dapat bertahan dan memperbanyak diri secara sporadis pada permukaan kulit walau jenis mikroorganisme ini tidak memperbanyak diri pada kulit. Jenis mikroorganisme yang termasuk *transient flora* ini didapatkan petugas kesehatan dari kontak langsung dengan pasien. Selain kontak langsung dengan pasien, *transient flora* juga bisa mengontaminasi tangan petugas kesehatan saat kontak

langsung dengan lingkungan pasien yang terkontaminasi. Contoh : *S. aureus*, *Basilus Gram-negatif*, atau ragi.

Menurut Akyol (2007) sebagian besar bakteri yang termasuk *transient flora* terbawa oleh tangan manusia. Mencuci tangan secara cermat merupakan metode paling efektif untuk mencegah perpindahan bakteri ini pada pasien.

c. Indikator Cuci Tangan

Himpunan Perawat Pengendali Infeksi Indonesia (HPPI) tahun 2010 menyatakan bahwa waktu melakukan cuci tangan, adalah bila tangan kotor, saat tiba dan sebelum meninggalkan rumah sakit, sebelum dan sesudah melakukan tindakan, kontak dengan pasien, lingkungan pasien, sebelum dan sesudah menyiapkan makanan, serta sesudah ke kamar mandi. Indikator mencuci tangan digunakan dan harus dilakukan untukantisipasi terjadinya perpindahan kuman melalui tangan (Depkes RI, 2008), yaitu :

- 1) Sebelum melakukan tindakan, misalnya saat akan memeriksa (kontak langsung dengan klien), saat akan memakai sarung tangan bersih maupun steril, saat akan melakukan injeksi dan pemasangan infus.
- 2) Setelah melakukan tindakan, misalnya setelah memeriksa pasien, setelah memegang alat bekas pakai dan bahan yang terkontaminasi, setelah menyentuh selaput mukosa.

*World Health Organization* (WHO, 2009) memperkenalkan konsep *five moments hand hygiene* sebagai *evidence-based* untuk mencegah penyebaran infeksi nosokomial yang harus dilaksanakan sesuai dengan

seluruh indikasi yang telah ditetapkan tanpa memperhatikan apakah petugas kesehatan menggunakan sarung tangan atau tidak.

WHO telah mengembangkan moment untuk kebersihan tangan yaitu *Five Moments for Hand Hygiene*, yang telah diidentifikasi sebagai waktu kritis ketika kebersihan tangan harus dilakukan yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah terpapar cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan pasien (WHO, 2009).

Dua dari lima momen untuk kebersihan tangan terjadi sebelum kontak. Indikasi "sebelum" momen ditujukan untuk mencegah risiko penularan mikroba untuk pasien. Tiga lainnya terjadi setelah kontak, hal ini ditujukan untuk mencegah risiko transmisi mikroba ke petugas kesehatan perawatan dan lingkungan pasien.

WHO (2009) menetapkan indikasi *five moments hand hygiene* yang dimaksud meliputi:

a) Sebelum menyentuh pasien

*Hand hygiene* yang dilakukan sebelum menyentuh pasien bertujuan untuk melindungi pasien dengan melawan mikroorganisme, dan di beberapa kasus melawan infeksi dari luar, oleh kuman berbahaya yang berada di tangan.

Contoh tindakan dari indikasi ini adalah:

i. Sebelum berjabat tangan dengan pasien.

- ii. Sebelum membantu pasien melakukan aktivitas pribadi: bergerak, mandi, makan, dan berpakaian.
  - iii. Sebelum melakukan perawatan dan tindakan non-invasif lainnya: pemasangan masker oksigen dan melakukan masase.
  - iv. Sebelum melakukan pemeriksaan fisik non-invasif: memeriksa nadi, memeriksa tekanan darah, auskultasi dada, dan merekam ECG.
- b) Sebelum melakukan prosedur bersih/ aseptik
- Hand hygiene* yang dilakukan sebelum melakukan prosedur bersih/ aseptik bertujuan untuk melindungi pasien dengan melawan infeksi kuman berbahaya, termasuk kuman yang berada di dalam tubuh pasien. Contoh tindakan dari indikasi ini adalah:
- i. Sebelum menyikat gigi pasien, memberikan obat tetes mata, pemeriksaan vagina atau rektal, memeriksa mulut, hidung, telinga dengan atau tanpa instrumen, memasukkan suppositori, dan melakukan *suction* mukus.
  - ii. Sebelum membersihkan, membalut luka dengan atau tanpa instrumen, pemberian salep pada kulit, dan melakukan injeksi perkutan.
  - iii. Sebelum memasukkan alat medis invasif (nasal kanul, *Nasogastric Tube* (NGT), *Endotracheal Tube* (ETT), periksa urin, kateter, dan drainase), melepas/ membuka selang peralatan medis (untuk makan, pengobatan, pengaliran, penyedotan, dan pemantauan).
  - iv. Sebelum mempersiapkan makanan, pengobatan, dan peralatan steril.
- c) Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien

*Hand hygiene* yang dilakukan setelah kontak dengan cairan tubuh pasien bertujuan untuk melindungi petugas kesehatan dari infeksi oleh kuman berbahaya dari tubuh pasien dan mencegah penyebaran kuman di lingkungan perawatan pasien. Contoh tindakan dari indikasi ini adalah:

- i. Ketika kontak dengan membran mukosa atau dengan kulit yang tidak utuh.
  - ii. Setelah melakukan injeksi; setelah pemasangan dan pelepasan alat medis invasif (akses ke pembuluh darah, kateter, selang, dan drainase); setelah melepas dan membuka selang yang terpasang dalam tubuh.
  - iii. Setelah melepaskan peralatan medis invasif.
  - iv. Setelah melepas alat perlindungan (serbet, gaun, dan handuk pengering).
  - v. Setelah menangani sampel yang mengandung bahan organik, setelah membersihkan ekskresi dan cairan tubuh lainnya, setelah membersihkan benda atau peralatan yang terkontaminasi (sprei tempat tidur yang kotor, gigi palsu, instrumen, dan urinal).
- d) Setelah menyentuh pasien

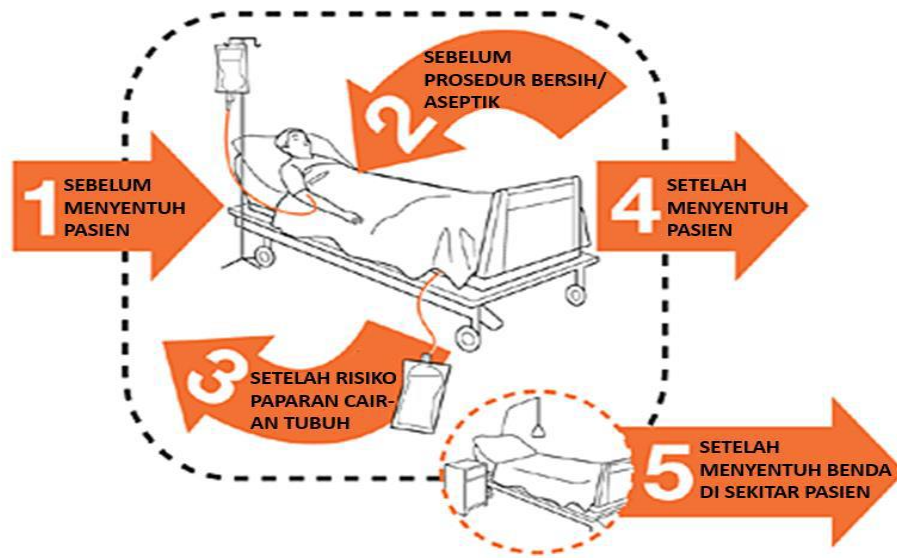
*Hand hygiene* yang dilakukan setelah menyentuh pasien bertujuan untuk melindungi petugas kesehatan dari kuman yang berada di tubuh pasien dan melindungi lingkungan perawatan pasien dari penyebaran kuman. Contoh tindakan dari indikasi ini adalah :

- i. Setelah berjabat tangan

- ii. Setelah membantu pasien melakukan aktivitas pribadi: bergerak, mandi, makan, dan berpakaian
  - iii. Setelah melakukan perawatan dan tindakan non-invasif lainnya: pemasangan masker oksigen dan melakukan masase.
  - iv. Setelah melakukan pemeriksaan fisik non-invasif: memeriksa nadi, memeriksa tekanan darah, auskultasi dada, dan merekam ECG.
- e) Setelah menyentuh peralatan di sekitar pasien ( lingkungan pasien)

*Hand hygiene* yang dilakukan setelah menyentuh peralatan di sekitar pasien bertujuan untuk melindungi petugas kesehatan dari kuman yang berada di tubuh pasien yang kemungkinan juga berada di permukaan/ benda-benda di sekitar pasien dan untuk melindungi lingkungan perawatan dari penyebaran kuman. Contoh tindakan dari indikasi ini adalah:

- i. Setelah kontak fisik dengan lingkungan pasien: mengganti sprei tempat tidur, memegang rel tempat tidur, dan membereskan meja yang berada di sebelah tempat tidur pasien.
- ii. Setelah melakukan aktivitas perawatan: mengatur kecepatan perfusi, dan membenahi alarm monitor.
- iii. Setelah kontak dengan permukaan atau benda lainnya (sebaiknya hindari aktivitas yang tidak diperlukan)



Gambar 1 Five Moment Hand Hygiene

(WHO, 2009)

Adapun moment pelaksanaan kebersihan tangan untuk pasien, keluarga atau masyarakat umum menurut buku panduan pencegahan penularan COVID-19 kemenkes, 2020 adalah sebagai berikut :

- i. Sebelum makan
- ii. Setelah Buang Air Besar
- iii. Sebelum menjamah makanan
- iv. Sebelum menyusui
- v. Setelah beraktifitas

Waktu terpenting untuk cuci tangan yaitu :

- i. Ketika seseorang tidak cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar maka kemungkinan tangan akan terkontaminasi bakteri e-coli

yang ada pada tinja. Untuk itu sebaiknya cuci tangan setelah buang air besar.

- ii. Ketika seseorang tidak cuci tangan pakai sabun setelah menceboki bayi atau anak maka kemungkinan yang terjadi tangan akan terkontaminasi bakteri e-coli yang ada pada tinja bayi atau anak. Untuk itu sebaiknya cuci tangan setelah menceboki bayi atau anak.
- iii. Ketika seseorang tidak mencuci tangan pakai sabun sebelum makan dan menyuapi anak maka kemungkinan muncul bakteri salmonella. Telur bakteri salmonella akan berpindah melalui makanan atau tangan yang kotor. Kemudian masuk ke dalam saluran pencernaan. Bakteri ini dapat hidup di dalam usus dan saluran pencernaan. Tanda-tanda terinfeksi bakteri ini, seperti diare, sakit perut, mual dan muntah. Untuk itu sebaiknya cuci tangan sebelum makan dan menyuapi anak.
- iv. Ketika seseorang tidak cuci tangan pakai sabun sebelum memegang makanan maka kemungkinan muncul bakteri salmonella. Telur bakteri salmonella akan berpindah melalui makanan atau tangan yang kotor. Kemudian masuk ke dalam saluran pencernaan. Bakteri ini dapat hidup di dalam usus dan saluran pencernaan. Tanda-tanda terinfeksi bakteri ini, seperti diare, sakit perut, mual dan muntah. Untuk itu sebaiknya cuci tangan pakai sabun sebelum memegang makanan.



v. Ketika seseorang tidak mencuci tangan pakai sabun setelah memegang unggas atau hewan maka berisiko untuk terkena berbagai macam penyakit infeksi seperti infeksi pencernaan, infeksi pernapasan, dan infeksi kulit. Untuk itu sebaiknya cuci tangan pakai sabun setelah memegang unggas atau hewan.

vi. Ketika seorang ibu tidak mencuci tangan pakai sabun sebelum menyusui bayinya maka akan mencemari payudara ibu dan menimbulkan masalah kesehatan pada bayinya. Masalah kesehatan seperti bayi terkena diare dan juga cacangan. Untuk itu sebaiknya cuci tangan pakai sabun sebelum menyusui bayi (Proverawati & Rahmawati, 2012).

Menurut Asiri, Bawazir, dan Jradi (2013) menjelaskan bahwa Pemberian informasi kepada pasien dan keluarga merupakan cara yang paling efektif untuk mendorong pasien dan keluarga menerapkan gaya hidup sehat dalam kehidupannya. Penerapan gaya hidup sehat tidak hanya membantu dalam pencegahan penyakit saja, tetapi juga dapat mengurangi resiko komplikasi sebagai hasil dari penyakit yang diderita pasien tersebut.

f) Enam Langkah Hand Hygiene

Prinsip dari 6 langkah *hand hygiene* antara lain :

i. Dilakukan dengan menggosokkan tangan menggunakan cairan antiseptik (handrub) atau dengan air mengalir dan sabun antiseptik

(handwash). Rumah sakit akan menyediakan kedua ini di sekitar ruangan pelayanan pasien secara merata.

ii. Handrub dilakukan selama 20-30 detik sedangkan handwash 40-60 detik.

iii. 5 kali melakukan handrub sebaiknya diselingi 1 kali handwash WHO (2009) menyatakan 6 langkah prosedur *hand hygiene*, yaitu:

- i) Ratakan sabun dengan kedua telapak tangan.
- ii) Gosokan punggung dan sela-sela jari tangan dengan tangan kanan dan sebaliknya.
- iii) Gosokan kedua telapak tangan dan sela-sela jari.
- iv) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
- v) Kemudian gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- vi) Gosok dengan memutar ujung jari ditelapak tangan kiri dan sebaliknya.

## 6 Langkah Mencuci Tangan



Gambar 2 Prosedur 6 Langkah Hand Hygiene

(WHO,2009)

- g) Cara mencuci tangan yaitu :
- i. Dengan cairan berbasis alkohol ( Handrub)

**CARA CUCI TANGAN DENGAN HAND RUB  
Dengan Berbahan Dasar Alkohol**



Gambar 3 Gambar Prosedur Handrub

(WHO,2009)

h) Dengan sabun dan air mengalir ( Handwash)



Gambar 4 Gambar Prosedur Hand Wash

(WHO,2009)

i) Faktor Yang Mempengaruhi Pemenuhan Pelaksanaan Hand Hygiene

Secara umum petugas, pasien dan penunggu pasien memiliki resiko yang sama terhadap penularan infeksi rumah sakit atau HAI's, dan pada umumnya petugas, pasien dan penunggu pasien peduli terhadap pentingnya *hand hygiene* (cuci tangan) untuk pencegahan infeksi, namun pemenuhan *hand hygiene* sesuai prosedur masih rendah.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *hand hygiene* (cuci tangan) menurut Langford, et Al. (2008) meliputi usia, tingkat

pendidikan, tingkat pengetahuan, masa kerja, ketersediaan fasilitas untuk mencuci tangan, kondisi pasien dan kebijakan rumah sakit.

i. Usia

Usia berpengaruh terhadap pola pikir seseorang dan pola fikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Umur seseorang secara garis besar menjadi indikator dalam setiap mengambil keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya, dengan semakin bertambah usia, maka dalam menerima sebuah instruksi dan dalam melaksanakan suatu prosedur akan semakin bertanggungjawab dan berpengalaman. Semakin cukup usia seseorang akan semakin matang dalam berpikir dan bertindak (Saragih dkk, 2011)

(i) Tingkat Pendidikan

Pendidikan berpengaruh terhadap pola pikir individu. Sedangkan pola fikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang dengan kata lain pola pikir seseorang yang berpendidikan rendah akan berbeda dengan pola pikir seseorang yang berpendidikan tinggi (Asmadi, 2010). Begitu juga dengan pelaksanaan cuci tangan (Hand Hygiene) semakin tinggi pendidikan seseorang akan mempengaruhi pelaksanaan (Hand Hygiene) cuci tangan secara optimal.

(ii) Masa Kerja

Masa kerja (lama kerja) adalah merupakan pengalaman individu yang akan menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan. Semakin lama seseorang bekerja maka tingkat prestasi akan semakin tinggi, prestasi yang tinggi di dapat dari perilaku yang baik. Hidayat (2009), menyatakan bahwa seseorang yang telah lama bekerja mempunyai wawasan yang lebih luas dan mempunyai pengalaman lebih banyak.

(iii) Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Notoadmodjo (2010) menyatakan bahwa pengetahuan terdiri dari 6 tingkatan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisa, sintesis dan evaluasi.

Penggalian terhadap tingkat pengetahuan tentang penyakit menular berbahaya yang sedang berlangsung ini dipandang perlu serta observasi terhadap tingkat kepatuhan pasien dan keluarga tentang upaya pencegahan penularan infeksi COVID-19 yaitu dengan penerapan mencuci tangan sesering mungkin baik selama menjalani proses asuhan perawatan di rumah sakit sehingga tercipta kepatuhan selama proses asuhan maupun setelah pasien dipulangkan (discharge) ke pelayanan kesehatan lain atau ke rumah.

(iv) Ketersediaan Fasilitas Untuk Mencuci Tangan

Kurangnya ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan untuk pelaksanaan *hand hygiene (cuci tangan)* perawat meliputi tidak tersedianya fasilitas wastafel serta jarak yang jauh untuk menuju tempat cuci tangan. Damanik, dkk. (2011) menyatakan bahwa salah satu kendala dalam ketidak patuhan terhadap pelaksanaan *hand hygiene* adalah sulitnya mengakses tempat cuci tangan atau persediaan alat lainnya yang digunakan untuk melakukan *hand hygiene*. Kemudahan dalam mengakses persediaan alat-alat untuk melakukan *hand hygiene*, bak cuci tangan, sabun atau alkohol jell adalah sangat penting untuk membuat kepatuhan menjadi optimal sesuai standar.

(v) Kebijakan Rumah Sakit

Salah satu langkah dari pihak rumah sakit untuk meningkatkan pengetahuan perawat, pasien, penunggu pasien adalah dengan mengadakan edukasi dan sosialisasi secara periodik terhadap pelaksanaan *hand hygiene*. Karena edukasi dan sosialisasi dapat memberikan dampak yang positif terhadap sikap perawat, pasien, penunggu pasien dalam melakukan *hand hygiene*. Hal ini sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa pelatihan, edukasi dan sosialisasi merupakan melakukan



perubahan perilaku afektif yang meliputi perubahan sikap seseorang terhadap sesuatu.

Disisi lain pelatihan, edukasi dan sosialisasi dapat memberikan informasi kepada perawat, pasien, penunggu pasien untuk membentuk sikap positif dan meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Sehingga dapat menjadi masukan bagi pihak rumah sakit dalam menerapkan prosedur *hand hygiene* untuk mencegah terjadinya HAIs dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan menurunkan resiko kejadian HAIs serta pelaksanaan *hand hygiene* diharapkan dapat memperpendek hari perawatan dan biaya perawatan di rumah sakit (Langford, et. Al, 2009)

## **5. Kepatuhan**

### a) Definisi Kepatuhan

Kepatuhan (*adherence*) adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekwensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melaksanakannya (Kemenkes RI, 2011). Menurut Smet (2004) dalam Emaliyawati (2010), kepatuhan adalah tingkat seseorang melaksanakan suatu cara atau berperilaku sesuai dengan apa yang disarankan atau dibebankan kepadanya .

Kepatuhan adalah keseluruhan (totalitas) pemahaman aktivitas antara faktor internal dan faktor eksternal meliputi pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi, dan sebagainya yang berfungsi mengolah rangsangan dari luar. Faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya (Notoadmojo, 2007)

Kepatuhan pelaksanaan prosedur tetap (protap) adalah untuk selalu memenuhi petunjuk atau peraturan-peraturan dan memahami etika keperawatan di tempat perawat tersebut bekerja. Kepatuhan merupakan modal dasar seseorang berperilaku. Menurut Kelman dalam Emaliyawati (2010) dijelaskan bahwa perubahan sikap dan perilaku individu diawali dengan proses patuh, identifikasi, dan tahap terakhir berupa internalisasi.

Kepatuhan individu yang berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru, dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda jenisnya, yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan tokoh yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*). Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu itu sendiri dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya (Al-Assaf, 2010).

b) Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoadmodjo (2003) dipengaruhi 3 faktor utama yaitu :

1) Predisposisi

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, kepercayaan, nilai keyakinan, dan sebagainya.

2) Pendukung

Faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku dari lingkungan fisik dan tersedianya fasilitas.

3) Faktor pendorong

Faktor yang meliputi sikap ayau praktek petugas kesehatan maupun tokoh masyarakat.

Model teori ini dapat digambarkan sebagai berikut :

$$B = f (PF, EF, RF)$$

Ket :

B = Behavior

f = Fungsi

PF = Predisposing

EF = Enabling

RF = Reinforcing

c) Pengukuran Kepatuhan

Pengukuran kepatuhan dapat dilakukan menggunakan kuesioner yaitu dengan cara mengumpulkan data yang diperlukan untuk mengukur indikator-indikator yang telah dipilih. Indikator tersebut sangat diperlukan sebagai ukuran tidak langsung mengenai standar dan penyimpangan yang

diukur melalui sejumlah tolok ukur atau ambang batas yang digunakan oleh organisasi merupakan penunjuk derajat kepatuhan terhadap standar tersebut. Suatu indikator merupakan suatu variabel (karakteristik) terukur yang dapat digunakan untuk menentukan derajat kepatuhan terhadap standar atau pencapaian tujuan mutu, disamping itu indikator juga memiliki karakteristik yang sama dengan standar, misalnya karakteristik itu harus reliabel, valid, jelas, mudah diterapkan, sesuai dengan kenyataan, dan juga dapat diukur.

d) Kriteria Kepatuhan

Menurut Depkes RI (2006) kriteria kepatuhan dibagi menjadi tiga yaitu:

- 1) Patuh adalah suatu tindakan yang taat baik terhadap perintah ataupun aturan dan semua aturan maupun perintah tersebut dilakukan dan semuanya benar.
- 2) Kurang patuh adalah suatu tindakan yang melaksanakan perintah dan aturan hanya sebagian dari yang ditetapkan, dan dengan sepenuhnya namun tidak sempurna.
- 3) Tidak patuh adalah suatu tindakan mengabaikan atau tidak melaksanakan perintah atau aturan sama sekali.

Untuk mendapatkan nilai kepatuhan yang lebih akurat atau terukur maka perlu ditentukan angka atau nilai dari tingkat kepatuhan tersebut, sehingga bisa dibuatkan ranking tingkat kepatuhan seseorang. Menurut Yayasan Spiritia (2006) tingkat kepatuhan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan yaitu :

- 1) Patuh : 75% - 100%
- 2) Kurang patuh : 50% - < 75%
- 3) Tidak patuh : < 50

## **6. Upaya Pencegahan Penularan COVID-19**

- a. Definisi Upaya pencegahan dan penularan infeksi COVID-19 Upaya pencegahan dan penularan infeksi COVID-19 berhubungan erat dengan PPI ( Pencegahan dan Pengendalian Infeksi).

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah suatu upaya yang ditujukan untuk mencegah transmisi penyakit menular disemua tempat pelayanan kesehatan ( Minnesa Departement of Health, 2014). Pencegahan memiliki arti mencegah agar tidak terjadi infeksi, sedangkan pengendalian memiliki arti meminimalisasi resiko terjadinya infeksi. Dengan demikian, tujuan utama dari pelaksanaan program PPI adalah mencegah dan mengendalikan infeksi dengan cara menghambat pertumbuhan dan transmisi mikroba yang berasal dari sumber di sekitar penderita yang sedang dirawat ( Darmadi, 2008).

Adapun upaya yang disarankan oleh WHO dalam mencegah penularan COVID-19 adalah dengan menerapkan strategi-strategi PPI :

- 1) Menjalankan langkah-langkah pencegahan standar untuk semua pasien.
- 2) Memastikannya dilakukan triase, identifikasi awal, pengendalian sumber.

- 3) Menerapkan langkah pencegahan tambahan kasus suspek infeksi COVID-19.
- 4) Menerapkan pengendalian administratif.
- 5) Menggunakan pengendalian lingkungan.

Menurut Kemenkes dalam buku panduan pencegahan COVID-19 tahun 2020 pencegahan dan pengendalian penularan COVID-19 ini untuk masyarakat umum di fokuskan pada penerapan pencegahan standar yaitu terdapat beberapa prinsip yang perlu diikuti untuk membantu mencegah COVID-19, yaitu menjaga kebersihan diri/personal dan rumah dengan cara :

- 1) Mencuci tangan lebih sering dengan sabun dan air setidaknya 20 detik atau menggunakan pembersih tangan berbasis alkohol (hand sanitizer), serta mandi atau mencuci muka jika memungkinkan, sesampainya rumah atau di tempat bekerja, setelah membersihkan kotoran hidung, batuk atau bersin dan ketika makan atau mengantarkan makanan.
- 2) Hindari menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang belum dicuci.
- 3) Jangan berjabat tangan.
- 4) Hindari interaksi fisik dekat dengan orang yang memiliki gejala sakit.
- 5) Tutupi mulut saat batuk dan bersin dengan lengan atas bagian dalam atau dengan tisu lalu langsung buang tisu ke tempat sampah dan segera cuci tangan.
- 6) Segera mengganti baju/mandi sesampainya di rumah setelah berpergian.

7) Bersihkan dan berikan desinfektan secara berkala pada benda-benda yang sering disentuh dan pada permukaan rumah dan perabot (meja, kursi, dan lain-lain), gagang pintu, dan lain-lain.

8) Peningkatan Imunitas Diri dan Mengendalikan Komorbid

Dalam melawan penyakit COVID-19, menjaga sistem imunitas diri merupakan hal yang penting, terutama untuk mengendalikan penyakit penyerta (komorbid). Terdapat beberapa hal yang dapat meningkatkan imunitas diri pada orang yang terpapar COVID-19, yaitu sebagai berikut:

- a) Aktifitas fisik/senam ringan
- b) Konsumsi gizi seimbang
- c) Istirahat cukup
- d) Suplemen vitamin
- e) Tidak merokok
- f) Mengendalikan komorbid (misal diabetes mellitus, hipertensi, kanker).

Pembatasan Interaksi Fisik dan Pembatasan Sosial (Physical Contact/Physical Distancing dan Social Distancing). Pembatasan sosial adalah pembatasan kegiatan tertentu penduduk dalam suatu wilayah. Pembatasan sosial ini dilakukan oleh semua orang di wilayah yang diduga terinfeksi penyakit. Pembatasan sosial berskala besar bertujuan untuk mencegah meluasnya penyebaran penyakit di wilayah tertentu. Pembatasan sosial berskala besar paling sedikit meliputi: meliburkan sekolah dan tempat kerja; pembatasan kegiatan keagamaan; dan/atau

pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum. Selain itu, pembatasan social juga dilakukan dengan meminta masyarakat untuk mengurangi interaksinya dengan tetap tinggal di dalam rumah maupun pembatasan penggunaan transportasi publik.

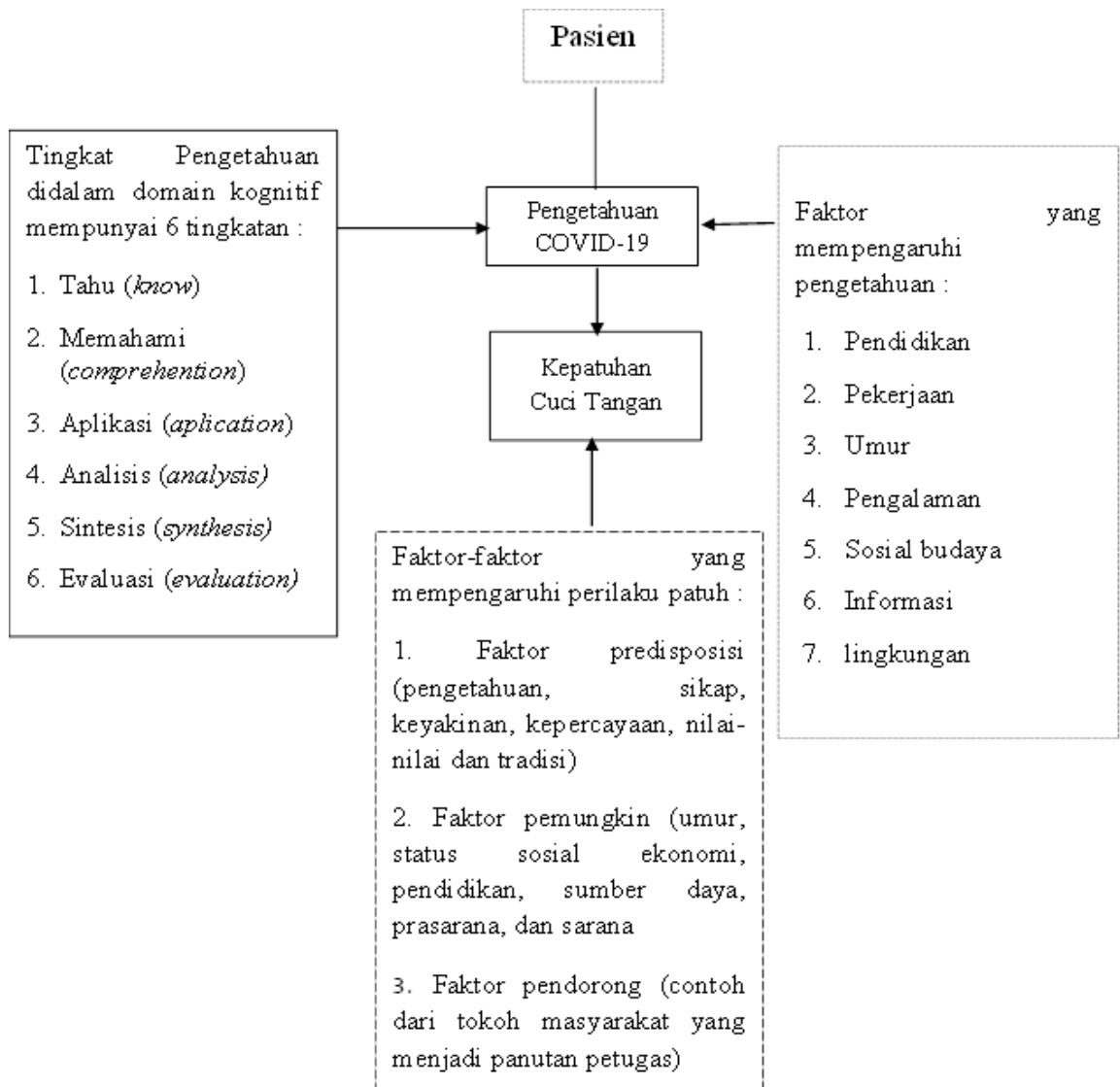
Pembatasan sosial dalam hal ini adalah jaga jarak fisik (physical distancing), yang dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Dilarang berdekatan atau kontak fisik dengan orang mengatur jarak minimal 1 meter, tidak bersalaman, tidak berpelukan dan berciuman.
- 2) Hindari penggunaan transportasi publik (seperti kereta, bus, dan angkot) yang tidak perlu, sebisa mungkin hindari jam sibuk ketika berpergian.
- 3) Bekerja dari rumah (Work From Home), jika memungkinkan dan kantor memberlakukan ini.
- 4) Dilarang berkumpul massal di kerumunan dan fasilitas umum.
- 5) Hindari bepergian ke luar kota/luar negeri termasuk ke tempat-tempat wisata.
- 6) Hindari berkumpul teman dan keluarga, termasuk berkunjung/bersilaturahmi tatap muka dan menunda kegiatan bersama. Hubungi mereka dengan telepon, internet, dan media sosial.
- 7) Gunakan telepon atau layanan online untuk menghubungi dokter atau fasilitas lainnya.
- 8) Jika anda sakit, Dilarang mengunjungi orang tua/lanjut usia. Jika anda tinggal satu rumah dengan mereka, maka hindari interaksi langsung dengan mereka.



- 9) Untuk sementara waktu, anak sebaiknya bermain sendiri di rumah.
- 10) Untuk sementara waktu, dapat melaksanakan ibadah di rumah.
- 11) Semua orang harus mengikuti ketentuan ini. Kami menghimbau untuk mengikuti petunjuk ini dengan ketat dan membatasi tatap muka dengan teman dan keluarga, khususnya jika Anda :
  - a) Berusia 60 tahun keatas
  - b) Memiliki penyakit komorbid (penyakit penyerta) seperti diabetes melitus, hipertensi, kanker, asma dan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) dan lain-lain.
  - c) Ibu hamil.
  - d) Menerapkan Etika Batuk dan Bersin, meliputi :
    - (1) Jika terpaksa harus bepergian, saat batuk dan bersin gunakan tisu lalu langsung buang tisu ke tempat sampah dan segera cuci tangan.
    - (2) Jika tidak ada tisu, saat batuk dan bersin tutupi dengan lengan atas bagian dalam.
    - (3) Gunakan masker saat batuk dan flu.
    - (4) Lakukan cuci tangan dengan handrub atau dengan sabun dan air mengalir.

## B. Kerangka Teori



Ket :

—————

= Diteliti

-----

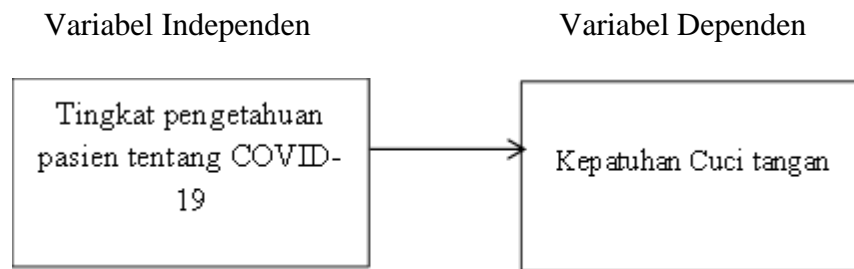
= Tidak diteliti

Gambar 5 Kerangka Teori

(Notoatmojo (dalam Wawan dan Dewi, 2010), Nursalam, 2011, Lawrence Green

(1980) dalam Notoadmodjo (2003), PDPI, (2020))

### C. Kerangka Konsep



Gambar 6 Kerangka Konsep Penelitian

### D. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, (Sugiyono, 2014). Hipotesis: Ada Hubungan antara Tingkat Pengetahuan COVID-19 dengan Kepatuhan Cuci Tangan Pada Pasien Dalam Upaya Pencegahan Penularan CO

