

UPAYA PERLINDUNGAN PETUGAS KESEHATAN MELALUI PENERAPAN PROTOKOL KESEHATAN COVID-19 DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN PROVINSI JAMBI

M Fajar Maulidi T¹, Robiana Modjo², Rosinta Uli³, Riskiyana Sukandhi Putra⁴

Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia^{1,2}

Dinas Kesehatan Provinsi Jambi³

Direktur Kesehatan Kerja dan Olahraga Kementerian Kesehatan Republik Indonesia⁴

bian@ui.ac.id

ABSTRACT

Indonesia has had active COVID-19 cases and the death rate is the highest compared to the global average and had the highest COVID-19 case in Southeast Asia in February 2021. A study explains that more than half of health workers experience positive cases of COVID-19, one source of exposure is in the workplace. Health workers are the last line in dealing with the pandemic to reduce the severity and mortality of these cases. So the government issued a health protocol guideline which is an action to protect health workers through Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/413/2020. The objective of this study was to describe implementation of health protocol COVID-19 in Jambi Province health facilities. The research design is cross-sectional with qualitative and quantitative approaches. This research was conducted online and offline which was carried out from March to August 2021, in 6 health care facilities (4 hospitals and 2 puskesmas). The results of this study indicate that the implementation of health protocols is dominated by the "sufficient" category, 2 health care facilities in the "good" category and 1 health service facility in the "very good" category. The lowest hospital category assessment components are human resources, patient management, risk communication & community involvement, and surge capacity, coordination & occupational health components, mental health & psychosocial support. The lowest evaluation components for the Puskesmas category are administrative, financial and business continuity components, patient management and occupational health, mental health and psychosocial support. From the results of this study, it is still necessary to improve and increase the implementation of health protocols in these healthcare facilities to protect healthcare workers.

Kata kunci: Covid-19, health care facilities, health protocols, occupational health

ABSTRAK

Indonesia pernah menjadikan kasus COVID-19 aktif dan tingkat kematiannya tertinggi dibandingkan rata-rata kasus global dan pernah menjadikan kasus COVID-19 tertinggi di Asia Tenggara pada akhir februari 2021. Sebuah studi menjelaskan bahwa lebih dari setengah petugas kesehatan mengalami kasus positif COVID-19, salah satu sumber pajanannya adalah di tempat kerja. Petugas kesehatan merupakan garda terakhir dalam menangani pandemi untuk mengurangi angka keparahan dan kematian dari kasus ini. Sehingga pemerintah mengeluarkan pedoman protokol kesehatan yang merupakan tindakan untuk melindungi petugas kesehatan melalui Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/413/2020. Tujuan studi ini untuk menggambarkan penerapan protokol kesehatan pada fasilitas kesehatan Provinsi Jambi dalam menangani pandemi COVID-19 ini. Desain studi ini adalah *cross-sectional* pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Penelitian ini dilakukan secara online dan offline. Pelaksanaan studi ini adalah bulan maret hingga agustus 2021, di 6 fasilitas pelayanan kesehatan (4 rumah sakit dan 2 puskesmas). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan protokol kesehatan didominasi kategori "cukup", 2 fasilitas pelayanan kesehatan berkategori "baik" dan 1 fasilitas pelayanan kesehatan berkategori "sangat Baik". Komponen penilaian kategori rumah sakit yang terendah adalah sumberdaya manusia, manajemen pasien, komunikasi risiko & keterlibatan masyarakat, dan *surge capacity*, koordinasi & komponen kesehatan kerja, kesehatan mental & dukungan psikososial. Komponen penilaian kategori Puskesmas yang terendah adalah komponen

administrasi, keuangan dan keberlangsungan bisnis, manajemen pasien dan kesehatan kerja, kesehatan mental dan dukungan psikososial. Dari hasil penelitian tersebut bahwa masih perlunya perbaikan dan peningkatan penerapan protokol kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dalam upaya perlindungan petugas kesehatan.

Kata Kunci : COVID-19, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Protokol Kesehatan, Kesehatan Kerja

PENDAHULUAN

Dari awal mula kejadian Coronavirus Disease 2019 ini pada bulan Desember 2019 hingga pada tanggal 10 agustus 2021 ini tercatat lebih dari 203 juta kasus terjadi di dunia dan merenggut lebih dari 20 ribu orang jiwa (Li et al., 2020). Sementara di Indonesia, kasus positif mencapai lebih dari 3,7 juta kasus dan merenggut lebih dari 110 ribu jiwa per 10 Agustus 2021 (Satuan Tugas Penanganan COVID-19, 2021). Angka kasus positif COVID-19 harian tertinggi pada tanggal 15 juli 2021 dengan 56.757 kasus dan tercatat angka kasus kematian tertinggi adalah pada tanggal 27 juli 2021 dengan 2.069 jiwa (Satuan Tugas Penanganan COVID-19, 2021). Di kawasan Asia Tenggara, pada akhir februari 2021 lalu Indonesia pernah menempatkan sebagai negara dengan kasus Coronavirus Disease 2019 teraktif serta tingkat kematian lebih tinggi dibandingkan rata-rata global (Cucunawangsih et al., 2021). Beberapa minggu terakhir kasus di Indonesia terus meningkat serta pasien meninggal dunia masih terus bertambah hal ini dikarenakan varian delta ini lebih mudah menular (Chumaida et al., 2021).

Melihat kasus yang terus meningkat dan penyebarannya juga meluas sehingga pada awal tahun 2020 WHO menjadikan kasus Coronavirus Disease 2019 sebagai pandemik. Sedangkan di Indonesia kasus tersebut ditetapkan sebagai keadaan darurat nasional dengan dikeluarkannya Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 dan Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020, oleh karena itu untuk mengendalikan penyebaran kasus ini perlu dilakukan strategi penanganan dari semua lini (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020b).

Salah satu langkah pemerintah Indonesia dalam menangani kasus COVID-19 agar tidak semakin meluas adalah dengan cara membatasi interaksi dan mobilitas penduduknya dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2020. Kebijakan ini mempertimbangkan berbagai aspek diantaranya epidemiologis, besaran dampak, keefektifan, politik, sosial, ekonomi, pertahanan, keamanan serta ketersediaan sumberdaya dan teknis operasional (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020c; Republik Indonesia, 2020).

Kondisi pandemi ini berdampak kepada aspek ekonomi, kesehatan, sosial dan lainnya. Dalam aspek ekonomi pertumbuhan global diproyeksikan menurun hampir 8% dengan negara berpendapatan rendah yang sangat merasakan dampaknya dan diproyeksikan merugikan sekitar 2 triliun dollar pada tahun 2021 (Kaye et al., 2021). Di Indonesia COVID-19 juga berdampak kepada perekonomian hal ini bisa dilihat pada laporan akhir kuartal pertama Indonesia yang turun secara signifikan. Pemerintah merespon untuk mengurangi dampak yang ditimbulkan dengan pemberian stimulus bantuan (Olivia et al., 2020). Di kabupaten Pati, pandemi COVID-19 ini berdampak terhadap penurunan pertumbuhan ekonomi dikarenakan terjadi perubahan penawaran dan permintaan barang dan jasa. Perlambatan ekonomi menyebabkan peningkatan pengangguran dan tingkat kemiskinan. Sektor usaha kecil dan rumah tangga yang sangat terdampak terhadap kondisi pandemi ini (Aeni et al., 2021).

Di seluruh dunia termasuk di Indonesia pandemi ini menjadi tantangan bagi sistem

kesehatan. Pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan menjadi tulang punggung dan garda paling depan dalam menanganani kasus positif Coronavirus Disease 2019. Di seluruh dunia kondisi ini menyebabkan sumber daya dalam menunjang fasilitas kesehatan seperti kit diagnosis, obat-obatan dan peralatan perawatan kesehatan mengalami kekurangan (Mishra et al., 2021). Sejalan dengan kasus meningkatnya penyebaran di Indonesia berdampak juga terhadap timbulnya permasalahan pada fasilitas pelayanan kesehatan dan petugas kesehatan bekerja ekstra dalam melakukan penanganan pasien COVID-19. Peningkatan kasus ini juga menyebabkan sebagian fasilitas kesehatan mengalami kelebihan kapasitas, kebutuhan tabung oksigen meningkat sedangkan ketersediaannya terbatas dan peti jenazah juga menipis ketersediaannya (Chumaida et al., 2021). Kurangnya kesiapan merupakan penyebab permasalahan di fasilitas kesehatan. Permasalahan tersebut berupa ketidak mencukupinya alat pelindung diri untuk petugas kesehatan, peralatan rumah sakit, persediaan sanitasi dan air (Kaye et al., 2021). Penelitian yang dilakukan Iqbal dan Chaudhuri juga menunjukkan bahwa dua pertiga responden petugas kesehatan berpendapat bahwa alat pelindung diri tidak mencukupi (Iqbal & Chaudhuri, 2020).

Petugas kesehatan merupakan garda terakhir dalam menangani pandemi untuk mengurangi angka keparahan dan kematian dari kasus ini. Dalam sebuah studi menjelaskan bahwa Persentasi petugas kesehatan yang positif COVID-19 adalah 51,7%. Sebagian besar petugas kesehatan tersebut dilaporkan terinfeksi COVID-19 selama 6 bulan pertama pandemi COVID-19, dengan prevalensi rawat inap 15,1% dan mortalitas 1,5% (Gholami et al., 2021). Sebuah penelitian cohort yang melibatkan 29.295 petugas kesehatan di Denmark menyatakan bahwa risiko infeksi COVID-19 pada petugas kesehatan terkait dengan pajanan pada pasien yang terinfeksi. Lebih dari setengah petugas kesehatan mengalami kasus positif COVID-19. Sebuah studi

menemukan bahwa penularan COVID-19 yang tidak terkendali di fasilitas kesehatan adalah penyebab terjadinya infeksi antar petugas kesehatan (Gordon et al., 2021). Sebuah studi lain juga menjelaskan bahwa prevalensi kasus petugas kesehatan positif COVID-19 yang menangani pasien secara langsung (Shepard et al., 2021).

Penyediaan perawatan kesehatan yang memadai sangat bergantung pada petugas kesehatan yang merasa aman dan terlindungi dengan baik. Lebih lanjut, pentingnya pengetahuan tentang resiko penularan yang disoroti oleh WHO dan dalam penelitian lain (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020b). Petugas kesehatan adalah asset berharga karena untuk mencetak yang kompeten butuh waktu yang bertahun-tahun dan jika banyak petugas kesehatan tertular dikhawatirkan dapat mengganggu pelayanan kesehatan. Oleh karena itu sudah kewajiban pemerintah dan pemangku kebijakan untuk menjadi perhatian untuk melindungi petugas kesehatan (Murdiyanto et al., n.d.).

Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/413/2020. Peraturan ini dibuat untuk menanggulangi pandemi dengan mengutamakan pengendalian wilayah/klaster transmisi pandemi. Pada peraturan ini juga disebutkan strategi penanggulangan virus terhadap petugas kesehatan secara eksplisit, antara lain penyediaan alat pelindung diri, pengaturan jam kerja dan istirahat yang baik, adanya pendampingan, pelatihan, dan dukungan umum lainnya untuk keselamatan petugas kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020b). Memahami ancaman yang dihadapi petugas kesehatan selama pandemi COVID-19 dan untuk menghindari runtuhnya sistem kesehatan nasional, pemerintah Indonesia mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 327 Tahun 2020. Kebijakan ini menetapkan infeksi yang

disebabkan oleh COVID-19 yang mengakibatkan penyakit dan/atau kematian pada setiap petugas kesehatan dan non petugas kesehatan yang memberikan perawatan di lingkungan tempat kerja dapat didiagnosis sebagai penyakit akibat kerja dan berhak diobati dengan menggunakan perlindungan kesehatan nasional (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020a).

Provinsi Jambi merupakan daerah yang jauh dari episentrum pandemi COVID-19, tercatat hingga tanggal 10 Agustus 2021 terdapat kasus positif sebanyak 23.335 kasus dan merenggut 523 jiwa (Satuan Tugas Penanganan COVID-19, 2021). Terlepas kasus yang dilaporkan rendah dibandingkan dengan provinsi lain, penting untuk memahami bagaimana penyedia layanan kesehatan melakukan langkah-langkah untuk melindungi petugas kesehatan mereka selama pandemi ini, termasuk dengan penerapan protokol kesehatan sesuai dengan pedoman yang disediakan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan penerapan protokol kesehatan di fasilitas kesehatan Provinsi Jambi. Protokol kesehatan ini juga merupakan sarana untuk melindungi tenaga kesehatan dalam bekerja.

METODE

Desain studi ini adalah cross-sectional dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Pelaksanaan studi ini adalah bulan maret hingga agustus 2021. Data primer diperoleh dari enam penyedia layanan kesehatan di Provinsi Jambi yang ditunjuk sebagai lokus pengumpulan data yang terdiri dari empat rumah sakit (RS A, RS B, RS C dan RS D) dan 2 puskesmas (PKM A dan PKM B).

Penelitian ini menggunakan *self assessment evaluation* berupa kuesioner. Kuesioner diadaptasi dari WHO dan disesuaikan sesuai dengan Keputusan

Menteri Kesehatan Nomor 327 Tahun 2020 dan Nomor 413 Tahun 2020. Peneliti juga melakukan wawancara mendalam dan observasi jika dirasa perlu untuk menggali lebih banyak data dan informasi. Pengklasifikasian penerapan protokol kesehatan tersebut adalah sangat baik ($\geq 80\%$), baik (61-79%), cukup (41-59%) dan kurang ($\leq 40\%$).

HASIL

Tingkat penerapan protokol kesehatan fasilitas pelayanan kesehatan terdiri atas 3 kategori adalah sangat baik, baik dan cukup. Persentasi penerapan protokol kesehatan pada kategori sangat baik adalah $>80\%$, sedangkan kategori baik adalah $80\%-61\%$ dan kategori cukup $<60\%$. Hasil penerapan protokol kesehatan fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Jambi adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Tingkat Penerapan Protokol Kesehatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Provinsi Jambi

Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Total Skor	%	Kategori
RS A	555	54,95	Cukup
RS B	665	65,84	Baik
RS C	500	49,50	Cukup
RS D	605	59,90	Cukup
PKM A	770	90,59	Sangat Baik
PKM B	665	78,24	Baik

Berdasarkan kategori fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit pada hasil penelitian diatas bahwa tingkat penerapan protokol kesehatan tertinggi adalah “baik” dengan persentasi 65,95% adalah RS B sedangkan RS A, RS C dan RS D dengan kategori “Cukup”. RS C dengan persentasi penerapan yang terendah yaitu 49,5%. Hasil penelitian pada kategori puskesmas bahwa PKM A adalah kategori “sangat baik” dengan persentasi 90,59% sedangkan PKM B kategori “baik” dengan persentasi 78,24%.

Tabel 2. Persentasi Penerapan Protokol Kesehatan berdasarkan Komponen pada Rumah Sakit di Provinsi Jambi

Komponen Penilaian	RS A		RS B		RS C		RS D	
	Skor	%	Skor	%	Skor	%	Skor	%
Umum	85	94,44	80	88,89	70	77,78	90	100
Kepemimpinan dan Sistem Manajemen Insiden	30	42,86	55	78,57	45	64,29	55	78,57
Koordinasi dan Komunikasi	10	16,67	40	66,67	35	58,33	30	50
Surveilans dan Manajemen Informasi	30	50	25	41,67	30	50	30	50
Komunikasi Risiko dan Keterlibatan Masyarakat	5	12,5	25	62,50	10	25	20	50
Administrasi, Keuangan, dan Keberlanjutan Bisnis	35	43,75	50	62,50	20	25	5	6,25
Sumber Daya Manusia	25	41,67	25	41,67	25	41,67	5	8,33
Surge Capacity	20	40	20	40	25	50	0	0
Keberlanjutan Layanan Pendukung Esensial	30	50	40	66,67	35	58,33	15	25
Manajemen Pasien	20	50	15	37,5	15	37,5	10	25
Kesehatan Kerja, Kesehatan Mental, dan Dukungan Psikososial	15	25	40	66,67	20	33,33	35	58,33
Identifikasi dan Diagnosis Cepat	40	66,67	30	50	25	41,67	50	83,33
Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	210	75	220	78,57	145	51,79	260	92,86

Berdasarkan Tabel 2. Dapat diinterpretasikan bahwa penerapan protokol kesehatan di RS B pada komponen kepemimpinan dan sistem manajemen insiden (78,57%) dan komponen pencegahan & pengendalian infeksi adalah yang tertinggi (78,57%), disusul komponen koordinasi dan komunikasi (66,67%). Komponen terendah pada penerapan protokol kesehatan di RS B adalah komponen manajemen pasien (37,5%). Komponen tertinggi pada Penerapan protokol kesehatan di RS A adalah Pencegahan dan pengendalian infeksi (75%), identifikasi dan diagnosis cepat (66,67%) disusul komponen administrasi, keuangan dan keberlanjutan bisnis (43,75%). Komponen terendah pada penerapan protokol kesehatan di RS A adalah komponen komunikasi risiko & keterlibatan masyarakat (12,5%), koordinasi & komunikasi (16,67%), kesehatan kerja, kesehatan mental dan dukungan psikososial (25 %). Komponen penerapan protokol kesehatan RS C tertinggi adalah kepemimpinan dan system insident (64,29%), koordinisasi dan komunikasi (58,3%) dan keberlanjutan layanan pendukung esensial (58,3%).

Sedangkan yang komponen terendah adalah komunikasi risiko dan ketelibatan masyarakat (25%), administrasi, keuangan dan keberlanjutan bisnis (25%), manajemen pasien (37,5%). komponen penerapan protokol kesehatan RS D yang tertinggi adalah pencegahan pencegahan dan pengendalian infeksi (92,86%), identifikasi dan diagnosis cepat (83,3%), kepemimpinan dan sistem manajemen insiden (78,57 %). Serta komponen terendah adalah surge capacity (0%), administrasi, keuangan dan keberlanjutan bisnis (6,25%) dan sumber daya manuasia (8,3%).

Berdasarkan hasil tersebut, disimpulkan bahwa penerapan pedoman protokol kesehatan di rumah sakit Jambi berdasarkan KMK No. 413 Tahun dan KMK No. 327 Tahun 2020. Terutama perbaikan dibebberapa komponen yaitu; sumberdaya manusia, manajemen pasien, komunikasi risiko & keterlibatan masyarakat, dan surge capacity, koordinasi & komponen kesehatan kerja, kesehatan mental & dukungan psikososial.

Tabel 3. Persentasi Penerapan Protokol Kesehatan berdasarkan Komponen pada Puskesmas di Provinsi Jambi

Komponen	RS A		RS B	
	Skor	%	Skor	%
Umum	80	88,89	75	83,33
Kepemimpinan dan Sistem Manajemen Insiden	60	85,71	40	57,14
Koordinasi dan Komunikasi	50	100	50	100
Surveilans dan Manajemen Informasi	55	91,67	55	91,67
Komunikasi Risiko dan Keterlibatan Masyarakat	25	83,33	20	66,67
Administrasi, Keuangan, dan Keberlanjutan Bisnis	50	100	10	20,00
Sumber Daya Manusia	50	71,43	45	64,29
Keberlanjutan Layanan Pendukung Esensial	55	91,67	40	66,67
Manajemen Pasien	25	83,33	15	50
Kesehatan Kerja, Kesehatan Mental, dan Dukungan Psikososial	15	50	25	83,33
Identifikasi dan Diagnosis Cepat	45	90	30	60
Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	260	100	260	100

Berdasarkan gambar diatas dapat diinterpretasikan bahwa penerapan protokol kesehatan di PKM A pada komponen koordinasi dan komunikasi, administrasi, keuangan dan keberlanjutan bisnis dan komponen pencegahan dan pengendalian infeksi masing-masing persentasi penerapannya sempurna yaitu 100%. Sedangkan komponen kesehatan kerja, kesehatan mental & dukungan psikososial adalah komponen pencapaian yang terendah yaitu 50 %. Sedangkan penerapan protokol kesehatan PKM B pada komponen koordinasi dan komunikasi dan komponen pencegahan dan pengendalian infeksi adalah pencapaian sempurna yaitu 100%. Sedangkan penerapan protokol kesehatan terendah adalah pada komponen administrasi, keuangan dan keberlanjutan bisnis (20%) dan komponen manajemen pasien (50%).

Berdasarkan hasil tersebut, disimpulkan bahwa pelaksanaan pedoman protokol kesehatan di Puskesmas Jambi telah sejalan dengan KMK No. 413 Tahun 2020 dan KMK No. 327 Tahun 2020. Namun demikian, perbaikan harus dilakukan, terutama pada komponen administrasi, keuangan dan keberlanjutan bisnis, komponen manajemen pasien dan komponen kesehatan kerja, kesehatan mental dan dukungan psikososial.

Kajian penelitian ini mendeskripsikan upaya perlindungan yang dilakukan

pemerintah Indonesia terhadap petugas kesehatan di Jambi selama masa pandemi. Di tengah berbagai upaya yang dilakukan pemerintah, penerbitan peraturan dan keputusan kementerian kesehatan ini diharapkan dapat menjadi landasan hukum bagi fasilitas kesehatan dalam memberikan perlindungan bagi petugas kesehatannya. Selain itu, memiliki petugas kesehatan yang sehat di masa pandemi dapat memberikan kepastian bagi masyarakat. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa upaya perlindungan sesuai dengan dua keputusan menteri tersebut telah dilaksanakan dengan baik di Provinsi Jambi. Namun demikian, beberapa unsur perlindungan yang diatur dalam peraturan dan keputusan kementerian kesehatan tersebut perlu ditingkatkan untuk meningkatkan derajat kesehatan petugas kesehatan.

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini, penerapan protokol kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan di puskesmas lebih baik dari pada di rumah sakit, hal ini bisa dilihat bahwa mayoritas penerapan protokol kesehatan di rumah sakit berkategori "cukup" hanya 1 rumah sakit kategori "baik" sedangkan puskesmas kategori "baik" dan "sangat baik". Hal ini perlunya perbaikan terus menerus dalam penerapannya. Secara keseluruhan penerapan komponen-komponen protokol

kesehatan yang diteliti sudah baik akan tetapi ada beberapa komponen-komponen yang masih kurang penerapannya di beberapa fasilitas pelayanan kesehatan. Komponen-komponen tersebut adalah komponen koordinasi & komunikasi, komponen surveilans & manajemen informasi, komponen komunikasi risiko & keterlibatan masyarakat, komponen administrasi, keuangan & keberlanjutan bisnis, komponen sumber daya manusia, komponen surge capacity, komponen manajemen pasien serta komponen kesehatan kerja, kesehatan mental & dukungan psikososial. Perbaikan ini penting dilakukan dan diurus oleh rumah sakit rujukan COVID-19, terutama dalam menghadapi lonjakan pasien yang terinfeksi selama pandemi (Liu et al., 2020).

Komponen koordinasi dan komunikasi ini menyoroti dua yaitu internal dan eksternal. Komunikasi dan koordinasi internal meliputi adanya rencana komunikasi dan SOP untuk semua pekerja rumah sakit, pasien, visitor. Kemudian adanya mekanisme dan perlengkapan sistem komunikasi rumah sakit guna penanganan pandemi COVID-19 yang telah diuji serta dapat berfungsi secara maksimal baik kualitas maupun kuantitas (alat komunikasi dapat berupa telepon, pagers, telepon satelit, radio, serta akses internet), hingga adanya briefing dan pelatihan terkait prosedur darurat COVID-19 untuk semua pekerja rumah sakit. Adapun indikator komunikasi dan koordinasi eksternal yaitu tim manajemen insiden/gugus tugas COVID-19 di rumah sakit telah mengaktifasi mekanisme untuk berkoordinasi dan berkomunikasi (misalnya dengan Kementerian Kesehatan, BNPB dan BPBD, adanya juru bicara penanganan COVID-19 yang telah dilatih, dan adanya daftar semua stakeholders' yang terlibat dalam manajemen COVID-19.

Sebagaimana diatur dalam peraturan menteri, komponen surveilans dan manajemen informasi penting selama

pandemi yang dapat menjadi dasar bagi penyedia layanan kesehatan untuk melakukan pengendalian infeksi dan pencegahan, mencegah petugas kesehatan terpapar virus. Kajian ini menyoroti bagaimana rumah sakit dan puskesmas mengelola pengumpulan, analisis, penyebaran, dan pendokumentasian informasi COVID-19 sesuai regulasi internal (Pedoman/Panduan/SPO, dll). Kemudian, adanya sistem untuk memastikan tersedianya sistem untuk dokumentasi dan terdapat lokasi penyimpanan yang aman terkait informasi COVID-19 serta terdapat sistem cadangan, hingga tersedianya sistem mekanisme untuk mengumpulkan umpan balik dari pasien dan tamu tentang manajemen COVID-19 dan mekanisme tersebut mampu terlaksana. Sebagian implementasi manajemen informasi yang baik ditunjukkan oleh sejumlah rumah sakit pada saat penelitian ini dilakukan.

Komunikasi risiko dan keterlibatan masyarakat juga merupakan komponen yang diyakini pemerintah dapat memainkan peran penting dalam melindungi petugas kesehatan selama pandemi. Kajian ini menyoroti adanya standar operasional prosedur dan protokol pencegahan dan pengendalian infeksi yang dapat digunakan oleh semua staf, pasien, tamu dan stakeholder lain termasuk anggota masyarakat. Kemudian adanya pesan kunci yang telah dikembangkan dan diperbarui berdasarkan perkembangan situasi dan pedoman teknis berbasis bukti untuk komunikasi risiko COVID-19, memastikan setiap orang untuk tetap mendapat informasi terkait pandemi COVID-19, hingga rumah sakit dan puskesmas telah melaksanakan *briefing* secara teratur tentang pesan komunikasi risiko COVID-19 kepada nakes dan non nakes serta melibatkan masyarakat. Belajar dari peristiwa kesehatan masyarakat global masa lalu, seperti Sindrom Pernafasan Akut Parah, Sindrom Pernafasan Timur Tengah, Influenza A, dan Ebola, banyak penelitian menunjukkan bahwa komunikasi risiko dan

keterlibatan masyarakat merupakan bagian integral dari keberhasilan tindakan pengendalian yang diambil untuk menangani penyakit tertentu (Heydari et al., 2021). Selain itu pentingnya menyampaikan informasi ke masyarakat yang valid, efektif, efisien, dan berkelanjutan serta perlunya pemilihan media komunikasi yang tepat untuk meningkatkan pengetahuan seputar pencegahan COVID-19 (Sulistiyawati et al., 2021).

Studi ini menyoroti masalah keuangan dan administrasi tentang bagaimana alat pelindung diri mungkin menantang untuk fasilitas kesehatan. Keterbatasan fasilitas pemeriksaan cepat dan swab, keterbatasan fasilitas kesehatan dan keterbatasan alat pelindung diri selama masa pandemi ini dapat menimbulkan kecemasan, ketidakpastian, dan ketakutan di dalam diri petugas kesehatan dan pada akhirnya mempengaruhi cara mereka bekerja dan meningkatkan kemungkinan melakukan kesalahan (Fadli et al., 2020). Penting bagi fasilitas kesehatan untuk menyelenggarakan kebijakan keuangan dan administrasi yang memungkinkan keberlanjutan bisnis pada saat yang bersamaan. Selain itu adanya rencana COVID-19 untuk merujuk atau melakukan outsourcing/mengelola sendiri pelayanan non kritis kepada fasilitas kesehatan alternatif yang tepat (misalnya layanan homecare untuk penderita penyakit ringan yang dapat dilakukan dengan telemedicine) dan adanya rencana keberlanjutan pelayanan rumah sakit yang telah dikembangkan dan diuji untuk menghadapi pandemi COVID-19.

Pergeseran kebijakan ke model berorientasi teknologi dengan infrastruktur yang selaras dapat mencapai hasil yang lebih baik dalam pencegahan dan perawatan COVID-19. kemungkinan kontribusi teknologi digital canggih adalah strategi terbaik untuk diagnosis dini dan pengendalian infeksi (Mishra et al., 2021). Salah satu strategi alternatif seperti telemedicine telah membantu mengurangi

dampak dari pandemi COVID-19 dan kemungkinan dimasa mendatang akan memengaruhi metode pelayanan kesehatan (Kaye et al., 2021). Namun sisi lain strategi tersebut memiliki hambatan dalam pelaksanaannya seperti kekhawatiran tentang kinerja konsultasi online dalam konteks kesehatan mental (misalnya, dalam hal aspek relasional) dan pertimbangan praktis (misalnya, yang berkaitan dengan privasi dan keamanan perangkat lunak) oleh karena itu hal tersebut menjadi bahan pertimbangan dan perlu strategi-strategi tambahan untuk menangani kekurangan tersebut (de Witte et al., 2021).

Komponen sumber daya manusia yaitu tersedianya daftar kontak staf rumah sakit yang telah diperbarui untuk digunakan tim manajemen insiden dalam pengelolaan kebutuhan staf rumah sakit terkait manajemen COVID-19, karyawan rumah sakit telah dibriefing, dilatih dan ambil bagian terlibat langsung dalam latihan penanganan COVID-19 di area kerja masing-masing, termasuk pencegahan dan pengendalian infeksi, dan serta manajemen klinis untuk memastikan keselamatan dan kompetensi karyawan. Kemudian, manajemen/bagian SDM/administrasi rumah sakit/karyawan telah memperkirakan kapasitas SDM untuk kesiapsiagaan dan merespon potensi melonjaknya kasus COVID-19, manajemen/bagian SDM/karyawan telah melakukan identifikasi jumlah staf maksimum (medis dan non medis) yang dibutuhkan untuk memastikan keberlanjutan layanan esensial selama pandemi COVID-19, terdapat prosedur untuk mendukung penugasan karyawan dalam rangka mengendalikan risiko COVID-19 (seperti work from home, kerja melalui media daring, petugas yang memiliki penyakit penyerta, usia lebih dari 50 tahun), serta terdapat prosedur untuk memonitor bahaya kesehatan kerja telah tersedia untuk memastikan keselamatan petugas kesehatan. Penelitian yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan Tokyo menunjukkan bahwa strategi

pembatasan kerja berbasis gejala berhasil mencegah pertugas kesehatan yang terinfeksi untuk bekerja (Shikano et al., 2021).

Beberapa kekurangan sistem perawatan kesehatan umum, seperti terbatasnya jumlah rumah sakit umum, dokter dan perawat, selain hunian tempat tidur perawatan akut yang tinggi, mungkin menjadi pendorong signifikan angka kematian COVID-19 nasional di negara-negara Uni Eropa (Mattiuzzi et al., 2021). Oleh karena itu komponen *surge capacity* juga memainkan peran penting. Penyedia layanan kesehatan harus mengelola rencana peningkatan kapasitas dan penambahan infrastruktur yang cepat untuk mengatasi masalah seperti staf, suplai, dan logistik dan perlengkapan serta keahlian untuk perawatan area kritis, dan bagaimana meningkatkan jumlah tempat tidur berdasarkan kalkulasi real-time jika terjadi lonjakan kasus positif. Kami menyoroti sejumlah perbaikan yang harus dilakukan oleh rumah sakit dan puskesmas di Provinsi Jambi. Pertama, penyedia layanan kesehatan harus menyediakan prosedur yang memungkinkan manajemen kasus COVID-19 dengan peningkatan pasokan obat esensial, diagnostik, dan layanan klinis. Kedua, penyedia layanan kesehatan juga harus memiliki kesepakatan atau membuat nota kesepahaman dengan Kementerian Kesehatan Indonesia atau lembaga lain yang memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk menyediakan persediaan pada saat terjadi kasus lonjakan, seperti ventilator mekanik dan tabung oksigen. Hingga, tersedianya data peningkatan kapasitas sumber daya manusia yang telah diperbarui termasuk nama dan kontak detail relawan dan tersedia juga database staf cadangan.

Manajemen pasien memainkan peran penting dalam mencegah penularan infeksi COVID-19 baik ke petugas kesehatan maupun ke pasien atau masyarakat umum. Manajemen pasien ini menyoroti baik rumah sakit atau puskesmas telah memperbarui protokol untuk menyediakan

layanan perawatan esensial untuk pasien COVID-19 (berdasarkan panduan WHO, Kemenkes, regulasi daerah, kebijakan), ada dan berfungsinya prosedur dan ketentuan untuk menerima pasien dan mentransfer mereka ke area/ruang isolasi rumah sakit serta layanan pendukung terapi dan diagnostik lainnya, telah memiliki protokol untuk tindakan yang belum teruji klinis/ masih percobaan/ tindakan kedaruratan yang belum terdaftar. Kemudian, rumah sakit dan puskesmas menerapkan protokol pencegahan dan pengendalian infeksi dan jaringan rumah sakit/fasyankes aman dan layanan transportasi untuk sebelum dan sesudah rujukan, termasuk transfer pasien dari layanan *homecare*.

Komponen kesehatan kerja, kesehatan mental & dukungan psikososial juga merupakan komponen sangat penting dalam melindungi petugas kesehatan secara langsung terhadap resiko infeksi COVID-19 maupun dampak tidak langsung. Komponen ini menyoroti adanya perlindungan, pelatihan dan perlengkapan APD bagi pekerja rumah sakit dalam memberikan layanan medis kepada pasien, termasuk menyediakan *screening*, resusitasi, stabilisasi awal, terapi pendukung dan pencegahan komplikasi. Kemudian, telah dilakukannya proses manajemen risiko di fasilitas pelayanan kesehatan, adanya kebijakan dan kapasitas untuk mengelola keselamatan dan kesehatan untuk melindungi petugas kesehatan serta menciptakan lingkungan yang tidak menyalahkan (*blame free*), dan penghapusan stigma terhadap petugas kesehatan yang terpapar COVID-19. Selain itu tersedianya dukungan psikososial dan kesehatan mental bagi petugas kesehatan, keluarganya dan pasien. Tersedianya SOP *screening* kesehatan mental bagi pasien COVID-19, keluarganya dan petugas kesehatan jika ada peningkatan respon tanggap darurat. Serta semua pekerja Rumah sakit telah dilatih tentang dasar K3 dan pertolongan pertama psikologi dan pengetahuan kapan harus

mencari pertolongan layanan pendukung. Tingkat pengetahuan petugas kesehatan yang baik memiliki peluang sebesar 1,8 kali dibandingkan tingkat pengetahuan cukup dalam menerapkan protokol kesehatan. Sikap petugas kesehatan yang baik memiliki peluang sebesar 7 kali dibandingkan yang tidak baik dalam menerapkan protokol kesehatan (Ekaviani et al., 2021). Beberapa penelitian lain menjelaskan petugas kesehatan yang diberi pelatihan khusus COVID-19 dan dukungan yang memadai, merasa percaya diri dan merupakan kunci keberhasilan dalam menangani kondisi ini (Nasrabadi et al., 2021). Italia adalah salah satu negara yang pernah mengalami kondisi kelebihan pasien rumah sakit, dan petugas kesehatannya sedang berjuang untuk mengatasi tantangan yang dapat mengancam kesejahteraan mereka sendiri. Profesional perawatan kesehatan Italia melaporkan tekanan psikologis terkait pekerjaan yang relevan, kelelahan emosional, dan gejala somatik. Hasil ini memerlukan perhatian karena penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa tekanan emosional dikaitkan dengan efek jangka panjang pada kesehatan profesional, termasuk risiko gangguan stres pascatrauma (Barello et al., 2020). Petugas kesehatan mengalami ketakutan dan kecemasan yang disebabkan akan kondisi kesehatan dirinya dan juga kecemasan akan menularkan ke keluarganya, oleh karena itu pentingnya kebijakan dan untuk memperhatikan dan mengatasi beban kesehatan mental petugas kesehatan maupun keluarganya (Fadli et al., 2020).

KESIMPULAN

Penerapan protokol kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Jambi didominasi kategorikan cukup terutama pada fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit. Hal ini menjadi catatan masih perlunya dilakukan diperbaiki dan ditingkatkan penerapannya. Temuan penelitian ini juga dapat menjadi saran

potensial bagi pemerintah Indonesia untuk mengeluarkan kebijakan atau produk hukum lain yang memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk melakukan prosedur terhadap komponen-komponen yang ditetapkan. Selain itu, fasilitas kesehatan juga dapat menyediakan produk administrasi, seperti prosedur operasi standar, instruksi kerja, yang dapat memastikan konsistensi penerapannya bahkan hingga pascapandemi.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terima kasih dalam mendukung penelitian ini kepada Direktorat Kesehatan dan Olahraga Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, dan Perhimpunan Ahli Kesehatan Kerja Indonesia (PAKKI).

DAFTAR PUSTAKA

- Aeni, N., Perencanaan, B., Daerah, P., Pati, K., Raya, J., & Km, P.-K. (2021). *Pandemi COVID-19: Dampak Kesehatan, Ekonomi, dan Sosial COVID-19 Pandemic: The Health, Economic, and Social Effects* (Vol. 17, Issue Juni).
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Chumaida, Z. V., Ariadi S, B. S., & Roro, F. S. R. (2021). Kebijakan Penanganan Pelayanan Kesehatan Di Masa Pandemi COVID-19. *Lex Journal: Kajian Hukum & Keadilan*, 158–183.
- Cucunawangsih, C., Wijaya, R. S., Lugito, N. P. H., & Suriapranata, I. (2021). Post-vaccination cases of COVID-19 among healthcare workers at Siloam Teaching Hospital, Indonesia. *International Journal of Infectious*

- Diseases: IJID: Official Publication of the International Society for Infectious Diseases*, 107, 268–270. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.05.020>
- de Witte, N. A. J., Carlbring, P., Etzelmueller, A., Nordgreen, T., Karekla, M., Haddouk, L., Belmont, A., Øverland, S., Abi-Habib, R., Bernaerts, S., Brugnera, A., Compare, A., Duque, A., Ebert, D. D., Eimontas, J., Kassianos, A. P., Salgado, J., Schwerdtfeger, A., Tohme, P., ... van Daele, T. (2021). Online consultations in mental healthcare during the COVID-19 outbreak: An international survey study on professionals' motivations and perceived barriers. *Internet Interventions*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100405>
- Ekaviani, I., Ariyanti Program Studi Kesehatan Masyarakat, F., Ilmu Kesehatan, F., Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta Jl Kertamukti No, U., & Tangerang Selatan, K. (2021). Kepatuhan Tenaga Kesehatan Poli TB dalam Penerapan Protokol Kesehatan pada Masa Pandemi COVID-19 pada Puskesmas Kota Tangerang Selatan. In *JUKMAS Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS) e-ISSN* (Vol. 5, Issue 2). <http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/jukmas>
- Fadli, F., Safruddin, S., Ahmad, A. S., Sumbara, S., & Baharuddin, R. (2020). Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan pada Tenaga Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Covid-19. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 6(1). <https://doi.org/10.17509/jpki.v6i1.24546>
- Gholami, M., Fawad, I., Shadan, S., Rowaiee, R., Ghanem, H. A., Hassan Khamis, A., & Ho, S. B. (2021). COVID-19 and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 104, 335–346. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.013>
- Gordon, C. L., Trubiano, J. A., Holmes, N. E., Chua, K. Y. L., Feldman, J., Young, G., Sherry, N. L., Grayson, M. L., & Kwong, J. C. (2021). Staff to staff transmission as a driver of healthcare worker infections with COVID-19. *Infection, Disease and Health*, 26(4), 276–283. <https://doi.org/10.1016/j.idh.2021.06.003>
- Heydari, S. T., Zarei, L., Sadati, A. K., Moradi, N., Akbari, M., Mehralian, G., & Lankarani, K. B. (2021). The effect of risk communication on preventive and protective Behaviours during the COVID-19 outbreak: mediating role of risk perception. *BMC Public Health*, 21(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10125-5>
- Iqbal, M. R., & Chaudhuri, A. (2020). COVID-19: Results of a national survey of United Kingdom healthcare professionals' perceptions of current management strategy – A cross-sectional questionnaire study. *International Journal of Surgery*, 79, 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2020.05.042>
- Kaye, A. D., Okeagu, C. N., Pham, A. D., Silva, R. A., Hurley, J. J., Arron, B. L., Sarfraz, N., Lee, H. N., Ghali, G. E., Gamble, J. W., Liu, H., Urman, R. D., & Cornett, E. M. (2021). Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. In *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology* (Vol. 35, Issue 3, pp. 293–306). Bailliere Tindall Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.009>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020a). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 327 Tahun 2020 tentang Penetapan Penyakit Virus*

- Corona (Covid 19) sebagai Penyakit Akibat Kerja pada Pekerjaan Tertentu.* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020b). *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disesase (COVID-19).*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020c). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).*
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., ... Feng, Z. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1199–1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet. Global Health*, 8(6), e790–e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- Mattiuzzi, C., Lippi, G., & Henry, B. M. (2021). Healthcare indicators associated with COVID-19 death rates in the European Union. *Public Health*, 193, 41–42. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.027>
- Mishra, A., Basumallick, S., Lu, A., Chiu, H., Shah, M. A., Shukla, Y., & Tiwari, A. (2021). The healthier healthcare management models for COVID-19. *Journal of Infection and Public Health*, 14(7), 927–937. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.05.014>
- Murdiyanto, J., Suryadi, H., Nuryati, R., & Wijaya, T. (n.d.). Survei Mitigasi Risiko Covid-19 Pada Tenaga Kesehatan Di Daerah Istimewa Yogyakarta. In *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada* (Vol. 12, Issue 2).
- Nasrabadi, A. N., Shali, M., Ghorbani, A., Matourypour, P., & Harati Khalilabad, T. (2021). Challenges with healthcare workers' protection during the COVID-19 pandemic in Iran. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 59(3), e114–e117. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.10.007>
- Olivia, S., Gibson, J., & Nasrudin, R. (2020). Indonesia in the Time of Covid-19. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 56(2), 143–174. <https://doi.org/10.1080/00074918.2020.1798581>
- Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).*
- Satuan Tugas Penanganan COVID-19. (2021, September 2). *Peta Sebaran.* <https://covid19.go.id/peta-sebaran>
- Shepard, J., Kling, S. M. R., Lee, G., Wong, F., Frederick, J., Skhiri, M., Holubar, M., Shaw, J. G., Stafford, D., Schilling, L., Kim, J., Ick Chang, S., Frush, K., & Hadhazy, E. (2021). The prevalence of COVID-19 in healthcare personnel in an adult and pediatric academic medical center. *American Journal of Infection Control*, 49(5), 542–546. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.01.004>
- Shikano, H., Uehara, Y., Kuboki, R., Tashino, E., Nakahara, F., Matsumoto, Y., Kusakabe, S., Fukazawa, C., Matsuo, T., Mori, N., Ayabe, A., Jinta, T., Taki, F., Sakamoto, F., Takahashi,

O., & Fukui, T. (2021). Retrospective evaluation of the symptom-based work restriction strategy of healthcare providers in the first epidemic of COVID-19 at a tertiary care hospital in Tokyo, Japan. *American Journal of Infection Control*.
<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.11.029>

Sulistiyawati, S., Rokhmayanti, R., Aji, B., Wijayanti, S. P. M., Hastuti, S. K. W., Sukesi, T. W., & Mulasari, S. A. (2021). Knowledge, Attitudes, Practices and Information Needs During the COVID-19 Pandemic in Indonesia. *Risk Management and Healthcare Policy*, *14*, 163–175.
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S288579>