



PEDOMAN STANDAR PERLINDUNGAN DOKTER DI ERA COVID-19

TIM MITIGASI DOKTER DALAM PANDEMI COVID-19
PB IDI



Agustus 2020

PEDOMAN STANDAR PERLINDUNGAN DOKTER DI ERA COVID-19

Tim penyusun

DR. Dr. Eka Ginanjar, SpPD-KKV, MARS (Koordinator)

Dr. Agustina Puspitasari, SpOk

Dr. Weny Rinawati, SpPK, MARS

Dr. Robiah Khairani Hasibuan, SpS

Dr. Noor Arida Sofiana, MBA

Dr. Arif Budi Satria, SpB

DR. Dr. Aman B. Pulungan, Sp.A (K)

DR. Dr. Safrizal Rahman, SpOT

DR. Dr. Romdhoni, SpTHT-KL

DR. Dr. Andani Eka Putra, MSc

Dr. Rudyanto Soedono, Sp.An-KIC

Dr. Telogo Wismo

Dr. Ahmad Syaifuddin

Dr. Amran A. Raga

Dr. Dian Zamroni, SpJP

Dr. Garinda Alma Duta, SpP

Dr. Hadiwijaya MPH, MHKes

Editor dan *Layout* : Dr. Valerie Hirsy Putri

KATA PENGANTAR
KETUA TIM MITIGASI DOKTER
PENGURUS BESAR IKATAN DOKTER INDONESIA

Assalamualaikum Wr Wb

Salam Sejahtera Untuk Semua

Situasi pandemi COVID-19 menjadi pembelajaran bagi Indonesia khususnya di bidang kesehatan. Problematika di bidang kesehatan semakin terlihat jelas di era pandemi COVID-19 ini. Kondisi saat ini tentunya menjadi kekhawatiran bagi seluruh masyarakat terkait dengan upaya pengendalian dan penanggulangan Pandemi COVID-19 ini di Indonesia. Termasuk juga di kalangan medis dan tenaga kesehatan lainnya. Kematian tenaga medis khususnya dokter dan perawat yang semakin bertambah. Data terakhir 101 teman sejawat dokter meninggal dikarenakan COVID-19 (Per 31 Agustus 2020) .

Rasio kematian tenaga medis dan tenaga kesehatan di Indonesia termasuk tertinggi dibandingkan di negara lain. 1,36 % kematian tenaga kesehatan Indonesia karena COVID-19 (101 orang) dibanding dengan total kematian terkonfirmasi COVID-19 per 31 Agustus 2020 (7417 orang). Oleh karena itu perlu dilakukan upaya-upaya untuk melakukan *"MEDICAL SAFETY AND PROTECTION"* bagi tenaga medis (dalam hal ini dokter anggota IDI) agar tetap dapat melakukan pelayanan kesehatan tetapi terlindungi dan terjamin keselamatannya sebagai upaya untuk meminimalisir risiko tertular virus COVID-19 ini .

Langkah dan Upaya akselerasi protokol dan panduan perlindungan dokter dalam menjalankan praktik kedokteran di Era COVID-19 inilah yang kemudian Tim Mitigasi perlu menyegerakan pembuatan pedoman ini untuk membentuk *"CULTURE SAFETY AND BEHAVIOUR SAFETY"* para dokter dalam menjalankan tugas pelayanan kesehatan.

Terima kasih dan apresiasi tinggi perlu saya sampaikan untuk Tim Protokol Tim Mitigasi Dokter PB IDI yang telah menyelesaikan buku pedoman perlindungan dokter di Era COVID-19. Semoga Buku Pedoman ini bermanfaat untuk memberikan perlindungan dan keselamatan para dokter dalam menjalankan praktik kedokteran dan pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia. Amin

Tentunya senantiasa tetap menjaga kesehatan dan senantiasa berdoa pagi para sejawat dokter Indonesia

Salam Sehat

Terima kasih

Wassalamualaikum Wr Wb

Dr. Moh Adib Khumaidi, SpOT
Ketua Tim Mitigasi Dokter
Pengurus Besar IDI

KATA PENGANTAR
KETUA SATUAN TUGAS COVID-19
PENGURUS BESAR IKATAN DOKTER INDONESIA

Assalamualaikum Wr Wb

Lebih dari 100 orang sejawat dokter Indonesia hingga saat ini telah gugur dalam berjuang melawan Pandemi COVID-19 ini, 2 September 2020. Semakin meluasnya penyebaran COVID-19 di Indonesia sangat berdampak pada praktik sejawat dokter yang berfungsi sebagai garda terdepan kesehatan dan juga benteng pertahanan terakhir yang menjaga kesehatan masyarakat Indonesia. PB IDI sebagai organisasi profesi perlu melakukan upaya dalam perlindungan bagi dokter dan meminimalisir risiko tertular Virus SARS-CoV-2. Pengumpulan semua informasi terkait penyebaran COVID-19, koordinasi dengan seluruh *stake holder* terkait penanganan kasus dan serangkaian pertemuan Satgas telah dilakukan sebagai bentuk kewaspadaan dan kesiagaan terhadap potensi pandemi COVID-19 khususnya tantangan dan implikasinya terhadap sejawat dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Oleh karena itu, Satuan Tugas untuk Kewaspadaan dan Kesiagaan terhadap Pandemi COVID-19 Pengurus Besar IDI sangat mengapresiasi Tim Mitigasi PB IDI yang telah berhasil membuat Buku *"Pedoman Standar Perlindungan Dokter di Era COVID-19"* sebagai upaya perlindungan anggota IDI terhadap COVID-19. Buku Pedoman Standar ini telah melalui pengkajian *'meet the expert'* dengan Satgas COVID-19 dan perhimpunan yang bersinggungan langsung dengan pandemi COVID-19 ini serta sudah mengelaborasi masukan protokol dan SPO yang sudah lebih dahulu dikeluarkan masing masing perhimpunan. Dengan demikian, Buku Pedoman ini dapat dijadikan referensi standar bagi sejawat dokter untuk protokol dan SPO pelayanan medis di fasilitas pelayanan baik di tingkat primer maupun tingkat lanjut. Saya yakin Buku Pedoman ini juga bermanfaat untuk direktur, manajemen rumah sakit, dan penentu kebijakan.

Semoga Buku Pedoman ini dapat diimplementasikan oleh sejawat dokter di Seluruh Indonesia guna perlindungan dan keselamatan dalam praktik sehari hari dan memberikan pelayanan kesehatan terbaik di era pandemi COVID-19 ini.

Wassalamualaikum Wr Wb

Prof. Dr. Zubairi Djoerban, Sp.PD, KHOM
Ketua Satuan Tugas Untuk Kewaspadaan dan Kesiagaan Terhadap Pandemi COVID-19
Pengurus Besar IDI

KATA PENGANTAR
KETUA UMUM PENGURUS BESAR IKATAN DOKTER INDONESIA

Assalamualaikum Wr Wb

Pandemi COVID-19 telah menyebar dan meluas ke seluruh daerah di Indonesia dan telah banyak korban dikalangan dokter dan IDI sebagai organisasi profesi perlu melakukan upaya dalam perlindungan bagi dokter dan meminimalisir risiko tertular Virus SARS-CoV-2 agar dokter tetap dapat melakukan pelayanan. Oleh sebab itu Pengurus Besar IDI membentuk Tim Mitigasi Dokter PB IDI.

Buku "*Pedoman Standar Perlindungan Dokter di Era COVID-19*" ini merupakan bentuk nyata dari *mapping* pengetahuan dan pemahaman rekan sejawat mengenai kelengkapan alat perlindungan diri (APD), protokol dan SPO pelayanan medis, serta aspek psikologis dan sosial dalam upaya perlindungan anggota IDI terhadap COVID-19.

Apresiasi kepada Tim Mitigasi PB IDI serta kontributor standar dan protokol yang telah berupaya menghimpun segenap kebutuhan dokter dalam praktik dengan mengelaborasi panduan yang sudah lebih dahulu dibuat pada masing masing perhimpunan, sehingga dapat ditarik simpulan yang dijadikan standar untuk dilaksanakan dalam praktik sehari hari.

Bersama dengan buku pedoman standar ini, mari kita mendoakan agar para tenaga kesehatan serta masyarakat yang gugur akibat COVID-19 mendapatkan tempat yang mulia. Mudah-mudahan arwah para pejuang kemanusiaan melawan COVID-19 ini ditempatkan di tempat yang Mulia di sisi Tuhan Yang Maha Esa dan dicatat sebagai amal yang baik. Perjuangan tenaga kesehatan merupakan komitmen untuk mengabdikan pada kemanusiaan dan bagian dari sumpah profesi sebagai tenaga medis.

Pedoman standar ini merupakan edisi pertama yang sangat terbuka untuk perbaikan dan revisi berikutnya. Harapannya dengan pedoman standar ini, para sejawat dapat lebih terlindungi khususnya saat praktik sehari-hari baik di Fasilitas Layanan Tingkat Primer maupun di Tingkat Lanjut dalam menghadapi Pandemi COVID-19 ini. Semoga para sejawat terus berkomitmen untuk tetap bersemangat, komitmen yang kuat, berdiri tegak untuk mengabdikan kepada kemanusiaan.

Wassalamualaikum Wr Wb

Dr. Daeng M Faqih, SH, MH
Ketua Umum Pengurus Besar IDI

DISCLAIMER

Pedoman ini disusun berdasarkan informasi terbaru yang ada pada saat pedoman diterbitkan. Namun, ilmu mengenai *Corona virus* terus berkembang dengan pesat sehingga informasi yang ada di dalam pedoman ini dapat berubah seiring dengan perkembangan informasi terbaru.

Pedoman ini dibuat tanpa kerjasama dengan pihak sponsor manapun

DAFTAR ISI

TIM PENYUSUN	1
KATA PENGANTAR KETUA TIM MITIGASI DOKTER PB IDI.....	2
KATA PENGANTAR KETUA SATUAN TUGAS COVID-19 PB IDI	3
KATA PENGANTAR KETUA UMUM PB IDI.....	4
HALAMAN DISCLAIMER	5
DAFTAR ISI.....	6
DAFTAR TABEL.....	8
DAFTAR GAMBAR.....	9
DAFTAR LAMPIRAN	10
DAFTAR SINGKATAN.....	11
BAB 1. PENDAHULUAN	12
1.1. Latar Belakang.....	12
1.2. Patofisiologi Penularan COVID-19.....	17
BAB 2. KONSEP STANDAR DAN PROTOKOL PERLINDUNGAN TERHADAP DOKTER	19
2.1. Pengendalian Risiko Transmisi COVID-19 Bagi Dokter (Lampiran 1).....	21
2.1.1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.....	21
2.1.1.1. <i>Risiko Rendah</i>	22
2.1.1.2. <i>Risiko Sedang</i>	23
2.1.1.3. <i>Risiko Tinggi</i>	25
2.1.1.4. <i>Risiko Sangat Tinggi</i>	27
2.1.2. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan.....	29
2.1.2.1. <i>Risiko Rendah</i>	29
2.1.2.2. <i>Risiko Sedang</i>	31
2.1.2.2. <i>Risiko Tinggi</i>	33
2.1.2.3. <i>Risiko Sangat Tinggi</i>	35
2.1.2.4. <i>Ruang Prosedur/Tindakan Operasi</i>	38
2.2 Pembagian Zonasi Rumah Sakit.....	38
2.3. Penggunaan Alat Pelindung Diri	40
2.3.1. Alat Pelindung Diri Level 1.....	40
2.3.2. Alat Pelindung Diri Level 2.....	41
2.3.3. Alat Pelindung Diri Level 3.....	41
2.4. Pengaturan Aliran Udara dan Ventilasi.....	44
2.5. Penentuan Penyakit Akibat COVID-19	49
2.6. Pemeriksaan SARS-CoV-2 untuk Dokter dan Kriteria Kembali Bekerja.....	50

2.6.1. Tanpa gejala (asimptomatik)	51
2.6.2. Tanda atau gejala sesuai dengan COVID-19 (simptomatik).....	52
BAB3. PERLINDUNGAN HUKUM, BIAYA, INSENTIF DAN PROTEKSI SOSIAL BAGI DOKTER YANG MENANGANI COVID-19.....	59
3.1. Perlindungan Hukum.....	60
3.2. Insentif dan Proteksi Sosial.....	61
BAB 4. PENGATURAN JAM KERJA, <i>SHIFT</i>, METODE DINAS SERTA PENANGANAN PSIKOSOSIAL BAGI DOKTER YANG MENANGANI COVID-19.....	68
4.1. Pengaturan <i>Shift</i> Kerja.....	68
4.2. Stres Psikososial Selama Pandemi	70
4.2.1 Upaya untuk mencegah stres di tempat kerja.....	73
4.2.2 Langkah-langkah untuk mengelola stres selama berbagai tahap tanggap darurat	75
BAB 5. PEDOMAN PERILAKU SOSIAL, MEDIA SOSIAL DAN ILMIAH BAGI DOKTER DI ERA COVID -19	78
5.1. Perilaku sosial.....	78
5.2. Media sosial	78
5.3. Ilmiah	79
DAFTAR PUSTAKA.....	90

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Pertimbangan bagi tenaga kesehatan dan sistem kesehatan di era COVID-19	19
Tabel 2. Alat Pelindung Diri berdasarkan tipe prosedur atau lokasi.....	42
Tabel 3. <i>Hazard</i> dokter selama pandemi.....	59

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Hierarki pengendalian risiko transmisi infeksi.....	20
Gambar 2. Klasifikasi pajanan tenaga kesehatan terhadap SARS-CoV-2 sesuai piramida risiko okupasi untuk COVID-19	21
Gambar 3. Konsep penataan zonasi di rumah sakit dikaitkan dengan komponen kebutuhan fasilitas pelayanan PIE	39
Gambar 4. Cara pemakaian alat pelindung diri	43
Gambar 5. Cara pelepasan alat pelindung diri.....	43
Gambar 6. Tata letak ruang pemeriksaan pasien dan aliran udara	45
Gambar 7. Tiga cara pengurangan konsentrasi virus dalam ruangan.....	47
Gambar 8. Ruang Isolasi COVID-19	49
Gambar 9. Alur Pemeriksaan Kasus Kontak Erat	54
Gambar 10. Alur penilaian kelaikan kerja.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1. Tabel Pengendalian Risiko Transmisi COVID-19	80
LAMPIRAN 2. Triase dengan <i>Early Warning System</i> COVID-19	85
LAMPIRAN 3. Jenis Pemeriksaan MCU	86
LAMPIRAN 4. Tabel Instrumen <i>Self-Assessment</i> Harian Dokter	87
LAMPIRAN 5. Asesmen Risiko Paparan Kasus Probabel/Konfirm COVID-19	88

DAFTAR SINGKATAN

APD	: Alat Pelindung Diri
AKB	: Adaptasi Kebiasaan Baru
COVID-19	: <i>Coronavirus Disease 2019</i>
CFR	: <i>Case Fatality Rate</i>
EWS	: <i>Early Warning Score</i>
HCU	: <i>High Care Unit</i>
HVAC	: <i>Heating, Ventilating and Air Conditioning</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
ICCU	: <i>Intensive Cardiac Care Unit</i>
IDI	: Ikatan Dokter Indonesia
KODEKI	: Kode Etik Kedokteran Indonesia
MCU	: <i>Medical Check Up</i>
MERS	: <i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
PFA	: <i>Psychological First Aid</i>
PBB	: <i>Parts Per Billion</i>
PIE	: Penyakit Infeksi <i>Emerging</i>
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
PPK	: Panduan Praktik Klinis
RT-PCR	: <i>Reverse transcription polymerase chain reaction</i>
SARS-COV-2	: <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SPO	: Standar Prosedur Operasional
TCM	: tes cepat molekuler
UV-C	: Ultraviolet C
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Saat ini dunia sedang berjuang menghadapi pandemi COVID-19. *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). SARS-CoV-2 merupakan coronavirus jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Pada 31 Desember 2019, WHO *China Country Office* di Kota Wuhan melaporkan kasus pneumonia yang tidak diketahui penyebabnya. Pada tanggal 7 Januari 2020, Pemerintah China kemudian mengumumkan bahwa penyebab kasus tersebut adalah *Coronavirus* jenis baru yang kemudian diberi nama SARS-CoV-2. Sejak dilaporkan, Penambahan jumlah kasus COVID-19 berlangsung dengan cepat dan penyebaran telah meluas ke negara-negara lain di seluruh dunia. Pada tanggal 30 Januari 2020 WHO menetapkan COVID-19 sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Yang Meresahkan Dunia/ *Public Health Emergency of International Concern* (KKMMD/PHEIC). Sampai dengan 9 Agustus 2020, secara global dilaporkan 19.847.798 kasus konfirmasi di 72 negara dengan 730.371 kematian (CFR 3,4%). Beberapa negara dengan jumlah kasus terkonfirmasi terbanyak adalah Amerika (5 juta kasus, 160 ribu kematian), Brazil (3 juta kasus, 100 ribu kematian), India (2 juta kasus, 43 ribu kematian), Rusia (800 ribu kasus, 14 ribu kematian), Afrika Selatan (500 ribu kasus, 10 ribu kematian). Indonesia menduduki peringkat ke-23 untuk jumlah kasus terkonfirmasi terbanyak.

Indonesia melaporkan kasus COVID-19 pertama pada tanggal 2 Maret 2020. Sejak saat itu, kasus terus meningkat dan menyebar dengan cepat di seluruh wilayah Indonesia, hingga dikeluarkan Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Non-alam Penyebaran *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) Sebagai Bencana Nasional. Per tanggal 1 September 2020, Satuan Tugas Penanganan COVID-19 pemerintah melaporkan 174.796 kasus konfirmasi COVID-19, tertinggi di Asia, dengan 7.417 kasus meninggal (CFR 4,24%) yang tersebar di 34 provinsi. Sebanyak 51,5% kasus terjadi pada laki-laki. Kasus paling banyak terjadi pada rentang usia 45 - 54 tahun

dan paling sedikit terjadi pada usia 0 - 5 tahun. Angka kematian tertinggi ditemukan pada pasien dengan usia 55 - 64 tahun. Diantara kasus tersebut, sudah ada beberapa dokter yang dilaporkan terinfeksi.

Salah satu aspek yang menerima dampak paling besar dari pandemi ini adalah bidang kesehatan. Seiring dengan meluasnya penyakit ini, masalah-masalah di bidang kesehatan semakin terlihat jelas. Beberapa permasalahan yang signifikan adalah kurangnya sarana prasarana fasilitas kesehatan, dengan minimnya ketersediaan ICU dan ventilator untuk pasien COVID-19, kurangnya kapasitas tes COVID-19, ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) yang terbatas terutama bagi tenaga kesehatan. Kapasitas test *real time reverse-transcription polymerase chain reaction* (RT-PCR) per 1 juta penduduk hanya sekitar 5.616 orang, yang merupakan angka yang rendah jika dibandingkan dengan negara lain di dunia. Ketidaksiapan fasilitas kesehatan (Puskesmas, RS Rujukan, RS Utama) dalam menghadapi situasi COVID-19 tampak dari belum optimalnya tata kelola SDM kesehatan, ketergantungan impor obat-obatan dan alat kesehatan, rendahnya infrastruktur kesehatan, belum fokusnya penguatan standar pelayanan kesehatan dasar dan jaminan kesehatan nasional serta kinerja pelayanan kesehatan yang masih rendah. Semua hal tersebut tentunya akan berdampak juga pada risiko tertular dan terpajan tenaga medis akan semakin tinggi.

Jumlah dokter di Indonesia juga merupakan yang terendah kedua di Asia Tenggara, yaitu sebesar 0,4 dokter per 1.000 penduduk. Artinya Indonesia hanya memiliki 4 dokter yang melayani 10.000 penduduknya. Rasio perawat per 1.000 penduduk sebesar 2,1 yang artinya dua orang melayani 1.000 penduduk di Indonesia. Rasio dokter spesialis juga rendah, sebesar 0,13% per 1.000 penduduk. Selain itu, distribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan juga terkonsentrasi di Jawa dan kota-kota besar. Jumlah rumah sakit rujukan nasional saat ini hanya berjumlah 14, masih jauh dari harapan dan jumlah ideal. Akibatnya, masih banyak rumah sakit yang tidak siap menerima dan menangani pasien COVID-19 karena kurangnya alat pendukung seperti alat perlindungan diri (APD) dan alat kesehatan lain yang dibutuhkan untuk menangani situasi kritis atau gawat darurat. Selain itu masyarakat juga belum sepenuhnya

mematuhi protokol kesehatan yang telah ditetapkan oleh pemerintah, sehingga penyebaran COVID-19 masih belum dapat dikendalikan.

Kondisi saat ini tentunya menjadi kekhawatiran bagi seluruh masyarakat terkait dengan upaya pengendalian dan penanggulangan Pandemi COVID-19 ini di Indonesia, termasuk juga di kalangan medis dan tenaga kesehatan lainnya. Kematian tenaga medis akibat COVID-19, khususnya dokter dan perawat, semakin bertambah. Data terakhir menunjukkan sekitar 101 teman sejawat dokter (per 31 Agustus 2020) meninggal dikarenakan COVID-19. Berdasarkan data Indeks Pengaruh Kematian Nakes (IPKN) sampai dengan 21 Juli 2020, rasio kematian tenaga medis dan tenaga kesehatan dibanding dengan total kematian terkonfirmasi COVID-19 di Indonesia termasuk salah satu yang tertinggi diantara di negara lain, yaitu 2,4%. Hal ini disebabkan oleh minimnya APD, kurangnya skrining pasien yang baik di fasilitas kesehatan, kelelahan para tenaga medis karena jumlah pasien COVID-19 yang terus bertambah dan jam kerja yang panjang, serta tekanan psikologis. Hal-hal ini menyebabkan tenaga medis sangat rentan terinfeksi COVID-19. Kondisi tubuh dan mental yang kurang baik akibat hal tersebut pada akhirnya juga dapat menyebabkan tenaga kesehatan jatuh sakit hingga meninggal. Padahal, tenaga medis merupakan salah satu ujung tombak dari upaya penanganan COVID-19.

Terlepas dari segala masalah diatas, dokter memiliki kewajiban untuk tetap memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Sesuai dengan sumpah dokter dan kode etik kedokteran yang berlaku, dokter harus senantiasa mengutamakan kesehatan pasien dengan memperhatikan kepentingan masyarakat dan wajib memberikan pelayanan secara kompeten, serta mempergunakan seluruh keilmuan dan ketrampilannya untuk kepentingan manusia. Agar para tenaga medis dapat terus melakukan pelayanan kesehatan serta tetap terlindungi dan terjamin keselamatannya, perlu adanya upaya-upaya untuk melakukan "**medical safety and protection**" bagi tenaga medis, dalam hal ini dokter anggota IDI, untuk meminimalisir risiko tertular virus COVID-19.

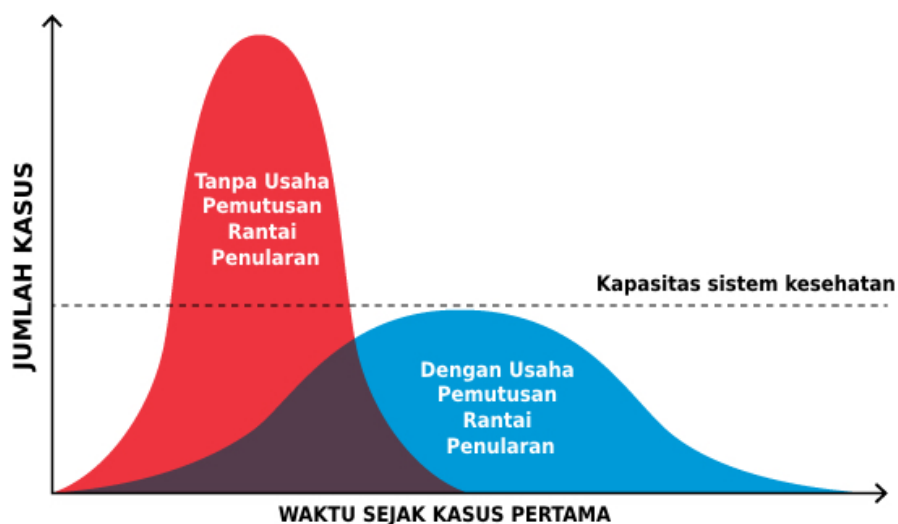
Saat ini Indonesia sedang bergerak menuju masa adaptasi kebiasaan baru (AKB). Persiapan-persiapan menuju AKB di masyarakat akan berimplikasi juga pada potensi penularan yang dapat semakin meningkat. Dampak yang terjadi tentunya akan terjadi dalam pelayanan kesehatan. Karena itu, persiapan adaptasi kebiasaan baru di bidang kesehatan harus mendahului kesiapan di masyarakat. Upaya-upaya persiapan di bidang kesehatan yang dapat dilakukan, yaitu :

- a) Pemetaan sarana dan parasarana fasilitas kesehatan, yaitu Rumah Sakit, SDM, logistik, APD dan lain-lain.
- b) Pembagian dan pengkhususan (*clustering*) fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu RS khusus COVID-19, RS rujukan, RS non COVID-19, RS darurat COVID-19 / Faskessus. Pemerintah, baik pusat maupun daerah, direkomendasikan membuat kebijakan untuk memisahkan rumah sakit khusus untuk COVID-19 dan rumah sakit yang bukan untuk COVID-19 (Non COVID-19). Apabila kebijakan tersebut tidak memungkinkan, maka rumah sakit yang melayani COVID-19 dan non COVID-19 sekaligus harus membuat sistem triase dan zonasi.
- c) Persiapan sistem baru pelayanan medis menyesuaikan fase-fase pandemik, seperti fase pandemik, fase pemulihan, fase transisi, fase “Adaptasi Kebiasaan Baru” dan fase *sustainable* (vaksin dan obat ditemukan).

Ikatan Dokter Indonesia (IDI) merupakan satu-satunya organisasi profesi dokter di Indonesia yang mempunyai kewajiban untuk melakukan upaya memajukan, menjaga dan meningkatkan harkat dan martabat Dokter Indonesia seperti yang tercantum dalam Mukaddimah Anggaran Dasar IDI. Berdasarkan hal tersebut, IDI harus memastikan bahwa dokter-dokter di Indonesia dapat melaksanakan tugasnya sebagai dokter dengan tetap mendapatkan hak-haknya sesuai dengan standar profesi dokter. Berdasarkan hal tersebut, maka Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia membentuk satuan tugas mitigasi sebagai bagian dari **“PROFESSIONAL DEFENSE AND RESILIENCE”** yaitu ketahanan dan pertahanan profesi dalam upaya untuk melakukan perlindungan dan keselamatan serta upaya meminimalisir risiko bagi dokter dalam menghadapi virus COVID-19 ini.

Upaya mitigasi perlindungan dokter tidak dapat berdiri sendiri karena tidak terlepas dari jumlah kasus yg harus dikontrol. Sistem perawatan dan kesehatan masyarakat di semua negara memang harus siap dalam menghadapi keadaan darurat atau bencana, namun apabila jumlah kasus COVID-19 semakin bertambah banyak hingga melebihi kapasitas sistem kesehatan yang ada dalam periode yang lama, maka akhirnya sistem kesehatan dapat jatuh. Apabila ini terjadi, akan ada banyak korban dari tenaga kesehatan termasuk dokter, rumah sakit tidak lagi sanggup menampung pasien yang berlebihan, sistem rujukan menjadi kacau, obat-obatan habis, dan dapat menimbulkan dampak sosial lainnya. Karena itu, perlu adanya dukungan dari pemerintah dan masyarakat dalam upaya pemutusan rantai penularan ini dengan menjaga dan mematuhi aturan Pembatasan Sosial Berkala Besar (PSBB) dan karantina wilayah sesuai dengan yang tertera pada UU nomor 6 tahun 2018 mengenai kekarantinaan kesehatan.

Grafik yang diambil dari *Centre of Disease Control and Prevention* (CDC) dibawah ini menunjukkan bahwa tanpa adanya usaha pemutusan rantai penularan (PSBB, karantina) maka jumlah kasus pada suatu pandemi dapat melebihi kemampuan sistem kesehatan untuk menangani pasien. Dengan adanya usaha pemutusan rantai penularan, kurva jumlah kasus dapat menurun sehingga memberikan kesempatan pada sistem kesehatan untuk mengatasi pandemi.



1.2. Patofisiologi Penularan COVID-19

COVID-19 adalah penyakit yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). SARS-CoV-2 berasal dari kelompok virus yang sama dengan virus SARS dan MERS yang juga pernah menyebabkan epidemi beberapa tahun silam. Kelompok virus tersebut merupakan zoonosis, yaitu dapat ditularkan antara hewan dan manusia. Penelitian menyebutkan bahwa SARS ditransmisikan dari kucing luwak (*civet cats*) ke manusia dan MERS dari unta ke manusia. Adapun, hewan yang menjadi sumber penularan COVID-19 ini masih belum diketahui.

Masa inkubasi COVID-19 rata-rata 5-6 hari, dengan *range* antara 1 dan 14 hari namun dapat mencapai 14 hari. Risiko penularan tertinggi diperoleh di hari-hari pertama penyakit disebabkan oleh konsentrasi virus pada sekret yang tinggi. Orang yang terinfeksi dapat langsung dapat menularkan sampai dengan 48 jam sebelum onset gejala (presimptomatik) dan sampai dengan 14 hari setelah onset gejala. Sebuah studi dari Du Z et. al, melaporkan bahwa 12,6% menunjukkan penularan presimptomatik. Penting untuk mengetahui periode presimptomatik karena memungkinkan virus menyebar melalui droplet atau kontak dengan benda yang terkontaminasi. Sebagai tambahan, bahwa terdapat kasus konfirmasi yang tidak bergejala (asimptomatik), meskipun risiko penularan sangat rendah akan tetapi masih ada kemungkinan kecil untuk terjadi penularan.

Berdasarkan studi epidemiologi dan virologi saat ini membuktikan bahwa COVID-19 utamanya ditularkan dari orang yang bergejala (simptomatik) ke orang lain yang berada jarak dekat melalui droplet. Droplet merupakan partikel berisi air dengan diameter $>5 - 10 \mu\text{m}$. Penularan droplet terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernapasan (misalnya, batuk atau bersin) sehingga droplet berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata). Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi droplet di sekitar orang yang terinfeksi. Oleh karena itu, penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan atau benda yang digunakan pada orang yang

terinfeksi (misalnya, stetoskop atau termometer). Transmisi melalui udara dapat terjadi dalam keadaan khusus misalnya prosedur atau perawatan suportif yang menghasilkan aerosol seperti intubasi endotrakeal, bronkoskopi, *suction* terbuka, pemberian pengobatan nebulisasi, ventilasi manual sebelum intubasi, mengubah pasien ke posisi tengkurap, memutus koneksi ventilator, ventilasi tekanan positif non-invasif, trakeostomi, dan resusitasi kardiopulmoner. Meskipun demikian, transmisi melalui udara masih membutuhkan penelitian yang lebih lanjut.

BAB 2

KONSEP STANDAR DAN PROTOKOL PERLINDUNGAN TERHADAP DOKTER

Dokter sebagai tenaga kesehatan merupakan garda terdepan dalam peperangan melawan wabah penyakit, termasuk penyakit COVID-19. Hal ini menyebabkan dokter memiliki risiko yang sangat tinggi dalam terpajan patogen COVID-19. Oleh karena itu, berbagai pertimbangan di bidang kesehatan perlu dibuat sebagai persiapan menuju adaptasi kebiasaan baru. Tidak hanya itu, melihat banyaknya korban tenaga medis akibat COVID-19, maka perlu disusun sebuah standarisasi dan protokol khusus dalam melindungi keselamatan dan kesehatan kerja dokter, untuk mencegah bertambahnya korban khususnya dari kalangan dokter.

Tabel 1. Pertimbangan bagi tenaga kesehatan dan sistem kesehatan di era COVID-19

Tenaga Kesehatan	Sistem Kesehatan
Aplikasi <i>telemedicine</i> untuk triase dan penanganan pasien apabila memungkinkan	Menyediakan dan menyebarluaskan informasi dan fasilitas untuk <i>telemedicine</i>
Mematuhi pedoman penggunaan APD	Menyediakan APD yang lengkap untuk keluarga pasien dan tenaga kesehatan
Melaporkan diri dan menghentikan kegiatan sebagai tenaga kesehatan apabila masuk dalam kriteria kasus sesuai dengan pedoman resmi pemerintah yang berlaku	Meningkatkan edukasi ke pasien dan publik mengenai indikasi karantina dan kunjungan ke rumah sakit
Membatasi prosedur elektif	Melakukan tes/pengujian COVID-19 secara berkala untuk mengendalikan penularan

Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan tempat kerja yang memiliki risiko terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia fasilitas pelayanan kesehatan, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun masyarakat di sekitar lingkungan fasilitas terutama dalam masa pandemi COVID-19 ini. Pelayanan, keselamatan dan kesehatan kerja di Fasyankes tertuang dalam PMK no 52 tahun 2018 dan K3RS tertuang dalam Permenkes No 66 Tahun 2016.

Dalam bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja menggunakan hierarki pengendalian dalam pengendalian bahaya potensial di tempat kerja. Mengeliminasi bahaya potensial merupakan cara terbaik, dibandingkan dengan mengurangi bahaya potensial tersebut. Namun apabila bahaya potensialnya adalah **biologi**, terutama yang menyebabkan pandemi, maka tidak mungkin menghilangkannya. Oleh karena itu langkah-langkah perlindungan yang paling efektif dimulai dari eliminasi, pengendalian teknik, administrasi, dan alat pelindung diri. Pengendalian paling efektif adalah eliminasi bahaya potensial SARS-CoV-2 dengan vaksinasi, sehingga perlu disiapkan anggaran pembiayaannya. Ada kelebihan dan kekurangan dalam setiap pengendalian ini sehingga perlu dipertimbangkan kemudahan implementasi, efektivitas, dan biayanya.

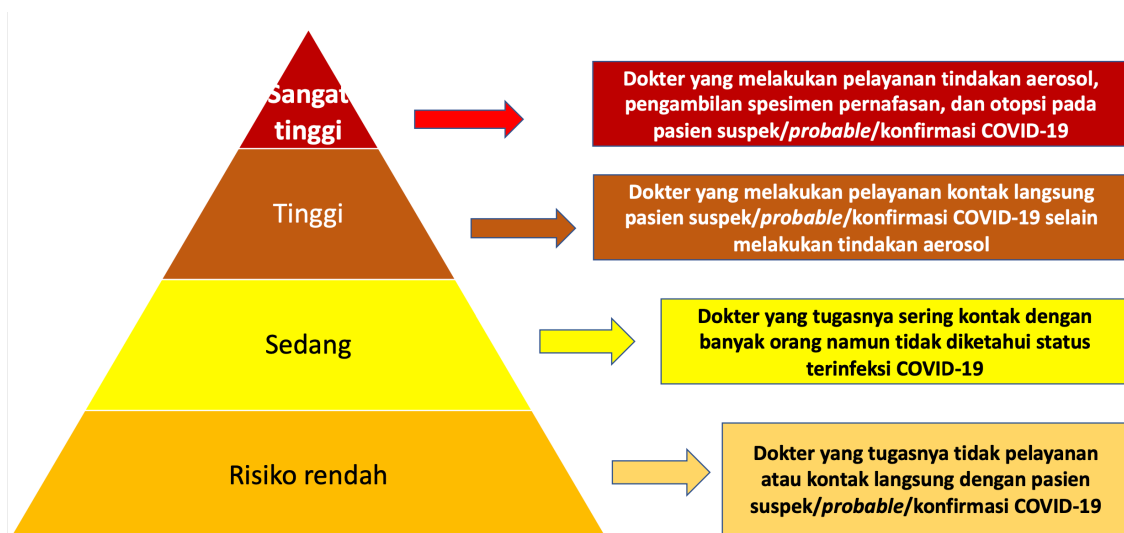


Gambar 1. Hierarki pengendalian risiko transmisi infeksi

Dokter sebagai salah satu SDM di fasilitas kesehatan baik tingkat pertama maupun lanjut mempunyai risiko tertular paparan biologi virus SARS-CoV-2 saat

pandemi COVID-19. Tingkat risiko tertular virus SARS-CoV-2 untuk dokter bisa kita bedakan menjadi 4 kelompok :

1. **Risiko rendah**, yaitu dokter yang tidak memberikan pelayanan atau kontak langsung pasien suspek/*probable*/konfirmasi COVID-19 misalnya dokter di manajemen
2. **Risiko sedang**, yaitu dokter yang memberikan pelayanan atau kontak langsung pasien yang belum diketahui status terinfeksi COVID-19
3. **Risiko tinggi**, yaitu dokter yang melakukan pelayanan pada suspek/*probable*/konfirmasi COVID-19 namun tidak termasuk melakukan tindakan aerosol
4. **Risiko sangat tinggi**, yaitu dokter yang melakukan pelayanan tindakan aerosol pada pasien suspek/*probable*/konfirmasi COVID-19, serta dokter yang melakukan pengambilan spesimen pernafasan (nasofaring dan orofaring) dan otopsi.



Gambar 2. Klasifikasi pajanan tenaga kesehatan terhadap SARS-CoV-2 sesuai piramida risiko okupasi untuk COVID-19

2.1. Pengendalian Risiko Transmisi COVID-19 Bagi Dokter (Lampiran 1)

2.1.1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

- Puskesmas atau yang setara
- Praktik Mandiri Dokter
- Klinik pertama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/Polri
- Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara

2.1.1.1. Risiko Rendah

A. Pengendalian Teknik

- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 6x pergantian udara per jam)
- HEPA (*high-efficiency particulate air*) *filter portable*
- Pemeliharaan sistem HVAC

B. Pengendalian Administratif

- SPO dan pelatihan PPI seperti *hand hygiene*, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pembuangan limbah, disinfeksi dan dekontaminasi permukaan/ruangan.
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media *virtual* (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, pembatasan waktu rapat
- Pengaturan jam kerja 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7-8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
- Pengaturan gizi dokter dan olahraga
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi
- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing dan tidak prasmanan

- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (*return to work*) dokter pasca sakit
- Melakukan penentuan penyakit akibat kerja pada dokter yang terkena COVID-19

C. Alat Pelindung Diri

- Masker bedah

2.1.1.2. Risiko Sedang

A. Pengendalian Teknik

- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 6x pergantian udara per jam)
- *Barrier* mika di meja periksa dokter
- Penanda jarak 1 meter antara meja dokter dan kursi pasien
- HEPA *filter portable*
- Inaktivasi virus COVID-19 dengan memasang lampu UV-C
- Pemisahan tempat pakai dan lepas APD
- Pemeliharaan sistem HVAC

B. Pengendalian Administratif

- Triase pasien dengan anamnesis dan pemeriksaan suhu
- Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan baik praktik pribadi maupun difasilitas kesehatan melayani pasien COVID-19
- Pembatasan tempat praktik dokter terfokus satu tempat menghindari kelelahan karena jam kerja panjang dan *cross infection* antar fasilitas kesehatan dimasa pandemi dan apabila dalam kondisi benar-benar kekurangan SDM dapat direkomendasikan maksimal 2 tempat praktik.
- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien maksimal 15 menit dan jika memerlukan waktu lebih banyak dapat menggunakan media *online (telemedicine)*.
- Pengaturan kebijakan terkait pengendalian infeksi pada pasien seperti pembatasan jumlah pengunjung dan pemberian penanda jarak 1 meter pada kursi tunggu pasien serta penggunaan masker pada pasien.
- SPO dan pelatihan PPI seperti *hand hygiene*, etika batuk, penggunaan dan

pelepasan APD, pengaturan tempat APD kotor *disposable* maupun *reusable*, sterilisasi APD *reusable*, penyimpanan APD *reusable*, disinfeksi dan dekontaminasi, penanganan linen, serta pembuangan limbah

- Pengaturan jam kerja
 - Non *shift*: 40 jam seminggu (waktu kerja 7 - 8 jam perhari dan tidak melebihi 12 jam sehari)
 - *Shift: metropolitan rota* (2 pagi – 2 siang – 2 malam) atau *continental rota* (2 pagi – 2 siang – 3 malam) diikuti istirahat 1 atau 2 hari
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pra penempatan pelayanan COVID-19 termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR), untuk mengetahui status kesehatan kerja atau kelaikan kerja untuk dokter dengan komorbid atau kondisi khusus seperti kehamilan sebelum ditugaskan memberikan pelayanan pasien COVID-19
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja termasuk Penyakit Akibat Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pada akhir penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR)
- Pengaturan gizi dokter dan olahraga
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media *virtual* (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, pembatasan waktu rapat
- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti Protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing dan tidak prasmanan
- SPO rujukan COVID-19
- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (*return to work*) dokter pasca sakit

- Melakukan penentuan penyakit akibat kerja pada dokter yang terkena COVID-19 akibat kerja (sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu).

C. Alat Pelindung Diri

- Level 2, dokter diharapkan membawa baju ganti dan mengganti baju sebelum pulang ke rumah.

2.1.1.3. Risiko Tinggi

A. Pengendalian Teknik

- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 12x pergantian udara per jam)
- Ruang tekanan negatif dengan *anteroom*
- *Barrier* mika di meja pemeriksaan dokter
- Penanda jarak 1 meter antara meja dokter dan kursi pasien
- HEPA *filter*
- Inaktivasi virus COVID-19 dengan memasang lampu UV-C
- Pemisahan tempat pakai dan lepas APD
- Pemeliharaan sistem HVAC

B. Pengendalian Administratif

- Triase pasien dengan anamnesis dan pemeriksaan suhu
- Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan baik praktik pribadi maupun difasilitas kesehatan melayani pasien COVID-19
- Pembatasan tempat praktik dokter terfokus di satu tempat untuk menghindari kelelahan karena jam kerja panjang dan *cross infection* antar fasilitas kesehatan dimasa pandemi dan apabila dalam kondisi benar-benar kekurangan SDM dapat direkomendasikan maksimal 2 tempat praktik.
- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien maksimal 15 menit, dan jika memerlukan waktu lebih banyak dapat menggunakan media *online (telemedicine)*

- Pengaturan kebijakan terkait pengendalian infeksi pada pasien seperti pembatasan jumlah pengunjung dan pemberian penanda jarak 1 meter pada kursi tunggu pasien serta penggunaan masker pada pasien.
- SPO dan pelatihan PPI seperti *hand hygiene*, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pengaturan tempat APD kotor *disposable* maupun *reusable*, sterilisasi APD *reusable*, penyimpanan APD *reusable*, disinfeksi dan dekontaminasi, penanganan linen, serta pembuangan limbah
- Pengaturan jam kerja
 - Non *shift*: 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7 - 8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
 - *Shift: metropolitan rota* (2 pagi – 2 siang – 2 malam) atau *continental rota* (2 pagi – 2 siang – 3 malam) diikuti istirahat 1 atau 2 hari
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pra penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR), untuk mengetahui status kesehatan kerja atau kelaikan kerja untuk dokter dengan komorbid atau kondisi khusus seperti kehamilan sebelum ditugaskan memberikan pelayanan pasien COVID-19
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja termasuk Penyakit Akibat Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pada akhir penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR)
- Pengaturan gizi dokter dan olahraga
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media *virtual* (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, dan pembatasan waktu rapat
- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan

masing-masing dan tidak prasmanan

- SPO rujukan COVID-19
- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (*return to work*) dokter pasca sakit
- Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja pada dokter yang terkena COVID-19 akibat kerja (sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu).

C. Alat Pelindung Diri

- Level 3, dokter diharapkan membawa baju ganti dan mengganti baju sebelum pulang ke rumah.
- Penggunaan APD level 3 maksimal berdurasi 6 jam

2.1.1.4. Risiko Sangat Tinggi

A. Pengendalian Teknik

- Ruang tekanan negatif dengan *anteroom*
- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 12x pergantian udara per jam)
- *Barrier* mika di meja periksa dokter
- Penanda jarak 1 meter antara meja dokter dan kursi pasien
- HEPA *filter*
- Inaktivasi virus COVID-19 dengan memasang lampu UV-C
- Pemisahan tempat pakai dan lepas APD
- Pemeliharaan sistem HVAC

B. Pengendalian Administratif

- Triase pasien dengan anamnesis dan pemeriksaan suhu
- Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan baik praktik pribadi maupun difasilitas kesehatan melayani pasien COVID-19
- Pembatasan tempat praktik dokter terfokus di satu tempat untuk menghindari kelelahan karena jam kerja panjang dan *cross infection* antar

fasilitas kesehatan dimasa pandemi dan apabila dalam kondisi benar-benar kekurangan SDM dapat direkomendasikan maksimal 2 tempat praktik.

- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien maksimal 15 menit, dan jika memerlukan waktu lebih banyak dapat menggunakan media *online (telemedicine)*
- Pengaturan kebijakan terkait pengendalian infeksi pada pasien seperti pembatasan jumlah pengunjung dan pemberian penanda jarak 1 meter pada kursi tunggu pasien serta penggunaan masker pada pasien.
- SPO dan pelatihan PPI seperti *hand hygiene*, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pengaturan tempat APD kotor *disposable* maupun *reusable*, sterilisasi APD *reusable*, penyimpanan APD *reusable*, disinfeksi dan dekontaminasi, penanganan linen, serta pembuangan limbah
- Pengaturan jam kerja
 - Non *shift*: 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7 - 8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
 - *Shift: metropolitan rota* (2 pagi – 2 siang – 2 malam) atau *continental rota* (2 pagi – 2 siang – 3 malam) diikuti istirahat 1 atau 2 hari
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pra penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR), untuk mengetahui status kesehatan kerja atau kelaikan kerja untuk dokter dengan komorbid atau kondisi khusus seperti kehamilan sebelum ditugaskan memberikan pelayanan pasien COVID-19
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja termasuk Penyakit Akibat Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pada akhir penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR)
- Pengaturan gizi dokter dan olahraga
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat

sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media *virtual* (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, pembatasan waktu rapat

- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing dan tidak prasmanan
- SPO rujukan COVID-19
- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (*return to work*) dokter pasca sakit
- Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja pada dokter yang terkena COVID-19 akibat kerja (sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu).

C. Alat Pelindung Diri

- Level 3, dokter diharapkan membawa baju ganti dan mengganti baju sebelum pulang ke rumah.
- Penggunaan APD level 3 maksimal berdurasi 6 jam

2.1.2. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus, yang diberikan oleh:

- Klinik utama atau yang setara.
- Rumah Sakit Umum baik milik Pemerintah maupun Swasta
- Rumah Sakit Khusus

2.1.2.1. Risiko Rendah

A. Pengendalian Teknik

- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 6x pergantian udara per jam)

- HEPA *filter portable*
- Inaktivasi virus COVID-19 dengan memasang lampu UV-C
- Pemeliharaan sistem HVAC

B. Pengendalian Administratif

- SPO dan pelatihan PPI seperti *hand hygiene*, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pembuangan limbah, disinfeksi dan dekontaminasi permukaan/ruangan
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media *virtual* (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, pembatasan waktu rapat
- Pengaturan jam kerja: 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7 - 8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
- Pengaturan gizi dokter dan olahraga
- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing dan tidak prasmanan
- Pelayanan posko kesehatan kerja/poliklinik pegawai
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja termasuk Penyakit Akibat Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi
- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (*return to work*) dokter pasca sakit
- Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja pada dokter yang terkena COVID-19 akibat kerja (sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu).

C. Alat Pelindung Diri

- Masker bedah

2.1.2.2. Risiko Sedang

A. Pengendalian Teknik

- Zonasi ruangan untuk pasien COVID-19 dan non COVID-19
- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 6x pergantian udara per jam)
- *Barrier* mika di meja periksa dokter
- Penanda jarak 1 meter antara meja dokter dan kursi pasien
- Pemberian jarak minimal 1 meter antar pasien ranap dibangsal
- Pemisahan tempat pakai dan lepas APD
- Pemeliharaan sistem HVAC dan penggunaan HEPA *filter*
- Inaktivasi virus COVID-19 dengan memasang lampu UV-C

B. Pengendalian Administratif

- Triase pasien dapat menggunakan sistem *Early Warning Score*/EWS COVID-19 (Lampiran 2), atau menggunakan sistem triase lain disesuaikan dengan situasi dan kondisi
- Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan baik praktik pribadi maupun difasilitas kesehatan melayani pasien COVID-19
- Pembatasan tempat praktik dokter terfokus di satu tempat untuk menghindari kelelahan karena jam kerja panjang dan *cross infection* antar fasilitas kesehatan dimasa pandemi dan apabila dalam kondisi benar-benar kekurangan SDM dapat direkomendasikan maksimal 2 tempat praktik.
- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien maksimal 15 menit, dan jika memerlukan waktu lebih banyak dapat menggunakan media *online (telemedicine)*
- Skrining pra-admisi atau tindakan direkomendasikan dilakukan *swab* untuk pemeriksaan RT-PCR atau tes cepat molekuler SARS-CoV-2. Namun jika tidak memungkinkan dapat menggunakan tes cepat antigen SARS-CoV-2.
- Pengaturan kebijakan terkait pengendalian infeksi pada pasien seperti pembatasan jumlah pengunjung dan pemberian penanda jarak 1 meter pada kursi tunggu pasien serta penggunaan masker pada pasien.

- SPO dan pelatihan PPI seperti *hand hygiene*, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pengaturan tempat APD kotor *disposable* maupun *reusable*, sterilisasi APD *reusable*, penyimpanan APD *reusable*, disinfeksi dan dekontaminasi, penanganan linen, pembuangan limbah
- Pengaturan jam kerja
 - Non *shift*: 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7 - 8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
 - *Shift: metropolitan rota* (2 pagi – 2 siang – 2 malam) atau *continental rota* (2 pagi – 2 siang – 3 malam) diikuti istirahat 1 atau 2 hari
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pra penempatan pelayanan, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR), untuk mengetahui status kesehatan kerja atau kelaikan kerja untuk dokter dengan komorbid atau kondisi khusus seperti kehamilan sebelum ditugaskan memberikan pelayanan.
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja termasuk Penyakit Akibat Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pada akhir penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR)
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media *virtual* (secara daring), tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, dan pembatasan waktu rapat
- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing dan tidak prasmanan
- Pelayanan posko kesehatan kerja/poliklinik pegawai
- Pengaturan gizi dokter dan olahraga
- Algoritme/Alur/PPK terkait pelayanan COVID-19 dan non COVID-19

- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (*return to work*) dokter pasca sakit
- Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja pada dokter yang terkena COVID-19 akibat kerja (sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu).

C. Alat Pelindung Diri

- Level 2, dokter diharapkan membawa baju ganti dan mengganti baju sebelum pulang ke rumah.

2.1.2.2. Risiko Tinggi

A. Pengendalian Teknik

- Zonasi ruangan untuk pasien COVID-19
- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 12x pergantian udara per jam)
- Ruang tekanan negatif dengan *anteroom*
- *Barrier* mika di meja periksa dokter
- Penanda jarak 1 meter antara meja dokter dan kursi pasien
- Pemberian jarak minimal 1 meter antar pasien rawat inap di bangsal
- Pemisahan tempat pakai dan lepas APD
- Pemeliharaan sistem HVAC dan penggunaan HEPA *filter*
- Inaktivasi virus COVID-19 dengan memasang lampu UV-C

B. Pengendalian Administratif

- Triase pasien dapat menggunakan sistem *Early Warning Score/EWS* COVID-19 (Lampiran 2), atau menggunakan sistem triase lain disesuaikan dengan situasi dan kondisi
- Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan baik praktik pribadi maupun difasilitas kesehatan melayani pasien COVID-19
- Pembatasan tempat praktik dokter terfokus di satu tempat untuk menghindari kelelahan karena jam kerja panjang dan *cross infection* antar

fasilitas kesehatan dimasa pandemi dan apabila dalam kondisi benar-benar kekurangan SDM dapat direkomendasikan maksimal 2 tempat praktik.

- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien maksimal 15 menit, dan jika memerlukan waktu lebih banyak dapat menggunakan media *online (telemedicine)*
- Skrining pra-admisi atau tindakan direkomendasikan dilakukan *swab* untuk pemeriksaan RT-PCR atau tes cepat molekuler SARS-CoV-2. Namun jika tidak memungkinkan dapat menggunakan tes cepat antigen SARS-CoV-2.
- Pengaturan kebijakan terkait pengendalian infeksi pada pasien seperti pembatasan jumlah pengunjung dan pemberian penanda jarak 1 meter pada kursi tunggu pasien serta penggunaan masker pada pasien.
- SPO dan pelatihan PPI seperti *hand hygiene*, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pengaturan tempat APD kotor *disposable* maupun *reusable*, sterilisasi APD *reusable*, penyimpanan APD *reusable*, disinfeksi dan dekontaminasi, penanganan linen, pembuangan limbah
- Pengaturan jam kerja
 - Non *shift*: 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7 – 8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
 - *Shift: metropolitan rota* (2 pagi – 2 siang – 2 malam) atau *continental rota* (2 pagi – 2 siang – 3 malam) diikuti istirahat 1 atau 2 hari
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pra penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR), untuk mengetahui status kesehatan kerja atau kelaikan kerja untuk dokter dengan komorbid atau kondisi khusus seperti kehamilan sebelum ditugaskan memberikan pelayanan pasien COVID-19
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja termasuk Penyakit Akibat Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pada akhir penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-

2 (RT-PCR)

- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media *virtual* (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, pembatasan waktu rapat
- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing, dan tidak prasmanan.
- Pelayanan posko kesehatan kerja/poliklinik pegawai
- Pengaturan gizi dokter dan olahraga
- Algoritme/Alur/PPK terkait pelayanan COVID-19 dan non COVID-19 (sesuai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 Kementerian Kesehatan RI)
- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (*return to work*) dokter pasca sakit
- Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja pada dokter yang terkena COVID-19 akibat kerja (sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu).

C. Alat Pelindung Diri

- Level 3, dokter diharapkan membawa baju ganti dan mengganti baju sebelum pulang ke rumah.
- Penggunaan APD level 3 maksimal berdurasi 6 jam

2.1.2.3. Risiko Sangat Tinggi

A. Pengendalian Teknik

- Zonasi ruangan untuk pasien COVID-19
- Ruang bertekanan negatif dengan *anteroom*
- Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 12x pergantian udara per jam)

- *Barrier* mika di meja periksa dokter
- Penanda jarak 1 meter antara meja dokter dan kursi pasien
- Pemberian jarak minimal 1 meter antar pasien ranap dibangsal
- Pemisahan tempat pakai dan lepas APD
- Pemeliharaan sistem HVAC dan penggunaan HEPA *filter*
- Inaktivasi virus COVID-19 dengan memasang lampu UV-C

B. Pengendalian Administratif

- Triase pasien dapat menggunakan sistem *Early Warning Score/EWS* COVID-19 (Lampiran 2), atau menggunakan sistem triase lain disesuaikan dengan situasi dan kondisi
- Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan baik praktik pribadi maupun difasilitas kesehatan melayani pasien COVID-19
- Pembatasan tempat praktik dokter terfokus di satu tempat untuk menghindari kelelahan karena jam kerja panjang dan *cross infection* antar fasilitas kesehatan dimasa pandemi dan apabila dalam kondisi benar-benar kekurangan SDM dapat direkomendasikan maksimal 2 tempat praktik.
- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien maksimal 15 menit dan jika memerlukan waktu lebih banyak dapat menggunakan media *online (telemedicine)*.
- Skrining pra-admisi atau tindakan direkomendasikan dilakukan *swab* untuk pemeriksaan RT-PCR atau tes cepat molekuler SARS-CoV-2. Namun jika tidak memungkinkan dapat menggunakan tes cepat antigen SARS-CoV-2.
- Pengaturan kebijakan terkait pengendalian infeksi pada pasien seperti pembatasan jumlah pengunjung dan pemberian penanda jarak 1 meter pada kursi tunggu pasien serta penggunaan masker pada pasien.
- SPO dan pelatihan PPI seperti *hand hygiene*, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pengaturan tempat APD kotor *disposable* maupun *reusable*, sterilisasi APD *reusable*, penyimpanan APD *reusable*, disinfeksi dan dekontaminasi, penanganan linen, pembuangan limbah
- Pengaturan jam kerja

- Non *shift*: 40 jam seminggu (waktu kerja harian 7 - 8 jam dan tidak melebihi 12 jam sehari)
- *Shift: metropolitan rota* (2 pagi – 2 siang – 2 malam) atau *continental rota* (2 pagi – 2 siang – 3 malam) diikuti istirahat 1 atau 2 hari
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pra penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR), untuk mengetahui status kesehatan kerja atau kelaikan kerja untuk dokter dengan komorbid atau kondisi khusus seperti kehamilan sebelum ditugaskan memberikan pelayanan pasien COVID-19
- Pembiayaan pemeriksaan MCU berkala, Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja termasuk Penyakit Akibat Kerja, Jaminan Kematian Dokter, dan Kompensasi Selama Masa Karantina atau Isolasi
- Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pada akhir penempatan pelayanan COVID-19, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR)
- Protokol kesehatan pertemuan seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media *virtual* (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, pembatasan waktu rapat
- Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti Protokol kesehatan seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing dan tidak prasmanan.
- Pelayanan posko kesehatan kerja/poliklinik pegawai
- Pengaturan gizi dokter dan olahraga,
- Algoritme/Alur/PPK terkait pelayanan COVID-19 dan Non COVID-19 (sesuai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 Kementerian Kesehatan RI)
- Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (*return to work*) dokter pasca sakit
- Melakukan penentuan Penyakit Akibat Kerja pada dokter yang terkena

COVID-19 akibat kerja (sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu).

C. Alat Pelindung Diri

- Level 3, dokter diharapkan membawa baju ganti dan mengganti baju sebelum pulang ke rumah.
- Penggunaan APD level 3 maksimal berdurasi 6 jam

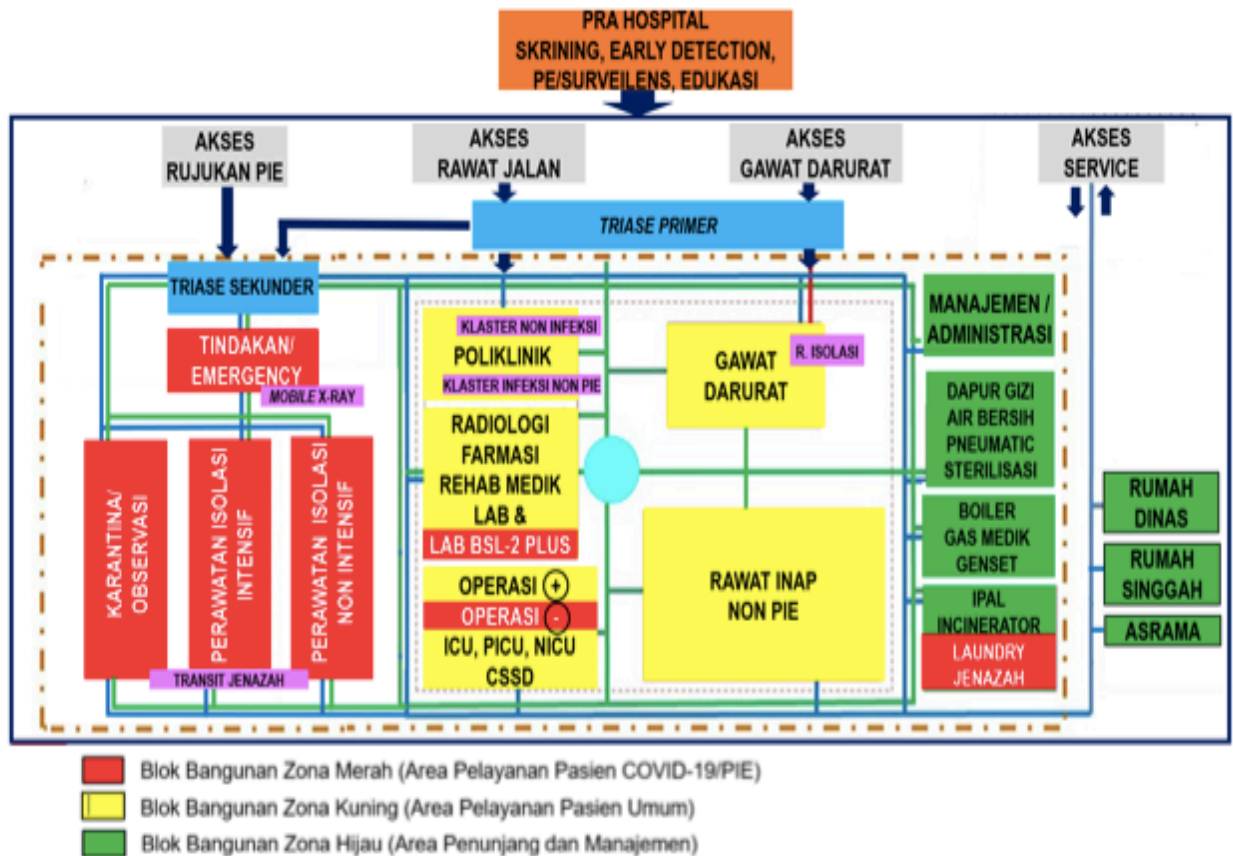
2.1.2.4. Ruang Prosedur/Tindakan Operasi

- Alur satu pintu (pintu yang sama antara petugas medis dan pasien).
- Sebelum masuk dokter memakai APD lengkap sesuai dengan SPO kamar operasi dengan dokter spesialis anesthesiologi, penata/perawat anestesi dan operator memakai masker N95.
- Pasien masuk kamar operasi sudah memakai masker bedah.
- Jika pasien yang dioperasi terkonfirmasi pasien COVID-19, maka dokter menggunakan APD sesuai dengan APD penanganan pasien COVID-19 di ruang isolasi.
- Ketika intubasi bila memungkinkan menggunakan *blade disposable*, bila tidak ada, dapat menggunakan blade biasa dengan selalu membersihkan atau mendesinfektan alat setelah digunakan dari pasien satu ke pasien selanjutnya. Teknik intubasi dilakukan dengan *Rapid Sequence Intubation* (RSI). Teknik ini dilakukan dengan durasi kurang 3 menit.

2.2 Pembagian Zonasi Rumah Sakit

Zonasi ruang adalah pembagian atau pengelompokan ruangan-ruangan berdasarkan kesamaan karakteristik fungsi kegiatan untuk tujuan tertentu. Salah satu upaya pengendalian risiko transmisi COVID-19 dari segi pengendalian teknik adalah pembagian zonasi ruang pada FKTRL atau rumah sakit. Zonasi ruang pada era COVID-19 ini dibagi berdasarkan tingkat risiko terjadinya penularan penyakit sehingga perlu adanya penataan kembali blok bangunan sesuai zonasi, yaitu zona merah (area

pelayanan pasien COVID-19/PIE), zona kuning (area pelayanan pasien umum) dan zona hijau (area penunjang dan manajemen).



Gambar 3. Konsep penataan zonasi di rumah sakit dikaitkan dengan komponen kebutuhan fasilitas pelayanan PIE

Keterangan:

- Pada triase dilakukan skrining tahap awal pasien non rujukan untuk menentukan alur pasien tersebut selanjutnya. Skrining meliputi kegiatan pengecekan suhu tubuh, wawancara dan/atau pengisian form kondisi pasien, pemeriksaan hematologi (penilaian dapat menggunakan EWS), serta dilakukan *swab* untuk pemeriksaan RT-PCR, tes cepat (*rapid test*) molekuler (TCM), atau tes cepat antigen SARS-CoV-2.
- Bila pada triase pasien dilakukan pemeriksaan **RT-PCR** atau **TCM SARS-CoV-2**, maka:

- Hasil pemeriksaan **negatif**: pasien dapat melanjutkan untuk mendapatkan pelayanan medis di unit/ruang rawat jalan atau unit/ruang gawat darurat dan/atau ruang pelayanan medik lain yang merupakan zona kuning.
 - Hasil pemeriksaan **positif**: pasien diarahkan menuju zona merah untuk dikarantina/diobservasi atau dirawat isolasi sesuai tingkat kondisi pasien.
- c) Bila pada triase pasien dilakukan pemeriksaan **tes cepat antigen SARS-CoV-2 (triase primer)**, maka:
- Hasil pemeriksaan **non reaktif/negatif**: pasien dapat melanjutkan untuk mendapatkan pelayanan medis di unit/ruang rawat jalan atau unit/ruang gawat darurat dan/atau ruang pelayanan medik lain yang merupakan zona kuning.
 - Hasil pemeriksaan **reaktif/positif**: pasien diarahkan ke triase sekunder.
- Pada **triase sekunder** dilakukan pemeriksaan *swab* untuk RT-PCR SARS-CoV-2, dan selanjutnya tata laksana mengikuti poin b.
- d) Pasien yang datang dengan rujukan COVID-19/PIE dapat langsung menuju triase sekunder melalui akses khusus rujukan COVID-19/PIE.
- e) Sementara beberapa ruang dapat digunakan bersama seperti laboratorium (khususnya BSL-2 *plus*), ruang radiologi dan ruang operasi serta ruang penunjang non medik seperti ruang jenazah dan laundry. Untuk ruang yang digunakan bersama diatur sesuai persyaratan tertentu.
- f) Apabila dimungkinkan, pada zona merah, area pelayanan pasien COVID-19/PIE dapat disediakan ruangan transit jenazah dan ruangan pemeriksaan *Mobile X-Ray* khusus pada blok tindakan/emergensi.
- g) Terhadap blok bangunan yang ditata sesuai warna zona, maka dilakukan penyesuaian *layout/redesain*, baik membangun baru, atau memanfaatkan bangunan eksisting (refungsi) dengan merenovasi/merehabilitasi bangunan tersebut sehingga memenuhi persyaratan bangunan sesuai fungsinya.

2.3. Penggunaan Alat Pelindung Diri

2.3.1. Alat Pelindung Diri Level 1

Digunakan pada pelayanan triase, rawat jalan non COVID-19, rawat inap non COVID-19, tempat praktik umum dan kegiatan yang tidak mengandung aerosol

- Penutup kepala
- Masker bedah
- Baju/pakaian jaga
- Sarung tangan lateks
- Pelindung wajah
- Pelindung kaki

2.3.2. Alat Pelindung Diri Level 2

Digunakan pada pemeriksaan pasien dengan gejala infeksi pernapasan, pengambilan spesimen non pernapasan yang tidak menimbulkan aerosol, ruang perawatan COVID-19, pemeriksaan pencitraan pada suspek/*probable*/terkonfirmasi COVID-19

- Penutup kepala
- Pelindung mata dan wajah
- Masker bedah
- Baju/pakaian jaga
- Gown
- Sarung tangan lateks
- Pelindung kaki

2.3.3. Alat Pelindung Diri Level 3

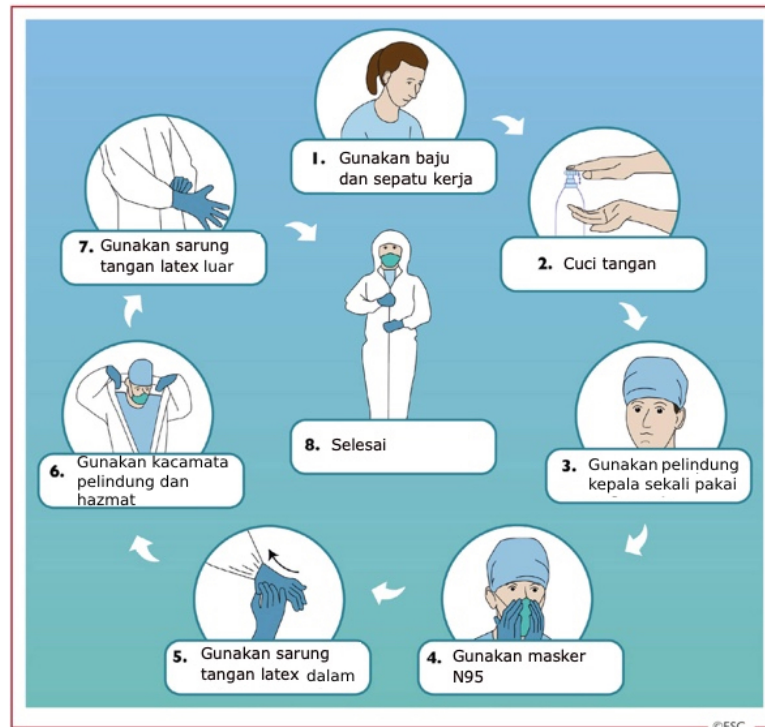
Digunakan pada prosedur dan tindakan operasi pada pasien suspek/*probable*/terkonfirmasi COVID-19, kegiatan yang menimbulkan aerosol (intubasi, ekstubasi, trakeotomi, resusitasi jantung paru, bronkoskopi, pemasangan NGT, endoskopi gastrointestinal) pada pasien suspek/*probable*/terkonfirmasi COVID-19.

- Penutup kepala
- Pelindung mata dan wajah (*face shield*)
- Masker N95 atau ekuivalen
- Baju *scrub*/pakaian jaga
- *Coverall/gown* dan apron

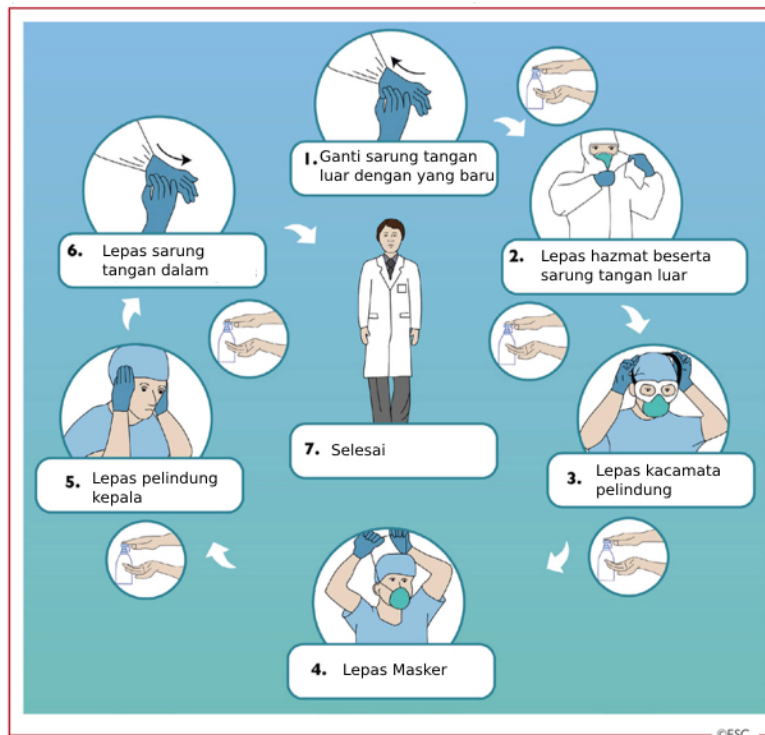
- Sarung tangan bedah lateks
- *Boots*/sepatu karet dengan pelindung sepatu

Tabel 2. Alat Pelindung Diri berdasarkan tipe prosedur atau lokasi

Level Pelindung	Alat Pelindung Diri (APD)	Cakupan prosedur / lokasi
Level 1	<ul style="list-style-type: none"> • Penutup kepala • Masker bedah • Baju <i>scrub</i>/pakaian jaga • Sarung tangan lateks • Pelindung wajah • Pelindung kaki 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan triase • Rawat jalan non COVID-19 • Rawat inap non COVID-19 • Tempat praktik umum • Kegiatan yang tidak mengandung aerosol
Level 2	<ul style="list-style-type: none"> • Penutup kepala • Pelindung mata dan wajah • Masker bedah • Baju/pakaian jaga • <i>Gown</i> • Sarung tangan lateks • Pelindung kaki 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan pasien dengan gejala infeksi pernapasan • Ruang perawatan COVID-19 • Pengambilan spesimen non pernapasan yang tidak menimbulkan aerosol • Pemeriksaan pencitraan pada suspek/<i>probable</i>/terkonfirmasi COVID-19
Level 3	<ul style="list-style-type: none"> • Penutup kepala • Pelindung mata dan <i>face shield</i> • Masker N95 atau ekuivalen • Baju/pakaian jaga • <i>Coverall/gown & apron</i> • Sarung tangan bedah lateks • <i>Boots</i>/sepatu karet dengan pelindung sepatu 	<ul style="list-style-type: none"> • Digunakan pada prosedur dan tindakan operasi pada pasien suspek/<i>probable</i>/terkonfirmasi COVID-19 • Pemeriksaan gigi, mulut, mata THT • Kegiatan yang menimbulkan aerosol (intubasi, ekstubasi, trakeotomi, resusitasi jantung paru, bronkoskopi, pemasangan NGT, endoskopi gastrointestinal) pada pasien suspek/<i>probable</i>/terkonfirmasi COVID-19. • Tindakan otopsi pada pasien suspek/<i>probable</i>/terkonfirmasi COVID-19. • Pengambilan spesimen pernapasan



Gambar 4. Cara pemakaian alat pelindung diri



Gambar 5. Cara pelepasan alat pelindung diri.

2.4. Pengaturan Aliran Udara dan Ventilasi

Semua lingkungan perawatan pasien diupayakan seminimal mungkin kandungan partikel debu, kuman dan spora dengan menjaga kelembaban dan pertukaran udara. Pertukaran udara dalam tiap ruangan berbeda tekanan dengan selisih 15 Pascal. Ruang perawatan biasa minimal 6 x pergantian udara per jam, ruang isolasi minimal 12x dan ruang kamar operasi minimal 20 x per jam.

Sistem ventilasi adalah sistem yang menjamin terjadinya pertukaran udara di dalam gedung dan luar gedung yang memadai, sehingga konsentrasi droplet nuklei menurun. Gedung yang tidak menggunakan sistem pendingin udara sentral, sebaiknya menggunakan ventilasi alamiah dengan kipas angin agar udara luar yang segar dapat masuk ke semua ruangan di gedung tersebut. Pintu, jendela maupun langit-langit di ruangan di mana banyak orang berkumpul seperti ruang tunggu, hendaknya dibuka maksimal.

Sistem ventilasi campuran (alamiah dengan mekanik), yaitu dengan penggunaan *exhaust fan*/kipas angin yang dipasang dengan benar dan dipelihara dengan baik, dapat membantu untuk mendapatkan dilusi yang adekuat, bila dengan ventilasi alamiah saja tidak dapat mencapai *rate* ventilasi yang cukup. Ruangan dengan jendela terbuka dan *exhaust fan*/kipas angin cukup efektif untuk mendilusi udara ruangan dibandingkan dengan ruangan dengan jendela terbuka saja atau ruangan tertutup. Penggunaan *exhaust fan* sebaiknya udara pembuangannya tidak diarahkan ke ruang tunggu pasien atau tempat lalu lalang orang. Bila area pembuangan tidak memungkinkan, pembuangan udara dihisap dengan *exhaust fan*, dialirkan melalui ducting dan area pembuangannya dilakukan di luar area lalu lalang orang (≥ 25 kaki).

Dengan ventilasi campuran, jenis ventilasi mekanik yang akan digunakan sebaiknya di sesuaikan dengan kebutuhan yang ada dan diletakkan pada tempat yang tepat. Kipas angin yang berdiri atau diletakkan di meja dapat mengalirkan udara ke arah tertentu, hal ini dapat berguna untuk bila dipasang pada posisi yang tepat, yaitu dari dokter ke arah pasien. Tidak dianjurkan menggunakan kipas angin yang dipasang pada langit-langit (*ceiling fan*).



Gambar 6. Tata letak ruang periksa pasien dan aliran udara

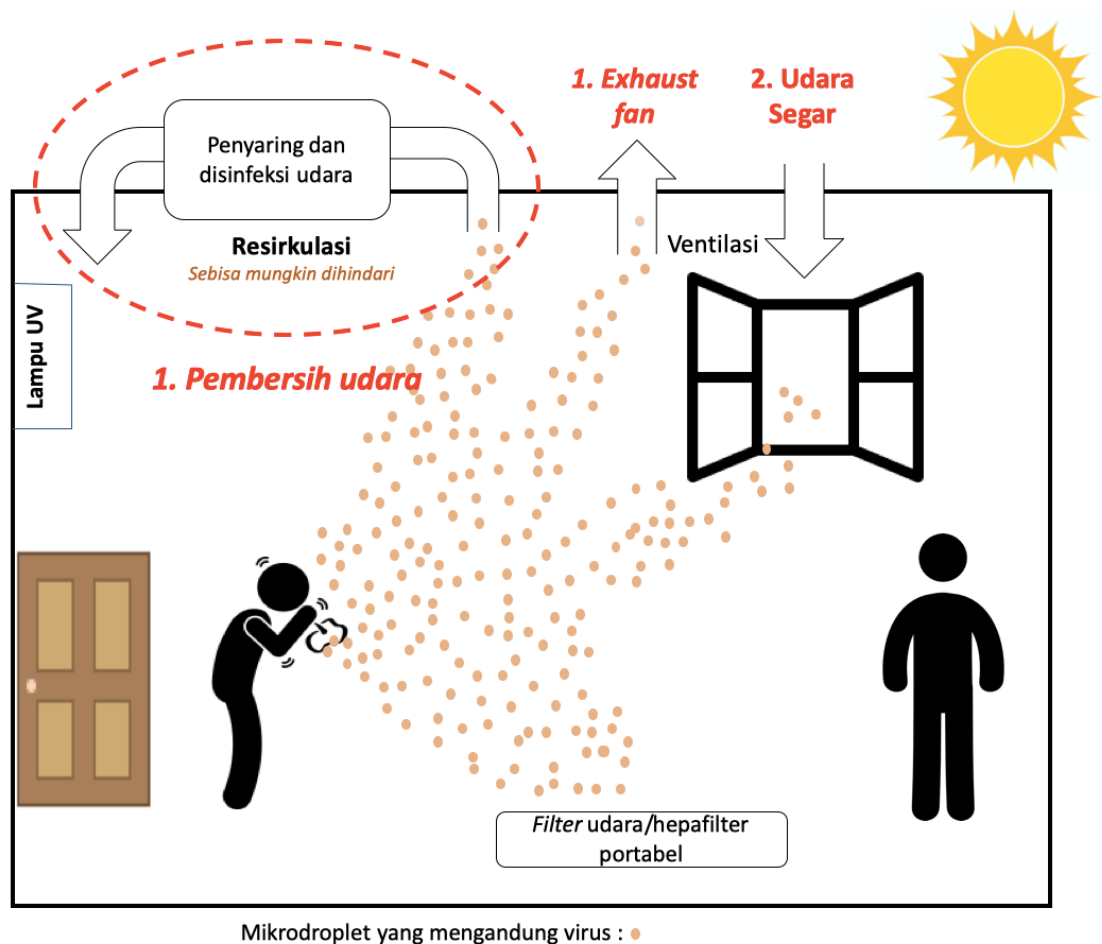
Pemasangan *exhaust fan* yaitu kipas yang dapat langsung menyedot udara keluar dapat meningkatkan ventilasi yang sudah ada di ruangan. Sistem *exhaust fan* yang dilengkapi saluran udara keluar, harus dibersihkan secara teratur, karena dalam saluran tersebut sering terakumulasi debu dan kotoran, sehingga bisa tersumbat atau hanya sedikit udara yang dapat dialirkan.

Optimalisasi ventilasi dapat dicapai dengan memasang jendela yang dapat dibuka dengan maksimal dan menempatkan jendela pada sisi tembok ruangan yang berhadapan, sehingga terjadi aliran udara silang (*crossventilation*). Meskipun fasilitas kesehatan mempertimbangkan untuk memasang sistem ventilasi mekanik, ventilasi alamiah perlu diusahakan semaksimal mungkin.

Dengan mempertimbangkan adanya penularan secara *airborne* maka apabila ruangan atau gedung bangunan tidak memenuhi standar desain dan kualitas udara tidak

baik dapat menyebabkan transmisi virus SARS-CoV-2 sehingga perlu penerapan pengendalian teknik terhadap sistem HVAC sebagai berikut :

- a) Meningkatkan udara segar yang masuk untuk mengencerkan udara dalam ruangan dan kontaminan dalam ruangan minimal 6x pertukaran udara perjam dengan suhu ruangan 24-26⁰ C dan kelembaban relatif 40-60%.
- b) Pengelolaan aliran udara melalui desain aliran udara bersifat vertical laminar, menjaga aliran udara antar ruangan dengan memasang *air curtain* atau *air gates*, mengarahkan aliran udara satu arah dari suplai menuju *exhaust*
- c) Melakukan penyaringan atau filtrasi udara yang masuk dengan HEPA *filter*
- d) Inaktivasi virus SARS-CoV-2 dengan memasang lampu UV-C atau *ozone generator* sebagai berikut:
 - Lampu UV-C di *Air Handling Unit (AHU)* dengan panjang gelombang dan dosis yang tepat
 - Lampu UV-C di area atas ruang kerja yaitu pada ketinggian lebih dari 2,1 meter
 - Lampu UV-C di *ducting system* (sistem perpipaan pada sistem ventilasi)
 - Lampu UV-V di *ducting system*



Gambar 7. Tiga cara pengurangan konsentrasi virus dalam ruangan

Pada penggunaan lampu UV-C diperlukan upaya keselamatan antara lain pencegahan kebocoran radiasi UV-C dengan memastikan saluran atau ruangan benar-benar tertutup serta diberi label peringatan di luar panel atau pintu yang bisa terlihat orang bahwa area tersebut dekat dengan lampu UV-C demikian pula dengan lampu UV-V yang dapat menghasilkan ozon harus diperhatikan standar keselamatannya karena menghirup sedikit ozon bisa membahayakan menyebabkan batuk, sesak nafas dan memicu kekambuhan asma sehingga berbagai negara menetapkan NAB ozon 70 ppb (*parts per billion*).

Perbedaan sistem *air conditioning* pada fasilitas kesehatan dengan gedung lain antara lain :

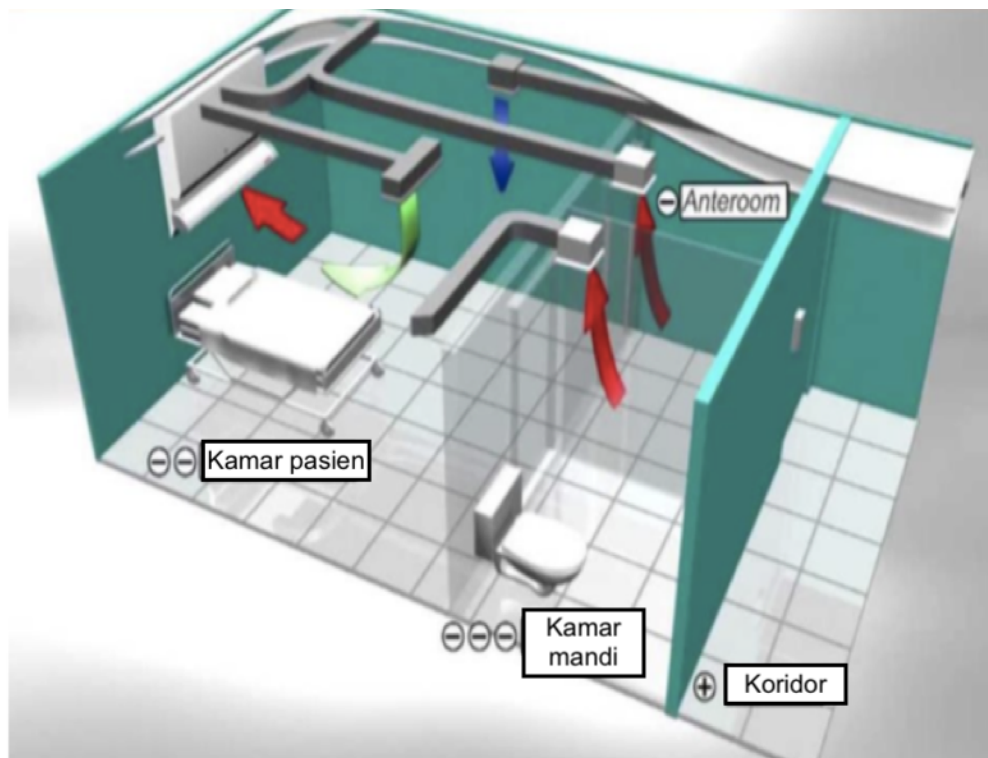
- a) Perlu pembatasan pergerakan udara antar ruangan di fasilitas kesehatan
- b) Kebutuhan khusus untuk ventilasi dan filtrasi untuk dilusi dan menghilangkan kontaminasi bau, mikroorganisme dan virus, bahan kimia dan radiasi
- c) Perbedaan suhu dan kelembaban untuk area yang berbeda
- d) Desain tingkat tinggi untuk pengendalian lingkungan yang akurat

Prinsip pengendalian untuk kontaminan aerosol atau *airborne* di sistem HVAC fasilitas kesehatan antara lain :

- a) Ventilasi udara luar (*outdoor*) diusahakan bebas dari bakteri dan virus dan udara ventilasi membuat dilusi kontaminasi virus dan bakteri dalam ruangan
- b) Filtrasi dengan HEPA *filter*
- c) Membuat ruang yang berbeda tekanan dengan aliran udara teararah mencegah penyebaran kontaminan dari area kotor ke area bersih
- d) Membuat *anteroom* untuk mencegah penyebaran kontaminan
- e) Pengendalian sumber kontaminan terutama aktivitas yang menghasilkan aerosol misalnya dengan LEV
- f) Pengaturan suhu dan kelembaban karena suhu dan kelembaban mempengaruhi penghambatan atau pertumbuhan bakteri dan pengaktifan atau penonaktifan virus
- g) Penggunaan sinar ultraviolet, ionisasi dan bahan kimia
- h) Meningkatkan pertukaran udara dengan meningkatkan laju pertukaran udara ruangan sehingga mengurangi mikroorganisme di udara
- i) Saluran keluar pembuangan udara

Pada area umum dan perkantoran di fasilitas kesehatan yang perlu diperhatikan pada desain sistem HVAC antara lain arah aliran udara dari yang bersih ke kurang bersih, pemisahan jarak *exhaust outlets* dengan *outdoor air intakes* jarak minimal 10 meter, kelembaban 40-60% dan suhu ruangan 21-24 °C, pemeliharaan sistem HVAC serta filtrasi udara.

Adapun pada area klinis dan prosedur medis misalnya tindakan aerosol menggunakan AIIR (*Airborne Infection Isolation*) yang bertekanan negatif dengan pengendalian sumber infeksi berupa *local exhaust* di area dekat kepala pasien yang diberikan HEPA *filter* sehingga udara buang sudah tidak tercemar dan pintu harus selalu dalam kondisi tertutup serta eliminasi atau meminimalkan resirkulasi udara. Pada ruang isolasi dipasang HEPA *filter* untuk filtrasi udara langsung jika harus ada resirkulasi dan suplai udara masuk ditempatkan dekat pintu atau jendela.



Gambar 8. Ruang Isolasi COVID-19

2.5. Penentuan Penyakit Akibat COVID-19

Penentuan Penyakit Akibat Kerja pada dokter yang terkena COVID-19 akibat kerja diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu). COVID-19 Akibat Kerja ditegakkan dengan 7 langkah penegakkan diagnosa PAK sebagai berikut :

- a) **Diagnosa klinis:**
 - Konfirmasi COVID-19
- b) **Menentukan pajanan** yang ada di lingkungan kerja:
 - Pajanan biologi SARS-CoV-2 di tempat kerja dari pasien atau spesimennya, pengunjung atau staf lain yang terinfeksi COVID-19
- c) **Menentukan hubungan** antara pajanan di lingkungan kerja dengan penyakitnya:
 - Agen/pajanan biologi SARS-CoV-2 di lingkungan kerja dapat menyebabkan infeksi COVID-19 pada dokter
- d) **Menentukan lama pajanan:**
 - Gejala muncul dalam <14 hari sejak kontak dengan pasien COVID-19 (suspek/*probable*/konfirmasi) atau kontak dengan spesimen pasien COVID-19 (pada kasus ekstim dapat terjadi lebih dari 14 hari).
- e) **Menentukan faktor individu:**
 - Komorbid penyakit COVID-19 seperti DM, hipertensi, penyakit paru kronis, penyakit kardiovaskular, kehamilan. Namun, ada tidaknya komorbid tersebut tidak menggugurkan diagnosis penyakit akibat kerja apabila memang terdapat kontak dengan pasien COVID-19.
- f) **Menentukan faktor lain di luar pekerjaan:**
 - Dalam kurun waktu kurang 14 hari tidak ada kontak dengan orang lain diluar lingkungan kerja yang terinfeksi COVID-19
- g) **Diagnosa PAK:**
 - COVID-19 Akibat Kerja

2.6. Pemeriksaan SARS-CoV-2 untuk Dokter dan Kriteria Kembali Bekerja

Untuk pemeriksaan SARS-CoV-2, tidak disarankan dilakukan pemeriksaan lebih dari sekali dalam periode 24 jam pada individu yang sama. Pemeriksaan yang disarankan oleh CDC adalah pemeriksaan virus menggunakan *nucleic acid amplification tests* (NAAT), misalnya *real time reverse-transcription polymerase chain reaction* (RT-PCR) atau Tes Cepat Molekuler (TCM) SARS-CoV-2, dan pemeriksaan antigen SARS-CoV-2. Pemeriksaan antigen hanya untuk fase akut sebagai alternatif RT-PCR karena sensitivitas

bervariasi, diperkirakan berkisar 34 – 80%, dan uji validasi masih terbatas. Pemeriksaan yang direkomendasikan WHO adalah pemeriksaan virus menggunakan *nucleic acid amplification tests* (NAAT), dan saat ini tidak merekomendasikan pemeriksaan antigen. Pemeriksaan SARS-CoV-2 untuk dokter dapat dipertimbangkan pada keadaan berikut:

2.6.1. Tanpa gejala (asimptomatik)

Pada kasus tanpa gejala (asimptomatik) maka bisa masuk kriteria kontak erat atau terkonfirmasi positif COVID-19.

Kriteria kontak erat sebagai berikut :

- a) Kontak tatap muka/berdekatan dengan kasus *probable* atau konfirmasi dalam radius 1 meter dan dalam jangka waktu 15 menit atau lebih.
- b) Sentuhan fisik langsung dengan kasus *probable* atau konfirmasi (seperti bersalaman, berpegangan tangan, dan lain-lain).
- c) Memberikan perawatan langsung terhadap kasus *probable* atau konfirmasi **tanpa menggunakan APD yang sesuai standar**.
- d) Situasi lainnya yang mengindikasikan adanya kontak berdasarkan penilaian risiko lokal yang ditetapkan oleh tim penyelidikan epidemiologi setempat

Untuk kontak erat dengan kasus *probable* atau konfirmasi yang bergejala (**simptomatik**), periode kontak dihitung dari 2 hari sebelum kasus timbul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus timbul gejala dan pada kontak erat dengan kasus konfirmasi yang tidak bergejala (**asimptomatik**) maka periode kontak dihitung dari 2 hari sebelum dan 14 hari setelah tanggal pengambilan spesimen kasus konfirmasi. Adapun rekomendasi untuk dokter tersebut sesuai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 13 Juli 2020 untuk segera dilakukan pemeriksaan RT PCR satu kali dan apabila :

- a) Hasil positif maka dokter tersebut melakukan isolasi mandiri selama 10 hari dan apabila selama masa isolasi muncul gejala dilakukan tata laksana sesuai kriteria kasus konfirmasi simptomatik.

- b) Hasil negatif maka dokter tersebut melakukan karantina mandiri selama 14 hari dan apabila selama masa karantina muncul gejala maka dilakukan tata laksana sesuai kriteria suspek.

Apabila sudah memenuhi selesai isolasi 10 hari tidak muncul gejala pada kasus konfirmasi COVID-19 atau sudah memenuhi selesai karantina 14 hari maka dokter dapat kembali bekerja.

Terkait dengan hal tersebut, fasilitas pelayanan kesehatan harus:

- a) Memberikan dukungan psikososial kepada petugas kesehatan selama karantina atau selama masa sakit jika kasus konfirmasi COVID-19
- b) Memberikan kompensasi untuk periode karantina dan selama sakit atau perpanjangan kontrak kerja selama karantina atau selama sakit
- c) Memberikan pelatihan PPI ulang

2.6.2. Tanda atau gejala sesuai dengan COVID-19 (simptomatik)

Pada kasus dengan gejala (simptomatik) maka bisa masuk kriteria suspek atau terkonfirmasi positif COVID-19 dengan gejala ringan, sedang atau berat/kritis. Jika dokter ada kontak erat dan bergejala maka masuk kriteria suspek. Kriteria kasus suspek yang dimaksud adalah seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut:

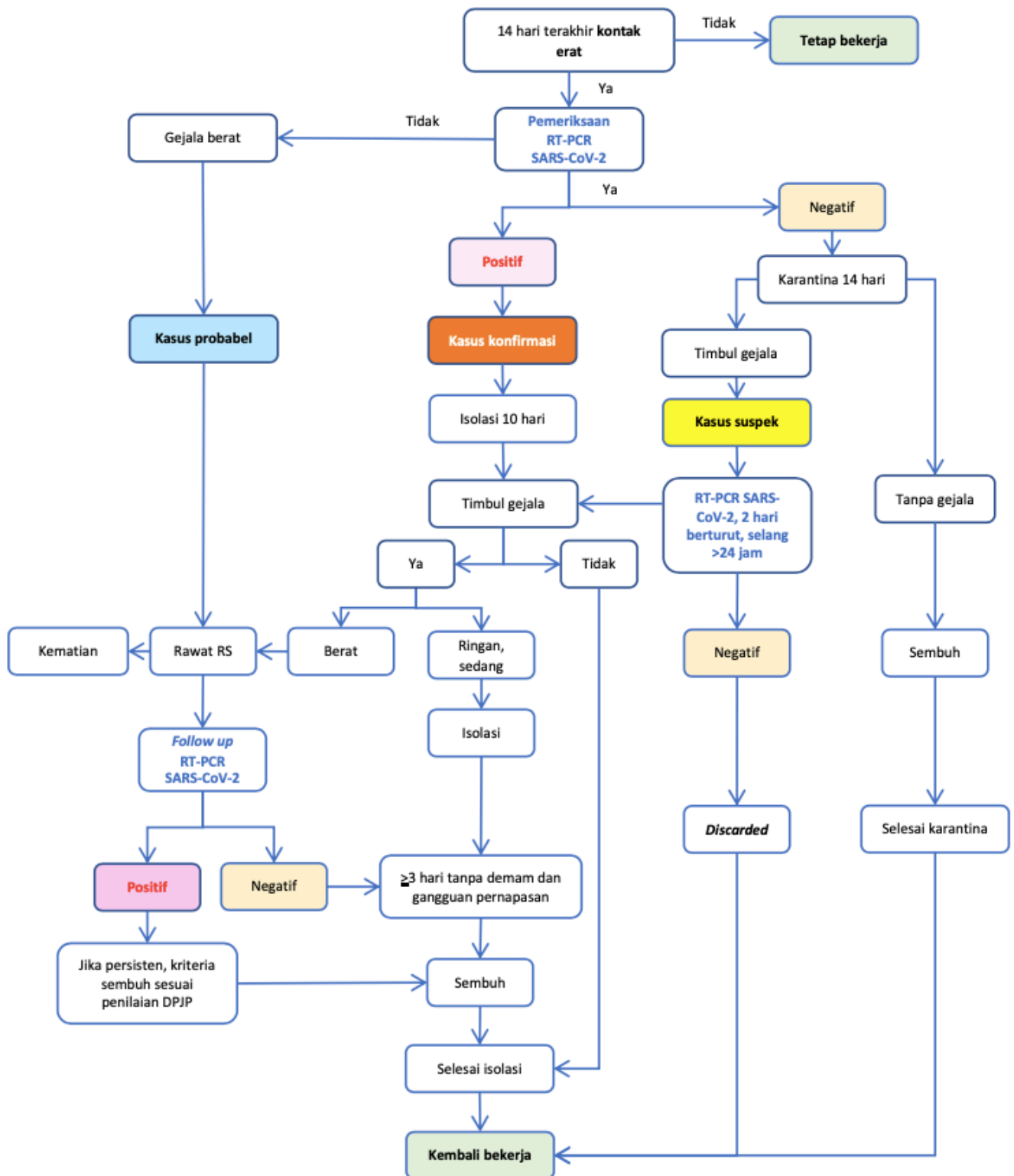
- a) Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)* **dan** pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal**.
- b) Orang dengan salah satu gejala/tanda ISPA* **dan** pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi/*probable* 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.

Pada petugas kesehatan yang kontak erat dengan pasien *probable* atau konfirmasi COVID-19 dan timbul gejala maka tatalaksana sesuai kasus suspek dengan pemeriksaan RT-PCR selama 2 hari berturut-turut dengan selang waktu > 24 jam dan jika hasil menunjukkan hasil negatif maka pemantauan kasus suspek dapat dihentikan (discarded).

Sedangkan jika hasilnya positif maka ditentukan berdasarkan gejala yang dialami apakah ringan, sedang atau berat/kritis. Apabila gejala ringan atau sedang maka tidak dilakukan pemeriksaan *follow up* RT-PCR dan dilakukan isolasi 10 hari serta dinyatakan selesai isolasi jika sudah 10 hari dari tanggal onset gejala ditambah 3 hari setelah tidak menunjukkan gejala demam dan gangguan pernafasan .

Jika gejala berat/kritis maka dirawat di RS dan dilakukan pemeriksaan *follow up* RT-PCR hari ke-7 jika hasilnya sudah negatif dan sudah menjalani isolasi 10 hari sejak onset dan ditambah minimal 3 hari setelah tidak menunjukkan gejala demam dan gangguan pernafasan dinyatakan selesai isolasi atau dapat dialihrawatkan dinon isolasi atau dipulangkan. Khusus pasien konfirmasi dengan gejala berat/kritis yang sudah dipulangkan tetap melakukan isolasi minimal 7 hari dalam rangka pemulihan dan kewaspadaan munculnya gejala kembali.

Apabila hasil pemeriksaan *follow up* RT PCR pada kasus konfirmasi positif dengan gejala berat persisten positif maka penentuan sembuh berdasarkan hasil asesmen yang dilakukan oleh DPJP. Apabila dokter dengan gejala berat/kritis meninggal sebelum ada hasil RT PCR maka masuk kriteria *probable*. Untuk lebih ringkasnya bisa dilihat pada Gambar 9.



Gambar 9. Alur Pemeriksaan Kasus Kontak Erat

Adapun CDC pada tanggal 16 Juli 2020 mengeluarkan perubahan pedoman kriteria kembali bekerja untuk petugas kesehatan dengan infeksi SARS-CoV-2 sebagai berikut :

1). Berdasarkan gejala dan tanpa pemeriksaan RT-PCR ulang

a) Gejala ringan hingga sedang, tanpa imunokompromais:

- Paling tidak 10 hari sejak gejala muncul pertama kali **dan**
- Paling tidak 1 hari setelah demam terakhir tanpa penggunaan anti demam **dan**
- Gejala (batuk, sesak) mengalami perbaikan

b) Gejala berat hingga kritis, atau imunokompromais berat

- Paling tidak 20 hari sejak gejala muncul pertama kali **dan**
- Paling tidak 1 hari setelah demam terakhir tanpa penggunaan anti demam **dan**
- Gejala (batuk, sesak) mengalami perbaikan

c) Tidak ada gejala dan tanpa imunokompromais:

- Dapat kembali bekerja setelah paling tidak 10 hari setelah pasien dinyatakan positif dengan tes diagnostik RT-PCR

d) Tidak ada gejala, namun dengan imunokompromais berat:

- Dapat kembali bekerja setelah paling tidak 20 hari setelah pasien dinyatakan positif dengan tes diagnostik RT-PCR

2). Berdasarkan pemeriksaan RT-PCR

a) Dengan gejala :

- Bebas demam tanpa penggunaan obat anti demam **dan**
- Gejala lain (batuk, sesak) telah sembuh
- Hasil pemeriksaan RT-PCR negatif dari setidaknya 2 spesimen pernapasan yang diambil dengan jarak ≥ 24 jam.

b) **Pasien tanpa gejala :**

- Hasil pemeriksaan RT-PCR negatif dari setidaknya 2 spesimen pernapasan yang diambil dengan jarak ≥ 24 jam.

Dokter yang terinfeksi COVID-19 harus mematuhi semua rekomendasi praktik kerja kembali sebagai berikut:

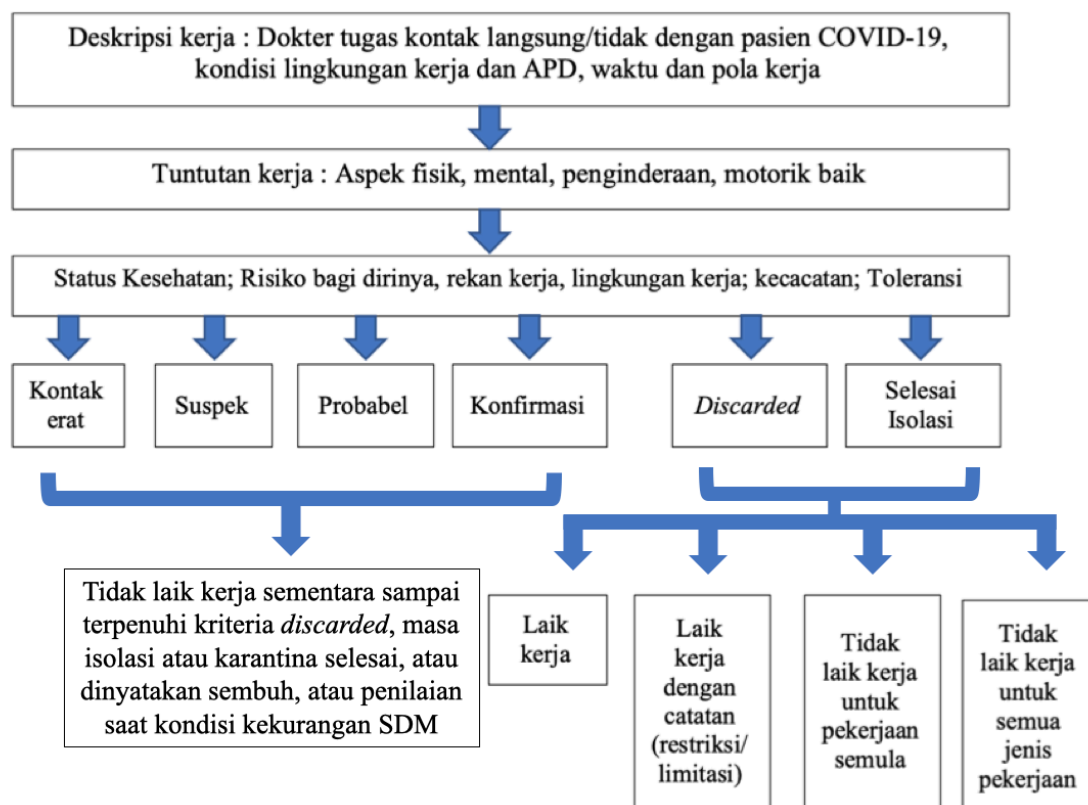
- Menggunakan masker bedah untuk kontrol sumber penularan setiap saat selama berada di fasilitas perawatan kesehatan sampai mereka memenuhi kriteria kembali ke kerja penuh dan semua gejala sepenuhnya teratasi
- Menggunakan respirator N95 atau APD yang level lebih tinggi ketika diindikasikan
- Edukasi selain berpotensi menularkan pasien juga rekan kerja mereka
- Masker bedah harus dikenakan bahkan ketika berada di area perawatan non-pasien seperti ruang istirahat, jika harus melepaskan masker bedah, misalnya untuk makan atau minum maka harus memisahkan diri dari orang lain
- Harus memonitor sendiri gejala dan evaluasi ulang jika gejala pernapasan kambuh atau memburuk

Pada saat fasilitas kesehatan kekurangan SDM dokter dengan kasus kontak erat/suspek/*probable*/konfirmasi COVID-19 jika tidak ada gejala serta tidak ada kecacatan dan toleransi baik maka SDM dokter dapat **direkomendasikan kembali kerja** dengan catatan sebagai berikut:

- Restriksi tugas yang harus kontak dengan pasien yang sangat lemah sistem imunnya (misalnya pasien dengan transplantasi dan hematologi-onkologi) atau
- Restriksi tugas yang harus berinteraksi dengan orang lain (misalnya pasien atau petugas kesehatan lainnya) sehingga direkomendasikan layanan dengan *telemedicine* atau *work from home* (WFH)
- Diberikan tugas memberikan perawatan langsung hanya untuk pasien dengan COVID-19 yang terkonfirmasi (pengaturan *cohort*) atau pasien suspek COVID-19.

Pada kasus yang cukup kompleks, program kembali kerja dapat dilakukan dengan 5 langkah sebagai berikut:

- 1) **Penilaian kelaikan kerja** berdasarkan:
 - a) Deskripsi pekerjaan
 - b) Tuntutan pekerjaan
 - c) Status kondisi kesehatan
 - d) Status kecacatan
 - e) Kemungkinan membahayakan diri sendiri, rekan kerja, atau lingkungan
 - f) Toleransi pihak pekerja, atasan dan rekan kerja
 - g) Penentuan status kelaikan kerja
- 2) Identifikasi penyesuaian
- 3) Kesepakatan pihak terkait
- 4) Identifikasi hambatan dan dukungan
- 5) Implementasi penyesuaian



Gambar 10. Alur penilaian kelaikan kerja

Apabila dokter terpajan dengan pasien COVID-19 maka dapat dilakukan asesmen risiko pajanan dengan menggunakan format dari WHO untuk menentukan kategorisasi setiap risiko (Lampiran 5).

BAB 3

PERLINDUNGAN HUKUM, BIAYA, INSENTIF DAN PROTEKSI SOSIAL BAGI DOKTER YANG MENANGANI COVID-19

Dokter sebagai salah satu pemberi pelayanan COVID-19 mempunyai arti penting dalam pelaksanaan penanganan COVID-19. Dengan penetapan infeksi Novel Coronavirus (Infeksi 2019-nCov) sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah, maka diperlukan perlindungan terhadap dokter sebagai nakes baik perlindungan hukum dan sosial. Dokter sebagai lini depan memiliki risiko terhadap berbagai bahaya meliputi paparan patogen, jam kerja panjang, distress psikososial, kelelahan, *occupational burnout*, stigma, dan kekerasan fisis dan psikososial.

Tabel 3. *Hazard* dokter selama pandemi

Jenis hazard	Aktivitas
Fisika	Suhu panas (dapat menyebabkan <i>heat stress</i> yang dipengaruhi oleh lama pemakaian APD, lingkungan kerja, durasi kerja, dan asupan cairan)
Kimia	Disinfektan dan antiseptik
Biologi	SARS-CoV-2 maupun patogen lain
Ergonomi	Posisi janggal, gerakan repetitif, <i>manual handling</i>
Psikososial	Rasa takut, <i>fatigue</i> , stigma, beban kerja (berlebih atau kurang), peran dalam organisasi (ambiguitas peran, konflik peran, tanggung jawab), jadwal kerja (kerja <i>shift</i> malam, jadwal tidak fleksibel, jam kerja panjang, dan <i>unsociable hours</i>)

Perlindungan tersebut juga diperlukan sebagai konsekuensi penetapan COVID-19 akibat kerja Sebagai penyakit akibat kerja yang spesifik pada pekerjaan tertentu oleh dokter sebagai nakes dan Tenaga Non Kesehatan dalam penanganan COVID-19. Dokter yang bekerja pada fasilitas kesehatan memiliki risiko spesifik yang mengakibatkan Penyakit Akibat Kerja karena COVID-19. Perlindungan terhadap dokter dalam penanganan COVID-19 seperti bertugas baik melayani/merawat/kontak dengan pasien COVID-19, bertugas dalam laboratorium yang memeriksa spesimen pasien COVID-19

maupun bagi dokter yang bertugas melakukan tugas di luar area fasilitas kesehatan dalam rangka penanganan COVID-19 seperti dokter yang bertugas dalam penyelidikan epidemiologi/*tracing*, ambulans dan prehospital, pemulasaran jenazah baik dalam jam pelayanan maupun jam pendidikan bagi dokter peserta PPDS termasuk dokter relawan.

3.1. Perlindungan Hukum

Penetapan COVID-19 akibat kerja sebagai penyakit akibat kerja yang spesifik pada pekerjaan tertentu ditetapkan oleh KMK HK.01.07/MENKES/327/2020. Perlindungan dokter sebagai pekerja medis dalam Program JKK pada Kasus PAK karena COVID-19 melalui SE Menaker No.M/8/HK.04/V/2020.

Norma perlindungan kepada dokter sebagai tenaga kesehatan seyogyanya meliputi perlindungan norma kerja, perlindungan norma Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) dan perlindungan norma jaminan sosial tenaga kerja. Perlindungan norma kerja bagi dokter meliputi upah, waktu kerja, waktu istirahat serta cuti. Perlindungan norma K3 dalam rangka penanganan COVID-19 meliputi pencegahan & pengendalian terhadap kecelakaan kerja maupun COVID-19 akibat kerja. Perlindungan norma jaminan sosial tenaga kerja kepada dokter dengan memastikan kepesertaan pada jaminan kesehatan nasional (JKN) diselenggarakan melalui program JKN-BPJS Kesehatan serta Jaminan Kecelakaan Kerja maupun Jaminan Kematian yang diselenggarakan melalui program BPJS Ketenagakerjaan. Setiap nakes/ dokter yang dirawat karena COVID-19 maka pembiayaan yang berkaitan dengan perawatan dan pengobatan infeksi COVID-19 ditanggung oleh pemerintah sesuai KMK Nomor HK.01.07/MENKES/446/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan COVID-19. Dalam hal Penyakit Akibat Kerja yang diderita adalah COVID-19 juga mengacu pada aturan tersebut namun kondisi akhir pasca pengobatan/perawatan yaitu sembuh, kecacatan atau meninggal dunia dapat ditanggung oleh BPJS Ketenagakerjaan atau sesuai dengan asuransi yang telah diikuti seperti Dokter ASN ditanggung PT. Taspen dan Dokter TNI/Polri ditanggung oleh PT. ASABRI. Adapun yang dibayarkan antara lain santunan berupa uang (santunan sementara tidak mampu bekerja, santunan cacat, biaya

rehabilitasi, beasiswa anak, uang duka, santunan kematian) dan tunjangan cacat. Pembiayaan pemeriksaan dokter terkait COVID-19 yang tidak dijamin atau klaim tidak mencukupi dalam jaminan COVID-19 merupakan tanggung jawab fasilitas pelayanan kesehatan terkait.

3.2. Insentif dan Proteksi Sosial

Dokter sebagai pekerja penerima upah/gaji maupun jasa pelayanan/ medis perlu mengetahui hak dan kewajibannya terkait pelayanan dalam masa Pandemi COVID-19. Setiap dokter bekerja sesuai kompetensi dan tempat praktik (maksimal tiga tempat praktik) seringkali dalam posisi yang tidak aman. Hal ini menyebabkan belum terdapat keseragaman terkait acuan tarif layanan dalam masa pandemi COVID-19. Acuan tersebut merupakan dasar perhitungan dalam mencapai kesepakatan besaran jasa medis yang akan diterima dan atau diberikan antara dokter dengan direksi Rumah Sakit. Acuan tarif jasa medis dalam masa Pandemi COVID-19 bagi dokter perlu menyesuaikan dan selaras dengan kinerja atau upaya yang diperlukan untuk menegakkan diagnosa sampai tindakan/prosedur medis yang diperlukan termasuk rehabilitasi serta nilai nominal aplikatif yang merupakan bagian dari komponen tarif pelayanan merujuk pada acuan (tarif) jasa medik dokter yang telah dikeluarkan oleh IDI maupun perhimpunan dalam naungannya.

Aturan mengenai pemberian insentif dan santunan kematian bagi dokter yang menangani COVID-19 tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/447/2020 tentang yang merupakan hasil revisi dari Kepmenkes sebelumnya, yakni nomor HK.01.07/MENKES/392/2020. Namun terdapat kelemahan yaitu bagi dokter yang bekerja pada lebih dari satu rumah sakit rujukan ataupun fasyankesnya bukan rumah sakit rujukan untuk COVID-19. Kelemahan di lapangan lain adalah ketidakseragaman penetapan perhitungan tarif profesional sesuai gradasi kelas perawatan. Seringkali jasa pelayanan dinilai dengan nilai jenis kelas pelayanan yang tidak seragam.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/447/2020, jenis tenaga kesehatan meliputi dokter spesialis, dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan

tenaga medis lainnya, termasuk tenaga kesehatan seperti dokter yang mengikuti penugasan khusus residen, dokter yang mengikuti Program Internsip Dokter Indonesia, dokter yang mengikuti Pendayagunaan Dokter Spesialis, tenaga kesehatan yang mengikuti Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat, dan relawan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yang terlibat dalam penanganan COVID-19 yang diusulkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tempat penugasan. Tenaga kerja yang dimaksud tersebut juga tetap mendapatkan insentif setelah memberikan penanganan COVID-19 dan melakukan karantina. Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud diatas merupakan tenaga kesehatan yang terlibat dalam menangani pasien COVID-19 pada:

- A. **Rumah sakit milik Pemerintah Pusat yang khusus menangani COVID-19** yaitu Rumah Sakit Khusus Penyakit Infeksi (RSPI) Prof. dr. Sulianti Saroso dan Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Persahabatan.

Tenaga kesehatan yang memperoleh insentif dan santunan kematian merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan di ruang isolasi COVID-19, ruang HCU/ICU/ICCU COVID-19, ruang IGD, ruang rawat inap, dan ruang lain yang digunakan untuk pelayanan COVID-19.

Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit Khusus Penyakit Infeksi (RSPI) Prof. dr. Sulianti Saroso dan Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Persahabatan, ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas pimpinan rumah sakit yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah pasien COVID-19 yang ditangani.

- B. **Rumah sakit** milik Pemerintah Pusat termasuk rumah sakit milik TNI/POLRI dan rumah sakit milik BUMN **selain huruf A.**

Tenaga kesehatan yang memperoleh insentif dan santunan kematian merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan di ruang isolasi COVID-19, ruang HCU/ICU/ICCU COVID-19, ruang IGD, ruang rawat inap, dan ruang lain yang digunakan untuk pelayanan COVID-19.

Jenis dan jumlah tenaga kesehatan tersebut ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas pimpinan rumah sakit yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah pasien COVID-19 yang ditangani.

C. Rumah sakit milik Pemerintah Daerah

Tenaga kesehatan yang memperoleh insentif dan santunan kematian merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan di ruang isolasi COVID-19, ruang HCU/ICU/ICCU COVID-19, ruang IGD, ruang rawat inap, dan ruang lain yang digunakan untuk pelayanan COVID-19.

Jenis dan jumlah tenaga kesehatan tersebut ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas pimpinan rumah sakit yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah pasien COVID-19 yang ditangani.

- D. Rumah sakit lapangan** merupakan rumah sakit yang didirikan di lokasi tertentu dan bersifat sementara selama kondisi darurat dan masa tanggap darurat bencana, atau selama pelaksanaan kegiatan tertentu, dalam rangka penanganan COVID-19. Rumah sakit lapangan dapat berbentuk tenda, atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai rumah sakit seperti Rumah Sakit Darurat COVID-19 Wisma Atlet, Rumah Sakit Khusus Infeksi COVID-19 Pulau Galang, rumah sakit lapangan penanganan COVID-19 Surabaya, dan rumah sakit lapangan penanganan COVID-19 Ambon. Tenaga kesehatan dan tenaga lain yang memperoleh insentif dan santunan kematian merupakan tenaga kesehatan dan tenaga lain yang memberikan pelayanan di ruang isolasi COVID-19, ruang HCU/ICU/ICCU COVID-19, ruang IGD, ruang rawat inap, dan ruang lain yang digunakan untuk pelayanan COVID-19.

Jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga lain yang bekerja ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas pimpinan rumah sakit lapangan atau penetapan Kementerian Kesehatan, yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga

kesehatan dan tenaga lain yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah pasien COVID-19 yang ditangani.

E. Rumah sakit milik swasta.

Tenaga kesehatan yang memperoleh insentif dan santunan kematian merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan di ruang isolasi COVID-19, ruang HCU/ICU/CCU COVID-19, ruang IGD, ruang rawat inap, dan ruang lain yang digunakan untuk pelayanan COVID-19.

Jenis dan jumlah tenaga kesehatan tersebut ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas pimpinan rumah sakit yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah pasien COVID-19 yang ditangani.

F. Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP).

Tenaga kesehatan yang memperoleh insentif dan santunan kematian merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan COVID-19, antara lain tenaga kesehatan yang melakukan evakuasi pasien terduga COVID-19, tenaga kesehatan yang melakukan *screening*, serta tenaga kesehatan yang melakukan pengamatan dan penelusuran kasus COVID-19 di lapangan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan tersebut ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas pimpinan/kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah evakuasi pasien terduga COVID-19, jumlah skrining kasus, dan/atau jumlah pengamatan dan penelusuran kasus COVID-19 di lapangan.

G. Balai Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BTCL-PP) dan Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BBTKL-PP) Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan.

Tenaga kesehatan yang memperoleh insentif dan santunan kematian merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan COVID-19, antara lain tenaga pemeriksa specimen SARS-CoV-2 dan tenaga kesehatan yang melakukan pengamatan dan penelusuran kasus COVID-19 di lapangan.

Jenis dan jumlah tenaga kesehatan tersebut ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas pimpinan/kepala BTKL-PP/BBTKL-PP yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah specimen yang diperiksa dan/atau jumlah pengamatan dan penelusuran kasus COVID-19 di lapangan.

H. Dinas Kesehatan Daerah Provinsi dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota.

Tenaga kesehatan yang memperoleh insentif dan santunan kematian merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan COVID-19, antara lain tenaga kesehatan yang melakukan pengamatan dan penelusuran kasus COVID-19 di lapangan.

Jenis dan jumlah tenaga kesehatan tersebut ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas pimpinan/kepala Dinas Kesehatan Daerah Provinsi atau Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah pengamatan dan penelusuran kasus COVID-19 di lapangan.

I. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Tenaga kesehatan yang memperoleh insentif dan santunan kematian merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan COVID-19, antara lain tenaga kesehatan yang menangani pasien serta tenaga kesehatan yang melakukan pengamatan dan penelusuran kasus COVID-19 di lapangan.

Jenis dan jumlah tenaga kesehatan tersebut ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas pimpinan/kepala Puskesmas yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah kasus dan/atau jumlah pengamatan dan penelusuran kasus COVID-19 di lapangan.

J. Laboratorium yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

Tenaga kesehatan dan tenaga lain yang memperoleh insentif dan santunan kematian merupakan tenaga kesehatan dan tenaga lain yang terlibat dalam

melaksanakan pelayanan berupa pemeriksaan terhadap specimen *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) secara langsung di laboratorium.

Jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga lain pada laboratorium termasuk laboratorium milik Pusat Penelitian Biomedis dan Teknologi Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan dan laboratorium lainnya yang memperoleh insentif ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas kepala laboratorium yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga lain yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah specimen SARS-CoV-2 yang diperiksa.

K. Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan.

Tenaga kesehatan yang memperoleh insentif dan santunan kematian yaitu tenaga kesehatan yang menangani pasien COVID-19 di rawat jalan.

Jenis dan jumlah tenaga kesehatan tersebut ditetapkan melalui penetapan atau surat tugas pimpinan/kepala Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat yang diterbitkan setiap bulan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang ditetapkan tersebut harus mempertimbangkan jumlah pasien COVID-19 yang ditangani.

Insentif dan santunan kematian bagi tenaga kesehatan yang menangani *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) diberikan terhitung mulai bulan Maret 2020 sampai dengan bulan Desember 2020, dan dapat diperpanjang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Besaran insentif tenaga kesehatan sebagai berikut:

- A. Insentif untuk tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan COVID-19 di rumah sakit setinggi-tingginya sebesar:
 - 1. Dokter Spesialis Rp 15.000.000/OB
 - 2. Dokter Umum Rp 10.000.000/OB
- B. Besaran insentif yang diberikan kepada dokter yang mengikuti penugasan khusus residen dan dokter yang mengikuti Program Internsip Dokter Indonesia di rumah sakit yang terlibat dalam penanganan COVID-19 paling tinggi sebesar Rp 10.000.000 (sepuluh juta rupiah) sedangkan dokter yang mengikuti Program

Internsip Dokter Indonesia di Puskesmas yang terlibat dalam penanganan COVID-19 paling tinggi sebesar Rp 5.000.000 (lima juta rupiah).

- C. Besaran insentif yang diberikan kepada dokter yang mengikuti Pendayagunaan Dokter Spesialis yang terlibat dalam penanganan COVID-19 paling tinggi sebesar Rp 15.000.000 (lima belas juta rupiah).
- D. Besaran insentif dokter spesialis patologi klinik dan dokter spesialis mikrobiologi klinik yang melakukan pemeriksaan spesimen SARS-CoV-2 secara langsung di laboratorium disamakan dengan besaran insentif dokter spesialis.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/447/2020, besaran santunan kematian sebesar Rp. 300.000.000 (tiga ratus juta rupiah) diberikan kepada tenaga kesehatan yang meninggal karena terpajan COVID-19 yang memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan atau institusi kesehatan, termasuk dokter yang mengikuti penugasan khusus residen, dokter yang mengikuti Program Internsip Dokter Indonesia, dokter yang mengikuti Pendayagunaan Dokter Spesialis, dan tenaga kesehatan yang mengikuti Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat, dan relawan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

Sumber pendanaan insentif bagi tenaga kesehatan yang menangani *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah melalui Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) tambahan. Pendanaan santunan kematian bersumber dari APBN.

BAB 4

PENGATURAN JAM KERJA, *SHIFT*, METODE DINAS SERTA PENANGANAN PSIKOSOSIAL BAGI DOKTER YANG MENANGANI COVID-19

Di era pandemi ini, banyak dokter yang harus bekerja lebih keras karena meningkatnya kebutuhan untuk layanan COVID-19. Banyak fasilitas kesehatan yang masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan. Kita juga masih sering menemukan tenaga medis yang bekerja dengan *shift* tanpa jeda, *shift* malam permanen, atau jam kerja yang lebih panjang dari 40 jam per minggu. Dokter juga menghadapi bahaya psikososial yang diperburuk selama keadaan darurat di mana permintaan meningkat dan mereka harus mengalami risiko infeksi yang lebih tinggi. Jam kerja yang panjang, kerja *shift*, beban kerja yang tinggi, dan bahaya psikososial lainnya dapat menyebabkan kelelahan kerja. Kelelahan dari jadwal kerja yang padat dapat diperburuk kondisi lingkungan yang kurang baik, perjalanan panjang dari tempat kerja ke tempat tinggal, dan tuntutan pelayanan pada para tenaga kesehatan. Kelelahan tersebut dapat meningkatkan risiko cedera dan memperburuk kondisi kesehatan yang rentan terhadap infeksi, penyakit, peningkatan tekanan psikologis atau menurunnya kesehatan mental yang memengaruhi kesehatan pekerja kesehatan, dan kualitas serta keamanan perawatan yang diberikan. Untuk mengatasi permasalahan ini, perlu dibentuk jadwal kerja yang dapat mengurangi risiko kelelahan (*fatigue*) bagi tenaga kesehatan.

4.1. Pengaturan *Shift* Kerja

Bahaya yang terkait dengan kerja *shift* dan jam kerja yang panjang bersifat kompleks. Jam kerja mempengaruhi level pajanan dan ketahanan tubuh tenaga kesehatan dalam proses pelayanan kesehatan. Selain itu, setiap orang memiliki ritme sirkadian berbeda yang memengaruhi kinerja mereka pada waktu yang berbeda dalam sehari. Dalam keadaan biasa, orang dewasa membutuhkan 7 - 9 jam tidur per malam, kesehatan yang optimal, dan kesejahteraan.

Dokter dengan usia lebih tua (usia di atas 45 tahun) dapat mengalami intoleransi terhadap kerja *shift* dan kerja malam khususnya karena kelelahan kronis dan masalah

tidur. Usia lebih tua mengurangi kemampuan penyesuaian irama sirkadian untuk bekerja malam hari dan meningkatkan gangguan tidur

Menurut kementerian ketenagakerjaan, *shift* kerja harus memperhatikan durasi kerja yang sesuai dengan peraturan yaitu Permenkes no. 52 tahun 2018 yaitu 40 jam seminggu dengan waktu kerja harian 7-8 jam dan tidak melebihi 12 jam. *Shift* kerja dapat dibagi menjadi 3 *shift* (8 jam sehari) atau 2 *shift* (12 jam sehari). Waktu kerja lebih pendek diijinkan pada kondisi tekanan pekerjaan tidak normal atau risiko tinggi, seperti misalnya ketika tenaga medis harus memakai *hazmat* terus menerus sepanjang *shift*. *Shift* pendek lebih disarankan dibandingkan *shift* panjang dan hindari kerja malam terus menerus. Hal ini dapat membantu melindungi dari risiko kelelahan mental dari beban kerja yang berat, kelelahan fisik, lingkungan ekstrem, atau paparan dari bahaya kesehatan lainnya.

Pengaturan jam kerja *shift* perlu dilakukan berdasarkan prinsip-prinsip berikut:

- Gunakan pola *shift* maju untuk meminimalkan masalah adaptasi individu (siang-petang-malam)
- Minimalisasikan jumlah jam kerja >10 jam dalam satu *shift*. Hindari penjadwalan lebih dari 12 jam dalam 1 *shift*. 5 kali *shift* 8 jam atau 4 kali *shift* 10 jam pada umumnya masih dapat ditoleransi. Pada malam hari, *shift* pendek (8 jam) akan lebih baik dibandingkan *shift* panjang (12 jam).
- Menjadwalkan setidaknya 11 jam libur di antara *shift* (setiap periode 24 jam), dengan waktu tidur 7-8 jam.
- Hindari pergantian *shift* yang cepat, setidaknya sediakan libur 1-2 hari setelah 5 kali *shift* 8 jam atau 4 kali *shift* 10 jam. Pertimbangkan pemberian libur 2 hari setelah 3 kali *shift* 12 jam.
- Minimalkan *shift* malam berturut-turut untuk membatasi penurunan tingkat kinerja yang disebabkan oleh ketidakseimbangan ritme sirkadian
- Pastikan bahwa tersedia waktu istirahat yang lebih panjang antara dan setelah *shift* malam

- Perhitungkan kemungkinan kebutuhan “**covering shift**” yang disebabkan tenaga kerja yang sakit atau tidak hadir, dengan memastikan adanya staf yang memadai.
- Maksimalkan kesempatan istirahat selama *shift* kerja (jika memungkinkan 1-2 jam)
- Pada pekerjaan dengan lingkungan yang berat atau risiko tinggi seperti ketika tenaga medis harus memakai hazmat sepanjang durasi *shift*, direkomendasikan untuk mengurangi durasi *shift* menjadi 6 jam (satu hari 4 *shift*).

Mengingat banyaknya korban dari sisi tenaga kesehatan di era pandemi COVID-19 ini, sekiranya perlu dipertimbangkan adanya perubahan rotasi dan durasi kerja untuk mengurangi pajanan tenaga kesehatan terhadap virus. Hal ini juga ditujukan untuk menjaga kesehatan fisik dan mental dan mempertahankan kualitas pelayanan para tenaga medis, serta mempermudah pengawasan status kesehatan para tenaga medis. Saat ini belum ada pedoman jam kerja khusus bagi tenaga kesehatan yang merawat pasien COVID-19

4.2. Stres Psikososial Selama Pandemi

Dokter yang menangani wabah dan keadaan darurat dapat menghadapi banyak sumber stres. Stres mengacu pada respons psikologis, yang sering kali mencakup kekhawatiran, kecemasan, perasaan terlalu lelah atau lesu, atau perasaan depresi, bahkan seringkali muncul keluhan somatik seperti nyeri tubuh. Beberapa tingkat stres dapat membantu seseorang untuk tetap bekerja dengan baik dalam situasi yang menantang. Namun seringkali respons stres ini berlebihan, terutama dalam situasi kesulitan kronis seperti dalam keadaan darurat, dan dapat menyebabkan orang tersebut merasa kewalahan hingga tidak mampu mengatasinya. Stres di tempat kerja dapat dipertahankan pada tingkat yang dapat dikendalikan jika individu dan tim atau organisasi menerapkan sejumlah strategi yang mudah dan cepat diterapkan.

Selama penyebaran wabah ada banyak sumber tekanan tergantung pada jenis keadaan darurat, sumber daya yang tersedia atau ketidakpastian. Sumber stres termasuk:

- Ketakutan akan kesejahteraan diri sendiri atau anggota keluarga dan rekan kerja yang mungkin tertular penyakit mematikan

- Tekanan terkait pekerjaan seperti waktu terbatas, jam kerja yang panjang, bekerja dengan mengikuti prosedur K3 yang ketat, atau berkomunikasi dengan tim yang besar dengan budaya dan disiplin ilmu yang berbeda;
- Aktivitas fisik yang diperberat dengan alat yang tidak praktis (misalnya APD), sering kali disertai dengan tekanan panas, dehidrasi, dan kelelahan;
- Kurangnya peralatan keamanan dasar untuk perlindungan pribadi;
- Stigmatisasi orang yang bekerja di area berisiko tinggi yang dapat menyebabkan pengucilan oleh keluarga atau komunitas atau bahkan mendapat kekerasan;
- Kurangnya dukungan sosial atau jaringan sosial;
- Ketegangan antara protokol keselamatan yang ditetapkan dan keinginan untuk merawat atau mendukung individu (misalnya memastikan praktik penguburan yang aman, isolasi, dan menerapkan kebijakan tanpa sentuhan);
- Pemahaman terbatas tentang beberapa sistem kepercayaan budaya (seperti tidak memahami atau menerima mengapa beberapa orang mengikuti praktik penguburan yang dapat meningkatkan risiko infeksi);
- Kesulitan dalam mempertahankan aktivitas perawatan diri seperti olahraga, kebiasaan makan yang baik dan istirahat yang cukup;

Faktor-faktor yang menyebabkan stres setelah penyebaran wabah antara lain :

- Kenangan yang terkait dengan kejadian buruk dan tragedi manusia yang diamati;
- Ketakutan akan efek jangka panjang dari penyakit menular
- Kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan kehidupan setelah penerapan.

Setiap orang memiliki reaksi yang berbeda terhadap stres dalam situasi darurat. Perubahan perilaku, fisik, atau psikologis dapat terjadi. Pada umumnya, stres yang terkait dengan pekerjaan akan dapat dikelola dengan dukungan organisasi dan manajemen yang baik. Namun dalam beberapa kasus, orang dapat memiliki gejala kondisi kesehatan mental yang terkait dengan lingkungan stres yang tinggi. Masalah seperti itu harus dipertimbangkan oleh dokter jika orang tersebut meminta dilakukan pemeriksaan dan kemampuannya untuk melakukan sejumlah tugas terganggu.

Orang dengan gangguan stres paska trauma (PTSD) biasanya mengalami berbagai reaksi atau gejala psikologis setelah mengalami stres ekstrem selama keadaan darurat yang berhubungan dengan kemanusiaan. Bagi kebanyakan orang, gejala ini bersifat sementara. Ketika serangkaian gejala yang spesifik dan khas (sensasi mengalami kembali, menghindari, dan rasa ancaman yang terasa meningkat) bertahan selama lebih dari sebulan setelah peristiwa yang berpotensi traumatis, orang tersebut mungkin mengalami gangguan stres paska trauma (PTSD). Orang yang mengalami PTSD sering kali melaporkan gejala yang sangat mirip dengan orang dengan gangguan depresi sedang (kurang tidur, suasana hati rendah). Penilaian oleh dokter yang berkualifikasi mungkin diperlukan untuk mengidentifikasi gejala PTSD.

Burnout adalah istilah yang biasa digunakan untuk merujuk pada kelelahan jangka panjang dan berkurangnya minat dalam bekerja sebagai akibat dari stres jangka panjang dan beban kerja yang berlebihan. Ini dapat terjadi terutama di antara individu yang sangat termotivasi dan berdedikasi dalam pekerjaan mereka. Keinginan untuk berhasil dan harapan yang tinggi mungkin kontras dengan kelelahan fisik, emosional dan mental yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk mencapai tujuan.

Upaya mencegah dan mengelola respons stres dapat dilakukan dengan mengembangkan kebijakan untuk bidang-bidang berikut:

- Skrining pra dan paska penyebaran wabah dan penilaian kapasitas staf untuk antisipasi stres
- Persiapan dan pelatihan dalam mengelola stres sebelum penugasan dan berkelanjutan untuk mengatasi penyebab stres harian.
- Pemantauan rutin atas kondisi staf di lapangan;
- Dukungan khusus dan sesuai budaya untuk staf dan tim setelah insiden kritis atau traumatis atau sumber stres berat yang tidak biasa / tidak terduga;
- Dukungan praktis, emosional dan sesuai budaya untuk staf di akhir penugasan atau kontrak.

4.2.1 Upaya untuk mencegah stres di tempat kerja

Praktik berbasis tim

- a) Komunikasi yang baik: Salah satu cara terbaik untuk mengurangi stres adalah dengan memberikan informasi yang baik sebanyak mungkin. Harus ada mekanisme arus informasi yang jelas tentang bahaya, cara penularan dan gejala, serta tindakan perlindungan bagi pekerja yang diperbarui secara berkala. Apabila ada rekan kerja yang jatuh sakit, dokter harus segera diberi tahu dan dikumpulkan untuk mengajukan pertanyaan, mengungkapkan keprihatinan dan memberikan saran.
- b) Memberikan tempat untuk mengungkapkan kekhawatiran dan mengajukan pertanyaan dengan tetap memastikan kerahasiaan status kesehatan.
- c) Sesi tim multidisiplin: Tujuan dari pertemuan tim ini adalah untuk mengidentifikasi masalah, termasuk tentang kesejahteraan staf, dan untuk bekerja sama dalam strategi untuk memecahkan masalah.
- d) Pengenalan diri sendiri dan sistem pertemanan: Penting bagi dokter untuk menilai dan memahami kekuatan, kelemahan dan keterbatasan mereka sendiri, termasuk mengenali tanda-tanda stres dan kelelahan dalam diri mereka dan orang lain. Sistem pertemanan (*buddy system*) adalah cara yang berguna untuk memberikan dukungan psikologis, dan merupakan cara yang baik untuk memantau stres dan kelelahan.
- e) Pertolongan pertama psikologis (PFA), meliputi:
 - Memberi dukungan dan perhatian tanpa memaksa
 - Menilai kebutuhan dan kekhawatiran;
 - Membantu memenuhi kebutuhan dasar (misalnya makanan dan minuman serta informasi)
 - Mendengarkan, tetapi tidak memaksa untuk berbicara;
 - Menghibur dan membantu mereka merasa tenang;
 - Membantu mendapatkan informasi, layanan dan dukungan sosial;
 - Melindungi dari bahaya lebih lanjut.
- f) Kampanye untuk mengurangi stigma: Karena masyarakat sadar bahwa dokter berisiko lebih tinggi tertular penyakit melalui pajanan pekerjaan, dokter dan

keluarganya sering mengalami stigma dan terisolasi secara sosial. Karena itu, kampanye pendidikan publik yang komprehensif harus dapat mengatasi stigma sosial dan pengucilan dokter akibat ketakutan publik terhadap penularan atau kontaminasi yang berlebihan.

- g)** Penggunaan humor dan teknik partisipatif: Ini dapat mendorong komunikasi, solusi inovatif dan perubahan positif dalam sikap. Metode seperti partisipasi di teater telah digunakan dengan dokter untuk mengatasi masalah intimidasi di tempat kerja, dengan menciptakan perasaan ikatan di antara peserta. Teknik kreatif juga dapat menghilangkan rasa takut dengan mengembangkan rasa humor.

Budaya organisasi:

- a) Teknik pembentukan tim harus dipraktikkan, termasuk memfasilitasi komunikasi dan manajemen konflik. Staf harus peka terhadap satu sama lain, karena salah satu keluarga staf mungkin terpengaruh dampak wabah tersebut.
- b) Seorang dokter psikiatri harus menghubungi semua anggota staf nasional dan internasional (termasuk penerjemah, pengemudi, sukarelawan, dll.) yang selamat dari insiden kritis 1-3 bulan setelah kejadian. Dokter tersebut harus menilai fungsi dan perasaan orang yang selamat dan menilai kondisi kesehatan mental (misalnya depresi, PTSD, penggunaan zat) dan merujuk ke perawatan klinis orang-orang dengan masalah substansial yang belum sembuh dari waktu ke waktu.

Praktik individu

- a) Pengaturan waktu istirahat
- b) Pemenuhan kebutuhan dasar
- c) Dukungan psikologis
- d) Peragaan peran oleh organisasi dan manajer lapangan: Manajer harus menjadi panutan bagi staf di bawah pengawasan mereka dan harus berperilaku dengan cara yang menunjukkan bagaimana mengurangi stres (misalnya mengambil istirahat kerja yang sesuai, mempraktikkan pengurangan stres dan latihan relaksasi). Yang terpenting, manajer lapangan harus memastikan bahwa kebutuhan dasar staf

terpenuhi dan alat pelindung disediakan, tenaga kerja dihargai, dan upaya mereka dihargai.

4.2.2 Langkah-langkah untuk mengelola stres selama berbagai tahap tanggap darurat

1) Meminimalkan stres sebelum krisis

- a) Pastikan bahwa pekerja memahami sistem tanggap darurat secara keseluruhan serta peran dan tanggung jawab tim utama dan tim mereka sendiri
- b) Tetapkan garis komando yang jelas untuk meminimalkan stres dengan menghilangkan kebingungan perihal alur pelaporan.
- c) Berikan pelatihan rutin tentang teknik manajemen stres.
- d) Memberikan pelatihan berkelanjutan untuk memastikan bahwa pekerja benar-benar memahami prosedur dan kebijakan keselamatan.
- e) Mengembangkan pedoman untuk membantu pekerja mempersiapkan penerapan.
- f) Menyimpan informasi kontak anggota keluarga terbaru untuk setiap karyawan.

2) Meminimalkan stres selama krisis

- a) Definisikan dengan jelas peran individu dan evaluasi ulang jika situasinya berubah.
- b) Pada setiap pergantian *shift*, berikan pengarahan tentang status lingkungan kerja saat ini, prosedur keselamatan dan peralatan keselamatan yang diperlukan.
- c) Menugaskan pekerja yang tidak berpengalaman dengan veteran berpengalaman. Sistem pertemanan adalah metode yang efektif untuk memberikan dukungan, memantau stres, dan memperkuat prosedur keselamatan.
- d) Sistem juga dapat membantu dalam penyediaan PFA untuk orang yang mengalami stres pada tahap awal.
- e) Merotasi pekerjaan dari fungsi stres tinggi ke stres rendah.

- f) Memulai, mendorong dan memantau istirahat kerja. Selama acara yang berdurasi panjang, terapkan waktu istirahat dan hari libur yang lebih lama, dan batasi pekerjaan akhir pekan.
- g) Tetapkan area istirahat yang secara visual memisahkan pekerja dari tempat kejadian dan publik. Pada durasi tanggap darurat yang lebih lama, tetapkan area di mana responden dapat mandi, makan, berganti pakaian, dan tidur.
- h) Menerapkan jadwal fleksibel untuk pekerja yang terkena dampak langsung dari suatu kejadian.
- i) Pantau dan kelola lingkungan kerja, transportasi, dan kondisi kehidupan sebagai berikut:
 - Sediakan alat pelindung diri untuk perlindungan dari kebisingan tinggi, debu dan asap dimanapun dibutuhkan.
 - Kurangi efek suhu ekstrim melalui penggunaan pakaian pelindung, hidrasi yang tepat dan sering istirahat.
 - Pastikan bahwa pencahayaan cukup, dapat disesuaikan, dan berfungsi dengan baik.
 - Memberikan keamanan bagi pekerja di fasilitas atau lokasi di area berbahaya.
 - Menyediakan telepon seluler untuk pekerja di lingkungan berbahaya. Pastikan bahwa staf tahu siapa yang harus dihubungi ketika masalah muncul.

3) Meminimalkan stres setelah krisis

- a) Berikan waktu istirahat bagi pekerja yang mengalami trauma atau kehilangan
- b) Menugaskan mereka pada pekerjaan yang tidak terlalu menuntut pada saat awal kembali ke organisasi.
- c) Mengembangkan protokol untuk memberikan konseling bebas stigma kepada pekerja sehingga mereka dapat mengatasi aspek emosional dari pengalaman mereka.

- d) Atur wawancara untuk membantu pekerja menempatkan pengalaman mereka dalam perspektif dan memvalidasi apa yang telah mereka lihat, lakukan, pikirkan dan rasakan.

BAB 5

PEDOMAN PERILAKU SOSIAL, MEDIA SOSIAL DAN ILMIAH BAGI DOKTER DI ERA COVID -19

Pandemi COVID-19 telah meresahkan dan mengkhawatirkan masyarakat luas. Begitu banyak persebaran informasi yang belum jelas kebenarannya, yang akhirnya mengakibatkan situasi pandemi semakin tidak terkendali. Profesi dokter adalah salah satu yang paling diperhatikan dan sering dijadikan contoh berperilaku oleh masyarakat dalam menghadapi penyakit COVID-19. Dokter harus kompeten, memiliki pengetahuan yang cukup, keterampilan mutakhir, dan selalu memelihara hubungan baik dengan pasien, keluarga pasien, dan rekan sejawat yang lain, dan selalu bekerja dengan integritas. Sesuai dengan mukadimah KODEKI, salah satu sifat dasar yang harus ditunjukkan oleh dokter adalah integritas ilmiah dan sosial, termasuk media sosial. Oleh karena itu, penting bagi dokter untuk dapat menjaga perilaku baik sosial, media sosial, dan ilmiah untuk membantu peperangan melawan COVID-19 ini. Setiap dokter juga harus memperlakukan teman sejawat seperti ia ingin diperlakukan.

5.1. Perilaku sosial

Dokter diharapkan dapat melakukan protokol kesehatan di masyarakat dalam kehidupan sehari-hari seperti *social distancing*, penggunaan masker, praktik cuci tangan yang benar untuk memberikan contoh yang baik. Aktif memberikan edukasi pada masyarakat sekitar mengenai pentingnya mematuhi protokol kesehatan yang ada dan bahaya dari penyakit COVID-19 untuk meningkatkan kewaspadaan mereka. Gunakan alat pelindung diri yang sesuai dengan tingkat risiko pekerjaan.

5.2. Media sosial

Saat ini, penggunaan sosial media sebagai media komunikasi dan penyebaran informasi telah berkembang secara luas. Sosial media juga sering menjadi alat bagi dokter dan tenaga medis lainnya untuk berpartisipasi, mengeluarkan pendapat, memberi konsultasi, bahkan hingga memberikan terapi pada pasien (*telemedicine*). Adanya sosial media dapat membantu mempermudah edukasi secara luas ke masyarakat tanpa perlu bertatap muka, namun dokter harus memperhatikan

kebenaran ilmiah dari informasi yang diberikan. Berikan informasi dengan bukti sumber ilmiah yang terpercaya untuk melindungi masyarakat dan diri sendiri. Nyatakan pendapat secara profesional dan sesuai dengan bidang masing-masing, dan dokter diharapkan tidak terlibat dalam perdebatan *online* dalam bentuk apapun.

5.3. Ilmiah

Di era pandemi ini, begitu banyak kontroversi ilmiah yang muncul mengenai COVID-19. Untuk itu, diperlukan sikap ilmiah yang rasional dalam menghadapinya. Dokter memiliki kewajiban untuk mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran/kesehatan melalui pertemuan ilmiah, pendidikan, atau penelitian untuk dapat memberikan penanganan terbaik pada pasien, terlebih mengingat bahwa COVID-19 adalah sebuah penyakit baru yang masih banyak diteliti sehingga banyak perubahan dan perbaruan informasi dalam tatalaksananya. Dokter diharapkan tidak memberikan informasi tanpa dasar bukti ilmiah yang jelas dan kuat ke masyarakat luas.

LAMPIRAN 1

TABEL PENGENDALIAN RISIKO TRANSMISI COVID-19 BERDASARKAN TINGKAT RISIKO

FKTP	FKTRL
Risiko Rendah	Risiko Rendah
a. Pengendalian Teknik	a. Pengendalian Teknik
- Ventilasi ruangan : min 6x ACH	- Sama seperti FKTP
- Hepa <i>filter portable</i>	- Lampu UV-C
- Pemeliharaan sistem HVAC	
b. Pengendalian Administratif	b. Pengendalian Administratif
- SPO dan Pelatihan PPI	- Sama dengan FKTP
- Protokol kesehatan pertemuan,istirahat,makan, ibadah	- Pelayanan Posko Kesehatan Kerja/Poli Pegawai
- Pengaturan jam kerja: 40 jam seminggu,8 jam/hari	
- Pembiayaan MCU,Jamkes,JKK,JKD,Kompensasi saat isolasi/karantina	
- Penatalaksanaan RTW masa sakit	
- Penentuan COVID-19 Akibat Kerja	
c. APD : masker bedah	c. APD: masker bedah
Risiko Sedang	Risiko Sedang
a. Pengendalian Teknik	a. Pengendalian Teknik
- Ventilasi ruangan: min 6x ACH	- Sama seperti FKTP
- Hepa <i>filter portable</i>	- Zonasi ruangan untuk pasien COVID-19 dan non COVID-19
- Pemeliharaan sistem HVAC	- Pemberian jarak minimal 1 meter antar pasien ranap di bangsal
- Lampu UV-C untuk inaktivasi virus	- Hepa <i>filter</i>
- Meja pemeriksaan dokter: <i>barrier</i> mika dan penanda jarak dengan kursi pasien,	
- Tempat lepas-pasang APD terpisah	

b. Pengendalian Administratif	b. Pengendalian Administratif
- Triase pasien dengan anamnesis dan pemeriksaan suhu	- Sama seperti FKTP
- Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan melayani pasien COVID-19	- Triase pasien (dapat menggunakan EWS COVID-19)
- Pembatasan tempat praktik dokter terfokus satu tempat	- Pembiayaan pemeriksaan kesehatan sebelum dan di akhir penempatan di pelayanan (termasuk RT-PCR SARS-CoV-2)
- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien, atau dapat menggunakan media <i>online</i>	- Algoritme/Alur/PPK terkait pelayanan COVID-19 dan non COVID-19
- Kebijakan pengendalian infeksi pada pasien	- Pelayanan Posko Kesehatan Kerja/Poli Pegawai
- SPO dan Pelatihan PPI	- <i>Swab</i> RT-PCR atau tes cepat molekuler SARS-CoV-2 untuk skrining pre admisi/tindakan
- Protokol kesehatan pertemuan, istirahat, makan, ibadah, rapat (secara daring)	
- Pengaturan jam kerja: 40 jam seminggu, 8 jam/hari	
- Pembiayaan pemeriksaan kesehatan sebelum dan di akhir penempatan di pelayanan COVID-19 (termasuk RT-PCR SARS-CoV-2)	
- Pembiayaan MCU, Jamkes, JKK,JKD,Kompensasi saat isolasi/karantina	
- SPO Rujukan COVID-19	
- Pengaturan gizi dan olahraga	
- Penatalaksanaan RTW masa sakit	
- Penentuan COVID-19 Akibat Kerja	
c. APD : Level 2	c. APD: Level 2

Risiko Tinggi	Risiko Tinggi
a. Pengendalian Teknik	a. Pengendalian Teknik
- Ventilasi ruangan : min 12x ACH	- Sama seperti FKTP
- Hepa <i>filter</i>	- Zonasi ruangan untuk pasien COVID-19 dan non COVID-19
- Ruang tekanan negatif dengan <i>anteroom</i>	- Pemberian jarak minimal 1 meter antar pasien ranap di bangsal
- Pemeliharaan sistem HVAC	
- Lampu UV-C untuk inaktivasi virus	
- Meja pemeriksaan dokter : <i>barrier</i> mika dan penanda jarak dengan kursi pasien,	
- Tempat lepas-pasang APD terpisah	
b. Pengendalian Administratif	b. Pengendalian Administratif
- Triase pasien dengan anamnesis dan pemeriksaan suhu	- Sama seperti FKTP
- Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan melayani pasien COVID-19	- Triase pasien (dapat menggunakan EWS COVID-19)
- Pembatasan tempat praktik dokter terfokus satu tempat	- Pembiayaan pemeriksaan kesehatan sebelum dan di akhir penempatan di pelayanan (termasuk RT-PCR SARS-CoV-2)
- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien, atau dapat menggunakan media <i>online</i> .	- Pelayanan Posko Kesehatan Kerja/Poli Pegawai
- Kebijakan pengendalian infeksi pada pasien	- Algoritme/Alur/PPK terkait pelayanan COVID-19 dan non COVID-19
- SPO dan Pelatihan PPI	- <i>Swab</i> RT-PCR atau tes cepat molekuler SARS-CoV-2 untuk skrining pre admisi/tindakan

- Protokol kesehatan pertemuan,istirahat,makan, ibadah, rapat (secara daring)	
- Pengaturan jam kerja: 40 jam seminggu,8 jam/hari	
- Pembiayaan pemeriksaan kesehatan sebelum dan di akhir penempatan di pelayanan COVID-19 (termasuk RT-PCR SARS-CoV-2)	
- Pembiayaan MCU,Jamkes,JKK,JKD,Kompensasi saat isolasi/karantina	
- SPO Rujukan COVID-19	
- Pengaturan gizi dan olahraga	
- Penatalaksanaan RTW masa sakit	
- Penentuan COVID-19 Akibat Kerja	
c. APD : Level 3, maksimal 6 jam	c. APD : Level 3, maksimal 6 jam
Risiko Sangat Tinggi	Risiko Sangat Tinggi
a. Pengendalian Teknik	a. Pengendalian Teknik
- Ventilasi ruangan : min 12x ACH	- Sama seperti FKTP
- Hepa <i>filter</i>	- Zonasi ruangan untuk pasien COVID-19 dan non COVID-19
- Ruang tekanan negatif dengan <i>anteroom</i>	- Pemberian jarak minimal 1 meter antar pasien ranap di bangsal
- Pemeliharaan sistem HVAC	
- Lampu UV-C untuk inaktivasi virus	
- Meja periksa dokter : <i>barrier</i> mika dan penanda jarak 1 meter dengan kursi pasien,	
- Tempat lepas-pasang APD terpisah	
b. Pengendalian Administratif	b. Pengendalian Administratif
- Triase pasien dengan anamnesis dan pemeriksaan suhu	- Sama seperti FKTP
- Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan melayani pasien COVID-19	- Triase pasien (dapat menggunakan EWS COVID-19)

- Pembatasan tempat praktik dokter terfokus satu tempat	- Pembiayaan pemeriksaan kesehatan sebelum dan di akhir penempatan di pelayanan (termasuk RT-PCR SARS-CoV-2)
- Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien, atau dapat menggunakan media <i>online</i>	- Pelayanan Posko Kesehatan Kerja/Poli Pegawai
- Kebijakan pengendalian infeksi pada pasien	- Algoritme/Alur/PPK terkait pelayanan COVID-19 dan non COVID-19
- SPO dan Pelatihan PPI	- <i>Swab</i> RT-PCR atau tes cepat molekuler SARS-CoV-2 untuk skrining pre admisi/tindakan
- Protokol kesehatan pertemuan,istirahat,makan, ibadah, rapat (secara daring)	
- Pengaturan jam kerja: 40 jam seminggu,8 jam/hari	
- Pembiayaan pemeriksaan kesehatan sebelum dan di akhir penempatan di pelayanan COVID-19 (termasuk RT-PCR SARS-CoV-2)	
- Pembiayaan MCU,Jamkes,JKK,JKD,Kompensasi saat isolasi/karantina	
- SPO Rujukan COVID-19	
- Pengaturan gizi dan olahraga	
- Penatalaksanaan RTW masa sakit	
- Penentuan COVID-19 Akibat Kerja	
c. APD : Level 3, maksimal 6 jam	c. APD : Level 3, maksimal 6 jam

LAMPIRAN 2

Triase dengan sistem *Early Warning Score*

Parameter	Pengkajian	Skor
Tanda pneumonia dengan CT Scan Paru	Ya	5
Riwayat kontak erat dengan pasien terkonfirmasi COVID-19	Ya	5
Demam	Ya	3
Usia	≥ 44 tahun	1
Jenis Kelamin	Laki-laki	1
Suhu maksimal (diukur sejak onset sampai ke RS)	≥ 37.8° C (100° F)	1
Gejala gangguan respirasi (batuk, dahak dan sesak)	≥ 1 gejala	1
Rasio neutrofil dan limfosit	≥ 5,8	1
Pasien dicurigai tinggi COVID-19		≥ 10

Bila fasilitas pelayanan kesehatan tidak mempunyai CT *scan*, dapat dipertimbangkan menggunakan foto thorak

LAMPIRAN 3

Jenis pemeriksaan MCU awal kerja, berkala (tahunan), dan akhir kerja tenaga kesehatan

- Anamnesa termasuk pekerjaan dan bahaya potensial di tempat kerja
- Pemeriksaan fisik lengkap
- Pemeriksaan penunjang :
 - Laboratorium: darah lengkap, urin lengkap, foto thorax PA, HBsAg, AntiHBsAg, anti HCV
 - Foto thorax PA
 - Usia lebih 40 tahun: pemeriksaan laboratorium kimia darah (glukosa darah puasa dan 2 jam pp, profil lipid, asam urat, ureum, kreatinin, SGOT, dan SGPT), dan EKG
 - Pada masa pandemi COVID-19: pemeriksaan *swab* RT-PCR SARS-CoV-2
- Pemeriksaan mental:
 - Awal kerja dengan MMPI Test
 - Berkala: pemeriksaan stres dengan SDS test, SRQ 20, *burn out* dengan WBI instrument, pemeriksaan depresi dengan PHQ-8 *instrument*

LAMPIRAN 4

TABEL INSTRUMEN *SELF ASSESMENT* HARIAN DOKTER

Nama :
NIK :
ID Kepegawaian :
Pekerjaan :
Area Tugas :
Tanggal :

Demi kesehatan dan keselamatan bersama di tempat kerja, anda harus **JUJUR** dalam menjawab pertanyaan di bawah ini.

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah ada demam ?		
2	Apakah ada batuk ?		
3	Apakah ada pilek ?		
4	Apakah ada nyeri tenggorokan ?		
5	Apakah ada sesak nafas ?		
6	Apakah ada sakit kepala ?		
7	Apakah ada lemah (malaise) ?		
8	Apakah ada nyeri otot ?		
9	Apakah ada mual atau muntah ?		
10	Apakah ada nyeri abdomen ?		
11	Apakah ada diare ?		
12	Apakah ada kontak erat dengan pasien atau SDM fasyankes lain yang <i>probable</i> atau konfirmasi COVID-19 dalam lingkungan kerja selama 14 hari terakhir		
13	Apakah ada kontak erat dengan keluarga atau orang yang <i>probable</i> atau konfirmasi COVID-19 diluar lingkungan kerja selama 14 hari terakhir		
14	Apakah ada riwayat perjalanan dari luar negeri selama 14 hari terakhir		
15	Apakah ada riwayat perjalanan dari area transmisi lokal selama 14 hari terakhir		
16	Apakah ada riwayat tinggal ke area transmisi lokal selama 14 hari terakhir		

Jika ada keluhan atau kontak erat atau riwayat perjalanan maka melaporkan diri kepada atasan dan pelayanan kesehatan karyawan untuk ditindak lanjut

LAMPIRAN 5.

ASESMEN RISIKO PAJANAN KASUS *PROBABLE*/KONFIRM COVID-19

Jika dokter menjawab "**Ya**" untuk pertanyaan dibawah ini berarti "**terpapar COVID-19**"

1 Aktivitas terkait pasien COVID-19	
A Apakah kontak langsung dengan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
B Apakah kontak tatap muka/berdekatan dengan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi dalam radius 1 meter ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
C Apakah hadir pada saat dilakukan tindakan aerosol ? Jika iya, tindakan apa	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu <input type="checkbox"/> Intubasi <input type="checkbox"/> Tata laksana nebulizer <input type="checkbox"/> <i>Suction</i> <input type="checkbox"/> Pengumpulan sputum <input type="checkbox"/> Trakeostomi <input type="checkbox"/> Bronkoskopi <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> Lain-lain: _____
D Apakah kontak langsung dengan lingkungan di sekitar perawatan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi? Misal: tempat tidur, linen, peralatan medis, kamar mandi dll	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
E Apakah berinteraksi dengan layanan kesehatan lain tersebut ?	<input type="checkbox"/> Fasyankes lain <input type="checkbox"/> Ambulan <input type="checkbox"/> <i>Home care</i> <input type="checkbox"/> Tidak

Jika dokter tidak menjawab "**Selalu, sesuai rekomendasi**" untuk pertanyaan dibawah ini berarti "**bukan risiko rendah**" terpapar COVID-19

Untuk pertanyaan berikut, disebutkan frekuensi penggunaan APD
 Selalu, sesuai rekomendasi (>95%)
 Sebagian besar (>50% tetapi tidak 100%)
 Kadang-kadang (20 - <50%)
 Jarang (<20%)

2 Terkait prosedur PPI selama layanan kesehatan	
A Selama interaksi dengan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah memakai APD ? Jika ya, seberapa sering menggunakannya 1. Sarung tangan 2. Masker medis 3. <i>Face shield, goggle</i> , atau kacamata pelindung 4. <i>Disposable gown</i>	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang
B Selama interaksi dengan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah melepas APD sesuai protokol ? Misal: masker menjadi basah, membuang APD di tempat sampah infeksius dll	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang
C Selama interaksi dengan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien baik memakai atau tidak memakai sarung tangan	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang
D Selama interaksi dengan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan bersih atau aseptik ? Misal: pemasangan kateter, infus, intubasi	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang

E Selama interaksi dengan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah mencuci tangan setelah terpajan cairan tubuh	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang
F Selama interaksi dengan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah mencuci tangan setelah menyentuh lingkungan di sekitar perawatan (misal: tempat tidur, linen, peralatan medis, kamar mandi dll) ?	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang
G Selama interaksi dengan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah sering menyentuh permukaan terkontaminasi (sedikitnya 3 kali sehari)	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang

3 Terkait tindakan aerosol	
A Selama tindakan aerosol pada kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah memakai APD ? Jika ya, seberapa sering menggunakannya 1. Sarung tangan 2. Masker medis 3. <i>Face shield, goggle</i> , atau kacamata pelindung 4. <i>Disposable gown</i>	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang
B Selama tindakan aerosol pada kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah melepas APD sesuai protokol ? Misal: masker menjadi basah, membuang APD di tempat sampah infeksius dll	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang
C Selama tindakan aerosol pada kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien baik memakai atau tidak memakai sarung tangan	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang
D Selama tindakan aerosol pada kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan bersih atau aseptik ?	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang
E Selama tindakan aerosol pada kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah mencuci tangan setelah menyentuh lingkungan di sekitar perawatan (misal: tempat tidur, linen, peralatan medis, kamar mandi dll) ?	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang
G Selama tindakan aerosol pada kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah sering menyentuh permukaan terkontaminasi (sedikitnya 3 kali sehari)	<input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sebagian besar <input type="checkbox"/> Kadang <input type="checkbox"/> Jarang

Jika dokter menjawab "Ya" untuk pertanyaan dibawah ini berarti "**bukan risiko rendah terpajan COVID-19**"

4 Kecelakaan terkait materi biologis
A Selama interaksi dengan kasus <i>probable</i> atau konfirmasi, apakah mengalami kecelakaan terkait cairan tubuh atau sekret saluran napas Jika ya, bagaimana bentuknya ? <input type="checkbox"/> Percikan cairan tubuh atau sekret saluran napas pada membran mukosa mata <input type="checkbox"/> Percikan cairan tubuh atau sekret saluran napas pada membran mukosa mulut/hidung <input type="checkbox"/> Percikan cairan tubuh atau sekret saluran napas pada kulit non intak <input type="checkbox"/> Luka tusuk / tajam akibat bahan terkontaminasi cairan tubuh atau sekret saluran napas

* Bukan risiko rendah = risiko sedang, tinggi, sangat tinggi

DAFTAR PUSTAKA

1. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/413/2020 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 13 Juli 2020
2. Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. 2020. Available from: <https://COVID-19.go.id/peta-sebaran>
3. COVID-19 Coronavirus Pandemic [Internet]. Worldometers. 2020. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
4. Yadav T, Saxena SK. Transmission Cycle of SARS-CoV and SARS-CoV-2. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020;33-42. Published 2020 Apr 30. doi:10.1007/978-981-15-4814-7_4
5. Ikatan Dokter Indonesia. Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Ikatan Dokter Indonesia. 2018.
6. Ikatan Dokter Indonesia, Persatuan Dokter Gigi Indonesia. Petunjuk Pencegahan Penularan COVID-19 Untuk Petugas Kesehatan. Edisi 1. 2020.
7. Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 Penanganan. Standar Alat Pelindung Diri (APD) Untuk Penanganan COVID-19 di Indonesia. Revisi 2. 2020.
8. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 2018.
9. Australian Medical Association. National Code of Practice-Hours of Work, Shiftwork, and Rostering For Hospital Doctors. 2016.
10. World Health Organization. Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19. Interim guidance 19 March 2020.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance on testing healthcare personnel for SARS-CoV-2. Update July 17, 2020
12. CDC: Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Work Restrictions for Healthcare Personnel with Potential Exposure to COVID-19 (www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html)
13. CDC: Criteria for Return to Work for Healthcare Personnel with Suspected or Confirmed COVID-19 (Interim Guidance) (www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html)
14. Leka et all. Psychosocial Hazards. 2003
15. Costa G. Factors influencing health of workers and tolerance to shift work. Theoretical Issues in Ergonomics Science. 2003, 4:3-4, 263 – 88.
16. OSHA. Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19.
17. Andi Saguni. Kementerian Kesehatan RI. Konsep Tata Kelola Ruang-Ruang Pelayanan Penyakit Infeksi Emerging. 2020
18. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Penyakit Akibat Kerja. 2016
19. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. 2016
20. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan . 2017

21. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja Sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu. 2020
22. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/447/2020 tentang Penetapan COVID-19 Akibat Kerja Sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu. 2020
23. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/446/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)
24. Buku Penatalaksanaan Kembali Bekerja dari Aspek Kedokteran Okupasi. PERDOKI. 2020
25. Buku Panduan Perlindungan Bagi Pekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dalam Masa Pandemi COVID-19 . PERDOKI. 2020.
26. Leka, Stavroula, Griffiths, Amanda, Cox, Tom & World Health Organization. Occupational and Environmental Health Team. (2003).
27. Zhang X, Jiang Z, Yuan X, et al. Nurses reports of actual work hours and preferred work hours per shift among frontline nurses during coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2020; doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103635
28. Kementrian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit. 2016
29. ILO-WHO. Occupational Safety and Health in Public Health Emergencies. 2018
30. Hanafi BK. Managing HVAC System During COVID-19 Pandemic. 2020
31. ASHRAE. Guidance For Polling Place HVAC Systems. 2020
32. IIHA . Surat Edaran Himbauan Untuk Mengimplementasikan Metode Pengendalian Teknis Guna Mengendalikan Penulran COVID-19 di Perkantoran. 2020