

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pandemi *COVID-19* telah mengubah kehidupan masyarakat di seluruh dunia melalui penyebarannya yang cepat, jumlah kematiannya yang semakin melonjak, dan hancurnya perekonomian (Wu et al, 2020). Virus corona mulai dikenal pada bulan Desember tahun 2019 yang menyebabkan pneumonia di Wuhan, dan pada bulan Maret 2020 virus corona menyerang lebih dari 100 Negara yang ada di dunia (Nguyen, 2020). Menurut data dunia *World Health Organization* (WHO) Amerika menjadi Negara yang membawa insiden *COVID-19* tertinggi pada bulan September 2020 yang melaporkan jumlah kasus baru sebesar 38% dan 52% dari semua kasus kematian yang dilaporkan pada bulan September akhir (WHO, 2020).

Berdasarkan data WHO pada bulan Oktober 2020 Indonesia berada pada peringkat tujuh belas, dengan angka kejadian *COVID-19* terbanyak, dengan jumlah kasus yang dilaporkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sebanyak 373.109 kasus baru dikonfirmasi, 12.857 kematian dan 297.509 kasus pulih yang dilaporkan dari 34 provinsi (WHO, 2020). Indonesia terdiri dari 34 provinsi, daerah Sumatera Barat menjadi salah satu provinsi yang berzona merah dengan kategori jumlah penduduk yang terdiagnosa *COVID-19*>500 kasus (Kemenkes RI, 2020).

Virus corona atau *COVID-19* merupakan sekelompok virus yang menyebabkan infeksi saluran napas, dengan menunjukkan gejala demam, batuk kering, rasa lelah, sakit kepala, konjungtivitis, diare, sakit tenggorokan, kehilangan indra penciuman dan rasa (WHO, 2020). Serangan *COVID-19* yang tidak pandang usia menimbulkan banyak gejala

yang berbeda namun secara umum gejala yang ditimbulkan pada orang dewasa maupun anak-anak adalah masalah pernapasan, banyaknya komplikasi yang disebabkan oleh COVID-19 salah satunya adalah sindrom pernapasan akut yang menyebabkan kematian (Deitrick, 2020).

Beberapa masalah pernapasan yang ditimbulkan oleh *COVID-19* diantaranya yaitu batuk kering, dyspnea, pilek, radang lembab di paru-paru, suara napas melemah, kurangnya suara saat di perkusi, peningkatan atau penurunan saat palpasi femur (Jin, 2020). Pada dasarnya *COVID-19* merupakan penyakit saluran pernapasan, namun pathogenesis dari penyakit ini juga menyerang saluran pencernaan dan bahkan menyebabkan kematian (Elmunzer, 2020). Hal ini disebabkan karena virus *Severe Acute Respiratory Syndrom Coronavirus 2* (SARS-COV-2) masuk melalui reseptor *Angiotensin Converting Enzym 2* (ACE 2) yang ada pada saluran pencernaan yang berada di atas saluran pernapasan, dalam penelitian ini kurang dari 57% dari 1992 pasien dari 36 rumah sakit pusat mengalami gangguan pencernaan (Elmunzer, 2020).

Dari banyak gejala yang ditimbulkan oleh pasien yang terdiagnosa *COVID-19* seperti batuk, bersin yang menyebabkan aerosol virus yang menyebabkan penularan yang sangat mudah, namun hal ini belum dapat dipastikan, saat ini penelitian mempercayai bahwa virus corona dapat hidup di permukaan benda 3 jam di udara, 4 jam di atas tembaga, 24 jam di atas karton, 2 hari sampai 3 hari di atas plastik dan baja tahan karat (Deitrick, 2020). Penyebaran virus corona yang sangat mudah dan terjadi dalam waktu yang singkat menjadi perhatian internasional, perlu diperhatikan gejala yang ditimbulkan oleh pasien *COVID-19*.

Berdasarkan berbagai penelitian ilmiah *COVID-19* ditularkan melalui kontak erat dan droplet, kecuali jika ada tindakan medis yang memicu terjadinya aerosol (bronkoskopi, nebulasi, dan lain-lain) dimana dapat memicu terjadinya penularan melalui embun

(Kemenkes RI, 2020). Perawat merupakan penyedia perawatan kesehatan garis depan pada pasien *COVID-19* yang terlibat langsung dalam pemberi asuhan pada pasien yang terinfeksi (Sharma, 2020). Menurut Deitrick (2020) individu yang paling berisiko terinfeksi adalah mereka yang kontak erat dengan pasien atau petugas kesehatan yang merawat pasien.

Menurut WHO (2020) berdasarkan data dari Komisi Kesehatan Nasional China terdapat sekitar 1.716 kasus tenaga medis tertular *COVID-19*. Di Indonesia, menurut Asosiasi Organisasi Profesi Tenaga Kesehatan mencatat sekitar 6.680 petugas medis terinfeksi *COVID-19*, dimana 2.979 diantaranya adalah perawat, dan angka ini akan terus bertambah apabila upaya pencegahan penyebaran dan penularan *COVID-19* tidak diatasi dengan segera dengan mematuhi praktik pencegahan dan pengendalian infeksi mencakup pengendalian administratif, lingkungan dan *engineering* serta penggunaan alat pelindung diri (APD) yang tepat (Kemenkes RI, 2020).

Alat Pelindung Diri merupakan bagian dari salah satu kewaspadaan standar dalam pencegahan dan pengendalian infeksi (WHO, 2016) Kewaspadaan standar ini dirancang untuk mengurangi risiko terinfeksi penyakit menular pada petugas kesehatan baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui (Kemenkes RI, 2017). Petugas perawatan kesehatan dapat melindungi diri mereka sendiri dari kontak dengan bahan infeksius atau terpajan pada penyakit menular dengan memiliki pengetahuan tentang proses dan perlindungan barrier yang tepat (Potter, 2010). Menurut Forester (2020) alat pelindung diri yang digunakan harus sesuai dengan standar berbasis risiko. Oleh sebab itu disetiap ruangan di rumah sakit sudah dilengkapi Dengan Standar Prosedur Operasional (SOP) terkait penggunaan alat pelindung diri (Kemenkes RI, 2017). Penularan infeksi umumnya terjadi karena tenaga medis kurang familiar dengan prosedur penggunaan alat pelindung diri, penggunaan alat pelindung diri yang benar memiliki manfaat menurunkan

kontaminasi dari 60% menjadi 18,9% dibandingkan dengan penggunaan alat pelindung diri yang tidak sesuai dengan *standart operational procedure* (Forester, 2020).

Penularan penyakit tetap bisa terjadi meskipun petugas sudah menggunakan alat pelindung diri sesuai dengan standar, hal ini merupakan akibat dari *self contaminating* saat proses melepaskan alat pelindung diri (*doffing*) (Kemenkes RI, 2020). Patogen yang terdapat pada cairan yang mengkontaminasi alat pelindung diri dapat tetap infeksius selama beberapa waktu, dilihat dari wabah SARS terdahulu meskipun tenaga medis menggunakan alat pelindung diri, namun jumlah tenaga medis yang tertular mencapai 20% dari total kasus (Hung et al, 2020).

Penggunaan alat pelindung diri yang berlapis memang memberikan efek proteksi yang baik, akan tetapi risiko *self contaminating* juga meningkat pada saat petugas melepas alat pelindung diri yang berlapis tersebut, oleh sebab itu proses *doffing* atau pelepasan alat pelindung diri harus dilakukan secara benar sesuai dengan *standart operational procedure* (Kemenkes RI, 2020). Penelitian menunjukkan *self contaminating* cukup tinggi saat melepaskan alat pelindung diri terutama jenis *coverall*, sebanyak 46% terjadi kontaminasi pada kulit atau pakaian tenaga medis saat prosedur pelepasan alat pelindung diri, sebanyak 70,3% prosedur pelepasan alat pelindung diri tidak dilaksanakan sesuai panduan, kontaminasi lebih sering ditemukan saat pelepasan sarung tangan dibandingkan dengan pelepasan baju pelindung (Casalino et al, 2020).

Penggunaan alat pelindung diri sesuai standar pada tenaga kesehatan masih dikategorikan kurang (Nurmalia et al 2019). Ningsih, et al (2017) menemukan bahwa perilaku penggunaan alat pelindung diri yang baik pada tenaga kesehatan hanya sebesar 47,6% dan sisanya 52,4% menunjukkan penggunaan alat pelindung diri yang kurang baik. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Nurmalia et al (2019) menemukan bahwa sebanyak 54,35 % tindakan yang dilakukan oleh perawat tidak sesuai dengan Standar

Operasional Prosedur (SOP) rumah sakit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Song et al (2019) menemukan bahwa tenaga kesehatan yang terinfeksi *COVID-19* adalah karena kurangnya perlindungan diri tenaga kesehatan tersebut.

Semua pasien memiliki hak untuk mendapatkan terapi pembedahan dan perioperatif yang optimal termasuk pasien berstatus ODP, PDP atau positif *COVID-19* dengan alur penggunaan alat pelindung diri yang sesuai dengan jenis operasi baik operasi emergensi maupun operasi elektif (HIPKABI, 2020). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) menetapkan pada Instalasi Gawat Darurat (IGD) kamar operasidan ruang rawat dengan tindakan yang menghasilkan aerosol pada pasien *COVID-19* harus menggunakan alat pelindung dirimeliputimasker N95, *goggles/face shield*, sarung tangan medis pendek, *coverall*, *head cap*, *apron* kedap air dan *shoe cover/boot*. Menurut Tabah (2020) standar penggunaan masker yang dianjurkan dalam memberikan asuhan pada pasien yang positif *COVID-19* yaitu menggunakan masker N95 atau FFP 2 dengan kapasitas filter setidaknya 94-95%.

Berdasarkan studi pendahuluan, data dari komite Pengendalian dan Pencegahan Infeksi pada bulan Juni 2020 terhadap penggunaan alat pelindung diri di ruang isolasi RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan bahwa sebanyak 97,7% yang menggunakan alat pelindung diri sesuai SOP, kemudian mengalami peningkatan pada bulan Juli menjadi 98,67% dan menjadi 99,25% di bulan Agustus 2020. Hasil observasi yang dilakukan di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan Desember 2020 terhadap 3 orang perawat, 2 orang diantaranya memasang alat pelindung diri level 3 tidak sesuai SOP yaitu memakai hazmat sebelum memasang *handscoon* yang pertama, seharusnya pemasangan hazmat dilakukan setelah memasang *handscoon*, dan 1 orang dokter juga tidak sesuai SOP dalam penggunaan alat pelindung diri level 3 yaitu tidak mencuci tangan setelah melepaskan *shoecover / boot*. Didukung oleh adanya data

profesional pemberi asuhan yang terkonfirmasi *COVID-19*, yaitu perawat kamar bedah 14 orang, perawat anastesi 6 orang, dokter bedah 20 orang dan dokter anastesi sebanyak 2 orang.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Gambaran Perilaku Profesional Pemberi Asuhan Kamar Bedah Dalam Pemasangan dan Pelepasan Alat Pelindung Diri Pada Masa Pandemi *COVID-19* Di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. M. Djamil Padang”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, dapat ditarik rumusan masalah yaitu “Bagaimana Gambaran Perilaku Profesional Pemberi Asuhan Kamar Bedah Dalam Pemasangan dan Pelepasan Alat Pelindung Diri Pada Masa Pandemi *COVID-19* Di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. M. Djamil Padang?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran perilaku profesional pemberi asuhan kamar bedah dalam pemasangan dan pelepasan alat pelindung diri pada masa pandemi *COVID-19* di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran praktik pemasangan alat pelindung diri *Level 3* pada profesional Pemberi Asuhan kamar bedah pada masa pandemi *COVID-19* di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. M. Djamil Padang.

- b. Mengetahui gambaran praktik pelepasan alat pelindung diri *Level 3* pada profesional pemberi asuhan kamar bedah pada masa pandemi *COVID-19* di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. M.Djamil Padang.
- c. Mengetahui Gambaran Analisa Praktik pelepasan dan Pemasangan alat pelindung diri *Level 3* pada profesional pemberi asuhan kamar bedah pada masa pandemi *COVID-19* di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. M. Djamil Padang.

D. Manfaat

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebagai bahan referensi tentang gambaran pemasangan dan pelepasan alat pelindung diri Profesional Pemberi Asuhan kamar bedah pada masa pandemi *COVID-19*.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan masukan untuk lebih meningkatkan upaya pencegahan penularan *COVID-19* dengan memperhatikan penggunaan alat pelindung diri sesuai dengan standar berbasis risiko.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai sarana pengembangan kemampuan penelitian sehingga dapat mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama di perkuliahan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi peneliti selanjutnya dengan ruang lingkup yang sama ataupun merubah variabel atau tempat penelitian.

