



ANALISIS PELAKSANAAN MANAGEMENT KEGAWATDARURATAN DALAM FASE BENCANA PANDEMIC COVID-19

Maria Imaculata Ose*, Fitriya Handayani

Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Borneo Tarakan, Jl. Amal Lama No.1, Pantai Amal, Tarakan Timur, Kota Tarakan, Kalimantan Utara 77115, Indonesia

*onijuntak@gmail.com

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini adalah mengeksplorasi secara mendalam pelaksanaan management kegawatdaruratan dalam fase Bencana pandemic covid-19 di RSUD Tarakan. Metode Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan studi kasus. Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah wawancara mendalam (Indepth interview). Peneliti Menggunakan model analisis tematik Braun dan Clark (2006). Hasil Tema 1 Modifikasi pelayanan covid di IGD, tema 2 penguatan peningkatan kewaspadaan, tema 3 Adaptasi Penguatan psikologis, tema 4 sistem komunikasi multiprofesi yang belum maksimal. Kesimpulan IGD RSUD kota Tarakan telah mengikuti dan memodifikasi layanan kegawatdaruratan yang mana tampak dari proses screening belum pelayanan triage, adanya ruang isolasi, dan penggunaan APD hal ini bertujuan sebagai menjaga keamanan dan keselamatan petugas Kesehatan.

Kata kunci: bencana manajemen; covid-19; pandemic

ANALYSIS OF EMERGENCY MANAGEMENT IMPLEMENTATION IN THE DISASTER PHASE OF THE COVID-19 PANDEMIC IN TARAKAN Hospital

ABSTRACT

The purpose of this study is to explore in-depth the implementation of emergency management in the Covid-19 pandemic disaster phase at Tarakan Hospital. This research method uses a qualitative approach with a case study design. The data collection method used in this study was in-depth interviews. Researchers Using the thematic analysis model of Braun and Clark (2006). Results Theme 1 Modification of covid services in the emergency room, theme 2 strengthening awareness 3. Adaptation Psychological strengthening 4. Not optimal multi-professional communication system. Conclusion Tarakan City Hospital IGD has followed and modified emergency services which can be seen from the screening process, not triage services, the existence of an isolation room, and the use of PPE, which aims to maintain the safety and safety of health workers.

Keywords: covid-19; disaster management; pandemic

PENDAHULUAN

Covid-19 menjadi masalah terbesar pada akhir tahun 2019 dan sampai awal bulan April 2020 diseluruh Dunia. WHO menetapkan Covid-19 sebagai pandemic yang merupakan virus dari SARS-Co-19 yang pada awalnya terjadi di Wuhan Tiongkok. Ada beberapa negara yang telah melaporkan tenaga kesehatan di negara mereka tertular COVID-19. Data dari Komisi Kesehatan Nasional China melaporkan bahwa ada setidaknya 1.716 kasus dimana tenaga medis di negara itu telah tertular COVID-19 dengan 80% mengalami gejala ringan. Penularan virus ini sangat mudah menular dari manusia ke manusia. Virus ini tergolong menyebar cepat secara global dan

menyebabkan tingginya angka kematian namun tingkat kesembuhannya cukup tinggi. (Xie et al., 2020).

Indonesia sendiri juga memperkirakan Wabah dimulai pada awal Maret 2020 dan hanya dalam waktu kurang dari sebulan virus telah menginfeksi 1.285 pasien dan 114 kematian di Indonesia pada 30 Maret 2020, sampai tanggal 28 Maret 2020, ada sekitar 61 tenaga kesehatan yang tertular COVID-19. (Brahma, 2020). Pemerintah Indonesia telah menetapkan COVID-19 menjadi bencana nasional dan sebagai jenis penyakit yang menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat, melalui Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) dan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Non Alam Penyebaran Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Sebagai Bencana Nasional.

Rumah Sakit memiliki peranan kunci dalam menanggulangi kegawatdaruratan dan bencana. Selama keadaan darurat atau bencana, rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya harus tetap selamat, dapat diakses dan berfungsi pada kapasitas maksimum untuk membantu menyelamatkan nyawa. (Mahfud & Rossa, 2017) Penanganan Bencana di Rumah Sakit mempunyai beberapa unsur, yaitu selain kebutuhan dalam bidang medis, juga dalam bidang manajemen. Dibidang medis meliputi penerimaan pasien melalui tahap triage, penatalaksanaan treatment dan transportasi pasien, dan pada bidang management meliputi kuantitas dan kualitas petugas kesehatan serta pengendalian dan pencegahan infeksi.

IGD merupakan pintu masuk pasien yang membutuhkan pelayanan Kesehatan. Dalam pelaksanaannya tahap awal adalah proses triage. Triage adalah proses menilai pasien untuk menentukan prioritas kegawat berdasarkan kondisi pasien. (Raita et al., 2019). Pada fase pandemic maupun dalam kondisi bencana terutama kasus kasus menular di harapkan pasien melalui pintu berbeda dari IGD yang memiliki tugas dan peran secara khusus untuk menangani kasus pandemik hal ini untuk mencegah terjadi penularan baik pada pasien maupun pada petugas Kesehatan sendiri.

IGD menjadi salah satu pintu masuk pasien yang memiliki gejala suspek covid-19 yang sulit untuk di hindari. Kondisi dengan terbatasnya APD di lingkup IGD menjadi factor resiko dalam penularan penyakit covid -19. Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada RSUD kota Tarakan yang merupakan rumah sakit rujukan untuk pasien covid-19 telah membentuk team gerak cepat dalam menangani bencana pademik ini. Selain itu rumah sakit ini juga telah memiliki IGD Covid dan Ruang Isolasi Covid. Namun ada tidak jarang ada pasien suspek yang memiliki Riwayat dari zona merah maupun memiliki gejala gangguan pernafasan datang kerumah sakit melalui IGD. Selain itu ada pasien yang memiliki resiko tinggi memiliki riwayat penyakit comorbidity maupun lansia mengalami kondisi perburukan maka akan langsung ke IGD untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan, dan sering setelah tiba diruang perawatan adanya hasil yang menunjukkan positif covid-19. Kasus lain yang terjadi yaitu ketidak terusan terangan pasien maupun ketidakjujuran saat diskirining maupun di kaji pasien tidak menyampaikan riwayat pernah kontak dengan pasien covid maupun memiliki riwayat perjalanan pada wilayah zona merah covid-19.

Kondisi-kondisi diatas menjadi factor resiko tinggi terjadi penularan di IGD, karena tidak semua penggunaan APD lengkap standar COVID-19 di gunakan pada saat skrening dan mengidentifikasi pasien sesuai dengan Standar Operasional prosedur. Masih terbatasnya literature dan penelitian

terkait dengan manajemen pada pasien COVID-19 sebagian besar ada literature yang tidak dapat langsung diaplikasi pada wilayah tertentu (Ayebare et al., 2020). Dalam Pandemi Covid-19 tenaga kesehatan meliputi dokter, perawat maupun tenaga kesehatan lainnya menjadi garda terdepan dalam merawat pasien-pasien Covid-19 sehingga menjadi kelompok rawan dan memiliki resiko tinggi. Sampai saat ini banyak tenaga kesehatan baik diluar maupun didalam negeri banyak yang korban positif bahkan sampai dengan yang meninggal dunia.(Cook, 2020; Livingston et al., 2020; World Health Organization (WHO), 2020)

Tantangan dalam pelayanan kesehatan yang dihadapi saat ini terkait deteksi dini, keterbatasan APD, pada kondisi pandemi, setiap negara mempunyai permasalahan yang sama dalam hal ketersediaan APD di fasilitas pelayanan kesehatan untuk digunakan oleh tenaga kesehatan. Oleh sebab itu WHO 2020 dan CDC mengeluarkan beberapa pedoman untuk penggunaan APD secara rasional dan efektif serta alternatifnya bagi tenaga kesehatan dalam masa krisis. Kementerian Kesehatan dibantu oleh kelompok kerja nasional PPI, memandang perlu untuk meningkatkan pemahaman khususnya tentang penggunaan APD disesuaikan dengan kondisi di Indonesia sebagai pegangan bagi pimpinan fasyankes, tenaga medis, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan saat keterbatasan ketersediaan APD terjadi dengan tetap mengutamakan keselamatan diri maupun pasien. (DITJENYANKES, 2020). Tenaga kesehatan perlu diingatkan bahwa penggunaan APD hanya merupakan salah satu aspek dari langkah – langkah pencegahan dan pengendalian infeksi. Dalam merawat pasien COVID-19, tenaga kesehatan sangat rentan tertular maka APD yang digunakan adalah APD standar yang berbasis asesmen risiko. dengan mematuhi praktik pencegahan dan pengendalian infeksi, yang mencakup pengendalian administratif, lingkungan dan engineering serta penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) yang tepat (yakni tepat dalam pemilihan jenis APD yang sesuai, cara pemakaian, cara pelepasan dan cara pembuangan atau pencucian APD). (Livingston et al., 2020; World Health Organization (WHO), 2020)

Menghadapi pandemic covid-19 yang tergolong penyakit baru ini sudah barang tentu belum banyak referensi dan literatur yang bisa dipedomani . Untuk itu penting kiranya melakukan inovasi dan terobosan baru baik dalam upaya preventif kuratif maupun rehabilitatifnya. Institusi-institusi kesehatan pada semua tingkatan dan tipe harus bertanggung-jawab untuk deteksi kasus, pelaporan, isolasi, diagnosis, perawatan dan manajemen klinis, serta pengumpulan spesimen. Melatih staf medis untuk mencegah dan mengendalikan infeksi nosokomial juga merupakan bagian dari tanggung jawab setiap institusi kesehatan. Tenaga kesehatan perlu diingatkan bahwa penggunaan APD hanya merupakan salah satu aspek dari langkah – langkah pencegahan dan pengendalian infeksi. (Newby et al., 2020). Dalam merawat pasien COVID-19, tenaga kesehatan sangat rentan tertular maka APD yang digunakan adalah APD standar yang berbasis asesmen risiko. Untuk mempersiapkan pandemi, rumah sakit memerlukan strategi untuk mengelola ruang, staf, dan persediaan mereka sehingga perawatan optimal diberikan kepada pasien. Selain itu, langkah-langkah pencegahan infeksi perlu diterapkan untuk mengurangi penularan di rumah sakit (Wong et al., 2020).

Melihat dari fenomena yang tergambar dan saat ini masih ada trend peningkatkan pandemic penularan Covid-19 baik positif bahkan kematian maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus bertujuan menguraikan dan menjelaskan juga mengungkapkan lebih mendalami situasi, proses, pada saat menghadapi situasi kondisi dalam penanganan gawat darurat pada petugas Kesehatan dalam pelaksanaan triage, treatment, dan

transportasi dalam fase Bencana pandemic covid-19 di lingkup pelayanan Gawat Darurat RSUD kota Tarakan. Tujuan penelitian ini adalah mengekspolrasi secara mendalam pelaksanaan management kegawatdaruratan dalam fase Bencana pandemic covid-19 di RSUD Tarakan sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan di ruang IGD. Dengan pendekatan study kasus juga menguraikan dan mengkaji Analisis Resiko dan Langkah pencegahan standar pada masa bencana pandemic Covid-19 di lingkup pelayanan Gawat Darurat RSUD kota Tarakan

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan studi kasus. Penelitian ini diawali dengan penyiapan dan penyusunan proposal yang bulan April 2020 Pengumpulan dan analisa data dilaksanakan pada Bulan Juni -November 2020. Tempat penelitian adalah di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Provinsi Kalimantan Utara. Adapun kriteria partisipan adalah: petugas kesehatan yang memiliki pengalaman kerja 1-2 tahun di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Provinsi Kalimantan Utara, Pendidikan partisipan D3 keperawatan-S1 Kesehatan, Dalam keadaan sehat secara fisik, dan Bersedia sebagai partisipan dengan menandatangani surat kesediaan menjadi partisipan. Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah wawancara mendalam (*Indepth interview*). Peneliti Menggunakan model analisis tematik Braun dan Clark (2006). Langkah-langkah analisa data tematik tersebut terdiri dari enam tahap yaitu *Familiarising Yourself With Your Data* (mengetahui data), *Generating Initial Codes* (melakukan pengkodean), *Searching For Themes* (mencari tema), *Reviewing Themes* (mereview tema), *Defining And Naming Themes* (mendefinisikan dan memberikan nama tema) dan *Producing The Report* (menuliskan hasil). Penelitian ini telah mendapatkan layak etik dari Komisi Etik RSUD Kota Tarakan dengan nomor 018/KEPK-RSUD Kaltara/X/2020

HASIL

Teknik wawancara mendalam, observasi dan pengumpulan beberapa ada dokumentasi yang terkait Analisis Pelaksanaan Management Kegawatdaruratan dalam fase bencana pandemic Covid-19 di RSUD Tarakan. Wawancara mendalam dilakukan pada 10 petugas kesehatan yaitu perawat sebagai partisipan penelitian. Wawancara ini dilakukan selama 30-40 menit di UGD Sesuai dengan waktu yang telah di sepakati oleh peneliti dan partisipan. Tema 1 Modifikasi pelayanan covid di IGD, 2. Adaptasi Penguatan psikologis 3. Sistem komunikasi multiprofesi yang belum maksimal

Tema 1 Modifikasi Pelayanan Covid di IGD

Modifikasi Pelayanan Covid di IGD merupakan tema yang muncul dari subtema pelaksanaan screening pada tahap awal, Screening menjadi salah satu prosedur yang harus dilakukan semenjak dalam fase pandemic pada setiap pasien yang akan masuk kedalam IGD. Screening mengandung makna pelaksanaan penyaringan pasien memiliki tanda-tanda maupun resiko terpapar dari covid-19. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut :

“Kalau perubahan jelas terjadi setelah adanya pandemi Covid ini. Jadi kalau dulu pada saat penerima pasien tidak dilakukan screening salah satunya. Sekarang pada saat menerima pasien harus terlebih lagi dilakukan lagi screening kalau di dalam. (p1)

“jadi screening yang dilakukan pada saat di triage. Ya jadi sebelum pasien ini ditentukan dia mau masuk ke ruang isolasi atau ke P1 atau P2 dilakukan screening dulu di triagenya. pertama triagenya disini dilihat kalau yang khusus nakes itu ditanya ada kontak tidak dengan covid-19 sebelumnya. Kalau ada ya langsung nih tanpa basa basi seperti contohnya kemaren ada anak bu

dosen ya yang masuk, Langsung aja nih kita masukkan ke ruang isolasi padahal kan keadaannya baik-baik aja. Tapi karena kewaspadaan jadi langsung aja kita masukkan ke kategori P1. (p3)

Ruang Isolasi covid disiapkan menjadi ruangan khusus yang tujuannya untuk memisahkan antara pasien yang memiliki tanda dan resiko terpapar covid-19 dengan tujuan mencegah terjadinya penularan secara massif pada pasien lain. Ruang isolasi ini di modifikasi menyesuaikan dengan standar protocol perawatan covid. Hal ini seperti yang di ungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Kemudian untuk kategori memasukkan pasien juga ya, tadi biasanya kalau pasien-pasien yang biasa itu kan masuk aja langsung ke ruang perawatan biasa nih, tapi sekarang ada prosedur yang harus kita lakukan buat pasien masuk ke ruangan khusus Covid 19 ini”. (p1)

“pasiennya untuk di IGD sendiri harus ditempatkan di ruang isolasi yang tersendiri. Kalau dulu pasien-pasien dengan infeksius, seperti TB paru, kalau masuk ruangan isolasi biasanya tidak langsung kita sterilkan. Tapi begitu ada Covid sekarang begitu dia keluar harus lagi kita langsung sterilkan ruangnya”.(p2)

“Walaupun diruangan isolasi kita itu ada filter, filter yang untuk TB ya, kalau duluan kita tidak perlu sering-sering untuk membersihkan pasien-pasien infeksius. Sejak adanya Covid ini setiap pasien yang masuk kesitu harus dibersihkan lagi dulu disinfektan, disterilkan lagi baru bisa dimasukkan”. (P4)

Penggunaan APD menjadi suatu keharusan selama jam perawatan yang sebelumnya penggunaan APD saat akan melakukan tindakan kepada pasien. APD yang digunakan selama covid menyesuaikan area perawatan. Pada area perawatan IGD menggunakan APD level 2. Hal ini terungkap oleh partisipan sebagai berikut :

“Kemudian dalam system pelayanan tadinya kita tidak menggunakan APD yang seperti sekarang kita pakai baju OK harus kita pakai penutup kepala kemudian shield harus kita pakai juga kalau dulu tidak ada. Nah... dengan adanya pandemi ini ada kasus yang masuk ke IGD awal-awalnya kita tidak memakai jadinya kita di tracking semua nih”. (p3)

“salah satunya kita harus memakai APD lengkap lagi. Jadi kalau misalkan kita jaga kita pakai baju OK harus ganti lagi jadi baju Scrub. Baju scrub kita ganti, setelah scrub kita pakai baru kita pakai baju Hazmat lengkap baru bisa masuk ke pasiennya”. (p4)

“maka manajemen membuat kesimpulan bahwa IGD harus menggunakan APD level 2, nah itu salah satu perubahan manajemennya”. (p7)

“Baju scrub kita ganti, setelah scrub kita pakai baru kita pakai baju Hazmat lengkap baru bisa masuk ke pasiennya. (p8)

“Salah satunya kita harus memakai APD lengkap lagi. Jadi kalau misalkan kita jaga kita pakabaju OK harus gantilagi jadi baju Scrub”. (p9)

“Kalau disana sebelumnya biasa aja tuh pasien pake handscoon kalau kita di triage pake baju biasa langsung layani sebelum sebelumnya nih. Kemudian ada kasus terjadilah perubahan kita harus pake APD.” (p10)

Tema 2 Adaptasi dan Penguatan psikologis

Tema adaptasi dan penguatan psikologis di bangun dari subtema respon awal ketakutan, beradaptasi, kesadaran konsekuensi Tugas. Pada fase awal timbulnya covid-19 rasa ketakutan muncul pada petugas. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut :

“sebenarnya juga awal-awalnya ya sebagai petugas kita merasa ketakutan dengan Covid karena pemberitaan yang begitu center kalau banyak penderita yang meninggal akibat Covid-19 ini.” (p1)

Banyak perubahan kondisi dampak dari adanya covid-19 yang terjadi dalam pelayanan keperawatan secara massif. Beradaptasi mengandung makna penyesuaian diri dan bertahan dalam kondisi lingkungan baru. Hal ini terungkap dari partisipan yang menjelaskan bahwa telah beradaptasi sebagai berikut :

“awal-awal ketakutan tapi begitu berjalannya waktu, seiring berjalannya waktu kita beradaptasi ni dengan keadaan, memberikan pelayanan terutama ke pasien. Akhirnya jadi terbiasa. Hal-hal yang tadinya kita anggap itu berbahaya buat kita”. (p1)

“berulangkali begitu kalau sudah ada covid hidungnya sudah berapa kali kecucuk nih sudah 5 kali 6 kali. Tapi teman teman ya enjoy ajalah. Cucuk lagi ini hidung. Sudahlah sudah biasa” (p5)

Konsekuensi dalam pekerjaan menjadi salah satu alasan dari kemampuan bertahan dan beradaptasi perawat dalam kondisi ini. Konsekuensi mengandung makna sesuatu yang akibat dari pekerjaan yang telah menjadi kewajiban dan tanggung jawab.

“Tidak bisa nolak jadi mereka dulu ada yang pernah menolak di tempatkan diruang isolasi jadi secara tegas direktur bilang kalau misalkan petugas yang di taruh di isolasi menolak dia ...”. (P1)
“langsung kita putus kontraknya. Yang kedua untuk PNS langsung laporkan ke BKD entah itu dikasi sanksi apa. Karena ini kan tugas negara. Mau ndk mau kita begitu ditugaskan yang tadinya, pasti semua petugas merasa ketakutan” . (p5)

Tema 3. Sistem komunikasi multiprofesi yang belum maksimal

Tema sistem komunikasi multiprofesi yang belum maksimal mengandung makna kontekstual dari timbulnya hambatan pada pelayanan. Hambatan komunikasi menimbulkan dampak masa menunggu untuk penatalaksanaan pasien menjadi memanjang dan lama.

“Nah kalau di sini perbedaannya ya, pasiennya nunggunya lama nih. Harus nunggu dulu DPJP memutuskan”. (p3)

“tergantung DPJPnya, kalau DPJPnya kena yang cepet bagus, bisa kurang dari 6 jam. Tapi ada pola DPJP yang kalau di konsulin malas angkat satu, ya gak tau itu pasiennya banyak atau sibuk atau sedang apa tidak tau ya sampe bisa lebih dari 6 jam. Kan kita batas rentang waktunya 6 jam paling lama. Jadi bisa lebih dari itu. Ada DPJP tertentu. Jadi sering juga sih kita kasih masukan supaya hal-hal ini jangan terjadinya meminimalkan covid”. (p7)

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini mengungkapkan 3 tema besar yaitu Tema 1 Modifikasi pelayanan covid di IGD, 2. Adaptasi Penguatan psikologis 3. Sistem komunikasi multiprofesi yang belum maksimal. Rumah sakit Tarakan menjadi rumah sakit rujukan sehingga menyusun suatu strategi dalam pelayanan keperawatan gawat darurat selama pandemic. perubahan yang terjadi pada IGD selama masa covid meliputi screnning, adanya ruang isolasi, dan penggunaan APD. Screnning digunakan sebagai salah satu langkah untuk mendeteksi resiko dan penyebaran dari virus covid.

Rumah Sakit RSUD Tarakan yang menjadi salah satu rumah sakit rujukan Tarakan dalam pelayanan IGD maupun pelayanan rawat jalan terlalu menambahkan proses skrenning. Proses

skrining covid-19 di Tarakan tiga bagian item yaitu gejala, factor resiko, dan untuk nakes. Adapun rangkaian gejala mencakup pertanyaan, demam, riwayat demam ($> 38^{\circ}\text{C}$) batuk, pilek, nyeri tenggorakan/sesak, Ispa berat/ pneumonia berat: pasien remaja/ dewasa dengan demam/ dalam pengawasan infeksi saluran nafas, ditambah satu dari : frekuensi nafas > 30 x/ menit, distress pernafasan berat atau SpO₂ 90% tanpa O₂ tambahan. Pasien anak dengan batuk/ sulit bernafas di tambah satu dari sianosis sentral /spO₂ $< 90\%$, distress pernafasan berat seperti mendengkur, tarikan dinding dada yang berat), tanda pneumonia berat : tidak mampu menyusu. Minum, letargi/ penurunan kesadaran dan kejang. Tanda lain pneumonia : tarikan dinding dada, takipnea (< 2 bulan- > 60 x/menit; 2-11 bulan > 50 x/ menit; 1-5 tahun-40 x/menit; > 5 tahun - > 30 x/menit. Anomsia atau gangguan pengecap. Faktor resiko: Riwayat perjalanan/ tinggal dari luar Tarakan .. 14 hari sebelum timbul gejala. Untuk Nakes memiliki Riwayat kontak erat (radius 1 meter dengan pasien, 2 hari sebelum pasien bergejala hingga 14 hari setelah pasien timbul gejala): petugas Kesehatan yang memeriksa, mmerawat, mengantar dan membersihkan ruangan perawatan pasien tanpa APD standart. Berada dalam 1 ruangan dengan pasien suspek/ konfirmasi > 15 menit, berpergian Bersama dengan segala jenis alat anggut/ kendaraan. Tantangan dalam pelayanan kesehatan yang dihadapi saat ini terkait deteksi dini, keterbatasan APD, penggunaan APD yang tidak nyaman dan kebiasaan baru dengan protocol Kesehatan. Petugas kesehatan dapat melindungi diri ketika merawat pasien dengan mematuhi praktik pencegahan dan pengendalian infeksi, yang mencakup pengendalian administratif, lingkungan dan engineering serta penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) yang tepat (yakni tepat dalam pemilihan jenis APD yang sesuai, cara pemakaian, cara pelepasan dan cara pembuangan atau pencucian APD) (Cook, 2020).

Tenaga kesehatan perlu diingatkan bahwa penggunaan APD hanya merupakan salah satu aspek dari langkah – langkah pencegahan dan pengendalian infeksi. Dalam merawat pasien COVID-19, tenaga kesehatan sangat rentan tertular maka APD yang digunakan adalah APD standar yang berbasis asesmen risiko. dengan mematuhi praktik pencegahan dan pengendalian infeksi, yang mencakup pengendalian administratif, lingkungan dan engineering serta penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) yang tepat (yakni tepat dalam pemilihan jenis APD yang sesuai, cara pemakaian, cara pelepasan dan cara pembuangan atau pencucian APD). (Livingston et al., 2020; World Health Organization (WHO), 2020). Dalam Pandemi Covid-19 tenaga kesehatan meliputi dokter, perawat maupun tenaga kesehatan lainnya menjadi garda terdepan dalam merawat pasien-pasien Covid-19 sehingga menjadi kelompok rawan dan memiliki resiko tinggi. Sampai saat ini banyak tenaga kesehatan baik diluar maupun didalam negeri banyak yang korban positif bahkan sampai dengan yang meninggal dunia.(Cook, 2020; Livingston et al., 2020; World Health Organization (WHO), 2020) Beberapa Kondisi tersebut berdampak pada aspek psikologis perawat. Perawat sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan, tidak hanya dituntut untuk menunjukkan kemampuan dan profesionalitasnya semata dalam melaksanakan semua tindakan medis keperawatan. Seorang perawat juga diharapkan memiliki sensitivitas emosional dalam menghadapi semua pasien yang ditanganinya dengan berbagai situasi dan kondisi psikologis (Pieter & Lubis, 2010). Dampak psikologis yang muncul pada perawat yang merawat pasien covid yaitu emosi negatif yang muncul pada tahap awal berupa kelelahan, ketidaknyamanan, dan ketidakberdayaan yang disebabkan oleh intensitas kerja yang tinggi, ketakutan dan kecemasan, serta kepedulian terhadap pasien dan anggota keluarga (Iacono, 2020; Sun et al., 2020).

Kecemasan menjadi bagian dari stressor yang dihadapi oleh perawat. Stressor yang terjadi secara terus menerus dan tidak mampu diadaptasi oleh individu akan menimbulkan beberapa gejala yang disebut dengan burnout syndrome. Burnout syndrome adalah suatu kumpulan gejala fisik,

psikologis dan mental yang bersifat destruktif akibat dari kelelahan kerja yang bersifat monoton dan menekan (Pangastiti, 2011). Pekerjaan perawat memiliki beberapa karakteristik yang menciptakan tuntutan kerja yang tinggi, seperti pekerjaan yang rutin, jadwal kerja yang ketat, tanggung jawab atas keselamatan dan kesehatan diri sendiri dan orang lain, serta dituntut untuk mampu bekerja dalam tim. Kompleksnya tuntutan pekerjaan dan tanggung jawab perawat menyebabkan profesi perawat rentan mengalami burnout (Lailani 2012). Perawat yang mengalami *burnout syndrome* dan mempunyai lingkungan yang kurang aman dapat memberikan perawatan yang kurang efisien daripada perawat yang tidak mengalami *burnout syndrome*. Perawat yang mengalami *burnout syndrome* juga beresiko melakukan kesalahan yang berpotensi merugikan pasien. *Burnout syndrome* juga terbukti menjadi penyebab terjadinya peningkatan *turnover* sehingga membuat cost rumah sakit semakin meningkat (Hoskins, 2013). Penelitian yang dilakukan pada tahun 2011 di Eropa menunjukkan bahwa sekitar 30% dari jumlah perawat yang disurvei melaporkan bahwa mereka jenuh atau lelah untuk bekerja. Selain itu sebuah penelitian di Inggris menemukan fakta bahwa sekitar 42% dari perawat dilaporkan mengalami burnout, sedangkan sekitar 44% dari perawat di Yunani melaporkan perasaan ketidakpuasan di tempat kerja dan keinginan untuk meninggalkan pekerjaan. Perawat yang bekerja pada rumah sakit besar di negara Brasil bagian Selatan menunjukkan bahwa prevalensi perawat mengalami burnout sebanyak 35,7% (Triwijayanti, 2016). Sedangkan menurut Al-Turki et al (2010) yang juga melakukan penelitian terkait burnout syndrome pada perawat yang berjudul “*Burnout Syndrome among Multinational Nurses Working in Saudi Arabia*” menunjukkan hasil 89% staf perawat mengalami *emotional exhaustion*, 42% mengalami *depersonalization*, dan 71,5% mengalami *low personal accomplishment*.

Pelayanan Instalasi Gawat darurat merupakan pelayanan interdisiplin ilmu dan multiprofesi sehingga hal ini membutuhkan komunikasi yang baik. Selain itu menjadikan suatu tantangan yang sering terjadi diskomunikasi yang sering menimbulkan dampak kurang efektifnya pelayanan. Beberapa masalah kurangnya komunikasi interdisiplin disebabkan kurangnya keterampilan komunikasi selama masa Pendidikan (Hicks et al., 2008). Factor lain yang menyebabkan timbulannya hambatan yaitu keterbatasan ketenaga baik dokter maupun perawat yang di ruang IGD sehubungan dengan tingginya angka kunjungan pasien (Dudley et al., 2019). Sampai saat ini di rasakan kurangnya efektif telekomunikasi dianggap membantu dalam proses komunikasi walaupun masih dirasakan kendala dan kurang maksimal dalam pemanfaatannya. (O’Leary et al., 2010)

SIMPULAN

Instalasi gawat darurat menjadi pintu terdepan pasien dalam membutuhkan layanan Kesehatan. Pada fase pandemic covid-19 perlunya adanya suatu perubahan pelayanan dengan mengikuti protocol pelayanan covid-19 yang berlaku. IGD RSUD kota Tarakan telah mengikuti dan memodifikasi layanan kegawatan darurat yang mana tampak dari proses screening belum pelayanan triage, adanya ruang isolasi, dan penggunaan APD hal ini bertujuan sebagai menjaga keamanan dan keselamatan petugas Kesehatan, selain itu para petugas terutama perawat telah menjaga kewaspadaan dengan penggunaan APD sesuai area, dan mengikuti pelatihan-pelatihan untuk menggunakan dan melepaskan APD. Perubahan situasi yang di sebabkan pandemic ini menyebabkan perubahan psikologis dan menimbulkan rasa cemas, takut, dukungan sesama rekan kerja maupun keluarga juga orang terdekat menjadi suatu penguatan dalam masa ini. Kendala yang dialami saat ini adalah komunikasi. Terbatasan petugas baik dokter maupun perawat menjadi suatu permasalahan. Sehingga di harapkan telekomunikasi menjadi salah satu cara untuk meningkatkan

efektivitas komunikasi di antara multidisiplin. Peningkatan peran petugas Kesehatan perlunya menjadi perhatian dalam pelayanan Kesehatan dalam masa pandemic covid. Di harapkan adanya evaluasi Kembali terkait dengan protocol dan prosedur pelayanan Kesehatan dalam pandemic. Selain itu perlunya penguatan psikologis dan dukungan secara moral

DAFTAR PUSTAKA

- Ayebare, R. R., Flick, R., Okware, S., Bodo, B., & Lamorde, M. (2020). Adoption of COVID-19 triage strategies for low-income settings. In *The Lancet Respiratory Medicine*. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30114-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30114-4)
- Brahma, B. (2020). Oncologists and COVID-19 in Indonesia: What can we learn and must do? *Indonesian Journal of Cancer*. <https://doi.org/10.33371/ijoc.v14i1.728>
- Cao, Y., Li, Q., Chen, J., Guo, X., Miao, C., Yang, H., Chen, Z., & Li, C. (2020). Hospital Emergency Management Plan During the COVID-19 Epidemic. *Academic Emergency Medicine*, 309–311. <https://doi.org/10.1111/acem.13951>
- Cook, T. M. (2020). Personal protective equipment during the COVID-19 pandemic - a narrative review. *Anaesthesia*. <https://doi.org/10.1111/anae.15071>
- DITJENYANKES. (2020). *Petunjuk Teknik Alat Pelindung Diri (APD) Dalam Menghadapi Wabah COVID-19*.
- Dudley, N., Ritchie, C. S., Rehm, R. S., Chapman, S. A., & Wallhagen, M. I. (2019). Facilitators and Barriers to Interdisciplinary Communication between Providers in Primary Care and Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0231>
- Gorbalenya, A. E., Baker, S. C., Baric, R. S., Groot, R. J. De, Gulyaeva, A. A., Haagmans, B. L., Lauber, C., & Leontovich, A. M. (2020). The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. *Biorxiv (Cold Spring Harbor Laboratory)*, 1–15. <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>
- Hicks, C. M., Bandiera, G. W., & Denny, C. J. (2008). Building a simulation-based crisis resource management course for emergency medicine, phase 1: Results from an interdisciplinary needs assessment survey. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1136–1143. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00185.x>
- Kementrian Dalam Negri. (2020). Pedoman Umum Menghadapi Pandemi Covid 19. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kementrian Kesehatan. (2020). *Pedoman COVID REV-4*.
- Livingston, E., Desai, A., & Berkwits, M. (2020). Sourcing Personal Protective Equipment during the COVID-19 Pandemic. In *JAMA - Journal of the American Medical Association*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5317>
- Mahfud, W. M., & Rossa, E. M. (2017). Analisis Kapasitas Fungsional Rumah Sakit Umum Prambanan Dalam Menghadapi Bencana Berdasarkan Hospital Safety Index. *Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*, 1(1), 210–223.

- Newby, J. C., Mabry, M. C., Carlisle, B. A., Olson, D. W. M., & Lane, B. E. (2020). Reflections on Nursing Ingenuity During the COVID-19 Pandemic. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000525>
- O’Leary, K. J., Ritter, C. D., Wheeler, H., Szekendi, M. K., Brinton, T. S., & Williams, M. V. (2010). Teamwork on inpatient medical units: Assessing attitudes and barriers. *Quality and Safety in Health Care*. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.028795>
- Putra, H. A. (2018). Studi Kualitatif Kesiapsiagaan Tim Komite Bencana Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul dalam Menghadapi Bencana. *Health Sciences and Pharmacy Journal*, 2(1), 8. <https://doi.org/10.32504/hspj.v2i1.22>
- Raita, Y., Goto, T., Faridi, M. K., Brown, D. F. M., Camargo, C. A., & Hasegawa, K. (2019). Emergency department triage prediction of clinical outcomes using machine learning models. *Critical Care*. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2351-7>
- Wong, J., Goh, Q. Y., Tan, Z., Lie, S. A., Tay, Y. C., Ng, S. Y., & Soh, C. R. (2020). Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. In *Canadian Journal of Anesthesia*. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01620-9>
- World Health Organization (WHO). (2020). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Who*.
- Xie, J., Tong, Z., Guan, X., Du, B., Qiu, H., & Slutsky, A. S. (2020). Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. *Intensive Care Medicine*, 6–9. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05979-7>
- Zhang, J., Luqian, Z., Yang, Y., Peng, W., Wang, W., & Chen, X. (2019). Therapeutic and triage strategies for 2019 novel coronavirus. *The Lancet Respiratory*, 8(3), 11–12. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30071-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30071-0)