

PENELITIAN
FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN COVID-19
KLASTER KELUARGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANJAR 1
PERIODE 1 JANUARI – 10 MEI 2021



¹ Fadhilah Aisyah et all, ² Farsida
Program Studi Profesi Dokter, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Jalan K. H. Ahmad Dahlan, Cirendeui, Ciputat, Tangerang Selatan, Banten, Indonesia
E-mail: fadhilahaisyahh@gmail.com

PROGRAM STUDI PROFESI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
TAHUN 2021

FACTORS AFFECTING COVID-19 FAMILY CLUSTER CASES IN REGION OF BANJAR 1 PUBLIC HEALTH CENTRE PERIOD JANUARY–MAY 2021

¹ Fadhilah Aisyah et all, ² Farsida

Medical Program, Faculty of Medicine and Health, University of Muhammadiyah Jakarta
K. H. Ahmad Dahlan Street, Cirendeui, Ciputat, South Tangerang, Banten, Indonesia
E-mail: fadhilahaisyah@gmail.com

ABSTRACT

Background Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) is an infectious disease caused by SARS-CoV-2. The first case in Indonesia was found in March 2020. COVID-19 case in West Java was ranked 2nd in Indonesia. Meanwhile, the COVID-19 case in the region of Puskesmas Banjar 1 period 1st January – 10th May there were 152 cases, which there were 96 cases within 34 family clusters.

Aim To find out factors that influence the incidence of COVID-19 family cluster in the region of the Banjar 1 Public Health Center.

Method This type of research is a qualitative descriptive with case study approach. Samples obtained by total sampling. Data are collected through observation, in-depth interviews, and documentation studies with families who had been confirmed that compatible with inclusion criteria of researcher.

Results Most of the informants work outside the room, have done routine hand washing after traveling, after handling items, and after coughing but do not apply the 6-step hand washing method, and have used a mask when in public, the type of mask most often used is a cloth mask, so this behavior increases the risk of transmission COVID-19 in the family cluster. Then most of the informants obeyed to avoid crowds and reduce mobility, had implemented cough etiquette, and met the criteria for a healthy home, so the risk factor for exposure to COVID-19 was low.

Conclusion Job variables, mask type, and hand washing method can affect the increase COVID-19 cases in the family cluster.

Keywords: *COVID-19, Family Cluster, 5M, Cough Etiquette, Healthy Home*

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN COVID-19 KLASTER KELUARGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANJAR 1 PERIODE 1 JANUARI – 10 MEI 2021

¹ Fadhilah Aisyah et all, ² Farsida

Program Studi Profesi Dokter, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Jalan K. H. Ahmad Dahlan, Cirendeui, Ciputat, Tangerang Selatan, Banten, Indonesia
E-mail: fadhilahaisyah@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* (SARS-CoV) ditemukan pertama kali di Wuhan, China pada tanggal 31 Desember 2019. Kasus pertama di Indonesia pada bulan Maret 2020. Sedangkan kasus covid di Jawa Barat menduduki peringkat ke-2 se-Indonesia. Sementara itu kasus covid di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1. Periode 1 Januari – 10 Mei terdapat 152 kasus yang diantaranya terdapat 97 kasus yang tersebar dalam 36 keluarga.

Metode Jenis penelitian menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *total sampling*. Pengumpulan data diperoleh melalui observasi, wawancara mendalam, dan studi dokumentasi dengan keluarga yang pernah terkonfirmasi positif di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1 yang memenuhi kriteria inklusi peneliti. Kemudian hasil observasi dan wawancara mendalam dituliskan dalam bentuk transkrip *verbatim* lalu dilakukan analisis tematik dan koding, sementara hasil studi dokumentasi dalam bentuk tabel. Selanjutnya dilakukan reduksi dan penyajian data.

Hasil Penelitian ini menunjukkan sebagian besar informan bekerja diluar ruangan, telah melakukan cuci tangan rutin setelah berpergian, setelah memegang barang, dan setelah batuk namun tidak menerapkan metode cuci tangan 6 langkah, dan sudah menggunakan masker ketika ditempat umum, jenis masker yang paling sering digunakan yaitu masker kain, sehingga perilaku ini meningkatkan risiko tertular dan menularkan COVID-19 di klaster keluarga. Kemudian sebagian besar informan patuh untuk menghindari kerumunan dan mengurangi mobilitas, telah menerapkan etika batuk, dan memenuhi kriteria rumah sehat, sehingga faktor risiko untuk terpapar COVID-19 rendah.

Kesimpulan Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan. Variabel pekerjaan, jenis penggunaan masker, dan metode mencuci tangan dapat berpengaruh terhadap peningkatan kasus COVID-19 di Klaster Keluarga. Sedangkan, kepatuhan menghindari kerumunan, menerapkan etika batuk, dan kriteria rumah sehat kurang berpengaruh terhadap peningkatan kasus COVID-19 di Klaster Keluarga.

Kata Kunci: COVID-19, Klaster Keluarga, 5M, Etika Batuk, Rumah Sehat

DAFTAR ISI

<i>ABSTRACT</i>	2
<i>ABSTRAK</i>	3
DAFTAR ISI	1
DAFTAR TABEL	4
DAFTAR GAMBAR	5
DAFTAR BAGAN	6
BAB I PENDAHULUAN	7
A. Latar Belakang	7
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Coronavirus Disease-19 (COVID-19).....	11
1. Definisi.....	11
2. Epidemiologi	11
3. Etiologi.....	12
4. Faktor Resiko	12
5. Transmisi.....	13
6. Patomekanisme	14
7. Manifestasi Klinis.....	15
8. Definisi Kasus	16
9. Tatalaksana.....	18
10. Komplikasi.....	25
B. Klaster Keluarga	25
C. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian COVID-19	26
1. Umur/Usia	26
2. Jenis Kelamin	27
3. Pekerjaan	28
4. Perilaku 5M.....	30
D. Kerangka Teori	38
E. Kerangka Konsep.....	39

.....	39
BAB III METODE PENELITIAN	40
3.1 Jenis dan Desain Penelitian.....	40
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	40
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	40
3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	41
3.5 Definisi Operasional	41
3.6 Metode Pengumpulan Data	45
3.7 Instrumen Penelitian	46
3.8 Analisis Data	46
3.10 Alur Penelitian.....	50
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	51
4.1 Hasil.....	51
4.1.1 Karakteristik Informan Penelitian	51
4.1.2 Hasil wawancara mendalam informan.....	55
A. Pekerjaan	57
B. Penggunaan masker	58
C. Mencuci tangan dan kebersihan diri	61
D. Menghindari kerumunan dan membatasi mobilitas.....	63
E. Etika batuk.....	64
4.1.3 Studi Dokumentasi	66
4.2 Pembahasan.....	67
4.2.1 Pekerjaan	67
4.2.2 Penggunaan masker.....	68
4.2.3 Mencuci tangan dan kebersihan diri	70
4.2.4 Menjaga jarak, menghindari kerumunan dan membatasi mobilitas	71
4.2.5 Etika batuk.....	72
4.2.6 Rumah Sehat	72
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	75
BAB V	76
KESIMPULAN DAN SARAN	76
5.1 Kesimpulan	76
5.2 Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	78

LAMPIRAN 1	83
LEMBAR INFORMED CONSENT	83
LAMPIRAN 2	84
INSTRUMEN PENELITIAN	84
LAMPIRAN 3	88
DOKUMENTASI.....	88

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	41
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Wawancara Mendalam Informan Klaster Keluarga	51
Tabel 4.2 Gambaran Hasil Analisis Data Wawancara Mendalam Informan Klaster Keluarga	55
Tabel 4.3 Skoring dan Interpretasi Penilaian Rumah Sehat.....	66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	38
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	39

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Alur Penelitian	50
---------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV) ditemukan pertama kali di Wuhan Provinsi Hubei Tiongkok, China pada tanggal 31 Desember 2019. Pada awalnya kasus ini dianggap sebagai pneumonia misterius dengan angka kejadian 44 orang dalam kurun waktu 3 hari. Sampel isolat dari pasien diteliti dengan hasil menunjukkan adanya infeksi coronavirus, jenis betacoronavirus tipe baru yang diberi nama 2019 novel Coronavirus (2019-nCoV). Pada tanggal 11 Februari 2020, *World Health Organization* (WHO) memberi nama virus baru tersebut SARS-CoV-2 dan nama penyakitnya sebagai Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) (Burhan *et al.*, 2020).

Kasus COVID-19 pertama di Indonesia diumumkan pada tanggal 2 Maret 2020 (Kemenkes, 2020). Kasus pertama di Indonesia pada bulan Maret 2020 sebanyak 2 kasus dan setelahnya pada tanggal 6 Maret ditemukan kembali 2 kasus. Kasus COVID-19 hingga kini terus bertambah. Virus corona menjadi patogen utama penyebab *outbreak* penyakit pernapasan, virus ini merupakan virus RNA rantai tunggal yang dapat diisolasi dari beberapa jenis hewan seperti kelelawar yang kemudian berpindah ke manusia dan didapatkan pula bukti penyebaran antar manusia, sehingga pada tanggal 11 Maret 2020 WHO mengumumkan COVID-19 sebagai pandemi di dunia (Burhan *et al.*, 2020).

Kasus COVID-19 di Jawa Barat dari penelusuran *update* kasus terakhir pada 14 Mei 2021 terdapat 295.789 kasus terkonfirmasi yang menyumbang presentasi 17,1% kasus COVID-19 di Indonesia. Hal ini menyebabkan Jawa Barat berada pada peringkat ke-2 dengan kasus COVID-19 tertinggi se-Indonesia. Sedangkan pada wilayah Kota Banjar Jawa Barat, penelusuran *update* kasus terakhir pada 14 Mei 2021 terdapat 1678 kasus terkonfirmasi positif dan jumlah kasus meninggal dunia sebanyak 41 kasus. Sementara itu, kasus COVID-19 di wilayah kerja puskesmas Banjar 1 yang meliputi Desa Balokang, Cibeureum dan Jajawar pada 1 Januari-10 Mei 2021 sebanyak 152 kasus, yang diantara terdapat 97 kasus yang tersebar dalam 36 kluster keluarga.

Semenjak terjadinya pandemi COVID-19 pemerintah mulai untuk

membentuk kebijakan baru terkait mencegah penularan COVID-19. Oleh karena itu, dalam mencegah terjadinya penyebaran virus yang dapat menular dari manusia ke manusia, maka pemerintah Indonesia menerapkan salah satu kebijakannya yaitu *social distancing* melalui *Work from Home* (WFH) seperti kegiatan bekerja dan beribadah, dan belajar dari rumah (Indriya, 2020). Dengan adanya kebijakan WFH yang disarankan oleh pemerintah, hal ini mengindikasikan bahwa keluarga mempunyai peran penting dalam mencegah transmisi COVID-19. Melalui kegiatan ini, selain bertujuan untuk *social distancing* juga bertujuan untuk memperhatikan, mengingatkan atau membiasakan para anggota keluarganya untuk menerapkan gaya hidup sehat agar terhindar dari berbagai penyakit, khususnya COVID-19 (Indriya, 2020).

Kebijakan yang diambil pemerintah dalam melakukan WFH yaitu dengan melakukan pendekatan keluarga, karena keluarga merupakan lembaga terkecil dari masyarakat, maka pemberdayaan masyarakat harus dimulai dari pemberdayaan keluarga (Kemenkes, 2016). Namun, kebijakan pemerintah dalam memilih WFH sebagai jalan keluar dalam memutus transmisi COVID-19 bukan menjadi jawaban akan penambahan kasus positif. Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wuri Ratna Hidayani pada tahun 2020 mengatakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian COVID-19 meliputi umur, jenis kelamin, pasien yang terinfeksi di rumah sakit, penyakit komorbid, serta tanda dan gejala COVID-19. Dimana mereka diwajibkan untuk tetap tinggal di rumah dan tidak melakukan interaksi sosial dengan orang luar terkecuali keluarga yang tinggal dalam satu rumah, itu pun harus bisa menjaga jarak ketika salah seorang keluarga pernah melakukan aktivitas di luar rumah. (Kaddi, Lestari and Adrian, 2020).

Keluarga yang merupakan lingkup terkecil dari sebuah komunitas tetap memiliki faktor resiko terhadap penularan COVID-19 apabila salah seorang anggota keluarga dikonfirmasi positif COVID-19 dan bisa menularkan kepada anggota keluarga yang lain dalam satu rumah. (Kaddi, Lestari and Adrian, 2020). Transmisi COVID-19 telah masuk ke satuan unit terkecil komunitas yaitu keluarga, lingkup budaya Indonesia yang mengutamakan silaturahmi menyebabkan transmisi COVID-19 dari satu keluarga ke keluarga lainnya, serta

masyarakat yang memiliki gejala COVID-19 tidak ingin memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan dikarenakan stigma negatif dan dikucilkan oleh masyarakat (Kaddi, Lestari and Adrian, 2020). Hal ini menyebabkan transmisi COVID-19 sangat tinggi dalam klaster keluarga, sehingga membuat kami tertarik untuk melakukan penelitian terhadap penularan COVID-19 pada klaster keluarga di Kota Banjar khususnya wilayah kerja Puskesmas Banjar 1 meliputi Desa Balokang, Jajawar dan Cibereum Kecamatan Banjar, Provinsi Jawa Barat. Hal ini diperkuat dari penelusuran data awal pada periode 1 Januari-10 Mei 2021, yakni didapatkan sebanyak 36 klaster keluarga yang terbagi atas 28 klaster keluarga (77,8% kasus) di Desa Balokang, 5 klaster keluarga (13,9% kasus) di Desa Cibereum dan 3 klaster keluarga (8,3% kasus) di Desa Jajawar. Dimana dari 36 klaster keluarga tersebut menyumbangkan 97 kasus dari 168 kasus COVID-19 yang ada atau sekitar 57,7% kasus COVID-19 merupakan kasus COVID-19 klaster keluarga.

B. Rumusan Masalah

Mengacu pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah yang diajukan peneliti ialah faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kejadian COVID-19 klaster keluarga di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu mengetahui dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian COVID-19 klaster keluarga di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian COVID-19 klaster keluarga di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1.
- b. Diketuainya faktor dominan yang berpengaruh terhadap kejadian COVID-19 klaster keluarga.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Mendapatkan wawasan dan ilmu pengetahuan yang baru setelah menyelesaikan penelitian ini, khususnya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian COVID-19 kluster keluarga di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1.

2. Bagi Instansi Kesehatan

Adanya data mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian COVID-19 pada kluster keluarga di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1 diharapkan menjadi perhatian khusus bagi instansi kesehatan terkait untuk giat melakukan kegiatan 3T (*Testing, Tracing, dan Treatment*) untuk memutus mata rantai penularan COVID-19 kluster keluarga. Serta terus melakukan upaya edukasi kepada masyarakat terkait perilaku 5M (memakai masker, mencuci tangan, menjaga jarak, mengurangi mobilitas, menghindari kerumunan).

3. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat agar mampu untuk mawas diri terhadap penularan COVID-19 dalam lingkungan keluarga. Seperti menjaga kebersihan rumah, menerapkan protokol kesehatan 5M, terapkan etika batuk, dan melaporkan kepada instansi kesehatan terdekat jika terdapat gejala COVID-19.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Coronavirus Disease-19 (COVID-19)

1. Definisi

Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh jenis virus corona yang baru ditemukan yaitu SARS-CoV-2. Jenis virus ini juga belum pernah teridentifikasi sebelumnya pada manusia. Saat virus ini menyerang tubuh manusia akan menimbulkan penyakit berupa infeksi saluran pernapasan dengan gejala ringan seperti flu pada umumnya hingga gejala berat seperti pada *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS).

Gejala gangguan fungsi pernapasan seperti demam, batuk, dan sesak napas akan timbul setelah masa inkubasi selama 5-6 hari atau paling lama 14 hari. Kebanyakan orang dengan gejala COVID-19 ringan hingga sedang akan sembuh tanpa perawatan khusus. Sedangkan pada orang yang mengalami gejala yang berat akan menyebabkan pneumonia, sindrom pernapasan akut, gagal ginjal, dan bahkan kematian (KEMENKES, 2020b, 2020a; WHO, 2020a).

2. Epidemiologi

COVID-19 ditemukan pertama kali di Wuhan, Cina pada tanggal 31 Desember 2019 dengan 5 jumlah kasus. Berdasarkan hasil penyelidikan epidemiologi, kasus tersebut diduga berhubungan dengan Pasar Seafood di Wuhan. Akibat penularannya yang cepat, kasus menyebar ke seluruh provinsi di China bahkan ke berbagai negara. Hingga tanggal 4 Mei 2021 kasus terkonfirmasi COVID-19 berdampak terhadap 513 negara dengan jumlah kasus yang dilaporkan sebanyak 153,187,889 kasus termasuk 3,209,109 meninggal dunia. Negara yang paling banyak melaporkan kasus konfirmasi adalah Amerika Serikat, Brazil, Rusia, India, dan United Kingdom. Sementara, negara dengan angka kematian paling tinggi adalah Amerika Serikat, United Kingdom, Italia, Perancis, dan Spanyol.

Kasus pertama yang terjadi di Indonesia ditemukan di Depok, Jawa Barat setelah 4 bulan kejadian COVID-19 pertama kali yaitu pada tanggal 2 Maret 2020 dan terkonfirmasi sebanyak 2 orang. Saat ini pada tanggal 4 Mei 2021 kasus terkonfirmasi COVID-19 di Indonesia mencapai 1.686.373 di 510 kota dan provinsi di Indonesia dengan 1.541.149 kasus sembuh dan 46.137 kasus meninggal dunia. Jumlah kasus terbanyak dilaporkan di DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur (KEMENKES, 2020b; KPCPEN, 2021; Levani *et al.*, 2021; WHO, 2021).

3. Etiologi

Etiologi COVID-19 adalah coronavirus yang menyerang saluran pernapasan manusia. Pada umumnya coronavirus menyerang hewan seperti kelelawar dan unta. Coronavirus memiliki 4 struktur protein utama, yaitu: protein N (nukleokapsid), glikoprotein M (membran), glikoprotein spike S (spike), protein E (selubung).

Coronavirus sendiri merupakan virus dengan RNA positif tunggal, berkapsul, dan tidak bersegmen yang termasuk dalam ordo *Nidovirales*, keluarga *Coronaviridae*. Coronavirus terdiri dari 4 genus yaitu α -*coronavirus*, β -*coronavirus*, γ -*coronavirus* dan δ -*coronavirus*. Coronavirus yang menjadi etiologi COVID-19 termasuk dalam genus β -*coronavirus*. Virus jenis ini biasanya berbentuk bulat dengan beberapa pleomorfik dan memiliki diameter 60-140 nm. Hasil analisis filogenetik menunjukkan Virus ini termasuk dalam subgenus yang sama dengan virus coronavirus saat wabah *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) pada tahun 2002-2004 yang lalu, yaitu subgenus *Sarbecovirus*. Oleh sebab itu, *International Committee on Taxonomy of Viruses* memberikan nama SARS-CoV-2 sebagai etiologi COVID-19 ini (KEMENKES, 2020b; Levani *et al.*, 2021; Susilo *et al.*, 2020).

4. Faktor Resiko

Ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan resiko seseorang terinfeksi COVID-19 di antaranya:

- Laki-laki perokok aktif
- Pasien yang sudah ada penyakit bawaan seperti diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular
- Pasien lanjut usia yang memiliki komorbiditas seperti penyakit kardiovaskular, hipertensi, penyakit ginjal kronis, dan diabetes mellitus
- Pengguna *Angiotensin Receptor Blocker* (ARB)
- Pasien dengan kanker karena keadaan immunosupresif sistemik mereka disebabkan kemoterapi dan pembedahan
- Kontak langsung dengan penderita
- Riwayat berpergian ke tempat pandemi (Levani *et al.*, 2021)

5. Transmisi

Pada prinsipnya infeksi saluran pernapasan akibat virus ditularkan melalui tiga cara di antaranya:

a. Transmisi Kontak

Transmisi kontak adalah transmisi infeksi yang menyebar melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi (misalnya, bersentuhan saat berjabat tangan) atau dengan benda atau permukaan yang telah terkontaminasi yang disebut juga transmisi fomit.

b. Transmisi Droplet

Transmisi droplet adalah transmisi infeksi yang menyebar melalui sekresi seperti air liur dan sekresi saluran pernapasan atau droplet (yang lebih besar dan lebih kecil) yang yang dilepaskan ketika orang yang terinfeksi batuk, bersin, berbicara atau bernyanyi. Transmisi paling mungkin terjadi ketika seseorang dekat dengan orang yang terinfeksi, biasanya dalam jarak sekitar 1 meter. Dengan keadaan yang seperti ini droplet yang mengandung virus dapat mencapai mulut, hidung, dan mata orang yang rentan dan dapat menyebabkan infeksi.

c. Transmisi Udara

Transmisi udara adalah transmisi infeksi yang menyebar melalui paparan droplet pernapasan yang mengandung virus atau *droplet nuclei* (*aerosol*) yang terdiri dari droplet dengan partikel yang lebih kecil yang

dapat tetap tersuspensi di udara dalam jarak yang jauh (biasanya lebih dari 1,82 meter) dan waktu (biasanya berjam-jam).

Cara transmisi ini tidak eksklusif satu sama lain. Misalnya, "kontak eratt" mengacu pada transmisi yang dapat terjadi melalui kontak atau transmisi droplet saat seseorang berada dalam jarak sekitar 1 meter dari orang yang terinfeksi (CDC, 2020; WHO, 2020c).

6. Patomekanisme

Virus COVID-19 pada manusia menyerang melalui traktus respiratorius melewati membran mukosa, terutama mukosa nasal dan laring, kemudian memasuki paru-paru. COVID-19 mempunyai glikoprotein pada enveloped spike atau protein S. Untuk dapat menginfeksi "manusia" protein S virus akan berikatan dengan reseptor ACE-2 pada plasma membran sel tubuh manusia dan menyerang organ target yang mengekspresikan *Angiotensin Converting Enzyme-2* (ACE-2), seperti paru-paru, jantung, sistem renal dan traktus gastrointestinal. Virus akan melakukan duplikasi materi genetik dan protein yang dibutuhkan sehingga membentuk virion baru di permukaan sel setelah masuk ke dalam sel,

Selanjutnya antigen virus akan dipresentasikan ke Antigen Presentation Cell (APC). Presentasi sel ke APC akan memicu respon sistem imun humoral dan seluler yang dimediasi oleh sel T dan sel B. IgM dan IgG terbentuk dari sistem imun humoral yang akan hilang pada hari ke 12 untuk IgM sedangkan IgG akan bertahan lebih lama. Virus dapat menghindari dari sistem imun dengan menginduksi vesikel membran ganda yang tidak mempunyai *pattern recognition receptors* (PRRs) dan dapat bereplikasi di dalam vesikel tersebut sehingga tidak dapat dikenali oleh sel imun.

Pasien konfirmasi positif COVID-19 dengan gejala klinis ringan menunjukkan respon imun didapatkan peningkatan sel T terutama CD8 pada hari ke 7-9, selain itu ditemukan T helper folikular dan *Antibody Secreting Cells* (ASCs). Pada hari ke 7 hingga hari ke 20, ditemukan peningkatan IgM/IgG secara progresif. Infeksi dari virus mampu memproduksi reaksi imun yang berlebihan pada inang.

Pada beberapa kasus, dapat terjadi reaksi yang secara keseluruhan disebut “badai sitokin”. Badai sitokin terjadi karena produksi sitokin yang cepat dan dalam jumlah yang banyak sebagai respon dari suatu infeksi. Pada COVID-19 dapat ditemukan adanya penundaan sekresi sitokin dan kemokin oleh sel imun *innate* karena blokade oleh protein non-struktural virus. Selanjutnya, hal ini menyebabkan terjadinya lonjakan sitokin proinflamasi dan kemokin (IL-6, TNF α , IL-8, MCP-1, IL-1 β , CCL2, CCL5, dan interferon) melalui aktivasi makrofag dan limfosit. Pelepasan sitokin ini memicu aktivasi sel imun adaptif seperti sel T, neutrofil, dan sel NK, bersamaan dengan terus terproduksinya sitokin proinflamasi. Lonjakan sitokin proinflamasi yang cepat ini memicu terjadinya infiltrasi inflamasi oleh jaringan paru yang menyebabkan kerusakan paru pada bagian epitel dan endotel. Kerusakan ini dapat berakibat pada terjadinya ARDS dan kegagalan multi organ yang dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat. (Amil *et al.*, 2020; Yuliana, 2020)

7. Manifestasi Klinis

Berdasarkan beratnya kasus, COVID-19 dibedakan menjadi tanpa gejala, ringan, sedang, berat dan kritis.

a. Tanpa gejala

Kondisi ini merupakan kondisi paling ringan. Pasien tidak ditemukan gejala.

b. Ringan

Pasien dengan gejala tanpa ada bukti pneumonia virus atau tanpa hipoksia. Gejala yang muncul seperti demam, batuk, *fatigue*, anoreksia, napas pendek, mialgia. Gejala tidak spesifik lainnya seperti sakit tenggorokan, kongesti hidung, sakit kepala, diare, mual dan muntah, hilang pembau (anosmia) atau hilang perasa (ageusia) yang muncul sebelum onset gejala pernapasan juga sering dilaporkan. Pasien usia tua dan immunocompromised gejala atipikal seperti *fatigue*, penurunan kesadaran, mobilitas menurun, diare, hilang nafsu makan, delirium, dan tidak ada demam.

c. Sedang/Moderat

Pada pasien remaja atau dewasa: pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) tetapi tidak ada tanda pneumonia berat termasuk $SpO_2 > 93\%$ dengan udara ruangan ATAU Anak-anak: pasien dengan tanda klinis pneumonia tidak berat (batuk atau sulit bernapas + napas cepat dan/atau tarikan dinding dada) dan tidak ada tanda pneumonia berat). Kriteria napas cepat: usia 5 tahun, ≥ 30 x/menit.

d. Berat /Pneumonia Berat

Pada pasien remaja atau dewasa: pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) ditambah satu dari: frekuensi napas > 30 x/menit, distres pernapasan berat, atau $SpO_2 < 93\%$ pada udara ruangan ATAU Pada pasien anak: pasien dengan tanda klinis pneumonia (batuk atau kesulitan bernapas), ditambah setidaknya satu dari berikut ini: sianosis sentral atau SpO_2 5 tahun ≥ 30 x/menit.

e. Kritis

Pasien dengan Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), sepsis dan syok sepsis (Burhan *et al.*, 2020).

8. Definisi Kasus

a. Kasus Suspek

Seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut:

- 1) Seseorang yang memenuhi salah satu kriteria klinis DAN salah satu kriteria epidemiologis: kriteria epidemiologis: Kriteria Klinis:

- Demam akut ($\geq 38^\circ C$)/riwayat demam dan batuk; ATAU
- Terdapat 3 atau lebih gejala/tanda akut berikut: demam/riwayat demam, batuk, kelelahan (*fatigue*), sakit kepala, myalgia, nyeri tenggorokan, coryza/pilek/hidung tersumbat, sesak nafas, anoreksia/mual/muntah, diare, penurunan kesadaran DAN Kriteria Epidemiologis:
- Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat tinggal atau bekerja di tempat beresiko tinggi

penularan; ATAU

- Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat tinggal atau bepergian di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal; ATAU
- Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan, baik melakukan pelayanan medis, dan non-medis, serta petugas yang melaksanakan kegiatan investigasi, pemantauan kasus dan kontak; ATAU
- Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi/probable COVID-19.

2) Seseorang dengan ISPA Berat;

3) Seseorang dengan gejala akut anosmia (hilangnya kemampuan indra penciuman) atau ageusia (hilangnya kemampuan indra perasa) dengan tidak ada penyebab lain yang dapat diidentifikasi.

b. Kasus Probable

Kasus suspek yang meninggal dengan gambaran klinis yang meyakinkan COVID-19; DAN memiliki salah satu kriteria sebagai berikut:

- 1) Tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium RT-PCR; ATAU
- 2) Hasil pemeriksaan laboratorium RT-PCR satu kali negatif dan tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium RT-PCR yang kedua.

c. Kasus Konfirmasi

Seseorang yang dinyatakan positif terinfeksi virus COVID-19 yang dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium RT-PCR. Kasus konfirmasi dibagi menjadi 2:

- 1) Kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik)
- 2) Kasus konfirmasi tanpa gejala (asimptomatik)

d. Kontak Erat

Orang yang memiliki riwayat kontak dengan kasus *probable* atau konfirmasi COVID-19. Riwayat kontak yang dimaksud antara lain:

- 1) Kontak tatap muka/berdekatan dengan kasus *probable* atau kasus konfirmasi dalam radius 1 meter dan dalam jangka waktu 15 menit atau lebih.
- 2) Sentuhan fisik langsung dengan kasus *probable* atau konfirmasi (seperti bersalaman, berpegangan tangan, dan lain-lain).
- 3) Orang yang memberikan perawatan langsung terhadap kasus *probable* atau konfirmasi tanpa menggunakan APD yang sesuai standar.
- 4) Situasi lainnya yang mengindikasikan adanya kontak berdasarkan penilaian resiko lokal yang ditetapkan oleh tim penyelidikan epidemiologi setempat (Burhan *et al.*, 2020).

9. Tatalaksana

a. Tatalaksana Pasien Terkonfirmasi COVID-19

1) Tanpa Gejala

Non-farmakologis: Berikan edukasi terkait tindakan yang perlu dikerjakan (*leaflet* untuk dibawa ke rumah)

- Pasien:
 - Selalu menggunakan masker jika keluar kamar dan saat berinteraksi dengan anggota keluarga
 - Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau *hand sanitizer* sesering mungkin.
 - Jaga jarak dengan keluarga (*physical distancing*)
 - Upayakan kamar tidur sendiri / terpisah
 - Menerapkan etika batuk (diajarkan oleh tenaga medis)
 - Alat makan-minum segera dicuci dengan air/sabun
 - Berjemur matahari minimal sekitar 10-15 menit setiap harinya (sebelum jam 9 pagi dan setelah jam 3 sore).
 - Pakaian yang telah dipakai sebaiknya dimasukkan dalam kantong plastik / wadah tertutup yang terpisah dengan pakaian kotor keluarga yang lainnya sebelum dicuci dan segera dimasukkan mesin cuci.

- Ukur dan catat suhu tubuh 2 kali sehari (pagi dan malam hari).
- Segera beri informasi ke petugas pemantau/FKTP atau keluarga jika terjadi peningkatan suhu tubuh $> 38^{\circ}\text{C}$.
- Lingkungan/kamar:
 - Perhatikan ventilasi, cahaya dan udara
 - Membuka jendela kamar secara berkala
 - Bila memungkinkan menggunakan APD saat membersihkan kamar (setidaknya masker, dan bila memungkinkan sarung tangan dan *google*).
 - Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau *hand sanitizer* sesering mungkin.
 - Bersihkan kamar setiap hari, bisa dengan air sabun atau bahan desinfektan lainnya
- Keluarga:
 - Bagi anggota keluarga yang berkontak erat dengan pasien sebaiknya memeriksakan diri ke FKTP/Rumah Sakit.
 - Anggota keluarga senantiasa pakai masker
 - Jaga jarak minimal 1 meter dari pasien
 - Senantiasa mencuci tangan
 - Jangan sentuh daerah wajah kalau tidak yakin tangan bersih
 - Ingat senantiasa membuka jendela rumah agar sirkulasi udara tertukar
 - Bersihkan sesering mungkin daerah yg mungkin tersentuh pasien misalnya gagang pintu dll

Farmakologi

- Bila terdapat penyakit penyerta/komorbid, dianjurkan untuk tetap melanjutkan pengobatan yang rutin dikonsumsi. Apabila pasien rutin meminum terapi obat antihipertensi dengan golongan obat ACE-inhibitor dan *Angiotensin Reseptor Blocker* perlu berkonsultasi ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam atau Dokter Spesialis Jantung.

- Vitamin C (untuk 14 hari), dengan pilihan:
 - Tablet Vitamin C *non acidic* 500 mg/6-8 jam oral (untuk 14 hari)
 - Tablet isap vitamin C 500 mg/12 jam oral (selama 30 hari)
 - Multivitamin yang mengandung vitamin C 1-2 tablet /24 jam (selama 30 hari)
 - Dianjurkan multivitamin yang mengandung vitamin C, B, E, Zink.
- Vitamin D
 - Suplemen: 400 IU-1000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet, kapsul, tablet *effervescent*, tablet kunyah, tablet hisap, kapsul lunak, serbuk, sirup)
 - Obat: 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet 1000 IU dan tablet kunyah 5000 IU).
- Obat-obatan suportif baik tradisional (Fitofarmaka) maupun Obat Modern Asli Indonesia (OMAI) yang teregistrasi di BPOM dapat dipertimbangkan untuk diberikan namun dengan tetap memperhatikan perkembangan kondisi klinis pasien.
- Obat-obatan yang memiliki sifat antioksidan dapat diberikan.

2) Derajat Ringan

- Vitamin C dengan pilihan:
 - Tablet vitamin C *non acidic* 500 mg/6-8 jam oral (untuk 14 hari)
 - Tablet isap vitamin C 500 mg/12 jam oral (selama 30 hari)
 - Multivitamin yang mengandung vitamin C 1-2 tablet /24 jam (selama 30 hari),
 - Dianjurkan vitamin yang komposisi mengandung vitamin C, B, E, zink.
- Vitamin D
 - Suplemen: 400 IU-1000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet, kapsul, tablet *effervescent*, tablet kunyah, tablet hisap, kapsul lunak, serbuk, sirup)

- Obat: 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet 1000 IU dan tablet kunyah 5000 IU).
- Azitromisin 1 x 500 mg perhari selama 5 hari
- Antivirus:
 - Oseltamivir (Tamiflu) 75 mg/12 jam/oral selama 5- 7 hari (terutama bila diduga ada infeksi influenza) ATAU
 - Favipiravir (Avigan sediaan 200 mg) *loading dose* 1600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg (hari ke 2-5).
- Pengobatan simptomatis seperti parasetamol bila demam.
- Obat-obatan suportif baik tradisional (Fitofarmaka) maupun Obat Modern Asli Indonesia (OMAI) yang terregistrasi di BPOM dapat dipertimbangkan untuk diberikan namun dengan tetap memperhatikan perkembangan kondisi klinis pasien.
- Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada.

3) Derajat Sedang

- Vitamin C 200 – 400 mg/8 jam dalam 100 cc NaCl 0,9% habis dalam 1 jam diberikan secara drip Intravena (IV) selama perawatan
- Diberikan terapi farmakologis berikut:
 - Azitromisin 500 mg/24 jam per IV atau per oral (untuk 5-7 hari) atau sebagai alternatif Levofloksasin dapat diberikan apabila curiga ada infeksi bakteri: dosis 750 mg/24 jam IV atau per oral (untuk 5-7 hari).

Ditambah salah satu antivirus berikut:

- Favipiravir (Avigan sediaan 200 mg) *loading dose* 1600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg (hari ke 2-5)
Atau
- Remdesivir 200 mg IV drip (hari ke-1) dilanjutkan 1x100 mg IV drip (hari ke 2-5 atau hari ke 2-10)
- Antikoagulan LMWH/UFH berdasarkan evaluasi DPJP
- Pengobatan simptomatis (Parasetamol dan lain-lain).

- Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada.

4) Derajat Berat Atau Kritis

Non Farmakologis

- Istirahat total, asupan kalori adekuat, kontrol elektrolit, status hidrasi (terapi cairan), dan oksigen
- Pemantauan laboratorium Darah Perifer Lengkap beriku dengan hitung jenis, bila memungkinkan ditambahkan dengan CRP, fungsi ginjal, fungsi hati, hemostasis, LDH, D-dimer.
- Pemeriksaan foto toraks serial bila perburukan
- Monitor tanda-tanda sebagai berikut;
 - Takipnea, frekuensi napas ≥ 30 x/min,
 - Saturasi Oksigen dengan pulse oximetry $\leq 93\%$ (di jari),
 - $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ mmHg,
 - Peningkatan sebanyak $>50\%$ di keterlibatan area paru-paru pada pencitraan thoraks dalam 24-48 jam,
 - Limfopenia progresif,
 - Peningkatan CRP progresif,
 - Asidosis laktat progresif.
- Monitor keadaan kritis

Farmakologis

- Vitamin C 200 – 400 mg/8 jam dalam 100 cc NaCl 0,9% habis dalam 1 jam diberikan secara drip Intravena (IV) selama perawatan
- Vitamin B1 1 ampul/24 jam/intravena
- Vitamin D
 - Suplemen: 400 IU-1000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet, kapsul, tablet effervescent, tablet kunyah, tablet hisap, kapsul lunak, serbuk, sirup)
 - Obat: 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet 1000 IU dan tablet kunyah 5000 IU)
- Azitromisin 500 mg/24 jam per iv atau per oral (untuk 5- 7 hari)

atau sebagai alternatif Levofloksasin dapat diberikan apabila curiga ada infeksi bakteri: dosis 750 mg/24 jam per IV atau per oral (untuk 5-7 hari).

- Bila terdapat kondisi sepsis yang diduga kuat oleh karena ko-infeksi bakteri, pemilihan antibiotik disesuaikan dengan kondisi klinis, fokus infeksi dan faktor resiko yang ada pada pasien. Pemeriksaan kultur darah harus dikerjakan dan pemeriksaan kultur sputum (dengan kehati-hatian khusus) patut dipertimbangkan.
- Antivirus:
 - Favipiravir (Avigan sediaan 200 mg) *loading dose* 1600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg (hari ke 2-5)
Atau
 - Remdesivir 200 mg IV drip (hari ke-1) dilanjutkan 1x100 mg IV drip (hari ke 2-5 atau hari ke 2-10)
- Antikoagulan LMWH/UFH berdasarkan evaluasi DPJP (lihat halaman 66-75)
- Deksametason dengan dosis 6 mg/24 jam selama 10 hari atau kortikosteroid lain yang setara seperti hidrokortison pada kasus berat yang mendapat terapi oksigen atau kasus berat dengan ventilator.
- Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada
- Apabila terjadi syok, lakukan tatalaksana syok sesuai pedoman tatalaksana syok yang sudah ada.
- Obat suportif lainnya dapat diberikan sesuai indikasi

b. Tatalaksana Pasien Belum Terkonfirmasi COVID-19

1) Tanpa Gejala

- Kasus kontak erat yang belum terkonfirmasi dan tidak memiliki gejala harus melakukan karantina mandiri di rumah selama maksimal 14 hari sejak kontak terakhir dengan kasus probable atau konfirmasi COVID-19

- Diberi edukasi apa yang harus dilakukan (leaflet untuk dibawa ke rumah)
- Vitamin C dengan pilihan;
 - Tablet vitamin C *non-acidic* 500 mg/6-8 jam oral (untuk 14 hari)
 - Tablet isap vitamin C 500 mg/12 jam oral (selama 30 hari)
 - Multivitamin yang mengandung vitamin C 1-2 tablet /24 jam (selama 30 hari),
 - Dianjurkan multivitamin yang mengandung vitamin C, B, E, Zink
- Vitamin D
 - Suplemen: 400 IU-1000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet, kapsul, tablet *effervescent*, tablet kunyah, tablet hisap, kapsul lunak, serbuk, sirup)
 - Obat: 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet 1000 IU dan tablet kunyah 5000 IU)

2) Derajat Ringan

- Vitamin C dengan pilihan;
 - Tablet Vitamin C *non-acidic* 500 mg/6-8 jam oral (untuk 14 hari)
 - Tablet isap vitamin C 500 mg/12 jam oral (selama 30 hari)
 - Multivitamin yang mengandung vitamin C 1-2 tablet/24 jam (selama 30 hari),
 - Dianjurkan multivitamin yang mengandung vitamin C, B, E, Zink, Vitamin D
 - Suplemen: 400 IU-1000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet, kapsul, tablet *effervescent*, tablet kunyah, tablet hisap, kapsul lunak, serbuk, sirup)
 - Obat: 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet 1000 IU dan tablet kunyah 5000 IU)

3) Derajat Sedang, Berat, Kritis

Bila ditemukan pneumonia, tatalaksana sebagai pneumonia

yang dirawat di Rumah Sakit. Kasus pasien suspek dan probable yang dicurigai sebagai COVID-19 dan memenuhi kriteria beratnya penyakit dalam kategori sedang atau berat atau kritis ditatalaksana seperti pasien terkonfirmasi COVID-19 sampai terbukti bukan (Burhan *et al.*, 2020).

10. Komplikasi

- Pneumonia interstisial dan alveolar
- Hipertensi, diabetes, gagal jantung dan penyakit arteri coroner
- *Acute kidney injury* (AKI)
- Trombositopenia dan koagulopati
- Sepsis, *septic shock* dan *multi organ failure* (Kordzadeh-Kermani *et al.*, 2020).

B. Klaster Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan anggota keluarganya. Adanya hubungan keluarga yang baik, juga akan membantu para anggota keluarganya dalam menghadapi setiap problem yang ada, termasuk bidang kesehatan. Dalam bidang kesehatan, Keluarga dapat didefinisikan sebagai unit dasar dalam masyarakat yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan, memperbaiki dan mempengaruhi anggota keluarga untuk meningkatkan kualitas kesehatan keluarga. Dengan ungkapan lain, keluarga dapat diimplifikasikan sebagai konteks sosial primer dalam mempromosikan kesehatan dan pencegahan penyakit. (Yuliati, 2021)

Selain sebagai tempat promosi dan pencegahan penularan COVID-19, Keluarga menjadi tempat penyebaran COVID-19 yang paling cepat. Transmisi virus COVID-19 terjadi terutama melalui droplet dan kontak erat dengan kasus-kasus simptomatik yang terinfeksi. Dalam sebuah analisis atas 75.465 kasus COVID-19 di Tiongkok, 78-85% klaster terjadi di dalam rumah tangga, sehingga terindikasi bahwa transmisi terjadi dalam kontak erat yang lama. Penelitian atas pasien-pasien pertama di Republik Korea menunjukkan bahwa 9 dari 13 kasus sekunder terjadi di antara kontak rumah tangga. Ketika berada di

luar rumah, orang-orang yang berkontak dekat, makan bersama, atau berada di ruang tertutup selama sekitar satu jam atau lebih dengan kasus simtomatik, seperti di tempat ibadah, pusat kebugaran, atau tempat kerja, juga semakin berisiko infeksi yang pada akhirnya akan kembali kerumah dan membawa virus masuk dan menyebarkannya. Laporan-laporan lain mendukung hasil penelitian ini dengan adanya temuan transmisi sekunder di dalam keluarga di negara-negara lain. (WHO, 2020)

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian COVID-19

1. Umur/Usia

Dalam KBBI umur atau usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Usia merupakan indeks yang menempatkan individu-individu dalam urutan perkembangan. Usia hanyalah indeks kasar dari proses menua yang bersifat biologis, psikologis, sosiologis, dan budaya (Hakim, 2020).

Usia atau umur berdasarkan depkes RI (2009) adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Semisal, umur manusia dikatakan lima belas tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu dihitung.

Berikut kategori umur menurut Depkes RI (2009):

- 1) Masa balita: 0-5 tahun
- 2) Masa kanak-kanak: 5-11 tahun
- 3) Masa remaja awal: 12-16 tahun
- 4) Masa remaja akhir: 17-25 tahun
- 5) Masa dewasa awal: 26-35 tahun
- 6) Masa dewasa akhir: 36-45 tahun
- 7) Masa lansia awal: 46-55 tahun
- 8) Masa lansia akhir: 56-65 tahun
- 9) Masa manula: > 65 tahun

Berdasarkan beberapa penelitian ditemukan hasil bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan pengetahuan tentang pencegahan COVID-19 (Wulandari *et al.*, 2020).

Jumlah penderita dan kasus kematian akibat infeksi virus Corona setiap

harinya terus meningkat. Sejauh ini, virus Corona terlihat lebih sering menyebabkan infeksi berat dan kematian pada orang lanjut usia (lansia) dibandingkan orang dewasa atau anak-anak. Kelompok lanjut usia sering dikaitkan dengan kelompok yang rentan terhadap berbagai penyakit oleh karena fungsi fisiologisnya berangsur-angsur akan berkurang termasuk sistem imun tubuh. Hingga saat ini, virus Corona telah menginfeksi lebih dari 100.000 penduduk dunia dan sekitar 4.000 orang di antaranya dinyatakan meninggal dunia. Kematian paling banyak terjadi pada penderita COVID-19 yang berusia 80 tahun. WHO dan CDC melaporkan bahwa pada usia pra-lansia (50-59 tahun) angka kematian hampir 2%, usia 60-69 tahun 4% terus naik menjadi 8-15% pada usia diatas 70 tahun. Kematian paling banyak terjadi pada penderita COVID-19 yang berusia 80 tahun ke atas, dengan persentase mencapai 21,9% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Pada pasien COVID-19 di Indonesia, menurut data dari angka kematian didominasi oleh pasien pada usia >60 tahun, yang menunjukkan kemungkinan adanya hubungan bahwa semakin tua maka akan semakin memiliki resiko tinggi akan COVID-19 (WHO, 2020d).

2. Jenis Kelamin

Berdasarkan KBBI jenis kelamin adalah sifat (keadaan) jantan atau betina. Menurut Hingu jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki laki dan perempuan pada segala ras yang ada di muka bumi. Secara umum seks digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan laki-laki dan perempuan dari segi anatomi biologis, sedang gender lebih banyak berkonsentrasi kepada aspek sosial, budaya, dan aspek aspek non-biologis lainnya. Kalau studi seks lebih

menekankan kepada perkembangan aspek biologis dan komposisi kimia dalam tubuh seorang laki-laki dan seorang perempuan, maka studi gender lebih menekankan kepada perkembangan aspek maskulinitas dan femininitas seseorang (Suhardin, 2016)

Pada kasus COVID-19, berdasarkan data Satuan Tugas Penanganan COVID-19, bila ditinjau dari segi prevalensi jenis kelamin, jenis kelamin laki-laki memiliki jumlah kasus yang lebih banyak ketimbang dengan pasien perempuan (WHO, 2020d).

3. Pekerjaan

Dalam KBBI pekerjaan adalah penelaahan secara mendalam dan sistematis terhadap suatu pekerjaan, yang dapat memberikan keterangan tentang tugas, tanggung jawab, dan sifat pekerjaan, untuk dapat melaksanakan pekerjaan tersebut dengan baik.

Pekerjaan merupakan kegiatan fisik yang dilakukan di tempat kerja berhubungan dengan kapasitas otot pada tubuh pekerja. Kerja otot bergantung dari jenis pekerjaan yang di lakukan (Suriatmini, 2011).

Pekerjaan secara umum di definisikan sebagai sebuah kegiatan aktif yang dilakukan oleh manusia. Istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan sebuah karya yang bernilai imbalan dalam bentuk uang atau bentuk lainnya.

COVID-19 umumnya menular melalui percikan (*droplet*) dari saluran pernapasan atau kontak dengan permukaan yang terkontaminasi. Paparan terkait pekerjaan dapat terjadi kapan pun di tempat kerja, dalam perjalanan dinas ke tempat di mana terjadi penularan masyarakat, serta di jalan saat berangkat dan pulang dari tempat kerja.

Risiko paparan COVID-19 terkait pekerjaan tergantung pada kemungkinan kontak erat (di bawah 1 meter) atau sering berkontak dengan orang-orang yang mungkin terinfeksi COVID-19 dan melalui kontak dengan permukaan dan benda yang terkontaminasi. Tingkat-tingkat risiko berikut ini dapat membantu menilai risiko COVID-19 di tempat kerja dan merencanakan langkah-langkah pencegahan di tempat kerja selain fasilitas

pelayanan kesehatan. Dalam kategori-kategori risiko ini, orang-orang yang disebut sebagai diketahui atau dicurigai terinfeksi COVID-19 secara umum berarti orang-orang yang telah hasil pemeriksaan atau diagnosisnya positif. Meskipun orang-orang tersebut seharusnya dirawat dan diisolasi, pekerjaan-pekerjaan tertentu masih dapat menghadapi risiko paparan yang lebih tinggi (seperti pemberi perawatan di rumah, pemberi layanan tatap muka jika perlu, dan staf farmasi garis depan).

- Risiko paparan rendah – pekerjaan atau tugas pekerjaan tanpa kontak erat yang sering dengan masyarakat umum dan rekan kerja lain, pengunjung, klien atau pelanggan, atau kontraktor, dan yang tidak memerlukan kontak dengan orang yang diketahui atau dicurigai terinfeksi COVID-19. Kontak kerja antara pekerja dalam kategori ini dan masyarakat dan rekan kerja lain bersifat minimal.
- Risiko paparan sedang – pekerjaan atau tugas pekerjaan dengan kontak erat yang sering dengan masyarakat umum, atau rekan kerja lain, pengunjung, klien atau pelanggan, atau kontraktor, tetapi tidak memerlukan kontak dengan orang yang diketahui atau dicurigai terinfeksi COVID-19. Di tempat-tempat di mana kasus COVID-19 masih terus dilaporkan, tingkat risiko ini dapat sesuai bagi pekerja yang melakukan kontak erat yang sering terkait pekerjaan dengan masyarakat umum, pengunjung, atau pelanggan di lingkungan kerja yang padat (seperti pasar bahan pangan, terminal bus, angkutan umum, dan kegiatankegiatan kerja lain di mana penjagaan jarak fisik minimal 1 meter sulit dipatuhi), atau tugas-tugas pekerjaan yang memerlukan kontak erat yang sering dengan rekan kerja. Di tempat-tempat di mana tidak terjadi penularan COVID-19 di masyarakat, skenario ini dapat mencakup kontak yang sering dengan orang-orang yang pulang dari tempat-tempat di mana penularan masyarakat terjadi.
- Risiko paparan tinggi – pekerjaan atau tugas pekerjaan dengan potensi tinggi kontak erat dengan orang-orang yang diketahui atau dicurigai mengidap COVID-19, serta kontak dengan benda dan permukaan yang dapat terkontaminasi dengan virus COVID-19. Contoh-contoh skenario

seperti ini di luar fasilitas pelayanan kesehatan termasuk transportasi orang yang diketahui atau dicurigai mengidap COVID-19 di kendaraan tertutup tanpa pemisahan antara pengemudi dan penumpang, pemberian bantuan rumah tangga atau perawatan di rumah kepada orang-orang yang mengidap COVID-19, dan kontak dengan jenazah orang yang diketahui atau dicurigai mengidap COVID-19 saat meninggal. (WHO, 2020b)

4. Perilaku 5M

Untuk melakukan pencegahan COVID-19 masyarakat sekitar harus memahami tentang 5M yaitu:

a. Mencuci tangan dengan enam langkah, berikut adalah tata cara mencuci tangan dengan enam langkah:

- Basahi tangan dengan air mengalir lalu berikan sabun pada tangan dan lakukan Teknik menggosok telapak tangan yang satu ke telapak tangan lainnya.
- Gosok punggung tangan dan sela-sela jari
- Gosok telapak tangan dan sela jari dengan
- Gosok telapak tangan dan sela jari dengan posisi saling bertautan
- Gosok punggung jari ke telapak tangan dengan posisi jari saling bertautan
- Genggam dan basuh ibu jari dengan posisi memutar
- Gosok bagian ujung jari ke telapak tangan agar bagian kuku terkena sabun, lalu bilas tangan menggunakan air mengalir dan keringkan tangan menggunakan tissue atau lap sekali pakai.

b. Menjaga jarak sekitar 1-2 meter

Menjaga jarak merupakan salah satu upaya pencegahan penularan virus corona bisa diaplikasikan dengan beberapa cara seperti jika bertemu dengan orang secara langsung lakukan pertemuan itu diluar ruangan atau pertemuan di halaman rumah dengan jarak setidaknya 1-2 meter.

c. Menghindari kerumunan

Menghindari kerumunan merupakan langkah yang tepat yang dapat dilakukan oleh semua masyarakat sebagai upaya antisipasi penularan COVID-19

d. Memakai masker

Masyarakat wajib memakai masker jika berada di tempat-tempat umum maupun saat sedang berada didalam ruangan, ada pula tatacara menggunakan masker yang baik dan benar adalah sebagai berikut:

- Mencuci tangan menggunakan air dan sabun sebelum menggunakan dan melepas masker
- Pastikan masker yang digunakan menutupi mulut, dagu, dan hidung secara menyeluruh. Masker yang digunakan tidak boleh longgar dan tidak boleh terlalu sempit.
- Setelah menggunakan masker, letakkan masker dalam kantong plastik lalu buang di tempat sampah, jika menggunakan masker kain maka cuci masker setiap hari setelah digunakan
- Jangan menggunakan masker yang memiliki katup udara

e. Membatasi mobilitas dan interaksi

Membatasi mobilitas merupakan mengurangi peprindahan dari satu tempat ke tempat lainnya dan mengurangi interaksi yang artinya dimana masyarakat harus mengurangi intensitas mengobrol secara langsung dan membatasi waktu untuk bertemu dengan banyak orang (KEMENKES, 2020b).

5. Rumah Sehat

Rumah adalah pusat kehidupan keluarga. Rumah yang layak untuk tempat tinggal harus memenuhi syarat kesehatan. Menurut Azrul Azwar (Djasio Sanropie, dkk. 1989, h. 11), rumah sehat adalah tempat untuk berlindung/bernaung dan tempat untuk beristirahat, sehingga menumbuhkan kehidupan yang sempurna baik fisik, rohani maupun sosial. Rumah sehat bukan berarti besar dan penuh dengan kemewahan, tetapi rumah yang sehat adalah suatu rumah yang mempunyai dan memenuhi konsep kebersihan, kesehatan, dan keindahan (Taufik, 2000). Rumah sehat merupakan konsep

dari perumahan sebagai faktor yang dapat meningkatkan standar kesehatan penghuni rumah sehat adalah tempat berlindung/bernaung dan tempat untuk beristirahat sehingga menumbuhkan kehidupan yang sempurna baik fisik rohani maupun sosial (Kasjono, 2011).

Adapun indikator penilaian rumah sehat menurut Kepmenkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999 adalah sebagai berikut:

a. Komponen rumah

1) Langit-langit

Adapun persyaratan untuk langit-langit yang baik adalah dapat menahan debu dan kotoran lain yang jatuh dari atap, harus menutup rata kerangka atap serta mudah dibersihkan.

2) Dinding

Dinding rumah yang terbuat dari tembok adalah baik. Pada dasarnya dinding yang terbuat dari tembok untuk kondisi geografis beriklim tropis khususnya kurang cocok karena selain mahal dari segi ekonomi juga kurang mendapatkan penerangan alamiah yang cukup apalagi bila ventilasinya tidak optimal.

3) Lantai

Syarat rumah yang sehat jenis lantai yang tidak berdebu pada musim kemarau dan tidak basah pada musim penghujan. Lantai rumah dapat terbuat dari: ubin atau semen, kayu, dan tanah yang disiram kemudian dipadatkan. Lantai yang basah dan berdebu dapat menimbulkan sarang penyakit (Notoatmodjo, 2003). Lantai yang baik adalah lantai yang dalam keadaan kering dan tidak lembab. Bahan lantai harus kedap air dan mudah dibersihkan, paling tidak perlu diplester dan akan lebih baik kalau dilapisi ubin atau keramik yang mudah dibersihkan (Depkes, 2002)

Lantai dari tanah lebih baik tidak digunakan lagi, sebab bila musim hujan akan lembab sehingga dapat menimbulkan gangguan atau penyakit pada penghuninya, oleh karena itu perlu dilapisi dengan lapisan yang kedap air (disemen, dipasang keramik, dan teraso). Lantai dinaikkan kira-kira 20 cm dari permukaan tanah

untuk mencegah masuknya air ke dalam rumah (Sanropie, 1989).

4) Jendela kamar tidur dan ruang keluarga

Fungsi pertama jendela sebagai lubang masuk/keluarnya angin/udara dari luar ke dalam dan sebaliknya, sebagai lubang pertukaran udara (lubang ventilasi yang tidak tetap) yang sering terdapat di atas jendela atau pintu. Adapun fungsi kedua dari jendela adalah sebagai lubang masuknya cahaya dari luar (cahaya alam, cahaya matahari). Oleh karena itu untuk suatu rumah yang memenuhi syarat kesehatan, jendela mutlak harus ada, terutama sekali untuk rumah-rumah yang ventilasinya kurang baik atau tidak ada sama sekali, seperti banyak terdapat pada rumah-rumah di pedesaan

5) Ventilasi

Ada dua macam ventilasi yakni ventilasi alamiah dan ventilasi buatan. Ventilasi alamiah adalah di mana aliran udara di dalam ruangan tersebut terjadi secara alamiah melalui jendela, lubang angin maupun lubang yang berasal dari dinding dan sebagainya. Ventilasi buatan adalah ventilasi yang menggunakan alat khusus untuk mengalirkan udara, misalnya kipas angin dan mesin penghisap udara (AC). Ventilasi yang baik berukuran 10% sampai 20% dari luas lantai. Ventilasi yang baik akan memberikan udara segar dari luar, suhu optimum 22-24°C dan kelembapan 60% (Kusnoputranto dan Suzanna, 2000).

6) Lubang asap dapur

Dapur harus mempunyai ruangan tersendiri, karena asap dari hasil pembakaran dapat membawa dampak negatif terhadap kesehatan. Ruang dapur harus memiliki ventilasi yang baik agar udara/asap dari dapur dapat teralirkan keluar. Mempunyai cerobong asap dapur yang berguna untuk mencegah gangguan pernafasan dan lingkungan rumah menjadi kotor

7) Pencahayaan

Pencahayaan harus cukup pada waktu siang maupun malam

hari. Pada malam hari pencahayaan yang ideal adalah cahaya yang bersumber dari listrik atau lampu sedangkan pada 10 waktu pagi hari pencahayaan yang ideal adalah cahaya yang bersumber dari sinar matahari.

Kurangnya cahaya yang masuk dalam rumah akan menyebabkan berkembangnya beberapa bakteri, karena dalam hal ini pencahayaan yang kurang akan menjadi media yang sangat baik untuk berkembang biaknya bakteri-bakteri tersebut khususnya bakteri patogen. Serta akan menimbulkan beberapa masalah kesehatan atau penyakit.

b. Sarana Sanitasi

1. Sarana air bersih

Air adalah sangat penting bagi kehidupan manusia. Manusia akan lebih epat meninggal karena kekurangan air daripada kekurangan makanan. Dalam tubuh manusia itu sendiri sebagian besar terdiri dari air, untuk anak- anak 65 % dan bayi 80 %. Kebutuhan manusia akan air sangat kompleks antara lain untuk minum, masak, mandi, mencuci (bermacam macam cucian) dsb.

Air bersih secara fisik dapat dibedakan melalui indera kita, antara lain (dapat dilihat, dirasa, dicium, dan diraba):

- a) Air tidak berwarna harus bening/jernih;
- b) Air tidak keruh, harus bebas dari pasir, debu, lumpur, sampah, busa dan kotoran lainnya;
- c) Air tidak berasa, tidak berasa asin, tidak berasa asam, tidak payau, dan tidak pahit, harus bebas dari bahan kimia beracun;
- d) Air tidak berbau seperti bau amis, anyir, busuk atau bau belerang.

2. Jamban

Pembuangan tinja merupakan bagian yang penting dari kesehatan lingkungan. Pembuangan tinja yang tidak menurut aturan memudahkan terjadinya penyebaran penyakit tertentu yang penulurannya melalui tinja antara lain penyakit diare. Syarat

pembuangan kotoran yang memenuhi aturan kesehatan adalah:

- a) Tidak mengotori permukaan tanah di sekitarnya;
- b) Tidak mengotori air permukaan di sekitarnya;
- c) Tidak mengotori air dalam tanah di sekitarnya;
- d) Kotoran tidak boleh terbuka sehingga dapat dipakai sebagai tempat lalat bertelur atau perkembangbiakan vektor penyakit lainnya;
- e) Tidak menimbulkan bau;
- f) Pembuatannya murah;
- g) Mudah digunakan dan dipelihara (Notoatmodjo, 2003).

3. Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL)

Air limbah adalah cairan buangan yang berasal dari rumah tangga, industri, dan tempat umum lainnya dan biasanya mengandung bahan atau zat yang membahayakan kehidupan manusia serta mengganggu kelestarian lingkungan (Chandra, 2007). Menurut Azwar (1996), air limbah dipengaruhi oleh tingkat kehidupan masyarakat, dapat dikatakan makin tinggi tingkat kehidupan masyarakat, makin kompleks pula sumber serta macam air limbah yang ditemui. Air limbah adalah air tidak bersih mengandung berbagai zat yang bersifat membahayakan kehidupan manusia ataupun hewan, dan lazimnya karena hasil perbuatan manusia.

Pembuangan air harus tersedia di setiap rumah tangga. Syarat tempat pembuangan air limbah adalah tidak mencemari permukaan tanah dan tidak mencemari air permukaan maupun air tanah.

4. Sarana pembuangan sampah (tempat sampah)

Sampah adalah suatu bahan atau benda padat yang sudah tidak terpakai lagi oleh manusia atau benda padat yang sudah tidak digunakan lagi dalam suatu kegiatan manusia dan dibuang. Pengelolaan sampah yang baik adalah dengan cara dikumpulkan dan kemudian dilakukan pengangkutan.

c. Perilaku Penghuni

1) Membuka jendela kamar dan ruang keluarga

Kualitas udara luar ruangan juga dapat mempengaruhi kualitas udara dalam ruang. Kebiasaan membuka jendela merupakan hal yang mempengaruhi sirkulasi udara dari luar ruang ke dalam ruang (suryani, 2015). Aliran udara diusahakan *Cross Ventilation* dengan menempatkan dua lubang jendela berhadapan antara dua dinding ruangan sehingga proses aliran udara lebih lancar.

2) Membersihkan rumah

Menjaga kebersihan rumah sangatlah penting agar anggota keluarga bisa selalu nyaman beraktivitas di dalamnya. Rumah yang bersih juga membantu agar tetap sehat. Menurut situs *National Center for Healthy Housing*, prinsip dari rumah yang bersih dan sehat antara lain: kering, bersih, bebas dari hama (seperti tikus dan kecoa), **berventilasi**, aman, bebas kontaminasi atau polusi, terawat, suhunya terjaga, mudah diakses, dan terjangkau

3) Membuang tinja bayi dan balita ke jamban

Usahakan tiap rumah memiliki jamban sendiri (di darat), selalu bersih dan tidak berbau (konstruksi) leher angsa. Jaraknya cukup jauh dari sumber air dan letaknya di bagian hilir air tanah. Membuang tinja jangan disembarang tempat, tidak boleh dibuang ke parit/aliran air, ke kebun atau ke halaman belakang. Bila sulot tanah, usahakan membuat septik tank secara kolektif. Apabila terjadi wabah sakit perut, maka kotoran penderita (muntah dan tinja) harus diawasi pembuangannya. Kamar kecil (WC) harus selalu bersih, mudah dibersihkan, cukup cahaya dan cukup ventilasi, harus rapat sehingga terjamin rasa aman bagi pemakaiannya.

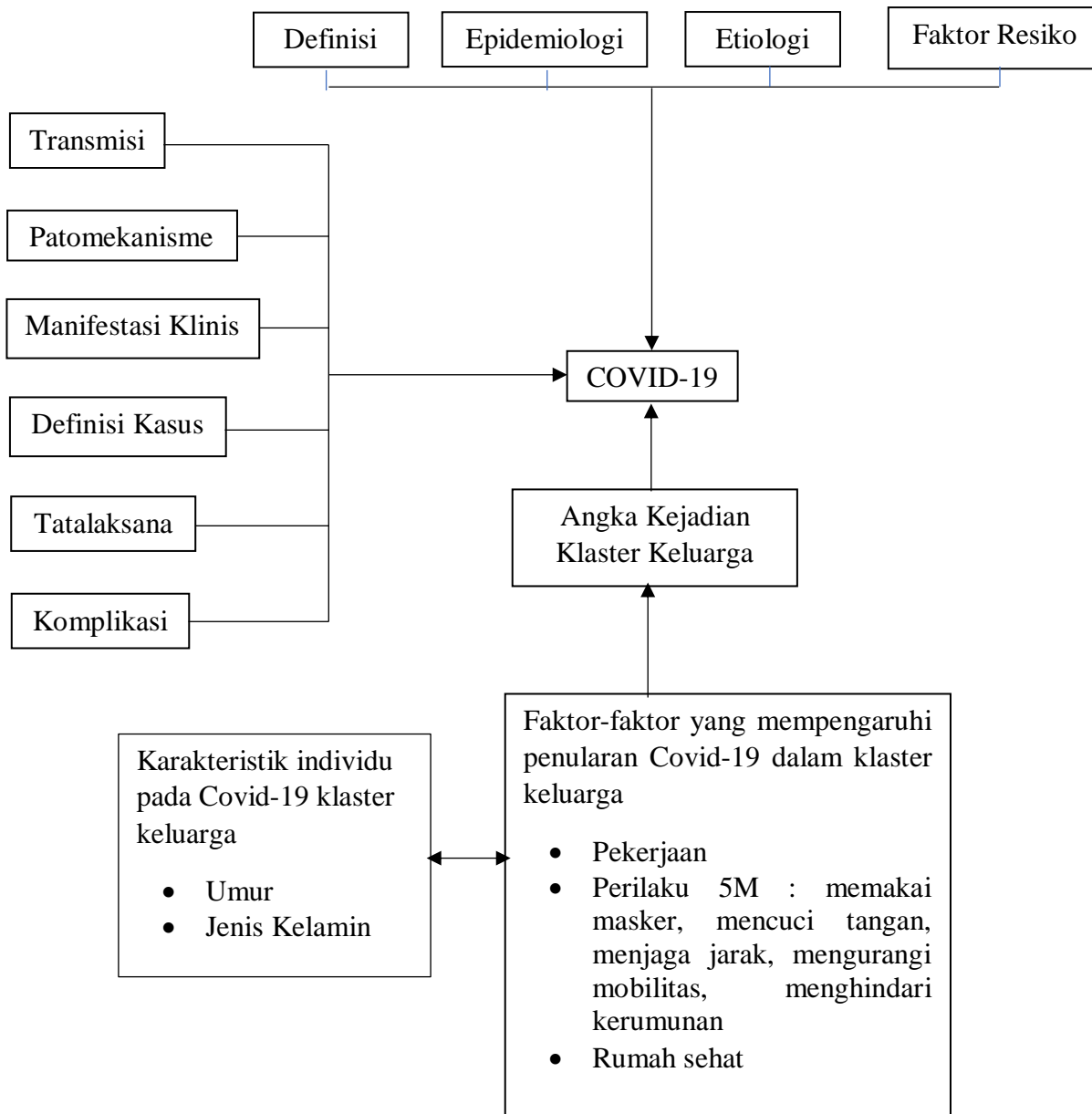
4) Membuang sampah ke tempat sampah

Pengumpulan sampah menjadi tanggung jawab masing-masing rumah tangga yang dalam hal ini menghasilkan sampah. Selanjutnya untuk kemudian dilakukan pemusnahan. Hal ini dilakukan untuk sampah yang berbentuk sampah padat, yakni bisa

dilakukan pembakaran dalam tungku pembakaran, ditimbun dalam tanah, maupun dibuat pupuk. Dengan demikian akan tercipta lingkungan dalam rumah yang bersih dan menyehatkan (Evierni dkk, 2010)

D. Kerangka Teori

Berdasarkan analisa tinjauan pustaka terkait kejadian COVID-19 pada kluster keluarga di dapatkan kerangka teori sebagai berikut:

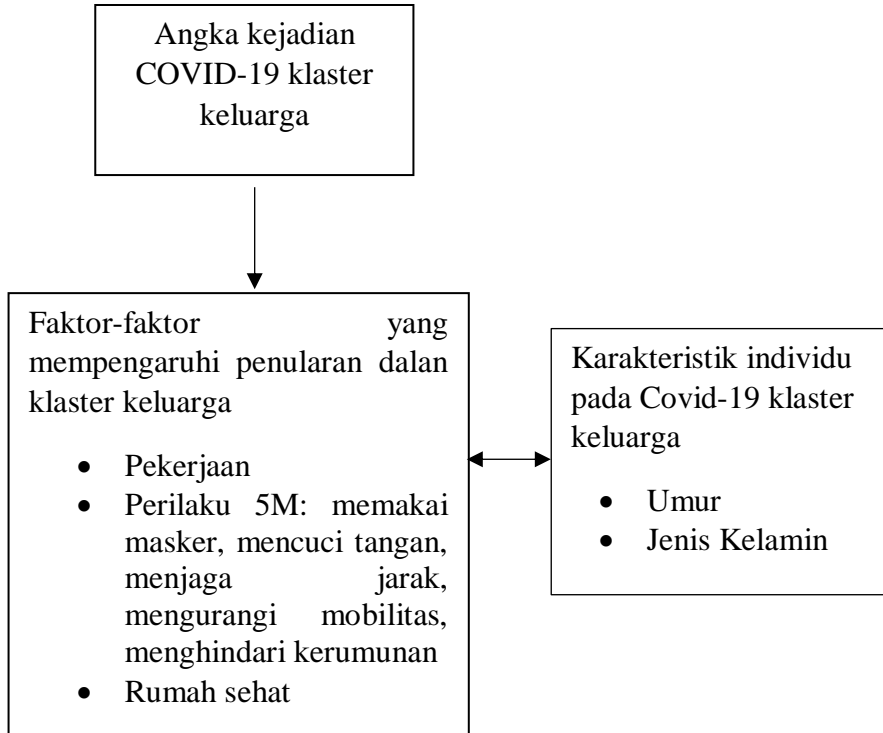


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Burhan *et al.*, 2020

E. Kerangka Konsep

Adapun kerangka konsep yang diajukan dalam penelitian ini ialah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Kasus yang ingin digali lebih mendalam yaitu mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian COVID-19 klaster keluarga di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1 melalui Observasi langsung ke rumah masyarakat penyintas COVID-19, Wawancara mendalam dan studi dokumentasi.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

A. Tempat

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1 yaitu Desa Balokang, Jajawar, dan Cibeureum Kecamatan Banjar, Kota Banjar, Provinsi Jawa Barat.

B. Waktu

Waktu penelitian dilakukan dari bulan Mei 2021 hingga pertengahan Juni 2021.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh masyarakat yang termasuk dalam COVID-19 klaster keluarga di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1 yang terbagi atas Desa Balokang, Jajawar dan Cibeureum.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini kemudian disebut informan. Penentuan informan menggunakan teknik *total sampling*, di mana sampel yang diambil merupakan keseluruhan masyarakat yang masuk dalam kategori COVID-19 klaster keluarga di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1 yang memenuhi kriteria inklusi peneliti. Adapun keseluruhan sampel yang masuk dalam kategori COVID-19 klaster keluarga di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1 ialah sebanyak 36 keluarga.

3.4 Kriteria Inklusi dan Ekslusi

1. Kriteria inklusi

- Keluarga dengan jumlah minimal 2 anggota keluarga yang sudah pernah didiagnosis COVID-19 terkonfirmasi positif dengan pemeriksaan PCR dan/atau Rapid Antigen dalam kurun waktu yang sama.
- Didiagnosis COVID-19 terkonfirmasi positif dalam kurun waktu minimal satu bulan sebelum waktu penelitian
- Informan yang bersedia dijadikan subjek penelitian.

2. Kriteria ekslusi

- Didiagnosis COVID-19 terkonfirmasi positif dalam kurun waktu minimal satu bulan sebelum waktu penelitian, dan masih menjalani isolasi mandiri ataupun pengobatan
- Keluarga dengan jumlah minimal 2 anggota keluarga yang sudah pernah didiagnosis COVID-19 terkonfirmasi positif, dan salah satu anggota keluarga meninggal dunia dikarenakan COVID-19.

3.5 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variable	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Usia	Lama hidupnya seseorang yang dihitung sejak lahir hingga saat ini	Wawancara	Melakukan tanya jawab dengan responden	1) Masa balita: 0-5 tahun 2) Masa kanak-kanak: 5-11 tahun 3) Masa remaja awal: 12-16 tahun 4) Masa remaja akhir: 17-25 tahun	Ordinal

				<p>5) Masa dewasa awal: 26-35 tahun</p> <p>6) Masa dewasa akhir: 36-45 tahun</p> <p>7) Masa lansia awal: 46-55 tahun</p> <p>8) Masa lansia akhir: 56-65 tahun</p> <p>9) Masa manula: > 65 tahun</p>	
Jenis kelamin	Tanda biologis yang membedakan manusia berdasarkan kelompok laki-laki dan perempuan	Wawancara	Melakukan tanya jawab dengan responden	-Laki-laki -Perempuan	Nominal
Pekerjaan	Penelaahan secara mendalam dan sistematis terhadap suatu pekerjaan, yang dapat memberikan keterangan tentang tugas, tanggung jawab, dan sifat pekerjaan, untuk dapat melaksanakan	Wawancara	Melakukan tanya jawab dengan responden	<ul style="list-style-type: none"> • PNS/TNI /Polri • Pegawai Swasta • Wira Swasta • Pelajar/ Mahasiswa • Jassa/Buruh 	Nominal

	pekerjaan tersebut dengan baik			<ul style="list-style-type: none"> • Pensiunan • IRT 	
Klaster keluarga	Kejadian COVID-19 yang mengenai anggota keluarga, yang terjadi karena salah satu anggota keluarga yang beraktivitas diluar rumah membawa pulang virus COVID-19 yang kemudian dilakukan <i>test</i> PCR didapatkan hasil positif pada waktu yang bersamaan.	Wawancara	Melakukan tanya jawab dengan responden	Hasil swab PCR dan/atau Rapid Antigen (+) pada minimal 2 orang anggota keluarga	Nominal
Memakaian masker	Menggunakan dengan benar pelindung hidung dan mulut agar terhindar dari <i>droplet</i> penyakit.	Wawancara	Melakukan wawancara dengan responden	- Pakai masker - Tidak pakai masker	Nominal
Mencuci tangan	Proses yang secara mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan	Wawancara	Melakukan wawancara dengan responden	- Mencuci tangan - Tidak mencuci tangan	Nominal

	menggunakan sabun biasa dan air				
Menjaga jarak	Mengurangi jarak bertemu dengan orang secara langsung dengan jarak setidaknya 1-2 meter.	Wawancara	Melakukan wawancara dengan responden	Menjaga jarak Tidak menjaga jarak	Nominal
Menghindari kerumunan	Langkah untuk menjauhkan diri dari keramaian	Wawancara	Wawancara dengan responden	Menghindari kerumunan Tidak menghindari kerumunan	Nominal
Membatasi mobilitas	Mengurangi perpindahan dari satu tempat ke tempat lainnya dan mengurangi interaksi yang artinya dimana masyarakat harus mengurangi intensitas mengobrol secara langsung dan membatasi waktu untuk bertemu dengan banyak orang.	Wawancara	Wawancara dengan responden	Membatasi mobilitas Tidak membatasi mobilitas	Nominal

Rumah sehat	Tempat berlindung/bernaung dan tempat untuk beristirahat sehingga menumbuhkan kehidupan yang sempurna baik fisik, rohani, maupun sosial	Wawancara	Wawancara dan observasi responden	Rumah sehat = skor 1024-1280 Rumah tidak sehat = skor < 1024	Nominal
--------------------	---	-----------	-----------------------------------	---	---------

3.6 Metode Pengumpulan Data

A. Observasi

Observasi dilakukan dengan pengamatan yang jelas, rinci, lengkap, dan sadar tentang perilaku individu sebenarnya di dalam keadaan tertentu. Pentingnya observasi adalah kemampuan dalam menentukan faktor-faktor awal mula perilaku dan kemampuan untuk mengetahui keakuratan reaksi individu yang diamati dalam kondisi tertentu. Observasi dilakukan pada obyek penelitian sebagai sumber data dalam keadaan asli atau sebagaimana keadaan sehari-hari. Jadi melalui observasi, peneliti belajar tentang perilaku dan makna dari perilaku tersebut. Berkaitan dengan observasi yang dilakukan dalam penelitian kualitatif maka observasi yang digunakan yaitu observasi langsung.

Dalam menggunakan metode observasi cara yang paling efektif adalah melengkapinya dengan format atau blangko pengamatan sebagai instrumen. Format yang disusun berisi item-item tentang kejadian atau tingkah laku yang digambarkan akan terjadi. Peranan yang paling penting dalam menggunakan metode observasi adalah pengamat. Pengamat harus jeli dalam mengamati adalah menatap kejadian, gerak atau proses.

B. Wawancara Mendalam

Wawancara merupakan pertemuan antara dua orang untuk saling berbagi informasi dan ide melalui proses tanya jawab dengan cara tatap muka sehingga dapat tercapai makna dari topik tertentu. Dalam penelitian

ini Teknik wawancara yang dilakukan adalah teknik wawancara semi-terstruktur yang disebut juga wawancara mendalam.

Wawancara mendalam dilakukan kepada keluarga yang terkonfirmasi COVID-19 dan keluarga yang pernah terkonfirmasi COVID-19. Peneliti mengajukan pertanyaan lebih mendalam terkait variable yang akan diteliti. Data yang didapatkan dalam teknik wawancara mendalam ini, nantinya dibandingkan, disimpulkan, dan ditampilkan dalam laporan penelitian. Seluruh proses wawancara didokumentasikan dalam bentuk rekaman audio.

C. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan data pelengkap dari hasil penelitian sebelumnya. Dalam studi dokumentasi semua data yang berhubungan dengan penelitian perlu dicatat sebagai sumber informasi lainnya.

Data atau dokumen yang diperoleh pada penelitian ini berupa format blangko yang sudah terisi, foto serta audio record yang sudah didapatkan dari wawancara dan observasi oleh tim peneliti.

3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti. Peneliti sebagai instrumen utama membutuhkan instrumen pendukung dalam mengumpulkan data penelitiannya yaitu panduan wawancara, observasi dan alat rekaman seperti telepon seluler, kamera video, dan lain sebagainya.

Peneliti sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulan atas penelitiannya (Sugiyono, 2013). Instrumen pertanyaan yang diajukan dalam wawancara mendalam disusun berdasarkan tujuan penelitian yang ingin dicapai.

3.8 Analisis Data

Analisis data adalah proses pengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data. Analisis merupakan proses pemecahan data menjadi komponen yang lebih

kecil berdasarkan elemen dan struktur tertentu. Analisis data kualitatif dilakukan secara induktif, yaitu penelitian kualitatif tidak dimulai dari deduksi teori tetapi dimulai dari fakta empiris. Peneliti terjun ke lapangan, mempelajari, menganalisis, menafsirkan dan menarik kesimpulan dari fenomena yang ada di lapangan. Proses analisis data melalui tahapan sebagai berikut: (Siyoto, 2015)

3.8.1 Reduksi Data

Mereduksi artinya merangkum, memilih hal yang pokok, memfokuskan pada hal yang penting, dicari tema dan polanya dan membuang yang tidak perlu. Tujuan dari reduksi data ini adalah untuk menyederhanakan data yang diperoleh selama penggalan data di lapangan. Data yang di dapatkan dari penggalan data sering dijumpai data yang tidak terdapat kaitannya dengan tema penelitian tetapi bercampur dengan data yang terdapat kaitannya dengan penelitian. Dengan kondisi seperti ini, peneliti perlu menyederhanakan data dan membuang data yang tidak terdapat kaitannya dengan tema penelitian, sehingga tujuan penelitian tidak hanya menyederhanakan data, tetapi juga memastikan data yang diolah merupakan data yang tercakup dalam scope penelitian

3.8.2 Penyajian Data

Penyajian data adalah sekumpulan informan tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan. Penyajian data dilakukan untuk melihat gambaran keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari gambaran keseluruhan. Pada tahap ini peneliti berupaya mengklasifikasikan dan menyajikan data sesuai dengan pokok permasalahan yang diawali dengan pengkodean pada setiap subpokok permasalahan

3.8.3 Kesimpulan atau Verifikasi

Kesimpulan atau verifikasi adalah tahap akhir dalam proses analisis data. Pada bagian peneliti mengutarakan kesimpulan dari data-data yang telah diperoleh. Kegiatan ini dimaksudkan untuk mencari makna data yang dikumpulkan dengan mencari hubungan, persamaan atau perbedaan. Penarikan kesimpulan dapat dilakukan dengan membandingkan kesesuaian pernyataan dari subyek penelitian dengan

makna yang terkandung dengan konsep-konsep dasar dalam penelitian tersebut.

3.9 Uji Keabsahan

Dalam penelitian kualitatif, temuan atau data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang dituju, tetapi perlu diketahui bahwa kebenaran realita data menurut penelitian kualitatif tidak bersifat tunggal, tetapi jamak dan tergantung pada konstruksi manusia, dibentuk dalam diri seseorang sebagai hasil proses mental tiap individu dengan berbagai latar belakangnya.

Dalam Sugiyono (2013) uji keabsahan data dilakukan untuk menguji data yang diperoleh sekaligus membuktikan apakah penelitian yang dilakukan merupakan penelitian ilmiah yang nyata atau tidak. Dalam penelitian kualitatif terdapat empat uji keabsahan data antara lain:

3.9.1 Uji Kredibilitas

Dalam penelitian kualitatif, data dapat dinyatakan kredibel apabila adanya persamaan antara apa yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada objek yang diteliti. (Mekarisce, 2020) Uji kredibilitas data merupakan uji untuk membuktikan bahwa data yang dikumpulkan dapat dipercaya sebagai data sebuah penelitian ilmiah. Uji kredibilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan ketekunan dalam pengamatan, triangulasi, menggunakan bahan referensi, dan *member check*.

3.9.2 Uji Transferabilitas

transferabilitas menunjukkan derajat ketepatan atau sejauh mana dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi dimana informan tersebut dipilih. Pada penelitian kualitatif, nilai transferabilitas tergantung pada pembaca, sampai sejauh mana hasil penelitian dapat diterapkan pada konteks dan situasi social yang lain. (Mekarisce, 2020) Dalam membuat laporan peneliti harus mampu menguraikan data dengan jelas, rinci, sistematis, dan dapat dipercaya. Sehingga orang lain dapat memahami dan menerapkan penelitian tersebut pada situasi yang lain.

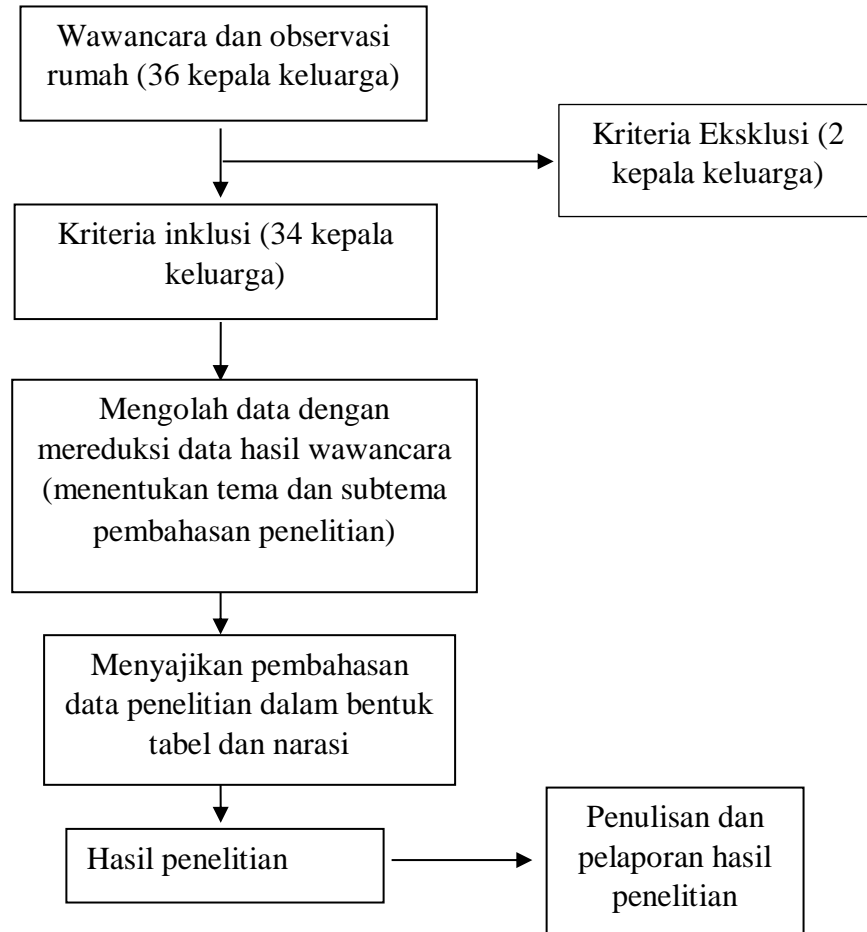
3.9.3 Uji Dependabilitas

Uji dependabilitas dapat dilakukan melalui kegiatan audit terhadap seluruh proses penelitian. Hasil penelitian tidak dapat dikatakan *dependable* jika peneliti tidak dapat membuktikan bahwa telah dilakukannya rangkaian proses penelitian secara nyata. (Mekarisce, 2020) Uji dependabilitas dilakukan melalui audit oleh dosen pembimbing sebagai auditor independen terhadap pelaksanaan seluruh aktivitas penelitian. Uji dependabilitas ini dilakukan untuk meminimalisir terjadinya kesalahan sejak awal penelitian hingga selesai agar data yang dihasilkan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

3.9.4 Uji Konfirmabilitas

Konfirmabilitas dalam penelitian kualitatif lebih diartikan sebagai konsep *intersubjektivitas* (konsep transparansi), yang merupakan bentuk ketersediaan peneliti dalam mengungkapkan kepada public mengenai bagaimana proses dan elemen-elemen dalam penelitiannya, yang selanjutnya memberikan kesempatan kepada pihak lain untuk melakukan penilaian hasil temuannya sekaligus memperoleh persetujuan diantara pihak tersebut. (Mekarisce, 2020) Jika konfirmabilitas digunakan sebagai bahan evaluasi terhadap hasil penelitian yang telah dilakukan dengan cara memeriksa data, menginterpretasi hasil dengan materi pendukung, dan mendiskusikan hasil penelitian tersebut bersama dosen pembimbing.

3.10 Alur Penelitian



Bagan 3.1 Alur Penelitian

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Karakteristik Informan Penelitian

Penelitian ini melibatkan masyarakat yang termasuk kluster keluarga terkonfirmasi COVID-19 di wilayah kerja Puskesmas Banjar 1. Jumlah keluarga yang terlibat dalam penelitian ini sebanyak 34 kepala keluarga. Setiap anggota keluarga dapat mewakili satu keluarga. Karakteristik informan yang didapatkan melalui wawancara mendalam dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1 Karakteristik Informan Wawancara Mendalam Informan Kluster Keluarga

No.	Informan	Jumlah Positif	Usia (Tahun)	Jenis Kelamin (L/P)	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan
1.	Pa 1	2 Orang	45	P	SMA	Ibu Rumah Tangga
			50	L	S1	PNS
2.	Pa 2	2 Orang	48	P	S1	Guru
			8	P	SD	Pelajar
3.	Pa 3	2 Orang	23	P	S1	Karyawan swasta
			19	L	SMA	Mahasiswa
4.	Pa 4	3 Orang	32	P	S1	Pegawai Perangkat desa
			12	P	SD	Pelajar
			3	L	-	-
5.	Pa 5	4 Orang	19	P	SMA	Mahasiswa
			43	L	S1	Pegawai Dinas Kesehatan
			42	P	S1	PNS
			13	L	SD	Pelajar

6.	Pa 6	3 Orang	56	L	S1	Pegawai Dinas Kesehatan
			49	P	S1	Pegawai Dinas Kesehatan
			21	P	SMA	Mahasiswa
7.	Pa 7	4 Orang	32	P	SMA	Ibu Rumah Tangga
			34	L	SMA	Wiraswasta
			12	P	SMP	Pelajar
			4	P	-	-
8.	Pa 8	2 Orang	38	P	S1	PNS
			38	L	S1	Distributor Obat
9.	Pa 9	4 Orang	35	L	S1	Wiraswasta
			25	P	SMA	Ibu Rumah Tangga
			6	P	-	-
			1	L	-	-
10.	Pa 10	3 Orang	38	P	S1	PNS
			13	P	SMP	Pelajar
			4	L	-	-
11.	Pa 11	3 Orang	33	P	S1	Pegawai Swasta
			47	P	SD	Ibu Rumah Tangga
			13	L	SD	Pelajar
12.	Pa 12	2 Orang	45	L	S1	PNS
			14	P	SD	Pelajar
13.	Pa 13	3 Orang	60	L	S1	Pensiunan
			55	P	S1	Pensiunan
			32	P	S1	Pegawai Swasta
14.	Pa 14	2 Orang	47	L	SD	Tukang Parkir Apotek
			42	P	SD	Ibu Rumah Tangga
15.	Pa 15	3 Orang	56	P	SMA	Ibu Rumah Tangga
			11	L	SD	Pelajar

			3	L	-	-
16.	Pa 16	2 Orang	55	P	S1	Guru PAUD
			56	L	S1	Pensiunan
17.	Pa 17	3 Orang	42	L	SMA	Pegawai Swasta
			6	L	SD	Pelajar
			10	L	SD	Pelajar
18.	Pa 18	4 Orang	56	P	SMP	Ibu Rumah Tangga
			62	L	SD	RT
			27	P	S1	Pegawai Dinas Kesehatran
			8 Bulan	P	-	-
19.	Pa 19	2 Orang	76	L	SD	Tidak Bekerja
			30	L	SMA	Pegawai Swasta
20.	Pa 20	4 Orang	41	P	SMA	Guru TK
			39	L	S1	PNS
			11	P	SD	Pelajar
			8	P	SD	Pelajar
21.	Pa 21	2 Orang	56	P	SMP	Ibu Rumah Tangga
			65	L	SMA	Pensiunan
22.	Pa 22	4 Orang	34	P	SMA	Ibu Rumah Tangga
			34	L	SMA	Buruh Harian Lepas
			12	L	SD	Pelajar
			4	P	-	Anak
23.	Pa 23	4 Orang	48	P	SMA	Guru TK
			50	L	SMA	Pegawai Swasta
			10	P	SD	Pelajar
			17	L	SMP	Pelajar
24.	Pa 24	3 Orang	37	P	S1	Ibu Rumah Tangga

			42	L	S1	Pegawai Swasta
			12	L	SD	Pelajar
25.	Pa 25	4 Orang	25	L	S1	Guru
			55	L	S1	Pegawai Dinas Pendidikan
			17	P	SMP	Pelajar
			54	P	S1	Ibu Rumah Tangga
26.	Pa 26	3 Orang	32	P	S1	Pegawai perangkat desa
			12	L	SD	Pelajar
			3	L	-	-
27.	Pa 27	2 Orang	45	L	S1	PNS
			14	P	SMP	Pelajar
28.	Pa 28	4 Orang	39	P	S1	Guru TK
			45	L	S1	Ibu Rumah Tangga
			72	L	S1	Pensiunan
			69	P	S1	Ibu Rumah Tangga
29.	Pa 29	3 Orang	29	L	SMA	Buruh
			53	P	SD	Pegawai Laundry
			20	L	SMA	Buruh
30.	Pa 30	2 Orang	44	L	SMA	PNS
			43	P	SMA	Ibu Rumah Tangga
31.	Pa 31	2 Orang	73	L	SMP	Pengrajin Batu bata
			65	P	SD	Ibu Rumah Tangga
32.	Pa 32	2 Orang	26	P	S1	PNS
			31	L	S1	PNS

33.	Pa 33	2 Orang	58	P	SMA	Ibu Rumah Tangga
			35	L	SMA	Wiraswasta
34.	Pa 34	2 Orang	29	P	SMA	Ibu Rumah Tangga
			33	L	SMA	Wiraswasta

Pada tabel 4.1, didapatkan hasil penelitian sebanyak 34 keluarga yang terdiri dari 96 orang yang dikelompokkan dalam jenis kelamin, terdiri dari 50 perempuan dan 46 laki-laki dimana yang terkena direntan usia produktif yaitu 19-47 tahun dan faktor terbesar yang berpotensi menularkan adalah orang yang memiliki mobilitas tinggi atau orang yang bekerja di pelayanan publik seperti guru, pegawai dinas kesehatan, distributor obat, pegawai perangkat desa dan lainnya, serta mahasiswa yang sedang menjalani pendidikan di luar daerah yang sedang kembali ke rumahnya.

4.1.2 Hasil wawancara mendalam informan

Pada penelitian ini diperoleh enam tema yang akan dibahas, diantaranya persepsi masyarakat terhadap perilaku 5 M dan etika batuk serta penilaian rumah sehat. Adapun gambaran hasil analisis melalui hasil wawancara mendalam terhadap informan disajikan dalam tabel 4.2 berikut.

Tabel 4.2 Gambaran Hasil Analisis Data Wawancara Mendalam Informan Klaster Keluarga

No.	Tema	Subtema	Coding
1.	Pekerjaan	1. Lingkungan pekerjaan	1. Di dalam ruangan 2. Di luar ruangan
		2. Tempat kerja menerapkan prinsip 5M	1. Ya 2. Tidak
		3. Tempat kerja menerapkan WFH	1. Ya 2. Tidak
			1. Ya

		4. Tempat kerja menerapkan protokol kesehatan	2. Tidak
2.	Menggunakan masker	1. Memakai masker saat berada di tempat umum	1. Ya 2. Tidak
		2. Memakai masker saat berada di rumah	1. Ya saat ada orang lain 2. Tidak
		3. Jenis masker yang digunakan	1. Masker medis 2. Masker kain 3. Masker scuba
		4. Frekuensi mengganti masker dalam sehari	1. 1x/hari 2. >1x/hari 3. Lebih dari sehari
		5. Memakai masker saat bersin	1. Ya 2. Tidak
3.	Mencuci tangan dan kebersihan diri	1. Mencuci tangan dengan sabun dan/atau <i>hand sanitizer</i> di tempat umum	1. Ya 2. Tidak
		2. Mencuci tangan dengan sabun dan/atau <i>hand sanitizer</i> di rumah	1. Ya 2. Tidak
		3. Cuci tangan sesuai anjuran 6 langkah	1. Ya 2. Tidak
		4. Berjabat tangan dengan orang lain	1. Ya 2. Tidak
		5. Mandi dan mengganti pakaian setelah berpergian	1. Ya 2. Tidak
		6. Frekuensi mandi dalam sehari	1. 2 x sehari 2. > 2 x sehari
4.	Menjaga jarak	1. Menjaga jarak minimal 1 Meter saat di rumah	1. Ya 2. Tidak
		2. Menjaga jarak dengan lansia	1. Ya 2. Tidak

5.	Menghindari kerumunan dan membatasi mobilitas	1. Frekuensi menghadiri acara yang mengumpulkan banyak orang	1. Tidak pernah
		2. Menggunakan fasillitas umum atau pergi ke tempat umum	2. Jarang
		3. Frekuensi mendatangi tempat yang ramai	3. Sering
6.	Etika batuk	1. Pengetahuan etika batuk	1. Batuk harus ditutup
			2. Lainnya
		2. Cara menutupi mulut dan hidung ketika batuk	1. Menggunakan tangan
			2. Menggunakan baju
		3. Menggunakan tissue	
		3. Mencuci tangan dan menggunakan hand sanitizer setelah batuk	1. Ya
			2. Tidak
		4. Mengganti pakaian setelah batuk	1. Ya
			2. Tidak

A. Pekerjaan

Berdasarkan hasil wawancara sebelumnya terdapat beberapa informan yang bekerja di dalam ruangan.

“...Selalu dalam ruangan kan kerjanya kantoran makanya lingkupnya mah di ruangan aja jarang juga keluar dari kantor karena dinas luar juga kan di batasi...” (Pa 2)

“...Lebih banyak di dalam ruangan...” (Pa 11)

“...Dalam ruangan, kan saya guru tetep masuk juga ke sekolah walaupun murid libur...” (Pa 25)

Sedangkan beberapa informan lainnya mengatakan bahwa mereka bekerja di luar ruangan dengan mobilitas tinggi yaitu bertemu banyak orang dan bekerja pulang-pergi.

“...istri saya bekerja diluar ruangan sebagai pengawas orang terlantar, suami di dalam ruangan tetapi pulang pergi tasik...” (Pa 8)

“...Suami bekerja di pasar, istri dirumah aja paling keluar klo belanja sama nganterin tugas anak ke sekolah...” (Pa 9)

“...Kadang-kadang di ruangan kadang-kadang diluar ruangan, kalo ke masyarakat kan harus keluar, lebih sering di dalem... kalo ada sosialisasi rapat-rapat di dalem...” (Pa 23)

Sebagian besar informan mengatakan bahwa saat ini mereka sedang bekerja dari rumah atau WFH (*Work From Home*)

B. Penggunaan masker

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan sebelumnya, sebagian besar informan menggunakan masker saat berada di tempat umum. Namun beberapa informan mengaku tidak menggunakan masker saat berada di lingkungan rumahnya.

“...keluar mah insyaAllah sering, gak pernah lupa pake maskernya karena takut juga masih banyak kasus positif kan...” (Pa 28)

“...Menggunakan kan itu mah sudah diwajibkan...” (Pa 16)

“...Oh kalo jauh setiap hari pakai, kalo ke jalan depan ngga pakai, kalo keluar ke banjar kota selalu pakai...” (Pa 31)

Sebagian informan menyampaikan bahwa mereka tidak menggunakan masker saat bersama dengan keluarga. Mereka hanya menggunakan masker saat dinyatakan positif COVID-19 lalu.

“...Di dalam rumah tidak, kecuali pas sudah terkonfirmasi positif Covid pake terus, karena kan ada anak juga di rumah biar ga ketularan kan...” (Pa 11)

“...Kalo di dalem rumah mungkin nggak karena keluarga, pas di vonis covid mah semua pakai...” (Pa 16)

“...Di dalem rumah? Engga... kalo positif mah harus pake, tapi sekarang kan udah negatif ya jadinya mah ga pake masker lagi dirumah. Pengap juga soalnya klo pake masker terus ya...” (Pa 30)

Lain halnya saat menerima tamu di rumahnya, sebagian besar informan akan menggunakan masker sebagai bentuk menjaga protocol kesehatan.

“...Tidak pakai dirumah mah, hanya pake masker apabila ada interaksi dengan tetangga saja atau saat anak-anak lagi main...” (Pa 1)

“...Kalo di rumah, kalo dulu pas waktu kena aja selalu pake, kalo sekarang mah kalo di rumah engga. Kecuali kalo ada tamu, kalo ada orang masuk baru pake masker...” (Pa 24)

“...engga, paling kalo ada tamu, itu juga jarang...” (Pa 20)

Adapun jenis masker yang digunakan oleh sebagian besar informan adalah masker medis, masker kain, dan masker scuba. Namun kebanyakan informan lebih sering menggunakan masker medis.

“...Yang paling sering dipakai masker sekali pakai (*surgical*)...” (Pa 18)

“...Kadang masker kain, kadang masker bedah. Seringnya sih masker kain aja soalnya kan gampang tinggal di cuci gitu klo masker bedah mah kadang suka males beli...” (Pa 34)

“...Kadang-kadang pake yang ini (*surgical*) kadang - kadang pake yang kain. Paling sering yang ini lah yang kain maskernya...” (Pa 15)

Sebagian lain informan lebih sering menggunakan masker kain untuk aktivitas sehari-hari. Dan sebagian kecil lainnya masih menggunakan masker scuba untuk beraktivitas.

“...Beda-beda sih kadang yang kain yang double, kadang yang gini sekali pakai tapi yang paling sering yang double (kain)...” (Pa 25)

“...kain, kebanyakan kain. Tapi pake yang sekali buang (medis) juga. Paling sering kain soalnya gampang juga tinggal dicuci dan bisa hemat juga ga perlu beli masker banyak...” (Pa 28)

“...Yang kayak gini nih (scuba) selalu pakai yang itu soalnya enakan di pakainya juga...” (Pa 33)

Berdasarkan hasil wawancara beberapa informan menyampaikan bahwa mereka mengganti masker tersebut sekali dalam sehari.

“...gantinya setiap hari masker kainnya di cuci, yaa paling setiap keluar rumah agak lama mah ganti tapi klo keluar sebentar aja tetp dipakai lagi masker yang sama...” (Pa 4)

“...Kalo biasanya sehari sekali sih soalnya udah terbiasa juga begitu...” (Pa 25)

“...Masker diganti 1 kali sehari, soalnya kan kerja tiap hari pulang pergi dari kantor jadi setiap pulang kerja maskernya dibuang gitu karena dah di pake seharian...” (Pa 13)

Beberapa informan lainnya menyampaikan bahwa mereka mengganti masker lebih dari sekali dalam sehari.

“...Gantinya 2-3kali/ hari, sering ganti mah karena kadang klo udah dipakai sekali udah ga enak di paki berulang gitu adanya lebih sering ganti masker...” (Pa 5)

“...Ada mungkin lah 4 jam sekali karna kotor, saya juga ga enak... tapi jarang juga si diganti setiap 4 kali sehari mah, soalnya biar hemat juga maskernya kadang dipakai berulang dalam sehari gitu...” (Pa 16)

Namun terdapat beberapa informan yang menyampaikan bahwa mereka menggunakan masker sekali pakai lebih dari sehari untuk beraktivitas.

“...Yaa paling 2 hari lah, dibuang soalnya kadang keluar rumah sebentar juga jadi sayang aja klo paki langsung dibuang maskernya...” (Pa 18)

“...dua hari di pakai baru diganti atau di cuci, soalnya kadang lupa maskernya baru di pake atau ngga gitu jadi yaudah pakai lagi aja masker yg ada walaupun itu udh dipakai sebelumnya...” (Pa 19)

C. Mencuci tangan dan kebersihan diri

Berdasarkan hasil wawancara yang sudah dilakukan sebelumnya, hampir semua informan sudah menerapkan perilaku hidup bersih yaitu mencuci tangan dengan sabun dan/atau menggunakan *hand sanitizer* selama berada di tempat umum.

“...Diluar kalo lagi belanja kalo ada, saya sempatkan cuci tangan pakai sabun kalo ada diluar pakai handsanitizer...” (Pa 13)

“...Iyaa, malah saya selalu sedia apa itu yang di semprot-semprot, *hand sanitizer* iya... selalu ada, kalo dari mana mana, dari kantor atau dari pasar...” (Pa 18)

“...Pake, kalo di tempat umum selalu pake.. kalo di TK selalu ada, handsanitizer selalu bawa.. si bapa ke desa selalu bawa...” (Pa 23)

“...Ya.. ada cuci tangan ada pake antis gitu.. jadi situasional gitu.. kalo misalkan ada kerjaan yang gabisa di inikan lah yang simple antis gitu...” (Pa 30)

Sedangkan apabila berada di rumah, informan selalu mencuci tangan dengan sabun dan/atau menggunakan *hand sanitizer*.

“...Iya setiap pegang gagang pintu, itu kan besi ya jadi selalu cuci tangan, malah anak saya yang kecil selalu cuci tangan karena udah ngerti dia...” (Pa 4)

“...Iya,suka cuci tangan. Iya pakai handsanitizer juga ada sedia dirumah dua botol. kalo dulu mah jarang pakai handsanitizer...” (Pa 14)

“...Ya, cuci tangannya kalua di rumah pakai sabun...” (Pa 17)

Hampir semua informan belum menerapkan cuci tangan pakai sabun sesuai anjuran 6 langkah, ada beberapa yang sudah tahu, namun masih belum menerapkan karena alasan situasional.

“...kadang-kadang tetapi kalau lagi buru-buru hanya cuci tangan biasa aja...” (Pa 3)

“...Iya, yang gitu gitu. Ga diterapin, kadang buru-buru ya jadi cuci tangan pokoknya bersih udah weh...” (Pa 10)

“...Yaa harusnya mah ya ada aturannya tapi sok lupa sih.. he’eh, ibu suka gini, terus gini, terus apalagi sih, suka lupa-lupa (meragain cuci tangan), pokoknya mah dikecek-kecek pake sabun hehehe kaya gitu...” (Pa 18)

Selama pandemi ini ada beberapa orang yang masih berjabat tangan dengan orang lain dan ada pula beberapa yang sudah mengikuti protokol untuk mengurangi kontak fisik dengan orang lain seperti bersalaman.

“...Salaman sama saudara atau keluarga dekat saja tetapi kalau sama orang lain gak pernah...” (Pa 2)

“...Kadang, kalo di masjid kan ga bisa menghindar neng. Habis itu saya cuci tangan...” (Pa 13)

“...Kalo disosialisasi kan cuma gini (salaman jarak jauh) kalo ada pendatang mah kita takut, tapi kalo orang-orang sini biasa aja salaman...” (Pa 16)

Beberapa informan langsung mandi dan berganti pakaian sepulang dari kegiatan di luar, sedangkan sebagian lainnya hanya berganti pakaian saja.

“...Sudah kebiasaan jika baju yang udah dipakai ngga pernah di pakai lagi jadi selalu di pakai sekali dan langsung di cuci jadi sering numpuk cucian...” (Pa 4)

“...Engga, ga mandi. Palingan ganti baju, itupun kalau dari kerumunan banyak orang. Kalo dari sini mah engga...” (Pa 13)

“...Kalo habis kerja di tempat kerja sebelum pulang mandi dulu, soalnya saya kerja kan di Rumah Sakit yang rawat Covid...” (Pa 27)

Dengan kondisi iklim Kota Banjar yang panas dan mudah berkeringat, hampir semua informan mengaku mandi 2 kali dalam sehari yaitu pagi dan sore hari, namun ada beberapa informan yang mandi hanya sekali sehari dan ada pula yang mandi 3 kali sehari karena alasan gerah atau pulang dari bepergian.

“...Dalam satu hari bisa 3 kali mandi, soalnya saya kan gendut ya jadi kalo gerah saya mandi...” (Pa 10)

“...Paling sehari sekali saya mah, kadang sehari ga mandi...” (Pa 13)

“...Mandi 2 kali aja paling kalo pagi sama sore kecuali mau sholat jumat 3 kali...” (Pa 15)

“...Pagi sama sore. Siang kalo keringetan mandi atau wudhu aja. Yang rutin mah 2x...” (Pa 16)

“...Mandi? Ya 2 lah, pagi-pagi terus sore kalau gerah mah siang juga mandi tiap kalo mau sholat dhuhur...” (Pa 18)

D. Menghindari kerumunan dan membatasi mobilitas

Saat wawancara beberapa informan mengaku membatasi mobilitas dengan menjaga jarak di rumah lebih dari satu meter di rumah saat dinyatakan positif kemarin.

“...positif iya jaga jarak...” (Pa 11)

“...Yaa ehehe iya, iya... minimalnya 1 meter setengah atau 2 meter lah... seringnya jaga jarak... apalagi yahh, apalagi saya sudah ter ini gitu ehehe terpapar gitu...” (Pa 30)

“...Mun kamarin mah jaga jarak, sekantengan ngangge...” (Pa 31)

Saat ini para informan menyampaikan bahwa mereka tidak melakukan jaga jarak saat sedang bersama keluarga terkecuali jika ada orang lain yang datang ke rumah.

“...saat positif tidur terpisah dan menjaga jarak. jika ada orang jarang menjaga jarak karena merasa tidak enak...” (Pa 7)

“...Sama keluarga mah gaada jarak sih kalo di rumah mah, kecuali kalo ada orang lain ya harus...” (Pa 24)

“...Di luar aja yah, di rumah mah sama istri mah engga kan, orang satu kasur, jadi ga jaga jarak...” (Pa 27)

E. Etika batuk

Hasil dari wawancara yang telah dilakukan, sebagian besar informan mengetahui mengenai etika batuk.

“...Tau...” (Pa 18)

“...Tau dan sering diterapkan...” (Pa 22)

“...tau, etika batuk kan gini (menutup mulut dengan tangan) malah anak saya juga sudah ngerti gitu cara klo batuk itu ditutup...” (Pa 29)

Selain etika batuk, dalam hasil wawancara sebagian besar informan menutupi mulut dan hidung ketika sedang batuk.

“...Pakai tangan atau ngga pake baju...” (Pa 5)

“...iya ditutup, pake tangan yang ini (menunjuk telapak tangan)...” (Pa 19)

“...tangan, sama paling ini sikut. Kalau mamah sama ade sama...” (Pa 29)

Beberapa informan ketika sedang batuk menutupinya menggunakan tangan. Sebagian besar dari informan mencuci tangannya setelah batuk menggunakan handsanitizer.

“...Cuci tangan kadang-kadang aja si klo inget setelah cuci tangan juga terus pake *handsanitizer*...” (Pa 2)

“...iya cuci tangan.. kalo ada handsanitizer pake handsanitizer kalo ada sabun ya pake sabun...” (Pa 25)

“...Seringnya pake antis aja ga pernah cuci tangan klo habis batuk
ato bersin mah.. iya...” (Pa 30)

4.1.3 Studi Dokumentasi

Tabel 4.3 Skoring dan Interpretasi Penilaian Rumah Sehat

CODING SAMPEL	SKORING	INTERPRETASI
Pa 1	1.280	Rumah sehat
Pa 2	1.230	Rumah sehat
Pa 3	1.230	Rumah sehat
Pa 4	1.205	Rumah sehat
Pa 5	1.230	Rumah sehat
Pa 6	1.255	Rumah sehat
Pa 7	1.155	Rumah sehat
Pa 8	1.124	Rumah sehat
Pa 9	1.168	Rumah sehat
Pa 10	1.236	Rumah sehat
Pa 11	1.180	Rumah sehat
Pa 12	1.086	Rumah sehat
Pa 13	1.086	Rumah sehat
Pa 14	767	Rumah Tidak sehat
Pa 15	1.161	Rumah sehat
Pa 16	1.280	Rumah sehat
Pa 17	1.167	Rumah sehat
Pa 18	943	Rumah Tidak sehat
Pa 19	868	Rumah Tidak sehat
Pa 20	986	Rumah Tidak sehat
Pa 21	1.043	Rumah sehat
Pa 22	1.155	Rumah sehat
Pa 23	1.130	Rumah sehat
Pa 24	1.174	Rumah sehat
Pa 25	1.074	Rumah sehat
Pa 26	992	Rumah Tidak sehat
Pa 27	1.086	Rumah sehat

Pa 28	1.211	Rumah sehat
Pa 29	992	Rumah Tidak sehat
Pa 30	1.118	Rumah sehat
Pa 31	711	Rumah Tidak sehat
Pa 32	1.280	Rumah sehat
Pa 33	1.174	Rumah sehat
Pa 34	1.174	Rumah sehat

Berdasarkan tabel 4.3 memberikan gambaran hasil informan yang memiliki kondisi rumah yang sehat lebih banyak dibandingkan dengan rumah yang termasuk dalam kondisi yang tidak sehat, yaitu 27 rumah dengan kondisi rumah yang sehat dan 7 rumah yang memiliki kondisi tidak sehat.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pekerjaan

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan, diperoleh sebagian besar informan berkerja di luar rumah dan tidak melakukan WFH (*Work From Home*), serta dominan bekerja di dalam ruangan. Hal ini menunjukkan tingginya mobilitas informan karena bekerja pulang pergi dan tingginya intensitas bertemu dengan orang lain sehingga akan meningkatkan risiko terpapar virus SARS-Cov-2 yang akan menyumbangkan insidensi tertular dan menularkan penyakit COVID-19. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilalukan oleh (Suharmanto, 2020) yang mengatakan bahwa masyarakat yang tidak bekerja atau tetap dirumah dapat mencegah penularan COVID-19 lebih baik (80,6%), dibandingkan dengan masyarakat yang bekerja menunjukan pencegahan penularan COVID-19 yang kurang baik (19,4%). Analisis dengan Chi-Square pada penelitian (Suharmanto, 2020) didapatkan nilai $p=0,007$ yang berarti terdapat hubungan antara pekerjaan dengan pencegahan penularan COVID-19, hal ini memberikan gambaran

bahwa pekerjaan yang cenderung berkumpul dengan orang lain, memungkinkan resiko tinggi terjadinya penularan COVID-19 .

4.2.2 Penggunaan masker

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan, sebagian besar informan menyatakan menggunakan masker saat berada di tempat umum. Namun sebagian kecil lainnya menyatakan tidak menggunakan masker saat berada diluar rumah jika masih berada di dekat lingkungan rumahnya.

Sedangkan hasil wawancara terkait penggunaan masker di dalam rumah, sebagian besar informan cenderung tidak menggunakan masker saat bersama keluarganya. Semua informan mengatakan hanya menggunakan masker saat dirumah ketika sedang menjalani isolasi mandiri selama terkonfirmasi positif COVID-19. Begitu pula halnya saat informan menerima tamu di rumahnya, sebagian besar informan mengatakan akan menggunakan masker sebagai bentuk menjaga protokol kesehatan.

Kepatuhan informan sendiri dalam menggunakan masker menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi angka kejadian COVID-19 di klaster keluarga. Karena penggunaan masker sendiri tentunya dapat mencegah penyebaran droplet ketika seseorang yang terinfeksi berbicara, batuk, atau bersin dan memberi perlindungan terhadap penderita yang asimtomatik, bergejala ringan, maupun pembawa gejala.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Vincent dkk yang mengungkapkan bahwa penggunaan masker dalam lingkup komunitas dapat berkontribusi pada pengendalian penurunan angka kejadian COVID-19 Kontribusi angka kejadian di komunitas secara tidak langsung berhubungan pula dengan angka kejadian COVID-19 yang ada pada klaster keluarga. Karena keluarga merupakan bagian terkecil dari komunitas itu sendiri. Pernyataan WHO memperkuat hasil penelitian tersebut dengan menyatakan bahwa penggunaan masker sebagai pelindung (termasuk respirator dan masker medis) dikatakan mampu untuk mengurangi risiko infeksi COVID-19 di masyarakat khususnya petugas kesehatan.

Hasil wawancara terkait penggunaan masker didapatkan bahwa informan menggunakan berbagai jenis masker yakni, masker medis (*surgical mask*), masker kain dan masker scuba. Dari beberapa jenis masker tersebut, sebagian besar informan menggunakan masker kain, Sebagian lainnya menggunakan masker medis (*surgical mask*) dan masker scuba.

Penggunaan masker kain pada dasarnya dianjurkan oleh WHO untuk digunakan oleh masyarakat luas, namun efektivitas filtrasi masker kain sendiri umumnya lebih rendah dari masker medis dan respirator. Masker kain mungkin memberikan perlindungan yang signifikan apabila diproduksi dengan baik dan dipakai secara benar, sesuai panduan Kementerian Kesehatan yaitu apabila terdiri dari 3 lapis (lapisan dalam dari bahan penyerap seperti kapas, lapisan tengah dari bahan bukan tenunan seperti polypropylene, dan lapisan luar dari bahan non-penyerap, seperti campuran poliester atau poliester). Penggunaan masker surgical sebenarnya lebih baik dalam mencegah infeksi virus pernafasan tertentu yang ditransmisikan melalui droplet. Karena masker medis memiliki efektivitas perlindungan sebesar 30-95% terhadap penularan penyakit, sedangkan masker kain hanya memiliki efektivitas 10-60%. Sedangkan untuk penggunaan masker scuba sangat tidak dianjurkan untuk dipakai sebagai perlindungan terhadap penularan COVID-19 karena tidak memiliki cukup proteksi terhadap partikel aerosol virus SARS-CoV 2.

Frekuensi mengganti masker paling banyak diperoleh sebanyak 1 kali dalam sehari, sedangkan sebagian kecil lainnya menyatakan mengganti masker setiap 4 jam sekali dan 1 kali dalam 2 hari. Masker surgical idealnya mampu memberikan perlindungan minimal selama 4 jam. Dan penggunaan masker surgical harus diganti setidaknya satu kali dalam sehari. Dalam segi frekuensi dan durasi penggunaan masker, informan telah menggunakan masker sesuai dengan anjuran, tetapi jenis maskes yang digunakan tidak sesuai dengan yang seharusnya yaitu menggunakan masker surgical sedangkan informan lebih banyak yang menggunakan masker kain. Oleh

karena itu, hal ini yang menjadi salah satu faktor yang menyebabkan angka kejadian COVID-19 meningkat.

4.2.3 Mencuci tangan dan kebersihan diri

Penelitian yang dilakukan oleh Mainul Haque tahun 2020 yang dikutip dalam *Journal of Population Therapeutics & Clinical Pharmacology*, mengatakan bahwa mencuci tangan dapat memperlambat penyebaran COVID-19 dan memberikan manfaat kesehatan untuk mengurangi beban penyakit terkait COVID-19, minimal 20 detik dengan mengikuti panduan cuci tangan aseptis yang telah ditetapkan. Cuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun dikatakan jauh lebih efektif daripada hanya dengan menggunakan air saja dalam pencegahan penyakit infeksi

Berdasarkan hasil wawancara yang sudah dilakukan sebelumnya, diperoleh semua informan sudah menerapkan perilaku hidup bersih yaitu mencuci tangan dengan sabun dan/atau menggunakan *hand sanitizer* selama berada di tempat umum. Begitu pula saat berada di rumah, informan selalu mencuci tangan dengan sabun dan/atau menggunakan *hand sanitizer*. Namun dari semua informan yang selalu mencuci tangan diperoleh tidak semua informan menerapkan cuci tangan pakai sabun menggunakan metode 6 langkah cuci tangan (asal cuci tangan). Hal ini diperparah dengan beberapa informan yang masih berjabat tangan jika bertemu dengan orang lain.

Hal ini yang dapat menjadi resiko terpapar dan menularkan virus COVID-19 karena tidak efektifnya hasil cuci tangan yang tidak mengikuti anjuran secara aseptis atau cuci tangan enam langkah. Mencuci tangan tidak sesuai dengan 6 langkah diikuti dengan beberapa orang yang masih berjabat tangan dengan orang lain, hal ini meningkatkan resiko untuk tertular virus COVID-19.

Berdasarkan hasil wawancara sebagian besar informan menyampaikan bahwa hanya berganti pakaian saja setelah melakukan aktivitas di luar rumah. Sedangkan yang lainnya mandi dan berganti pakaian setelah beraktivitas. Dengan kondisi iklim Kota Banjar yang panas dan mudah berkeringat, hampir semua informan mengaku mandi 2 kali dalam

sehari yaitu pagi dan sore hari, namun ada beberapa informan yang mandi hanya sekali sehari dan ada pula yang mandi 3 kali sehari karena alasan terasa panas atau pulang dari bepergian.

4.2.4 Menjaga jarak, menghindari kerumunan dan membatasi mobilitas

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan sebagian besar informan tidak menjaga jarak 1 meter ketika di rumah, dan sebagian besar tidak memiliki interaksi dengan orang-orang lanjut usia. Sebagian besar informan selalu menghindari kerumunan dan membatasi mobilitas. Menghindari kerumunan dan membatasi mobilitas dilakukan untuk menciptakan jarak antara diri sendiri dengan orang lain untuk mencegah penularan COVID-19 (Kresna & Ahyar, 2020). Dari penelitian sejenis didapatkan data bahwa terdapat hubungan kuat antara pembatasan mobilitas dengan transmisi COVID-19. Kebijakan pembatasan mobilitas diseluruh populasi masyarakat telah berhasil menekan angka penularan COVID-19. Namun hal ini tidak cukup untuk mencegah terjadinya gelombang kedua COVID-19. Pengetatan terhadap protokol kesehatan harus terus digalakkan dalam kegiatan masyarakat (Nouvellet, 2021).

Tidak dapat dihindari bahwa menyebarnya virus COVID-19 ini telah berdampak pada sikap masyarakat yang menjadi lebih over-protektif terhadap lingkungan kondisi yang ditempati. Kekhawatiran terhadap COVID-19 memberikan pengaruh terhadap sikap sosial terhadap individu khususnya terhadap proses interaksi sosial yang dilakukan setiap individu (Harahap, 2020). Sebagian besar informan menghindari kerumunan dan membatasi mobilitas, sehingga memiliki risiko rendah untuk terpapar COVID-19. Tetapi Sebagian besar informan memiliki anggota keluarga lain yang memiliki pekerjaan dengan mobilitas yang tinggi, sehingga hal tersebut meningkatkan risiko terpapar COVID-19.

Menurut penelitian yang dilakukan (Utama et al., 2020) didapatkan tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara *Social Distancing* pandemic Covid 19 terhadap rapat dan pertemuan. Artinya mereka tetap mengadakan

rapat di kantor atau pertemuan meskipun ada himbauan *social distancing*. Begitu pula pada hubungan antara *social distancing* pandemic Covid 19 terhadap perjalanan luar kota tidak terdapat hubungan yang signifikan terhadap kegiatan di luar kota atau daerah. Artinya mereka tetap melakukan perjalanan walaupun ada himbauan *social distancing*. Hal ini memberikan gambaran mobilitas yang tinggi dan pengaturan jaga jarak dan pertemuan yang tidak baik memungkinkan terjadinya penularan virus Covid 19.

4.2.5 Etika batuk

Etika batuk dilakukan untuk mencegah tersebarnya virus dan infeksi maka etika batuk dan bersin harus menutup bagian hidung dan mulut dengan tisu atau sapu tangan atau menggunakan lengan atas. Tisu harus dibuang ke tempat sampah infeksius lalu kemudian mencuci tangan (Azidin dan Norwahidin, 2020).

Dari hasil wawancara didapatkan seluruh informan mengetahui bagaimana etik batuk yang harus dilakukan. Para informan menerapkan etika batuk dengan menutup menggunakan tangan, kain, baju ataupun tissue tetapi paling sering menggunakan tangan. Dan setelah batuk, Sebagian besar informan mencuci tangannya menggunakan sabun atau *hand sanitizer*. Berdasarkan hal di atas informan telah menerapkan etika batuk yang benar dan menjaga kebersihan tubuhnya sehingga hal ini tidak bisa dijadikan sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi angka kejadian COVID-19.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Barry et al mengenai *Respiratory hygiene* pada masyarakat yang telah diobservasi mengenai etika batuk didapatkan hanya 4,7% yang telah menerapkan etika batuk yang benar , lalu sebanyak 64,4% menutup hidung dan mulut tidak menggunakan tangan dan sebanyak 27,3% yang mulut dan hidung tidak ditutup saat batuk dan bersin (Murfat, Syamsu dan Susilo, 2021)

4.2.6 Rumah Sehat

Berdasarkan hasil wawancara yang sudah dilakukan, 27 dari 34 rumah termasuk dalam kategori rumah sehat yaitu dengan skor 1024-1280,

sedangkan 7 lainnya termasuk dalam kategori rumah tidak sehat dengan skor < 1024. Yang masuk dalam aspek penilaian rumah sehat antara lain: komponen rumah seperti kondisi langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar, jendela ruang keluarga, ventilasi, lubang asap dapur dan pencahayaan. Sarana sanitasi, seperti sarana air bersih, jamban, sarana pembuangan air limbah (SPAL), sarana pembuangan sampah (tempat sampah). Perilaku penghuni, seperti membuka jendela kamar, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah, membuang tinja bayi dan balita ke jamban, membuang sampah ke tempat sampah.

Hampir semua rumah memiliki langit-langit yang bersih dan tidak rawan kecelakaan, dinding permanen dan kedap air, lantai ubin/keramik, memiliki jendela kamar dan ruang keluarga, ventilasi dengan luas ventilasi permanen < 10% luas lantai, memiliki lubang asap dapur dengan luas ventilasi dapur < 10% luas lantai, dan pencahayaan yang terang dan tidak silau sehingga dapat dipergunakan untuk membaca dengan normal, namun ada pula beberapa rumah yang kurang terang, kurang jelas untuk membaca dengan normal.

Beberapa rumah memiliki sarana air bersih milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan, memiliki jambang leher angsa atau bukan leher angsa, ada tutup dan disalurkan ke septic tank, memiliki sarana pembuangan air limbah (SPAL) dan dialirkan ke selokan terbuka, serta memiliki sarana pembuangan sampah (tempat sampah) yang kedap air dan tertutup.

Banyak informan yang setiap hari membuka jendela kamar namun jarang membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah setiap hari, serta beberapa informan membuang sampah ke tempat sampah yang dikumpulkan dan diangkut 3 kali dalam seminggu, namun ada pula yang membuang lalu membakarnya.

Kondisi rumah yang tidak sehat dapat meningkatkan resiko penularan COVID-19 pada kluster keluarga, sesuai dengan hasil penelitian oleh Dwi Astuti pada tahun 2020 tatanan komponen rumah sangat penting untuk mencegah penyebaran COVID-19 seperti tata letak atau posisi bangunan agar

rumah mendapatkan pencahayaan matahari yang optimal, terdapat ventilasi atau sirkulasi udara agar memungkinkan cahaya dan udara secara alami dapat masuk ke dalam rumah agar terjadi pergantian sirkulasi udara didalam rumah dan rumah tidak lembab. Sistem pembuangan sampah juga harus direncanakan dalam pembangunan rumah karena bila sistem pembuangan sampah kurang tepat, maka dapat mencemarkan lingkungan sekitar rumah yang menyebabkan rumah menjadi tidak sehat.

4.3 Keterbatasan Penelitian

1. Kesulitan menemui informan karena pada masa pandemi harus tetap menjaga protokol kesehatan 5M dan di pengaruhi oleh luasnya jangkauan wilayah penelitian yang mencakup 3 desa yang ada dalam wilayah kerja Puskesmas Banjar 1.
2. Data penelitian tidak mencakup keseluruhan kasus COVID-19 yang terjadi dari awal tahun 2020, sehingga hasil penelitian kurang bervariasi.
3. Jumlah informan sedikit dan ada 2 informan yang tidak memenuhi kriteria penelitian sehingga mengurangi total sampel yang diperlukan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian informan berkerja di luar ruangan sehingga meningkatkan risiko tertular dan menularkan COVID-19 yang pada akhirnya dapat berpengaruh terhadap peningkatan kasus COVID-19 di klaster keluarga
2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian informan sudah menggunakan masker ketika berada di tempat umum, jenis masker yang paling sering digunakan ialah masker kain. Penggunaan masker kain belum sesuai dengan standar penggunaan sebanyak 3 lapis, sehingga hal ini juga dapat berpengaruh terhadap peningkatan kasus COVID-19 di klaster keluarga
3. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian informan patuh untuk menghindari kerumunan dan mengurangi mobilitas, sehingga faktor risiko untuk terpapar COVID-19 rendah. Hal ini kurang berpengaruh dalam menyebabkan peningkatan kejadian COVID-19 di klaster keluarga.
4. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian informan telah melakukan cuci tangan rutin setelah berpergian, memegang barang dan setelah batuk. Tetapi sebagian besar tidak menerapkan metode cuci tangan 6 langkah. Hal ini yang dapat menjadi resiko terpapar dan menularkan virus COVID-19 karena tidak efektifnya hasil cuci tangan 19 yang pada akhirnya dapat berpengaruh terhadap peningkatan kasus COVID-19 di klaster keluarga
5. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian informan telah menerapkan etika batuk sehingga faktor risiko untuk terpapar COVID-19 rendah. Hal ini kurang berpengaruh dalam menyebabkan peningkatan kejadian COVID-19 di klaster keluarga.
6. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian informan memenuhi kriteria rumah sehat, sehingga faktor risiko untuk terpapar COVID-19 rendah. Hal ini kurang berpengaruh dalam menyebabkan peningkatan kejadian COVID-19 di klaster keluarga.

5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan maka saran yang dapat diberikan sebagai berikut :

1. Bagi pihak puskesmas, dapat dilakukan upaya edukasi terus-menerus untuk selalu mengingatkan masyarakat terkait protokol kesehatan 5M.
2. Bagi masyarakat, dapat menjaga setiap protokol kesehatan yang telah dianjurkan oleh pemerintah seperti memakai masker, mencuci tangan, menjaga jarak, menghindari kerumunan, dan mengurangi mobilitas, serta menjaga kebersihan dan kesehatan hunian agar mengurangi penularan COVID-19 di lingkungan masyarakat sekitar.
3. Penelitian ini dapat dikembangkan lebih lanjut untuk mengetahui adakah faktor lain yang berpengaruh terhadap kejadian COVID-19 utamanya yang terjadi pada klaster keluarga.
4. Saran penelitian lebih lanjut, dapat dilakukan penilaian dan observasi mendetil terkait faktor rumah sehat dengan memperhatikan juga faktor hunian serta faktor lingkungan secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Mekarisce, A. A. (2020) 'Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data pada Penelitian Kualitatif di Bidang Kesehatan Masyarakat', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 12(33), pp. 145–151.
- Siyoto, S. (2015) *Dasar Metodologi Penelitian*. Cetakan 1. Edited by Ayup. Yogyakarta: Literasi Media Publishing.
- Sugiyono (2013) *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif, dan R&D*, Bandung: Alfabeta. Bandung: Alfabeta.
- Alhogbi, B. G. (2017). Kebijakan Redaksional Harian Umum Republika dalam Menentukan Foto Headline Pada Halaman Jawa Barat Edisi Desember 2013. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 21–25.
- Amil, B., Nasional, Z., BAZNAS, Badan, K., Zakat, A., Republik, N., د. غسان, Badan Amil Zakat Nasional, Dana, L. P. L. D. A. N., Keuangaii, L., Beraktiir, Y., Relief, H., Hall, J. K., Weinberger, R., Marco, S., Steinitz, G., Moula, S., Accountants, R. P., Report, A. A. S., ... Eddy, S. A. (2020). Title. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 21(1), 1–9.
- Basuki, K. (2019). No Title No Title. ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) *Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta*, 53(9), 1689–1699.
- Burhan, E., Susanto, A. D., Nasution, S. A., Ginanjar, E., Pitoyo, C. W., Susilo, A., Firdaus, I., Santoso, A., Juzar, D. A., Arif, S. K., Wulung, N. G. . L., Adityaningsih, D., Syam, A. F., I, M. R., & Sambo, C. M. (2020). *PEDOMAN TATALAKSANA COVID-19 Edisi 3 TIM EDITOR Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI) Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI) Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (PAPDI) Perhimpunan Dokter Anestesiologi dan Terap.*
- CDC. (2020). *Respiratory viruses are transmitted in multiple ways.* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/scientific-brief-sars-cov->

2.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fmore%2Fscientific-brief-sars-cov-2.html

Cruz, A. P. S. (2013). Internet and The Impact. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Desak Ketut Ratna Dewi, D. (2017). <http://kbbi.web.id/tingkat>, diakses pada 31 Mei 2017. 13. 13–37.

Dewi, E. U. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Masyarakat Dalam Pencegahan Penularan COVID-19. *Jurnal Keperawatan*, 9(2), 21–25.

Eka, G. (2020). Pedoman Standar Perlindungan Dokter di Era COVID-19. *Ikatan Dokter Indonesia*.

Hakim, L. N. (2020). Urgensi Revisi Undang-Undang tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial*, 11(1), 43–55.

Hidayat, R., Aini, N., Ilmi, A. F. N., Azzahroh, F., & Giantini, A. (2020). Test, Trace, and Treatment Strategy to Control COVID-19 Infection Among Hospital Staff in a COVID-19 Referral Hospital in Indonesia. *Acta Medica Indonesiana*, 52(3), 206–213.

Karim Amirullah, A. (2020). Penanganan Kecemasan Pasien Survivor COVID-19 Intensive Care Unit: Literature Review. *Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (SEMNASKEP)*, 2020.

Kedokteran, F., & Airlangga, U. (2021). Buku saku pasca sembuh covid. *Universitas Airlangga, Surabaya*.

KEMENKES. (2020a). *Apakah Coronavirus dan COVID-19 itu?* Kementerian Kesehatan RI. <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/uncategorized/apakah-coronavirus-dan-COVID-19-itu>

KEMENKES. (2020b). Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19). In *Kementerian Kesehatan (Revisi Ke-)*. https://COVID-19.go.id/storage/app/media/Protokol/REV-05_Pedoman_P2_COVID-19_13_Juli_2020.pdf

Kemendes RI Dirjen P2P. (2021). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Kementerian Kesehatan RI*, 5(1), 1.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *HINDARI LANSIA DARI COVID-19*.

Kordzadeh-Kermani, E., Khalili, H., & Karimzadeh, I. (2020). Pathogenesis, clinical manifestations and complications of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Future Microbiology*, 15(13), 1287–1305.

KPCPEN. (2021). *Peta Sebaran COVID-19*. <https://COVID-19.go.id/peta-sebaran-COVID-19>

Levani, Y., Prastya, A., & Mawaddatunnadila, S. (2021). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Patogenesis, Manifestasi Klinis dan Pilihan Terapi. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 17(1), 44–57. <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/JKK/article/view/6340>

Menkes. (2008). no title. *Menkes*, 49, 69–73.

Nursalam, 2016, metode penelitian, & Fallis, A. . (2013). Efek Media dalam Program acara Leptop Si Unyil di Trans 7 pada siswa SDN Kledokan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Promkes.kemkes. (2021). No Title. *Promkes*.

Rosmilasari. (2017). Peranan Media Islam dalam menyampaikan pesan dakwah di Kendari. *Skripsi*, 7–33.

S.E., M. (2016). Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Karyawan. *Jurnal Manajemen Indonesia*, 4(1).

Sampurno, M. B. T., Kusumandyoko, T. C., & Islam, M. A. (2020). Budaya Media Sosial, Edukasi Masyarakat, dan Pandemi COVID-19. *SALAM: Jurnal Sosial Dan Budaya Syar-I*, 7(5).

Schostak, J., Park, S. H., Social, C., Dell’Isola, A., Andrew, K., Les, R., Márquez, A. C., Gray, C., Hughes, W., Smith, D. J., Emmitt, S., Yeomans, D. T., Fleming, E., Academy, N., Washington, P., Number, R., Facilities, F., Standing, C.,

- Academy, T., ... Levy, S. M. (2003). *No Title. Mm*, 43.
- Suhardin, S. (2016). Pengaruh Perbedaan Jenis Kelamin Dan Pengetahuan Tentang Konsep Dasar Ekologi Terhadap Kepedulian Lingkungan. *EDUKASI: Jurnal Penelitian Pendidikan Agama Dan Keagamaan*, 14(1), 117–132.
- Susilo, A., Rumende, C. M., Pitoyo, C. W., Santoso, W. D., Yulianti, M., Herikurniawan, H., Sinto, R., Singh, G., Nainggolan, L., Nelwan, E. J., Chen, L. K., Widhani, A., Wijaya, E., Wicaksana, B., Maksum, M., Annisa, F., Jasirwan, C. O. M., & Yuniastuti, E. (2020). Coronavirus Disease 2019: Tinjauan Literatur Terkini. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 7(1), 45.
- UU RI NO 22 TH 1961 Tentang perguruan tinggi. (2005). 4, 2–11.
- Wardhana, D. (2020). Kajian Kebijakan dan Arah Riset Pasca-COVID-19. *Jurnal Perencanaan Pembangunan: The Indonesian Journal of Development Planning*, 4(2), 223–239.
- WHO. (2020a). *Coronavirus Overview*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- WHO. (2020b). *Transmisi SARS-CoV-2: Implikasi terhadap Kewaspadaan Pencegahan Infeksi*. 1–10.
- WHO. (2020c). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*.
- WHO. (2021). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://COVID-19.who.int/>
- Wibisono, B. (2008). Stasiun Televisi Swasta Lokal di Yogyakarta. *Universitas Atmajaya Yogyakarta*, 2(September 2008), 1–12.
- Winarso, S., Irfiah, Styantari, Y., Soraya, A., Andari, K., & Wahyudi, A. (2020). Gambaran Health Literacy , Pengetahuan , Kepercayaan , Sikap ,. *Multidisciplinary Journal*, 3, 41–49.
- Wonok, M. J., Wowor, R., & Tucunan, A. A. T. (2020). Gambaran Perilaku Masyarakat Tentang Pencegahan COVID-19 Di Desa Tumani Kecamatan Maesan Kabupaten Minahasa Selatan. *Jurnal KESMAS*, 9(7), 147–156.
- Wulandari, A., Rahman, F., Pujianti, N., Sari, A. R., Laily, N., Anggraini, L.,

Muddin, F. I., Ridwan, A. M., Anhar, V. Y., Azmiyannoor, M., & Prasetyo, D. B. (2020). Hubungan Karakteristik Individu dengan Pengetahuan tentang Pencegahan Coronavirus Disease 2019 pada Masyarakat di Kalimantan Selatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(1), 42.

Yuliana, Y. (2020). Corona virus diseases (COVID-19): Sebuah tinjauan literatur. *Wellness And Healthy Magazine*, 2(1), 187–192.

LAMPIRAN 1

LEMBAR INFORMED CONSENT

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

NIM :

Jenis Kelamin :

Umur :

Setelah membaca dan memahami penjelasan yang telah dipaparkan sebelumnya, saya menyatakan bahwa saya bersedia untuk berpartisipasi sebagai informan dalam penelitian yang berjudul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian COVID-19 Klaster Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Banjar 1 2021 Periode 1 Januari – 10 Mei 2021”. Saya berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun. Adapun selama proses penelitian saya bersedia untuk direkam dan dicatat sebagai hasil penelitian yang nantinya akan bermanfaat bagi banyak orang terutama mahasiswa kedokteran.

Banjar, 2021

Peneliti,

Informan,

(Dokter Muda PKM Banjar 1)

()

LAMPIRAN 2

INSTRUMEN PENELITIAN

LEMBAR PERTANYAAN WAWANCARA DAN PENILAIAN RUMAH SEHAT PADA WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANJAR 1 TAHUN 2021

Hari / Tanggal Wawancara:

- Identitas Responden:

- a. Nama :
- b. Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan
- c. Usia :
- d. Tingkat Pendidikan : SD / SMP/ SMA/ Perguruan Tinggi
- e. Pekerjaan : Pelajar/ Mahasiswa
PNS/TNI/POLRI
Pegawai swasta
Wiraswasta
Jassa / Buruh
Pensiunan

A. Wawancara

- Pekerjaan
 - a. Jenis pekerjaan apa yang anda lakukan untuk menunjang hidup?
 - b. Apakah jenis pekerjaan yang anda lakukan di dalam ruangan?
 - Diisi bila jenis pekerjaan di dalam ruangan
 - c. Apakah tempat kerja/sekolah menerapkan prinsip 5M?
 - d. Apakah tempat kerja/sekolah menerapkan WFH?
 - e. Apakah tempat kerja/sekolah menerapkan program kesehatan pencegahan covid 19?
- Penggunaan Masker
 - a. Apakah memakai masker apabila berada di tempat umum?
 - b. Apakah anda memakai masker di dalam rumah?
 - c. Apa jenis Maskernya yang digunakan? (kain/scuba/surgical)
 - d. Apakah selalu mengganti masker setiap 4 jam sekali?
 - e. Apakah anda menggunakan masker ketika batuk atau bersin?
- Mencuci Tangan dan Kebersihan Diri

- a. Apakah cuci tangan dengan sabun atau menggunakan handsanitizer setelah memegang benda di tempat umum?
 - b. Apakah anda mencuci tangan dengan sabun atau menggunakan handsanitizer setelah memegang benda di rumah?
 - c. Apakah anda berjabat tangan ketika bertemu kenalan?
 - d. Apakah cuci tangan sebelum makan?
 - e. Apakah anda mencuci tangan sebelum buang air kecil?
 - f. Apakah anda mencuci tangan setelah buang air kecil?
 - g. Apakah anda mencuci tangan sebelum buang air besar?
 - h. Apakah anda mencuci tangan setelah buang air besar?
 - i. Apakah anda mandi dan mengganti pakaian setelah bepergian?
 - j. Seberapa sering anda mandi dalam 1 hari?
 - k. Cuci tangan sudah sesuai 6 langkah apa belum?
- Menjaga jarak
 - a. Apakah menjaga jarak minimal 1 meter dari kolega saat berada di rumah?
 - b. Apakah menjaga jarak dengan orang berusia lanjut?
 - Menghindari kerumunan dan membatasi mobilitas
 - a. Apakah sering menghadiri acara yang mengumpulkan banyak orang?
 - b. Apakah menggunakan fasilitas umum atau pergi ke tempat umum?
 - c. Seberapa sering mendatangi tempat-tempat umum yang ramai?
 - Etika batuk
 - a. Apakah anda tahu tentang etika batuk?
 - b. Apakah anda menutupi mulut dan hidung ketika batuk?
 - c. Bagaimana cara anda menutupinya?
 - d. Apakah anda mencuci tangan atau menggunakan *handsanitizer* ketika batuk atau bersin?
 - e. Jika anda menggunakan tisu saat menutup mulut, kemana anda membuang tisu bekas tersebut?
 - f. Jika anda menggunakan baju saat menutup mulut, berapa lama anda mengganti pakaian saat berada di rumah?

B. Penilaian Rumah Sehat

No	Aspek Penilaian	Kriteria	Nilai Bobot
I	Komponen Rumah		31
1.	Langit-langit	Tidak ada	0
		Ada, kotor, sulit dibersihkan, dan rawan kecelakaan	1
		Ada, bersih, dan tidak rawan kecelakaan	2
2.	Dinding	Bukan tembok (terbuat dari anyaman bambu atau ilalang)	1
		Semi permanen/ setengah tembok / pasang batu bata yang tidak diplester/ papan tidak kedap air	2
		Permanen (tembok/ pasangan bata yang diplester) atau papan kedap air	3
3.	Lantai	Tanah	0
		Papan/ anyaman bambu dekat dengan tanah/ plesteran yang retak/ berdebu	1
		Diplester/ ubin/ keramik/ papan (rumah panggung)	2
4.	Jendela kamar	Tidak ada	0
		Ada	1
5.	Jendela ruang keluarga	Tidak ada	0
		Ada	1
6.	Ventilasi	Tidak ada	0
		Ada, luas ventilasi permanen < 10% luas lantai	1
		Ada, luas lantai permanen > 10% luas lantai	2
7.	Lubang asap dapur	Tidak ada	0
		Ada, luas ventilasi dapur < 10% luas lantai	1
		Ada, luas ventilasi dapur > 10% luas lantai (asap keluar dengan sempurna) atau ada exhaust fan/ ada peralatan lain yang sejenis	2
8.	Pencahayaannya	Tidak terang (tidak dapat digunakan untuk membaca)	0
		Kurang terang, kurang jelas untuk membaca dengan normal	1
		Terang dan tidak silau sehingga dapat dipergunakan untuk membaca dengan normal	2
II	Sarana Sanitasi		25
1.	Sarana air bersih	Tidak ada	0
		Ada, bukan milik sendiri dan tidak memenuhi syarat kesehatan	1
		Ada, milik sendiri dan tidak memenuhi syarat kesehatan	2
		Ada, bukan milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan	3
		Ada, milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan	4

		Tidak ada	0
		Ada, bukan leher angsa, tidak ada tutup, disalurkan ke sungai/ kolam	1
2.	Jamban	Ada, bukan leher angsa, ada tutup, disalurkan ke kolam/ sungai	2
		Ada, bukan leher angsa, ada tutup, disalurkan ke septic tank	3
		Ada, leher angsa, ada tutup, disalurkan ke septic tank	4
		Tidak ada, sehingga tergenang tidak teratur di halaman rumah	0
		Ada, diresapkan tetapi mencemari sumber air (jarak dengan sumber air < 10 meter)	1
3.	Sarana pembuangan air limbah (SPAL)	Ada, dialirkan ke selokan terbuka	2
		Ada, diresapkan tetapi tidak mencemari sumber air (jarak dengan sumber air > 10 meter)	3
		Ada, disalurkan ke selokan tertutup dan diolah lebih lanjut	4
		Tidak ada	0
4.	Sarana pembuangan sampah (tempat sampah)	Ada, tidak kedap air dan tidak tertutup	1
		Ada, kedap air dan tidak tertutup	2
		Ada, kedap air dan tertutup	3
III	Perilaku penghuni		44
1.	Membuka jendela kamar	Tidak pernah dibuka	0
		Kadang-kadang dibuka	1
		Setiap hari dibuka	2
2.	Membuka jendela ruang keluarga	Tidak pernah dibuka	0
		Kadang-kadang dibuka	1
		Setiap hari dibuka	2
3.	Membersihkan rumah	Tidak pernah	0
		Kadang-kadang	1
		Setiap hari	2
4.	Membuang tinja bayi dan balita ke jamban	Dibuang ke sungai/ kebun/ kolam/ sembarangan	0
		Kadang-kadang ke jamban	1
		Setiap hari ke jamban	2
5.	Membuang sampah ke tempat sampah	Dibuang ke sungai/ kebun/ kolam/ sembarangan	0
		Kadang-kadang ke tempat sampah	1
		Setiap hari ke tempat sampah	2

LAMPIRAN 3 DOKUMENTASI

A. Balokang



Foto dokumentasi pengambilan data penelitian di Desa Balokang

B. Cibeureum



Foto dokumentasi pengambilan data penelitian di Desa Cibeureum

C. Jajawar



Foto dokumentasi pengambilan data penelitian di Desa Jajawar



July 29th - 30th
2021



THE 1st MUHAMMADIYAH INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH AND MEDICINE CONFERENCE

Best Oral Presenter Awarded To

Farsida

For paper entitled :

Factors Affecting Covid-19 Family Cluster Cases in Region of Puskesmas Banjar 1 Period January–
May 2022

The 1st Muhammadiyah International Public Health and Medicine Conference
"Management for Tuberculosis Control During Covid-19 Pandemic"

on July 29th - 30th, 2021, Faculty of Public Health, University of Muhammadiyah Jakarta

Dean of the Faculty of Public Health,
University of Muhammadiyah Jakarta



Dr. Andriyanti, M.Kes

President of Indonesia Public Health Association
Jakarta Region



Baequni Boerman, SKM, M.Kes, Ph.D





CERTIFICATE PRESENTED TO



Farsida

in recognition and appreciation of your contributions as

Participant

THE 1st MUHAMMADIYAH INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH AND MEDICINE CONFERENCE

"Management for Tuberculosis Control During Covid-19 Pandemic"


on July 29th - 30th, 2021, Faculty of Public Health, University of Muhammadiyah Jakarta

Dean of the Faculty of Public Health,
University of Muhammadiyah Jakarta



Dr. Andriyanti, M.Kes

President of Indonesia Public Health Association
Jakarta Region



Baequni Boerman, SKM, M.Kes, Ph.D





UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

SURAT TUGAS

Nomor :128/F.7-UMJ/IV/2021

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P, FAPSR, FISR
NID/NIDN : 20.1096/0308097905
Jabatan : Dekan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan

dengan ini menugaskan:

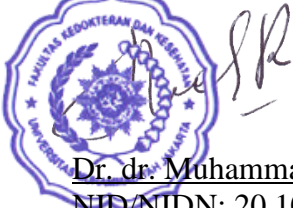
Nama : dr. Farsida, MPH
NID/NIDN : 20.1348/0328037004

Untuk melaksanakan Penelitian dengan judul “ Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Covid 19 Kluster Keluarga Wilayah Kerja Puskesmas Banjar 1”

Demikian surat tugas ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dilaksanakan sebagai amanah.

Jakarta, 30 April 2021

Dekan,



Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P., FAPSR., FISR
NID/NIDN: 20.1096/0308097905