

**PROSEDUR PENCEGAHAN DAN PENANGANAN
CORONA VIRUS DISEASE 2019 (COVID-19)
DI LINGKUNGAN
PUSAT VETERINER FARMA (PUSVETMA)
SELAMA MASA PANDEMI**

Disusun berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik
Indonesia

Nomor HK.01.07/MENKES/328/2020



**KEMENTERIAN PERTANIAN
DIREKTORAT JENDERAL PETERNAKAN DAN KESEHATAN HEWAN
PUSAT VETERINER FARMA**

2020

A. Langkah-langkah Pencegahan Potensi Penularan COVID-19 di Lingkungan PUSVETMA

1. Penyiapan Prasarana dan Sarana Pencegahan

- a. Membentuk Tim Kesiapsiagaan Covid 19 dengan Surat Keputusan Kepala PUSVETMA tertanggal 16 Maret 2020.
- b. Membuat Prosedur Pencegahan dan Penanganan *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) di Lingkungan PUSVETMA Selama Masa Pandemi.
- c. Menyediakan satu akses pintu masuk yang dilengkapi dengan fasilitas cuci tangan, pemeriksaan suhu tubuh dan bilik desinfeksi.
- d. Menyediakan rumah isolasi sesuai standart kesehatan.
- e. Menyediakan sarana desinfeksi termasuk penyemprotan ruangan kantor dan lingkungan perumahan secara berkala.
- f. Menyediakan media-media edukasi tentang pencegahan COVID 19 melalui media online (website dan youtube) serta banner di beberapa titik. Seperti peringatan untuk menjaga jarak, menggunakan masker, tidak menyentuh wajah, mencuci tangan, etika batuk bersin dll.
- g. Menyediakan dan memberikan suplemen, *handsanitizer* dan masker untuk pegawai secara berkala.
- h. Menyediakan APD bagi petugas kesehatan dan Tim Kesiapsiagaan Covid 19 lainnya yang berisiko.
- i. Menyediakan kit *rapid test* untuk pemeriksaan cepat Covid 19.

2. Protokol Kesehatan Pegawai Saat Bekerja

- a. Pegawai wajib mengisi *Self Assesment* Risiko COVID-19 secara *online* di alamat : <https://bit.ly/Self-Assesment-Risiko-Covid-19-Lingkup-Pusvetma>, sebelum bekerja. Format terlampir pada Form 1.

- b. Pegawai wajib menggunakan masker sejak perjalanan dari/ke rumah, dan selama di tempat kerja. Biasakan mengganti masker dengan masker bersih setiap 4 (empat) jam sekali.
- c. Pegawai wajib melalui akses pintu masuk dan melaksanakan protokol kesehatan (cuci tangan, pemeriksaan suhu dengan *thermogun* dan desinfeksi di dalam bilik). Interpretasi dan tindak lanjut hasil pengukuran suhu tubuh di pintu masuk terlampir pada Form 2 dan Form3.
- d. Selama di tempat kerja :
 - a) Selalu menjaga jarak saat melakukan absensi.
 - b) Saat tiba, segera mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir setelah presensi.
 - c) Gunakan siku untuk membuka pintu.
 - d) Tidak berkerumun dan tetap menjaga jarak dengan rekan kerja minimal 1 meter.
 - e) Masker tetap digunakan.
 - f) Bersihkan meja/area kerja dengan desinfektan secara berkala.
 - g) Upayakan tidak sering menyentuh fasilitas/peralatan yang dipakai bersama di area kerja, jika terpaksa gunakan *handsanitizer* sebelum dan sesudah menggunakan.
 - h) Usahakan aliran udara dan sinar matahari masuk ke ruang kerja.
 - i) Biasakan tidak berjabat tangan.
 - j) Biasakan tidak menyentuh area wajah kecuali setelah cuci tangan atau menggunakan *handsanitizer*.
 - k) Hindari makan bersama di tempat kerja dengan jarak dekat dan sambil berbincang-bincang.
- e. Saat tiba dirumah
 - a) Jangan bersentuhan dengan anggota keluarga sebelum membersihkan diri (mandi dan mengganti pakaian kerja)

- b) Cuci pakaian dan masker dengan deterjen. Apabila menggunakan masker sekali pakai, sebelum dibuang harus dirobek dan basahi dengan desinfektan terlebih dahulu agar tidak mencemari petugas pengelola sampah.
- c) Jika dirasa perlu bersihkan *handphone*, kacamata, tas dengan desinfektan.
- f. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan konsumsi gizi seimbang, aktifitas fisik minimal 30 menit perhari, istirahat cukup (tidur minimal 7 jam), berjemur di pagi hari.
- g. Pengaturan waktu kerja tidak terlalu panjang (membatasi kegiatan lembur).
- h. Lebih berhati-hati apabila memiliki penyakit degeneratif seperti diabetes, hipertensi, gangguan paru dan gangguan ginjal atau kondisi *immunocompromised*/penyakit autoimun dan kehamilan. Upayakan penyakit degeneratif selalu dalam kondisi terkontrol.

3. Protokol Warga Komplek Pusvetma

- a. Upayakan tetap tinggal dirumah. Jika tidak ada keperluan mendesak jangan keluar rumah.
- b. Wajib menggunakan masker jika ada keperluan ke luar rumah.
- c. Saat kembali ke komplek wajib masuk melalui pintu akses utama dan melakukan protokol kesehatan.
- d. Jaga kebersihan rumah. Dibersihkan dan dipel dengan desinfektan setiap hari. Desinfeksi gagang pintu rumah secara berkala.
- e. Optimalkan sirkulasi udara dan cahaya matahari di rumah.
- f. Biasakan etika batuk/bersin dengan menutup mulut dan hidung dengan lengan atas bagian dalam.
- g. Gunakan masker di rumah bila batuk/pilek/demam.
- h. Pisahkan jika ada anggota keluarga yang sakit.
- i. Jaga jarak atau pisahkan ruangan apabila ada yang sakit, dan selalu gunakan masker.

- j. Apabila mengalami keluhan kesehatan yang dicurigai COVID-19 segera konsultasikan dengan tenaga kesehatan terutama melalui *telemedicine* (dengan telepon maupun mengirim pesan singkat) terlebih dahulu.
- k. Jika tidak ada keluhan yang mendesak dan darurat, hindari mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan selama masa pandemi, jika terpaksa maka datanglah dengan menggunakan masker.
- l. Upayakan tidak menerima tamu dari luar kompleks kecuali mendesak. Tamu dan tuan rumah wajib menggunakan masker dan menjaga jarak.

B. Penanganan Kasus Dugaan/Konfirmasi Covid-19

Bila tempat kerja menemukan/mendapat informasi pegawai memenuhi kriteria sebagai OTG, ODP, PDP atau Konfirmasi COVID-19, maka :

1. Tim medis Kesiapsiagaan Covid-19 Segera melaporkan dan berkoordinasi dengan Puskesmas atau Dinas Kesehatan setempat. (Form4)
 - a. Pekerja yang memenuhi kriteria OTG
 - Dilakukan pemeriksaan Rapid Tes (RT) dengan tidak lanjut hasil pemeriksaan RT dapat dilihat pada **Tabel 1** berikut:

Tabel.1 Tabel Pemeriksaan Rapid Tes (RT)

No.	Hasil Rapid Tes	Tindak Lanjut	Pemeriksaan Lanjutan
1	NEGATIF (tidak reaktif)	Lakukan karantina mandiri dengan penerapan PHBS dan <i>Physical distancing</i> (Form 5)	Kemudian pemeriksaan ulang pada hari ke 10. Jika hasil pemeriksaan ulang hari ke 10 positif maka dilakukan pemeriksaan RT PCR sebanyak 2 kali selama 2 hari berturut turut di fasyankes/laboratorium yang ditunjuk Pemerintah.
2	POSITIF (reaktif)	Lakukan karantina mandiri dengan penerapan PHBS dan <i>Physical distancing</i> . (Form 5) Apabila OTG yang terkonfirmasi positif menunjukkan gejala demam (>38°C) atau batuk/ pilek/nyeri tenggorokan selama masa karantina, maka; a. Jika gejala ringan dilakukan isolasi diri di rumah selama 14 hari. b. Jika gejala sedang dilakukan isolasi di RS darurat, c. Jika gejala berat dilakukan isolasi diRS rujukan	Dan segera lakukan pemeriksaan konfirmasi dengan RT PCR sebanyak 2 kali selama 2 hari berturut turut di fasyankes/laboratorium yang ditunjuk Pemerintah.

- b. Pekerja yang memenuhi kriteria ODP,
Dilakukan pemeriksaan Rapid Tes (RT). Tidak lanjut hasil pemeriksaan RT dapat dilihat pada Tabel 2 berikut:

Tabel.2 Tindak Lanjut Pemeriksaan Rapi Tes (RT)

No.	Hasil Rapid Tes	Tindak Lanjut	Pemeriksaan Lanjutan
1	NEGATIF	Lakukan karantina mandiri dengan penerapan PHBS dan <i>Physical distancing</i> (Form 5)	Kemudian pemeriksaan ulang pada hari ke10. Jika hasil pemeriksaan ulang hari ke 10 positif maka dilakukan pemeriksaan RT PCR sebanyak 2 kali selama 2 hari berturut turut di fasyankes/laboratorium yang ditunjuk Pemerintah.
2	POSITIF	Lakukan karantina mandiri dengan penerapan PHBS dan <i>Physical distancing</i> (Form 5)	Dan segera lakukan pemeriksaan konfirmasi dengan RT PCR sebanyak 2 kali selama 2 hari berturut turut di fasyankes/laboratorium yang ditunjuk Pemerintah.
		<p>Apabila ODP yang terkonfirmasi positif menunjukkan gejala perburukan, maka :</p> <p>Jika gejala sedang dilakukan isolasi di RS darurat. (Demam >38°C, sesak napas ringan, batuk menetap dan sakit tenggorokan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika gejala berat dilakukan isolasi di RS rujukan (Demam >38°C yang menetap ISPA berat/pneumonia berat) 	

- c. Pekerja yang memenuhi kriteria PDP harus segera dirujuk ke Rumah Sakit rujukan yang ditunjuk.

- a) Setiap pekerja dengan status PDP dan kasus konfirmasi positif harus dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (Form 6). Kegiatan ini dilakukan untuk menemukan kontak erat /OTG (Form7).
- b) Selanjutnya harus dilakukan:
 - i. Identifikasi kontak di lingkungan tempat kerja yaitu mengidentifikasi orang-orang/pekerja lain yang memiliki riwayat berinteraksi dengan pekerja ODP, PDP atau konfirmasi positif dalam radius 1 meter sesuai pedoman pencegahan dan pengendalian COVID-19, menggunakan formulir identifikasi kontak erat di lingkungan kerja (Form8).
 - ii. Pekerja yang kontak dengan pekerja ODP, PDP atau konfirmasi positif dikelompokkan menjadi 2 kelompok (Ring) berdasarkan di 14 hari terakhir pekerja tersebut berkegiatan:
 - Ring 1 : Pekerja dan orang lain yang pernah berinteraksi langsung dalam radius 1 meter dengan pekerja ODP, PDP atau konfirmasi positif;
 - Ring 2 : Pekerja dan orang lain yang berada dalam 1 (satu) ruangan dengan pekerja ODP, PDP atau konfirmasi positif.
 - iii. Terhadap pekerja yang telah teridentifikasi masuk dalam Ring 1 dan Ring 2 dilakukan pemeriksaan *Rapid Tes* dan karantina/isolasi mandiri (bekerja dari rumah) dengan menerapkan PHBS dan *Physical Distancing* (prosedur sesuai dengan kriteria OTG di atas). Bila ada gejala segera melaporkan ke petugas kesehatan.
 - iv. Karantina mandiri dilakukan dapat di rumah pekerja atau tempat karantina/isolasi yang disediakan oleh tempat kerja/Pemerintah. Untuk masuk ke tempat karantina

Pemerintah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Pelaksanaan karantina mandiri dapat dilihat pada www.covid19.kemkes.go.id. (Form 9 dan Form10)

- v. Segera lakukan pembersihan dan desinfeksi pada ruangan/area kerja yang terkontaminasi pekerja sakit ODP, PDP atau konfirmasi positif COVID-19).
- vi. Tutup ruangan/area kerja yang pernah digunakan oleh pekerja sakit selama minimal 1x24 jam sebelum proses pembersihan dan desinfeksi dilakukan untuk meminimalkan potensi terpajan droplet saluran pernafasan.
- vii. Pembersihan dilakukan dengan melap semua area kerja pada permukaan-permukaan yang sering disentuh pekerja sakit dengan cairan disinfektan (misalnya meja/area kerja, gagang pintu, pegangan tangga, kran air, dan lain sebagainya)
- viii. Melakukan penyemprotan dengan cairan disinfeksi pada ruangan yang terkontaminasi pekerja sakit (seperti ruang kerja, ruang rapat, toilet, ruang ibadah, dan lain sebagainya).
- ix. Buka pintu dan jendela ke arah ruang terbuka untuk meningkatkan sirkulasi udara di dalam tempat tersebut. Jika memungkinkan tunggu lagi selama 1 x 24 jam setelah proses pembersihan dan disinfeksi dilakukan.

Form 1

INSTRUMEN *SELF ASSESSMENT*
RISIKO COVID-19

Nama :.....

NIK(No.KTP) :.....

NIP / ID Kepegawaian :.....

Satuan kerja / Bagian/Divisi :.....

Tanggal :

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

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK	JIKA YA	JIKA TIDAK
				SCORE	SCORE
1	Apakah saat ini Anda mengalami demam (suhu tubuh >37.3°C)?			5	0
2	Apakah saat ini Anda mengalami batuk, pilek atau nyeri tenggorokan?			3	0
3	Apakah saat ini Anda merasa sesak nafas /dada terasa berat saat bernafas?			3	
4	4. Apakah saat ini Anda mengalami diare?			2	0
5	Apakah Anda disiplin menggunakan masker saat di perjalanan dan selama di tempat kerja?			0	1
6	Apakah Anda selalu disiplin menjaga jarak aman saat di luar rumah termasuk dengan rekan kerja?			0	1
7	Apakah Anda selalu disiplin mencuci tangan sebelum menyentuh wajah / setelah menyentuh fasilitas public saat berada di tempat kerja/di luar rumah?			0	1
8	Apakah Anda pernah berada dalam satu ruangan dengan pasien positif Covid 19 dalam waktu 2 hari sebelum pasien sakit dan menunjukkan gejala Covid-19?			2	0
9	apakah Anda pernah melakukan kontak langsung/erat (bersentuhan, berjabat tangan,dll) dengan pasien positif Covid 19 dalam waktu 2 hari sebelum pasien sakit dan menunjukkan gejala Covid-19?			5	0
10	Apakah Anda pernah bepergian ke kota/kabupaten dengan status zona merah Covid 19 tanpa disiplin menjalankan protokol kesehatan ?			1	0
11	Apakah Anda pernah dalam kerumunan tanpa menggunakan masker dan menjaga jarak aman?			3	0
12	Apakah Anda pernah mendatangi fasilitas umum dan fasilitas pelayanan publik tanpa disiplin menjalankan protokol kesehatan ?			1	0
13	Apakah Anda pernah mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan publik yang merawat pasien Covid-19?			3	0

ANALISA RISIKO:

Risiko Ringan : Total Score **0 – 5**

Risiko Sedang : Total Score **6 – 15**

Risiko Berat : Total Score **≥ 16**

Kategori Berat : Melaporkan ke atasan langsung untuk meminta penanganan dari tim medis Pusvetma.

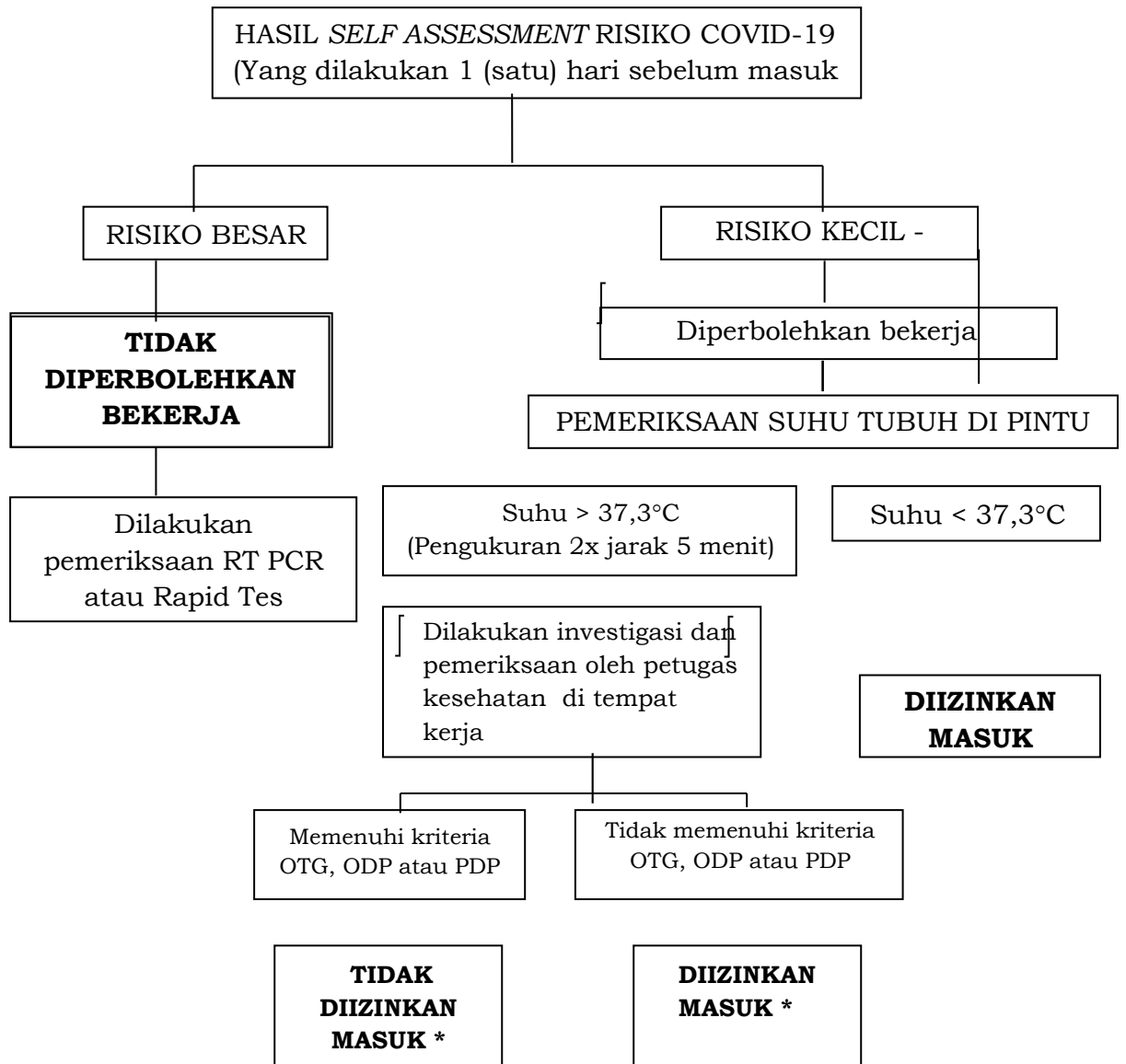
Kategori Sedang : Melaporkan ke atasan langsung untuk meminta evaluasi dari tim medis Pusvetma.

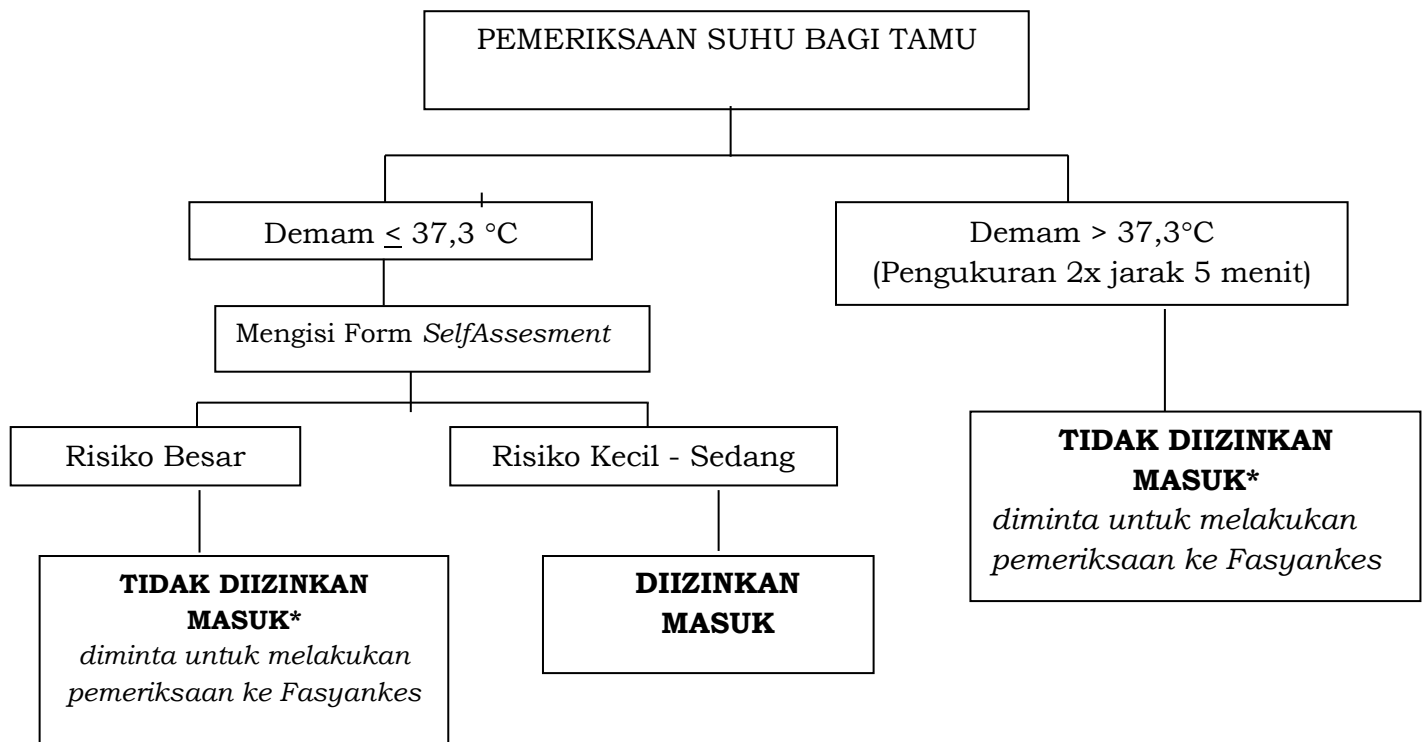
Kategori Ringan : Tetap waspada dan jaga kesehatan.

TINDAK LANJUT:

- 1) Risiko besar, agar dilakukan investigasi dan tidak diperkenankan masuk bekerja. Pekerja dilakukan pemeriksaan RT-PCR, jika tidak tersedia dapat dilakukan Rapid Tes oleh petugas kesehatan / fasyankes setempat.
- 2) Risiko kecil - sedang, diperbolehkan masuk bekerja namun dilakukan pemeriksaan suhu di pintu masuk tempat kerja. Apabila didapatkan suhu $\geq 37,3^{\circ}\text{C}$ agar dilakukan investigasi dan pemeriksaan petugas kesehatan. Jika dipastikan pekerja tidak memenuhi kriteria OTG, ODP atau PDP. Pekerja dapat masuk bekerja.

ALUR TINDAK LANJUT HASIL SELF ASSESSMENT RISIKO COVID-19





*) Keterangan :

- Pegawai : tidak diizinkan untuk bekerja, istirahat di rumah untuk karantina mandiri.
- Tamu : tidak diijinkan masuk tempat kerja lebih dalam lagi.
- Pengantar barang : barang ditinggalkan di ruangan depan, dilakukan desinfeksi pada barang baru diteruskan kepenerima.

Form 3

SURAT KETERANGAN PEMERIKSAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, dokter menerangkan bahwa:

Nama :

Usia :

Alamat :

Status : pegawai/tamu* (*pilih salah satu) Bagian/Divisi

:

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada tanggal.....jam,.tidak ditemukan gejala dan tanda yang mengarah pada infeksi COVID- 19 (OTG, ODP,PDP),dan selanjutnya DIIZINKAN / DIIZINKAN DENGAN CATATAN / TIDAK DIIZINKAN* masuk ke area/tempat kerja.

Catatan :

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan mohon dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., 20.....

Dokter Pemeriksa

Nama SIP.

**Pilih salah satu*

Form 4

FORMULIR NOTIFIKASI PENEMUAN KASUS COVID-19 DI TEMPAT KERJA

Kepada Yth
Dinas Kesehatan
di Tempat

Bersama ini kami,
Nama : Instansi/Kantor/BUMN/Perusahaan*
Alamat :
Tanggal :

Melaporkan;

No.	Nama	No. NIK (KTP)	Umur	Alamat Rumah	Status (OTG/ODP/PDP/Konfirm)

Mengetahui,

Kepala PUSVETMA

Petugas Kesehatan

Nama

Nama

Keterangan : Form ini diisi oleh petugas kesehatan/petugas K3/Kepegawaian dan dikirimkan pada Dinas Kesehatan serta ditembuskan ke *Public Health Emergency Operation Centre (PHEOC)*

PHEOC : (021) 5210411
081212123119
HOTLINE COVID-19 : 119 – ext 9

(*pilih salah satu)

Form 5

**LEMBAR KESEDIAAN KARANTINA/ ISOLASI MANDIRI
(PERAWATAN DI RUMAH)**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

JenisKelamin :

Nomor HP :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk dilakukan tindakan karantina/isolasi mandiri (perawatan di rumah) selama 14 hari dan akan mematuhi segala aturan/protokol yang ditetapkan oleh Pemerintah sampai tindakan ini dinyatakan berakhir. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Surabaya,2020

Petugaskesehatan,

Yang membuat pernyataan

() ()

Mengetahui,

Pimpinan Instansi/Kantor/BUMN/Perusahaan

()

*Ditembuskan kepada Dinas Kesehatan

Form 6

FORMULIR PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI PADA ODP, PDP DAN KONFIRMASI COVID-19

Nama Fasyankes :
 Nama Pewawancara :
 Tempat Tugas :
 Tgl Wawancara :
 HP Pewawancara :

A. IDENTITAS PASIEN			
Nama pasien : ...	Kriteria* : <input type="checkbox"/> Pasien dalam pengawasan <input type="checkbox"/> Orang dalam pemantauan <input type="checkbox"/> Kasus probabel <input type="checkbox"/> Kasus konfirmasi		
Nomor ID : ... **)			
Nama orang tua/ KK : ...			
Tgl Lahir : ... / ... / ...	Umur : ... tahun, ... bulan	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Pekerjaan :
Alamat Jalan/Blok : ... RT/RW : ... Desa/Kelurahan : ...		Kecamatan : ... Kabupaten/Kota : ... Telepon/HP : ...	
B. INFORMASI KLINIS			
Tanggal pertama kali timbul gejala (onset) : ...		Lemah (malaise) : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Demam : ... °C <input type="checkbox"/> Riwayat Demam		Nyeri otot : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Batuk : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		Mual atau muntah : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Pilek : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		Nyeri abdomen : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Sakit tenggorokan : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		Diare : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Sesak napas : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		Lainnya, sebutkan.....	
Sakit kepala : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu			
Kondisi Penyerta :			
Hamil : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk		Gangguan imunologi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	
Diabetes : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk		Gagal ginjal Kronis : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	
Penyakit jantung : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk		Gagal Hati Kronis : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	
Hipertensi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk		PPOK : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	
Keganasan : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk		Lainnya (sebutkan) : ...	
Apakah pasien dirawat di rumah sakit : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk			
Bila Ya, Nama RS terakhir : ... tanggal masuk RS terakhir : ... Ruang rawat : ... Tindakan perawatan : - dirawat di ICU : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk - Intubasi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk - penggunaan EMCO (***) : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk			
Jika ada, nama-nama RS sebelumnya : ...			
Status pasien terakhir : <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Masih Sakit <input type="checkbox"/> Meninggal, tgl : ...			

*) Diisi sesuai dengan definisi operasional (lihat pedoman)

***) Nomor ID (pasien) : (kode kota/kab permendagri <3 digit nomoturut>)

****) oksigenasi membran ekstrakorporea

Diagnosis	
Pneumonia (Klinis atau Radiologi)	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Diagnosis Lainnya, sebutkan !	: ...
Apakah pasien mempunyai diagnosis atau etiologi lain untuk penyakit pernafasannya?	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Jika Ya, sebutkan :	: ...

C. INFORMASI PEMERIKSAAN PENUNJANG				
No.	Jenis Pemeriksaan/ Spesimen	Tanggal Pengambilan Spesimen	Tempat Pemeriksaan	Hasil
Laboratorium konfirmasi				
1.	Nasopharyngeal (NP) Swab			
2.	Oropharyngeal (NP) Swab			
3.	Sputum			
4.	Serum			
Pemeriksaan lain				
1.	Darah			
2.	Serum			
3.	Lain, sebutkan			

D. FAKTOR KONTAK/PAPARAN			
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan keluar negeri ? : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu			
Negara	Kota	Tgl Perjalanan	Tgl tiba di Indonesia
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan ke area transmisi lokal ? : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu			
Provinsi	Kota	Tgl Perjalanan	Tgl tiba di tempat sekarang
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah pasien memiliki riwayat berkunjung ke fasilitas kesehatan, baik sebagai pasien, pekerja atau berkunjung ? : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu			
Nama RS	Kota	Provinsi/Negara	Tgl Kunjungan
Dalam 14 hari sebelum sakit, mengunjungi pasar hewan? : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu			
Nama Lokasi	Kota	Provinsi/Negara	Tgl Kunjungan

D. FAKTOR KONTAK/PAPARAN (lanjutan)

Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak erat dengan kasus pasien dalam pengawasan COVID-19 : Ya Tdk Tdk Tahu

Nama	Alamat	Hubungan	Tgl Kontak Pertama	Tgl Kontak Terakhir

Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 : Ya Tdk Tdk Tahu

Nama	Alamat	Hubungan	Tgl Kontak Pertama	Tgl Kontak Terakhir

Apakah pasien termasuk cluster ISPA berat (demam dan pneumonia membutuhkan perawatan Rumah Sakit) yang tidak diketahui penyebabnya dimana kasus COVID-19 diperiksa? : Ya Tdk Tdk Tahu

Apakah pasien seorang petugas kesehatan? : Ya Tdk Tdk Tahu

Jika Ya, alat pelindung diri (APD) apa yang dipakai? Gown Masker medis Sarung tangan
 Masker NIOSH- N95, AN EU STANDARD FFP2
 FFP3
 Kacamata pelindung (goggle)
 Tidak memakai APD

Apakah melakukan prosedur yang menimbulkan aerosol? : Ya Tdk , sebutkan

Lain-lain, sebutkan

E. DAFTAR KONTAK ERAT KASUS						
Nama	Umur	JK	Hub. dg Kasus	Alamat rumah	No HP/telp yang dapat dihubungi	Aktifitas kontak yang dilakukan

F. CATATAN PASIEN		
NIK (KTP) pasien	: ...	
Lokasi rumah pasien	Latidu	Longitude

KETERANGAN:

- * Diisi sesuai dengan definisi operasional (lihat pedoman)

INSTRUKSI:

- Semua pertanyaan dalam formulir ini harus diisi, tidak boleh ada pertanyaan apapun yang kosong/tidak terjawab.
- Untuk pertanyaan dengan pilihan jawaban "Ya/Tidak/Tdk Tahu", pilih salah satu jawaban saja.

Form 7

FORMULIR PELACAKAN KONTAK ERAT/OTG DI TEMPAT KERJA

ID Kasus Primer/ No Pelacakan Kontak	
1. Data Petugas Pengumpul Data	
Nama:	
Institusi :	Telp / Email
Tanggal Pengisian Formulir (Hari/Tanggal/Tahun)___/___/___	
Tanggal Pelacakan Kontak/ Interview (Hari/ Tanggal/ Tahun) :	
2. Informasi Kontak Erat	
Nama	No Identitas / KTP :
Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Kebangsaan / Etnik (Suku
Tanggalahir (Hari/Tanggal/Tahun)___/___/___	Usia (Tahun, bulan)
Hubungan dengan kasus Konfirmasi/ kasus pasien dalam pengawasan :	
Alamat tempat tinggal :	
Puskesmas terdekat :	
Alamat Tempat Bekerja:	
3.1 Kontak Erat *)	
*) Apabila Ya kotak disilang, apabila tidak kotak dikosongkan, apabila tidak tahu,kotak dilingkari	
<input type="checkbox"/> Mempunyai riwayat perjalanan Internasional dalam 14 hari RiwayatPerjalanan..... Tanggalperjalanan___/___/___sampai /___/___	
<input type="checkbox"/> Mempunyai riwayat perjalanan domestic / dalam negeri dalam 14 hari RiwayatPerjalanan..... Tanggalperjalanan___/___/___sampai /___/___	
<u>Lampirkan Daftar nama orang, alamat dan no telp orang yang pernah kontak dengankontak erat.</u>	
<input type="checkbox"/> dalam 14 hari ini kontak dengan orang terkonfirmasi 2019-nCoV 2019 atau pasien dalam pengawasan 2019- nCoV 2019 ; Apabila Ya,kontakterakhir___/	

/_

Unit kerja / bagian/divisi :
.....
Untuk setiap pekerjaan, sebutkan lokasi, fasilitas dan alamat :

Transportasi yang digunakan sehari-hari dalam 14 hari terakhir
 kereta mobil pribadi angkot transportasi online
 bus taxi lain-lain, sebutkan.....

3.2 Informasi Kontak Erat di Tempat Kerja *)

Lokasi rumah/ alamat kontak apabila berbeda dengan kontak primer	
Tanggal terakhir kontak dengan kasus primer (Tanggal/bulan/tahun)	

kontak satu ruangan / beraktifitas di ruangan yang sama dengan kasus primer (pekerja terindikasi COVID-19) di tempat kerja.
Jumlah hari kontak beraktifitas di ruangan yang sama dengan kasus primer sejak kasus primer tersebut sakit
.....
Apakah kontak pernah melakukan aktifitas dibawah ini dengan kasus primer pada saat kasus primer sakit di rumah sebelum ke rumah sakit?
 merawat kasus primer pada saat kasus primer sakit/ mengantar ke rumah sakit
 memeluk kasus primer mencium kasus primer
 menjabat tangan kasus primer tidur di ruangan yang sama/ dinas luar bersama

berbagi makanan dengan kasus primer makan memakai tempat yang sama

4. Informasi Paparan*)

Jenis kontak	<input type="checkbox"/> Kontak serumah <input type="checkbox"/> Petugas Kesehatan <input type="checkbox"/> Lainnya: __		
Sebutkan tanggal kontak dan durasi kontak dengan kasus konfirmasi/pasien dalam pengawasan dari sejak kontak pertama ketika kasus primer bergejala	Tanggal	(dd/mm/yyyy)	
	Durasi	(Menit/ Hari)	
	Lokasi:	<input type="checkbox"/> Ruang <input type="checkbox"/> Ruang..... <input type="checkbox"/> Ruang <input type="checkbox"/> Ruang..... <input type="checkbox"/> Lainnya: _____	

5. Informasi Paparan (Petugas Kesehatan) , Diisi apabila Kontak adalah petugas kesehatan di tempat kerja*)

Posisi pekerjaan :	Tempat bekerja :
Kontak fisik dengan kasus konfirmasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Alat Pelindung Diri apa yang dipakai : <input type="checkbox"/> Gown <input type="checkbox"/> masker medis <input type="checkbox"/> Sarung tangan <input type="checkbox"/> Masker	
NIOSH- N95, AN EU STANDARD FFP2 <input type="checkbox"/> FFP3 <input type="checkbox"/> Kacamata pelindung(goggle)	
<input type="checkbox"/> Tidak memakai APD	
Apakah melakukan prosedur yang menimbulkan aerosol : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ;Sebutkan	
.....	

<p>APD yang dipakai untuk melakukan prosedur tersebut :</p> <p><input type="checkbox"/> Gown <input type="checkbox"/> masker medis <input type="checkbox"/> Sarung tangan <input type="checkbox"/> Masker NIOSH- N95, AN EU STANDARD FFP2 <input type="checkbox"/> FFP3 <input type="checkbox"/> Kacamata pelindung(goggle) <input type="checkbox"/> Tidak memakai APD</p>	
5a. Gejala Kontak*)	
<p><input type="checkbox"/> Kontak mengalamisakit</p> <p><input type="checkbox"/> Demam (≥ 38 °C) atau riwayat demam; Apabila ya, sebutkansuhunya:</p> <p><input type="checkbox"/> mengalami gejala batuk, sakit tenggorokan, pilek, kesulitan bernafas dalam 14 hari ini sebelum kasus Konfirmasi/pasien dalam pengawasan menimbulkan gejala sampai hari ini?</p>	
Tanggal onset timbulnya gejala (Tanggal/bulan/ tahun)	<p>____//____</p> <p><input type="checkbox"/> Asymptomatic <input type="checkbox"/> Tidak tahu</p>
5b. Gejala pernafasan*)	
<p><input type="checkbox"/> Sakittenggorokan <input type="checkbox"/> batuk <input type="checkbox"/> Pilek <input type="checkbox"/> Sesak nafas</p> <p>Sejaktanggal..... Sejaktanggal..... SejaktanggalSejak tanggal.....</p>	
5c. Gejala lainnya*)	
<p><input type="checkbox"/> Menggigil <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/>Kejang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Sakitkepala <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sakit otot</p> <p><input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Ruam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Hidungberdarah</p> <p>Lemah kesadaran</p> <p><input type="checkbox"/> Kehilangan nafsu makan <input type="checkbox"/> Gejala neurologis Apabila Ya,sebutkan</p>	
6. Kondisi Komorbid/Penyerta *)	
<p><input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> PPOK (non-asma) <input type="checkbox"/> HIV/Defisiensiimun</p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit hati yang kronik</p> <p><input type="checkbox"/> Obesitas <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Kelainan darah <input type="checkbox"/>SakitJantung <input type="checkbox"/> Gangguan ginjal kronik</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguansyaraf/neurologi <input type="checkbox"/> Penerima donor organ</p> <p><input type="checkbox"/> Kehamilan , Apabila Ya, sebutkan semester berapa :<input type="checkbox"/>Pertama <input type="checkbox"/> Kedua</p> <p><input type="checkbox"/>Ketiga Estimasi kelahiran...../...../.....</p>	

- Kontak telah divaksinasi influenza dalam waktu 12 bulan sebelum kontak dengan kasus primer Apabila ya, tanggalvaksinasi
.....Vaksinasi di negara mana.....
- Kontak telah divaksinasi PVC , Apabila ya, tanggal vaksinasi.....

7. Status Kontak, Diisi apabila kontak menderita sakit*)

Status: Sembuh (sebutkan tanggal hilangnya gejala):____/____/____
 Masihsakit Tidakpernahsakit Meninggal dunia, tanggal
 ____/____/____

Pernah dirawat: Ya Tidak. Tanggal dirawat....., tanggal keluar
 darirumah
 sakit :

Apabila Meninggal, apakah dilakukan Autopsi : Ya Tidak
 Hasil Autopsi :

8. Pengambilan spesimen kontak dan pemeriksaan laboratorium*)

Jenis spesimen : Nasal swab Swab tenggorok Nasopharyngeal swab
 Orofaringeal swab Serum Tanggal pengambilan specimen

Hasil pemeriksaan laboratorium :

Form 8

FORMULIR IDENTIFIKASI KONTAK ERAT / OTG (*CONTACT IDENTIFICATION*) DI LINGKUNGAN KERJA

TANGGAL	HARI ..		HARI ...		HARI ..		HARI ..		HARI .. dst		HARI .. ONSET TIMBUL GEJALA		HARI .. HARI TERAKHIR BERKEGIAT AN DI TEMPAT KERJA	
	Ring 1	Ring 2	Ring 1	Ring 1	Ring 1	Ring 1	Ring 2	Ring 2	Ring 1	Ring 2	Ring 1	Ring 2	Ring 1	Ring 2
Tempat/Ruangan /Area Kerja Yang Dikunjungi					Ruang Meeting	Ruang Kerja								
Orang/Kontak					Budi ...	Joko ..							Kiki ..	
					...	Sita ..							Tono ..	
					Gina ..	Budi ..							-	

Ring 1: Pekerja dan orang lain yang pernah berinteraksi dalam radius 1 meter dengan pekerja ODP, PDP atau konfirmasi positif. Ring 2 : Pekerja dan orang lain yang berada dalam 1 ruangan dengan pekerja ODP, PDP atau konfirmasi positif

Form 9

FORM PEMANTAUAN MANDIRI PADA KARANTINA/ISOLASI MANDIRI
(Self Monitoring)

Nama :

Tanggal Pemeriksaan Pertama: Status COVID- 19

Riwayat Kontak :

NO.	KELUHAN/GEJALA	HARI													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Demam														
	Suhu Pagi														
	Suhu Sore														
2	Batuk														
3	Pilek														
4	Nyeri Tenggorokan														
5	Sesak / sulit bernafas														

**YANG HARUS DILAKUKAN PEKERJA SAAT MELAKUKAN
KARANTINA/ISOLASI MANDIRI**

1. Tinggal di rumah, dan jangan keluar rumah..
2. Gunakan kamar terpisah di rumah dari anggota keluarga lainnya jika memungkinkan, upayakan menjaga jarak setidaknya 1 meter dari anggota keluargalain.
3. Gunakan selalu masker selama masa karantina/isolasimandiri.
4. Lakukan pengukuran suhu harian dan observasi gejala klinis seperti batuk atau kesulitanbernapas.
5. Hindari pemakaian bersama peralatan makan (piring, sendok, garpu, gelas), dan perlengkapan mandi (handuk, sikat gigi, gayung) danlinen/seprai.
6. Terapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan mengonsumsi makanan bergizi melakukan kebersihan tangan rutin, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir serta keringkan, lakukan etikabatuk/bersin.
7. Berada di ruang terbuka dan berjemur di bawah sinar matahari setiappagi.
8. Jaga kebersihan rumah dengan cairandesinfektan.
9. Jika timbul gejala atau mengalami perburukan segera laporkan pada petugas kesehatan di tempat kerja dan menghubungi fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

Jika tidak dimungkinkan melakukan karantina/isolasi mandiri di rumah, laporkan kepada petugas kesehatan Klinik PUSVETMA.