

**PANDUAN PELACAKAN KONTAK ERAT DAN SURVEILANCE PETUGAS / TENAGA KESEHATAN
PADA MASA PANDEMI COVID 19**

DI RS TUGU IBU

BAB I

DEFINISI

- Kasus suspek :
Seseorang yang memiliki salah satu dari criteria berikut :
 - a. Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) DAN pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di Negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal.
 - b. Orang dengan salah satu gejala/tanda SPA DAN pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi/probable COVID 19.\
 - c. Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit DAN tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.

- Kasus probable :
Kasus suspek dengan ISPA Berat/ARDS/Meninggal dengan gambaran klinis yang meyakinkan COVID 19 DAN belum ada hasil pemeriksaan laboratorium RT-PCR.

- Kasus Konfirmasi :
Seseorang yang dinyatakan positif terinfeksi virus COVID 19 yang dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium RT-PCR.
Kasus konfirmasi dibagi menjadi 2 :
 - a. Kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik)
 - b. Kasus konfirmasi tanpa gejala (asimptomatik)

- Kontak Erat :
Orang yang memiliki kontak dengan kasus probable atau konfirmasi COVID 19. Riwayat kontak yang dimaksud antara lain :
 - a. Kontak tatap muka/berdekatan dengan kasus probable atau kasus konfirmasi dalam radius 1 meter dan dalam jangka waktu 15 menit atau lebih.
 - b. Sentuhan fisik langsung dengan kasus probable atau konfirmasi (seperti bersalaman, berpegangan tangan, dll)

- c. Orang yang memberikan perawatan langsung terhadap kasus probable atau konfirmasi tanpa menggunakan APD yang sesuai standar.
 - d. Situasi lainnya yang mengindikasikan adanya kontak berdasarkan penyelidikan epidemiologi setempat.
- Pelaku perjalanan :
Seseorang yang melakukan perjalanan dari dalam negeri (domestic) maupun luar negeri pada 14 hari terakhir.
 - AGP (Aerosol Generating Prosedur) :
Prosedur tindakan medis/keperawatan yang menghasilkan partikel udara atau droplet pernafasan yang mungkin pathogen.
Prosedur yang menghasilkan aerosol antara lain ventilasi mekanik (Ventilator), Intubasi, Suction, Inhalasi/nebulizer, Fisiptherapi dada, dll.
 - Surveillance adalah :
suatu kegiatan pengamatan penyakit yang dilakukan secara terus menerus dan sistematis terhadap kejadian dan distribusi penyakit serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

BAB II

RUANG LINGKUP

Kegiatan Surveillance pada petugas/tenaga kesehatan (nakes) RS Tugu Ibu dilakukan setiap ada temuan kasus konfirmasi positif COVID 19 dari pasien yang dirawat inap / rawat kemudian didata Kontak eratnya terhadap kasus yang terkonfirmasi tersebut. Elemen utama pada implementasi pelacakan kontak erat adalah dukungan pimpinan dan seluruh staf terkait di RS Tugu Ibu. Dukungan ini sangat penting untuk memastikan tidak adanya stigma yang muncul pada tenagapetugas / tenaga kesehatan (nakes) yang masuk kategori kontak erat. Upaya pelacakan kontak erat nakes harus didukung dengan kemampuan dan kapasitas pemeriksaan swab di laboratorium RS Tugu Ibu.

Tujuan Surveillance Nakes :

1. Memantau tren penularan COVID 19 pada petugas nakes di Rs Tugu Ibu
2. Melakukan deteksi cepat dan memonitoring kasus transmisi lokal di RS Tugu Ibu.
3. Memberikan informasi epidemiologi untuk melakukan penilaian risiko di RS Tugu Ibu.
4. Memberikan informasi epidemiologi sebagai salah satu acuan kesiapsiagaan bencana dan respon penanggulangannya.
5. Melakukan evaluasi terhadap dampak pada sistem pelayanan di RS Tugu Ibu.

Pelaksana panduan ini adalah petugas / tenaga kesehatan (nakes), yang terdiri dari :

- a. Staf Medis
- b. Staf Perawat.
- c. Staf Bidan.
- d. Staf tenaga kesehatan lainnya (Anlis, radiographer, apoter, rekam medis, dll)
- e. Stan tenaga non kesehatan

Instalasi yang terlibat dalam pelaksanaan panduan Skrining – triase ini adalah :

- a. Instalasi gawat darurat
- b. Instalasi rawat Jalan
- c. Instalasi rawat Inap
- d. Instalasi Penunjang (laboratorium, Radiologi, farmasi, Gizi, rekam medis)
- e. Unit kerja lainnya (Administrasi & Umum)

BAB III

TATA LAKSANA

I. PELACAKAN KONTAK ERAT

Tahapan pelacakan kontak erat terdiri dari 3 komponen utama, yaitu :

1. Identifikasi kontak (*contact identification*)
2. Pelacakan detail kontak (*contact listing*)
3. Tindak lanjut kontak (*contact follow up*)

I.1. Identifikasi Kontak :

Identifikasi kontak dimulai sejak ditemukannya kasus konfirmasi COVID 19, baik yang hidup maupun yang meninggal. Proses identifikasi kontak merupakan proses kasus mengingat kembali orang-orang yang pernah kontak dengan kasus konfirmasi COVID 19 (bila kasusnya bergejala, maka identifikasi dimulai dari 2 hari sebelum timbul gejala sampai 14 hari setelah gejala). Identifikasi kontak dilakukan kepala Unit kerja dimana kasus konfirmasi ditemukan.

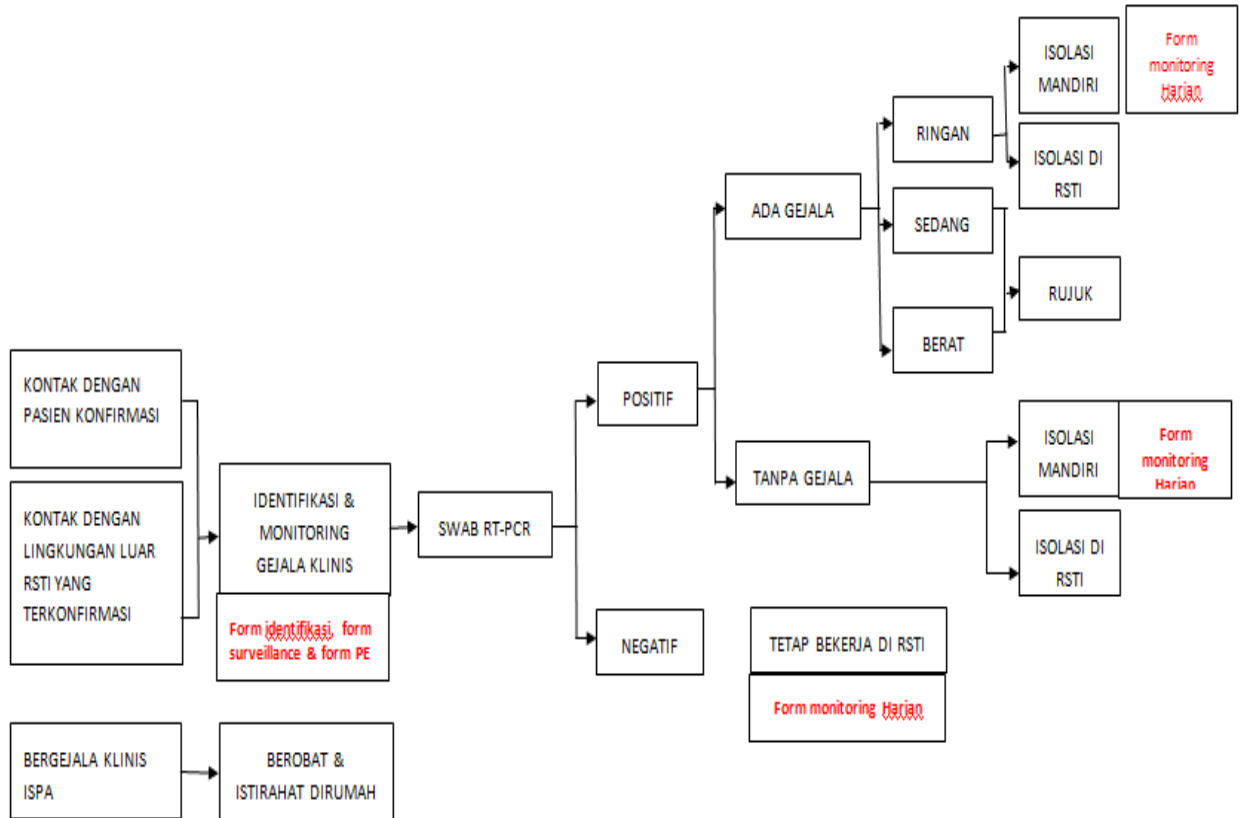
I.2. Pendataan Kontak Erat

Semua kontak erat yang teridentifikasi di catat dalam form identifikasi kontak (terlampir).

I.3. Tindak lanjut kontak

Semua petugas / tenaga kesehatan (nakes) yang teridentifikasi sebagai kontak erat dilakukan monitoring harian dengan menggunakan form monitoring harian (terlampir). Monitoring dilakukan oleh atasan langsungnya. Semua Petugas / Nakes yang teridentifikasi sebagai kontak erat WAJIB dilakukan pemeriksaan SWAB (sebelum SWAB WAJIB mengisi Form Penyelidikan Epidemiologi / PE). Selama belum ada hasil swab petugas / tenaga kesehatan (nakes tersebut, WAJIB menggunakan masker, baik selama berada di area kerja RS maupun di Rumah tempat tinggalnya. Dan bila hasil swabnya positif, maka petugas / tenaga kesehatan (nakes) WAJIB di Isolasi (bisa di RS Tugu Ibu maupun di RS Rujukan tergantung dari kondisi berat ringannya gejala klinis dan faktor komorbid lainnya)

ALUR CONTACT TRACING /SURVEILLANCE NAKES RS TUGU IBU



II. SURVEILLANCE

Form Surveillance ini di isi oleh petugas / Tenaga kesehatan (nakes) yang terkonfirmasi positif COVID 19. Form ini berisikan tentang :

1. Informasi terkait Pemeriksaan Swab
2. Informasi tentang Identitas petugas / tenaga Kesehatan (Nakes) yang terkonfirmasi COVID 19
3. Informasi tentang keterlibatan petugas di RS.
4. Informasi tentang Kegiatan petugas yang terkonfirmasi COVID 19
5. Informasi kepatuhan petugas terhadap PPI terhadap tindakan AGP 9Aerosol generating prosedur)
6. Informasi tentang pajanan secret saluran nafas, Cairan tubuh pasien.

BAB IV

DOKUMENTASI

1. Form Identifikasi Kontak Erat

Form ini di isi oleh pimpinan unit kerja (atasan langsung), kemudian diserahkan ke Komite PK3RS & Komite PPI RS Tugu Ibu

2. Form Penyelidikan Epidemiologi

Formulir ini di isi dan diserahkan ke laboratorium untuk di input ke dalam system pencatatan & pelaporan online dilaboratorium sebelum dilakukan pemeriksaan SWAB. Form PE aslinya di dokumentasikan di Bidang pelayanan Medis untuk diteruskan ke Dinas kesehatan Depok.

3. Form Surveillance

Form di isi oleh Petugas / tenaga kesehatan (nakes) yang terkonfirmasi COVID 19 dan diserahkan ke Komite PK3RS dan Komite PPI untuk dilakukan analisis datanya.

4. Form Monitoring Harian

Di isi oleh atasan langsungnya terhadap semua staf yang masuk kategori kontak erat, selama minimal 10 hari (bila tidak ada gejala) dan 3 hari bebas gejala demam. Form ini di disimpan di unit kerjanya dan bila ada gejala klinis yang muncul selama masa monitoring, maka dilaporkan ke Komite PPI & Komite PK3RS untuk direkomendasikan dilakukan perawatan Isolasi di RS sesuai dengan kebutuhannya.

BAB V

REFERENSI

1. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID 19 rev 5 Kemenkes, 13 juli 2020
2. Komite PPI RS Tugu Ibu

FORM IDENTIFIKASI KONTAK

Nama pasien / Karyawan yang konfirmasi positif :.....

	TANGGAL					LAMANYA WAKTU KONTAK (>15' atau <15')	APD YG DIGUNAKAN KARYAWAN	Jarak kontak (≤ 1 meter atau > 1 meter)
RUANGAN / UNIT KERJA/TEMPAT KONTAK								
NAMA KARYAWAN/PETUGAS YANG KONTAK								

FORM SURVEILANCE RS TUGU IBU

Form-1

No. Urut	Pertanyaan	Isian	Pilih 1 (bila ya) dan 0 (bila tidak)	Catatan
1	Tanggal test dilakukan			
2	Alasan dilakukan test	Pilih satu atau lebih dari informasi berikut		
		• Adanya gejala		
		• Kontak dengan pasien konfirmasi covid 19 dalam jarak 1 meter		
		• Test Rutin		
		• Lainnya (Tuliskan pada catatan)		
3	Hasil test			
4	Hingga saat ini, ada berapa petugas yang telah ditest dari RS Tugu Ibu ?			
5a	Apakah ada pasien COVID 19 yang dirawat di RS Tugu Ibu			
5b	Jumlah Pasien			
6	Apakah ada area yang dikhususkan untuk perawatan pasien COVID 19 ?			
7	Apakah ada petugas kesehatan yang khusus menangani COVID 19 ?			
8	Bila ada, berapa petugas kesehatan untuk merawat COVID 19 di RS Tugu Ibu			

Form-2

No. Urut	Pertanyaan	Isian	Pilih 1 (bila ya) dan 0 (bila tidak)	Catatan
1	Nama Lengkap			
2	Tanggal Lahir (Tgl/Bulan/Tahun)			
3	Jenis Kelamin			
4	Kota			
5	Negara			
6	No.Hp			
7	Email			
8	Jenis Petugas kesehatan	• Dokter		
		• Perawat		
		• Tenaga Kesehatan lainnya (tuliskan pada kolom catatan)		
9	Tempat Petugas Kesehatan bertugas di unit	Pilih semua yang sesuai (ya atau tidak)		
		• Rawat Jalan		
		• IGD		
		• Rawat Inap		
		• ICU		
		• Laboratorium		
		• Farmasi		
		• Cleaning Service		
• Lainnya (tuliskan pada kolom catatan)				
10	Tuliskan tanggal hasil test di informasikan ke Anda (Tgl/Bulan/tahun) Bila belum ada, lengkap saat sudah tersedia			
11	Dalam 14 hari sebelum gejala muncul dan / atau hari Anda di test COVID 19, Anda telah kontak erat “selama bekerja” dalam RS dengan :	Pilih semua yang sesuai (Ya atau Tidak)		
		• Pasien dengan kasus terkonfirmasi COVID 19		
		• Petugas kesehatan terkonfirmasi COVID 19		
		• Tidak satupun dari 2 hal diatas		
		• Tidak Tahu		

12	Dalam 14 hari sebelum dimulainya gejala dan/atau hari anda di test COVID 19, anda telah kontak erat (diluar RS) dengan :	Pilih semua yang sesuai (ya atau Tidak)		
		• Kasus COVID-19 terkonfirmasi atau orang yang bergejala kepada siapa anda memberikan perawatan diluar tempat kerja anda (mis, saat memberikan bantuan medis kepada kenalan)		
		• Kasus COVID-19 terkonfirmasi atau orang yang bergejala di rumah		
		• Kasus COVID-19 terkonfirmasi atau orang bergejala diluar tempat kerja dan rumah tangga anda (mis. Alat transportasi , supermarket)		
		• Tidak satupun diatas		
		• Tidak tahu		

Form-3

No. Urut	Pertanyaan	Isian	Pilih 1 (bila ya) dan 0 (bila tidak)	Catatan
1	Tanggal petugas terekspos/kontak dengan pasien COVID 19 terkonfirmasi :	<i>Isi dengan tanggal/bulan/tahun</i>		
		Tidak tahu		
2	Nama tempat / unit kerja pasien dirawat :			
3	Tipe RS dimana petugas kontak dengan kasus COVID 19 terkonfirmasi			
4	Jumlah petugas di RS / unit kerja :			
5	Jumlah Petugas yang di test di RS/unit diperiode yang sama			
6	Apakah anda merupakan petugas khusus merawat pasien COVID-19 ?			
7	Kapan anda terakhir kali mendapat pelatihan PPI dari RS tempat anda bekerja (bila ada tuliskan pada kolom catatan)			
8	Berapa lama pelatihan PPI yang anda peroleh (kewaspadaan standar, kewaspadaan transmisi) yang anda terima di RS tempat bekerja ?			
9	Apakah anda berpartisipasi dalam pelatihan APD ?			
10	Apakah pelatihan tentang APD dilakukan jarak jauh atau praktik langsung tentang kewaspadaan standard an kewaspadaan Transmisi ?			
11	Apakah anda tahu tentang 5 moment kebersihan tangan ?			
12	Apakah hand rub alcohol tersedia di titik perawatan pasien (dalam ruang rawat dan dekat bed pasien)			

13	Apakah APD selalu tersedia dalam merawat pasien COVID-19 ?	Pilih semua yang sesuai (ya atau tidak)		
		• Ya, semua jenis selalu tersedia		
		• Ya, tapi tidak semua jenis		
		○ Masker bedah selalu tersedia		
		○ Respirator partikulat (mis : N-95/FFP2/FFP3) selalu tersedia		
		○ Gaun Disposable selalu tersedia		
		○ Sarung tangan selalu tersedia		
		○ Pelindung mata (goggles atau face shield) selalu tersedia		
	• Saya tidak tahu			

Form-4

No. Urut	Pertanyaan	Isian	Pilih 1 (bila ya) dan 0 (bila tidak)	Catatan
1	Apakah anda merawat langsung pasien COVID-19 terkonfirmasi			
2	Apakah anda pernah kontak dekat (dalam jarak 1 meter) dengan kasus konfirmasi COVID-19 di RS			
	Bila ya, berapa lama waktu terlama anda melakukan kontak erat tersebut			
4	Selama interaksi tersebut, apakah menggunakan APD yang memadai			
	Bila ya, terkait penggunaan APD berikut, pilih yang paling sesuai pada pilihan	<ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan sekali pakai • Masker bedah • Respirator (mis. N-95) • Gogle/Face shield/kaca mata pelindung • Gain sekali pakai 		
5	Selama interaksi dengan pasien apakah anda melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien			
6	Selama interaksi dengan pasien apakah Anda melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan aseptik? (<i>e.g. inserting peripheral vascular catheter, urinary catheter, intubation, etc.</i>)?			
7	Selama interaksi dengan pasien apakah Anda melakukan kebersihan tangan setelah menyentuh cairan tubuh pasien?			
8	Selama interaksi dengan pasien apakah Anda melakukan kebersihan tangan setelah menyentuh sekitar pasien (ranjang, gagang pintu, dll)			
9	Selama interaksi dengan pasien apakah dilakukan dekontaminasi pada bagian yang sering disentuh pasien secara teratur (paling tidak 3 kali sehari)			
10	Apakah pernah Anda kontak langsung dengan lingkungan sekitar pasien (mis. Linen, tempat tidur, alat medis, kamar mandi dll)			
11	Apakah pernah Anda ikut merawat pasien COVID-19 di tempat lain selama periode tersebut			

Form-5

No. Urut	Pertanyaan	Isian	Pilih 1 (bila ya) dan 0 (bila tidak)	Catatan
1	Selama prosedur AGP, apakah anda menggunakan APD sesuai standar			
2	Prosedur AGP apa yang anda lakukan	Pilih semua yang sesuai (ya atau tidak)		
		• Tracheal Intubation		
		• Non Invasive Ventilation		
		• Manual Ventilation before intubation		
		• Tracheostomy		
		• Bronchoscopy		
		• Lainnya (Sebutkan dalam catatan)		
3	Saat ada prosedur AGP, apakah anda menggunakan APD sesuai standar ?	Sarung tangan sekali pakai		
		Rspirator partikulat (N-95 atau yang setara)		
		Googles /Face Shield/ Kaca mata pelindung		
		Gaun sekali pakai		
		Apron tahan cairan		
4	Selama tindakan potensial aerosol (AGP) pada pasien , apakah anda menggunakan dan melepaskan APD sesuai SOP ? <i>misalnya saat masker respirator menjadi basah, membuang APD basah di tempat sampah, melakukan kebersihan tangan, dll</i>			
5	Selama tindakan potensial Aerosol (AGP) pada pasien apakah Anda melakukan hand hygiene sebelum dan sesudah menyentuh pasien?			
6	Selama tindakan potensial Aerosol (AGP) pada pasien apakah Anda melakukan hand hygiene sebelum dan sesudah melakukan tindakan 14septic? <i>(e.g. inserting peripheral vascular catheter, urinary catheter, intubation, etc.)?</i>			
7	Selama tindakan potensial Aerosol (AGP) pada pasien apakah Anda melakukan hand hygiene setelah menyentuh sekitar pasien (ranjang, gagang pintu, dll)			
8	Selama tindakan potensial Aerosol (AGP) pada pasien apakah dilakukan dekontaminasi pada bagian yang sering disentuh pasien secara teratur (paling tidak 3 kali sehari)			

Form 6

No. Urut	Pertanyaan	Isian	Pilih 1 (bila ya) dan 0 (bila tidak)	Catatan
1	Selama member perawatan pasien COVID-19, apakah Anda pernah terpajan dengan segala jenis cairan tubuh / cairan pernapasan?			
2	Bila iya, jenis pajanan apa?	<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa membrane mata terpajan / terpercik cairan tubuh / secret saluran napas 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa mulut / hidung terpajan / terpercik cairan tubuh / secret saluran napas 		
		<ul style="list-style-type: none"> • kulit yang tidak utuh terpajan / terpercik cairan tubuh / secret saluran napas 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Tusukan / kecelakaan tajam dengan bahan yang terkontaminasi droplet secret saluran napas 		

FORM MONITORING HARIAN

Nama	JK	Umur	No.Telp	Tgl Kontak terakhir (di isi untuk kontak erat)	Tanggal & Hasil pemantauan*)											Jenis specimen & tgl pengambilan (jika berubah status)	Hasil pemeriksaan penunjang (jika berubah status)		Ket (di isi upaya yg dilakukan ditempat rujukan kasus,dll)
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dst		Lab (darah, sputum)	Rongent	
			*) Isikan : Tgl dan hasil pemantauan X = sehat; D = Demam ; B = Batuk ; S = Sesak napas ; L = Gejala lain, Sebutkan ; A = Aman (selesai dipantai ; R = Rujuk RS																

FORMULIR PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19)

Nama Fasyankes :
 Nama Pewawancara : Tgl Wawancara :
 Tempat Tugas : 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 : ...	Kecamatan : ...		
RT/RW : ...	Kabupaten/Kota : ...		
Desa/Kelurahan : ...	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			
Jika 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 nomor urut>)

****) 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 : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> 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? : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu				
Apakah pasien seorang petugas kesehatan? : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu				
Jika Ya, alat pelindung diri (APD) 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"/> 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.

DAFTAR ISI

NO	URAIAN	HALAMAN
1	BAB I. DEFINISI	1 - 2
2	BAB II. RUANG LINGKUP	3
3	BAB III. TATALAKSANA I. Pelacakan Kontak Erat II. Surveillance	4-5 5
4	BAB IV. DOKUMENTASI	6
5	BAB V. REFERENSI	6
6	Lampiran : I. Form Identifikasi Kontak II. Form Surveillance III. Form Monitoring Harian IV. Formulir Penyelidikan Epidemiologi	7 8 – 15 16 17 - 19