

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tahun 2019 dunia di gemparkan dengan adanya wabah penyakit baru yakni *COVID-19*. Dimulai dari pelaporan seorang dokter dari Tiongkok mengenai penyakit *pneumonia* misterius yang pada awalnya penyebabnya tidak diketahui (Diana, Z dkk., 2021). Penyakit ini merupakan penyakit *zoonosis* (di tularkan dari hewan ke manusia). *COVID-19* merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *SARS-CoV-2*, salah satu jenis *koronavirus*. Penderita *COVID-19* dapat mengalami demam, batuk kering, kesulitan bernapas, sakit tenggorokan, pilek, dan bersin-bersin. Penyakit ini dapat berujung pada *pneumonia* dan kegagalan *multiorgan* (Fitri NK, 2021).

Angka penderita *COVID-19* pun dari waktu ke waktu menunjukkan *prevalensi* yang sangat tinggi, hingga pada tanggal 22 Oktober 2021 terkonfirmasi kasus positif *COVID-19* di dunia berjumlah 51.231.805 jiwa dengan kasus kematian 856.194 jiwa. Prevalensi *COVID-19* di Indonesia pun cukup tinggi. Kasus pertama kali terkonfirmasi pada tanggal 2 maret 2020 dimana jumlahnya hanya dua penderita. Namun, Menurut data, kasus pasien yang menderita infeksi virus *COVID-19* pada 22 Oktober 2021 di Indonesia berjumlah 4.238.594 jiwa dengan kasus yang sembuh 4.080.351 jiwa dan kasus kematian 143.153 jiwa (WHO, 2021).

Menurut data pemerintah provinsi Sumatera Utara (Pemprov Sumut) pada tanggal 22 Oktober 2021 terkonfirmasi jumlah kasus positif *COVID-19* di Sumatera Utara berjumlah 105.680 jiwa dengan kasus yang sembuh 102.228 jiwa dan kasus kematian 2.877 jiwa. Kota Medan merupakan daerah tertinggi di provinsi Sumatera Utara yang masyarakatnya terpapar *COVID-19*, adapun data yang terkonfirmasi positif *COVID-19* pada tanggal 22 Oktober 2021 di kota Medan berjumlah 47.924 jiwa dengan kasus yang sembuh 46.287 jiwa dan kasus kematian 915 jiwa (Pemko Medan, 2021).

Kota Medan saat ini masih menunjukkan prevalensi *COVID-19* yang tinggi, hal ini disebabkan karena kurang patuhnya masyarakat terhadap protokol kesehatan yang telah ditetapkan pemerintah. Penularan mata rantai *COVID-19* pun menjadi masalah dalam pencegahan, karena hal ini, menyebabkan penanganan *COVID-19* akan semakin sulit dan membutuhkan waktu yang panjang, itu artinya akan semakin berdampak terhadap masyarakat (J, Kiki and Elfi, 2020).

Peningkatan kasus *COVID-19* yang makin bertambah maka diperlukan upaya komunikasi risiko yang efektif untuk menunjang adanya persepsi risiko yang baik dari masyarakat. Berkaca pada hal tersebut, komunikasi merupakan bagian terpenting dalam menghadapi ancaman pandemi khususnya para tenaga kesehatan yang sedang berjuang di garis terdepan (Kemenkes RI, 2021).

Komunikasi risiko adalah proses komunikasi untuk meningkatkan pengetahuan serta pemahaman individu dan masyarakat tentang risiko ancaman bahaya agar mereka dapat mengantisipasi dan mengatasi risiko-risiko yang mungkin terjadi (Kemenkes, 2021). Persepsi risiko merupakan penentu penting dari kesiapan masyarakat untuk terlibat dalam perilaku perlindungan kesehatan. Pemahaman subjektif seseorang tentang risiko dapat mempengaruhi perilaku individu dalam konteks bahaya baru, yang tidak dapat diamati, dan tidak dapat diprediksi seperti *COVID-19*. Orang memiliki kemampuan untuk beradaptasi dengan situasi baru jika berpikir bahwa berada di bawah risiko infeksi penyakit yang berpotensi menyebabkan konsekuensi kesehatan yang serius (Slovic, Fischhoff, Lichtenstein & Roe, 1981). Sebagai contoh, persepsi individu tentang risiko bahaya *Covid-19* dapat memicu masyarakat untuk terlibat dalam perilaku pencegahan termasuk tinggal di rumah, menghindari kerumunan, menjaga jarak fisik maupun sosial, menjaga kebersihan pribadi seperti mencuci tangan, memakai masker dan lain-lain (Yıldırım dan Güler, 2020).

Komunikasi risiko dan persepsi risiko pun memiliki hubungan satu sama lain. Komunikasi risiko seringkali ditemukan meningkatkan persepsi risiko. Dalam hal ini, penyediaan informasi risiko dapat bermanfaat dalam mengubah persepsi risiko dengan perubahan selanjutnya mempengaruhi persepsi risiko pada

perilaku. Studi sebelumnya mengkonfirmasi implikasi dari praktik komunikasi risiko terhadap perubahan perilaku, dan hubungan antara persepsi risiko dan perilaku juga dikonfirmasi (Heydari et al, 2021).

Latar belakang penelitian yang telah diuraikan di atas memotivasi peneliti, sehingga sangat tertarik untuk melakukan penelitian Penerapan komunikasi risiko untuk meningkatkan persepsi risiko tentang *Covid-19* di kelurahan Tanjung sari Medan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, di dapatkan rumusan masalah “Penerapan komunikasi risiko untuk meningkatkan persepsi risiko tentang *Covid-19* di kelurahan Tanjung sari Medan”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Penerapan komunikasi risiko untuk meningkatkan persepsi risiko tentang *COVID-19* di kelurahan Tanjung sari Medan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui gambaran karakteristik demografis responden berdasarkan usia, pekerjaan, jenis kelamin dan tingkat pendidikan.
2. Memperoleh gambaran komunikasi risiko dengan persepsi risiko tentang *COVID-19*.
3. Memperoleh Hubungan komunikasi risiko dengan persepsi risiko tentang *COVID-19*.

1.4 Manfaat Penelitian

a. Bagi Peneliti

Penelitian ini untuk menambah pemahaman dan pendalaman bagi peneliti dan dapat meningkatkan pengetahuan tentang Penerapan komunikasi risiko untuk meningkatkan persepsi risiko tentang *COVID-19* di kelurahan Tanjung sari Medan.

b. **Bagi Institusi Kesehatan**

Manfaat penelitian ini bagi institusi kesehatan yaitu diharapkan data dan hasil diperoleh dari penelitian dapat dijadikan suatu tolak ukur serta upaya di kota Medan dalam meningkatkan kualitas pelayanan.

c. **Bagi Masyarakat**

Manfaat penelitian ini bagi masyarakat yaitu diharapkan dapat mencegah terjadinya kesalah pahaman persepsi di masyarakat melalui komunikasi yang efektif dan dapat di jadikan sebagai tambahan informasi bagi masyarakat agar memahami bahayanya virus *COVID-19* serta cara pencegahannya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 COVID-19

2.1.1 Pengertian COVID-19

*Outbreak novel coronavirus, SARS-CoV-2 (COVID-19, yang dulu dikenal sebagai 2019-nCoV) dengan episentrum di provinsi Hubei, Tiongkok, telah menyebar ke berbagai negara di seluruh dunia. Pada tanggal 30 Januari 2020, WHO Emergency Committee mendeklarasikan global health emergency setelah menerima informasi mengenai pertambahan jumlah kasus Covid-19 di berbagai negara.*⁸ Pada tanggal 11 Maret 2020, COVID-19 ditetapkan menjadi pandemi oleh *World Health Organization (WHO)* (Elsevier Point of Care, 2020; Ali et al, 2020).

SARS-CoV-2 atau yang lebih dikenal dengan Virus corona atau COVID-19 adalah virus baru yang menginfeksi sistem pernapasan orang yang terjangkit. Virus korona merupakan golongan virus yang masuk ke dalam famili *Coronaviridae*, ordo *Nidovirales*. *Coronaviridae* merupakan kelompok virus dengan karakteristik *enveloped, singled stranded, positive sense*, dengan inti RNA. Terdapat beberapa genera pada virus korona, seperti *alpha, beta, delta, dan gamma* (Velavan & Meyer, 2020; Jin Y et al, 2020).

Definisi operasional kasus COVID-19 yang digunakan saat ini, diantaranya (Kemenkes RI, 2020) :

1. Kasus suspek

Seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut:

- a. Orang dengan infeksi saluran napas akut 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 ISPA dan 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
2. Kasus *Probable*

Kasus suspek dengan ISPA Berat/ ARDS/ meninggal dengan gambaran klinis yang meyakinkan COVID-19 dan belum ada hasil pemeriksaan laboratorium RT-PCR.
 3. Kasus Konfirmasi

Seseorang yang dinyatakan positif terinfeksi virus COVID-19 yang dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium RT-PCR.
 4. Kontak Erat

Orang yang memiliki riwayat 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, dan lain-lain).
 - c. Orang yang memberikan perawatan langsung terhadap kasus *probable* atau konfirmasi tanpa menggunakan APD yang sesuai standar.
 - d. Situasi lainnya yang mengindikasikan adanya kontak breadbasket penilaian risiko lokal yang ditetapkan oleh tim penyelidikan epidemiologi setempat

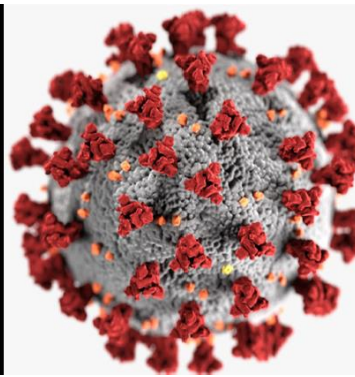
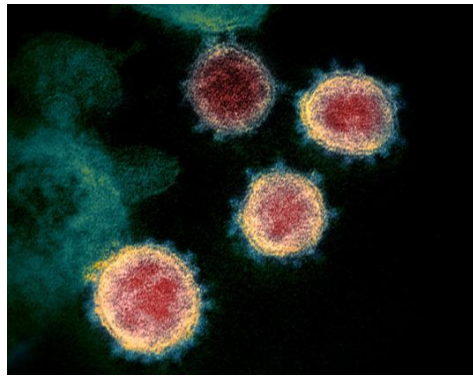
2.1.2 Epidemiologi COVID-19

Berdasarkan data yang dileluarkan oleh WHO per tanggal 6 Desember 2021, kasus konfirmasi COVID-19 secara global telah mencapai 265.194.191 kasus dengan kematian sebesar 5.254.116. Asia Tenggara berhasil menduduki posisi ke-3 sebagai jumlah kasus yang paling banyak dengan jumlah 44.651. 286 dengan kematian sebesar 711.892 kasus. Kasus yang terjadi di Indonesia adalah sebanyak 4.257.815 kasus, dengan kematian sebesar 143.876 (WHO, 2021).

Dalam suatu studi kohort retrospektif di Indonesia tentang epidemiologi COVID-19 menyatakan bahwa presentasi kejadian COVID-19 paling banyak dijumpai pada pria (56,5%) daripada Wanita (43,5%). Kasus COVID-19 paling banyak dijumpai pada usia >60 tahun (43.6%), lalu usia 46-59 tahun sebesar 40% dan paling rendah pada balita sebesar 0,7% (Hikmawati & Setiyabudi, 2021).

2.1.3 Karakteristik COVID-19

Coronavirus penyebab Covid-19 itu merupakan virus RNA yang mempunyai selubung (*envelope*) yang pada utamanya terdiri atas lipida (Wu *et al.*, 2020). Sekitar 50–200 nanometer ukuran virion virus Covid-19, terlalu kecil untuk bisa ditahan oleh masker yang porinya jauh lebih besar (Chen *et al.* 2020). Karena lipida atau lemak tersebut mudah rusak oleh detergen, bahkan sabun, cuci tangan dengan sabun biasa bisa membunuh virus COVID-19.



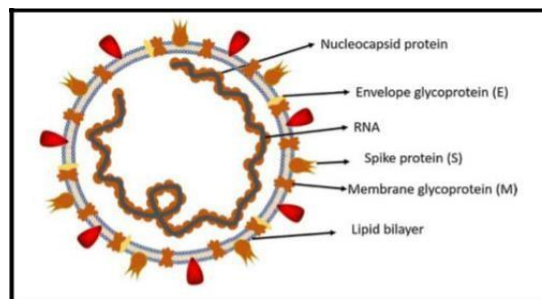
Gambar 2.1. (Kiri) *Electron micrograph of SARS-CoV-2 virions with visible coronae*

Gambar 2.2. (Kanan) *Illustration of SARS-CoV-2 virion*

(Sumber: CDC,2020)

Superdomain *biota*, kingdom *virus* termasuk virus corona, dalam ordo *Nidovirales* Virus corona merupakan kelompok virus yang terbesar. Semua virus dalam ordo *Nidovirales* adalah *non-segmented positive-sense RNA viruses*. Virus corona termasuk dalam familia *Coronaviridae*, sub familia *Coronavirinae*, genus *Betacoronavirus*, subgenus *Sarbecovirus*. Pengelompokan virus pada awalnya dipilah ke dalam kelompok-kelompok berdasarkan serologi tetapi sekarang berdasarkan pengelompokan filogenetik (Parwanto,2020).

Istilah coronavirus berdasarkan penampakan virion pada membran virus yang berbentuk taji-taji menyerupai suatu mahkota atau dalam Bahasa latinnya merupakan corona, sumber genetik sebagian besar α CoV dan β CoV merupakan kelelawar dan hewan pengerat sedangkan sumber gen dari sebagian besar δ CoV dan γ CoV ialah unggas (Isbaniah et al.,2020). Genom SARS-CoV-2 mempunyai homologi 89% terhadap coronavirus kelelawar ZXC21 dan 82% terhadap SARS-CoV. Hasil pemodelan melalui komputer menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 memiliki struktur dengan tiga dimensi pada protein spike domain receptor-binding yang hampir identik dengan SARS-CoV. Pada SARS-CoV, protein ini memiliki afinitas yang kuat terhadap angiotensin-converting- enzyme 2 (ACE2) (Aditya Susilo *et al.*,2020).



Gambar 2.3. Struktur Coronavirus Sumber: Shereen, et al. (2020)
Journal of Advanced Research 24

2.1.4 Faktor Risiko COVID-19

Penyakit komorbid hipertensi dan diabetes melitus, jenis kelamin laki-laki, dan perokok aktif serta usia adalah faktor risiko dari infeksi SARS-CoV-2, distribusi jenis kelamin yang lebih banyak pada laki-laki diduga terkait dengan prevalensi perokok aktif yang lebih tinggi. Pada perokok, hipertensi, dan diabetes melitus, diduga ada peningkatan ekspresi reseptor ACE2. Corona lebih sering menyebabkan infeksi berat dan kematian pada orang lanjut usia (lansia) dibandingkan pada orang dewasa maupun 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.

Pasien dengan kanker lebih rentan terhadap infeksi daripada orang yang tidak memiliki kanker, karena pada keadaan immunosupresif sistemik mereka disebabkan kemoterapi dan pembedahan. Oleh sebab itu, pasien kanker memiliki risiko tinggi terkena Covid-19 dan prognosisnya buruk. Tenaga medis adalah salah satu risiko paling tinggi tertular SARS-CoV-2 ini, karena kontak langsung dengan penderita Covid-19 (Levani *et al* 2021).

2.1.5 Transmisi COVID-19

Saat pertama kali dilaporkan di Wuhan, sebagian besar kasus yang terinfeksi COVID-19 terpapar dengan pasar hewan basah di kota tersebut, dimana banyak hewan hidup diperjualbelikan secara rutin, menjadikan adanya pemikiran bahwa COVID-19 kemungkinan berasal dari hewan (*zoonotic origin*). Laporan awal mengajukan dua spesies ular mungkin menjadi sumber penyebaran. Namun, sampai saat ini, belum ada bukti yang konsisten untuk reservoir virus korona, selain mamalia dan unggas (Rothan & Byrareddy, 2020).

Berdasarkan beberapa laporan, COVID-19 diduga dapat ditularkan melalui *respiratory droplets* ($>5-10 \mu\text{m}$), aerosol, dan kontak langsung. Transmisi kontak dapat terjadi melalui kontak langsung dengan benda atau permukaan yang terkontaminasi COVID-19. Transmisi droplet, dapat terjadi pada seseorang yang kontak dekat (kurang dari satu meter) dengan seseorang yang memiliki gejala respirasi (seperti batuk atau bersin) sehingga berisiko untuk terpapar dengan mukosa atau konjungtiva. (Li, et al, 2020; Rahman, et al, 2020).

Airborne transmission berbeda dengan droplet transmission yang merujuk kepada kehadiran mikroba dalam *droplet nuclei*, yang dipertimbangkan sebagai partikel dengan diameter $<5 \mu\text{m}$, dan dapat bertahan di udara dalam jangka waktu yang lama dan dapat ditransmisikan ke orang lain dengan jarak lebih dari 1 meter. Dalam konteks COVID-19, airborne transmission mungkin terjadi pada kondisi dan setting tertentu dimana dilakukan prosedur atau penatalaksanaan dukungan yang dapat menghasilkan aerosol ketika prosedur dilaksanakan, seperti intubasi endotrakeal, bronkoskopi, open suctioning, pemberian penatalaksanaan yang dinebulisasi, ventilasi manual sebelum intubasi, mengubah posisi pasien ke posisi

tengkurap, melepaskan ventilator, ventilasi non invasif bertekanan positif, trakeostomi, dan resusitasi kardiopulmoner (WHO, 2020).

Ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa infeksi COVID-19 dapat mengarah ke infeksi saluran pencernaan dan dijumpai pada feses. Namun, sampai saat ini hanya ada satu penelitian yang menunjukkan kultur virus SARS-CoV-2 dari sebuah spesimen feses penderita COVID-19. Adapun laporan yang menunjukkan transmisi fekal oral dari COVID-19 sampai sekarang belum ditemukan (WHO, 2020).

2.1.6 Pathogenesis COVID-19

SARS-CoV-2 secara dominan ditularkan melalui respiratory droplet, kontak, dan secara potensial fekal oral. Replikasi virus primer diduga terjadi pada epitelium mukosa saluran pernapasan atas (rongga nasal dan faring), diikuti dengan multiplikasi lebih lanjut hingga ke saluran pernapasan bawah dan mukosa saluran pencernaan, yang akhirnya menyebabkan viremia ringan. Infeksi ini masih dalam batas kontrol tubuh dan umumnya bersifat asimtomatis (Jin et al, 2020).

Protein S pada virus korona dilaporkan sebagai determinan yang signifikan sebagai jalur masuk virus ke dalam tubuh host. Glikoprotein spike pada envelope virus berikatan dengan reseptor selularnya, ACE2 untuk SARS-CoV dan SARSCoV-2. Jalur masuk SARS-CoV ke dalam sel awalnya diidentifikasi melalui fusi membran direct antara virus dengan membran plasma.¹² Pada membran mukosa bisa dilewati virus terutama di laring dan mukosa nasal dan akan memasuki paru paru yaitu melalui tractus respiratorius. Maka selanjutnya virus akan menyerang pada organ target yang mengekspresikan (ACE2) seperti pada paru-paru, jantung, traktus dan gastrointestinal (Gennaro *et al.*, 2020; Li et al, 2020).

Saat virus memasuki sel, genom pada RNA virus dilepaskan ke dalam sitoplasma dan ditranslasikan ke dalam dua poliprotein dan protein struktural, dimana genom dari virus mulai direplikasikan. Glikoprotein envelope virus yang baru akan dimasukkan ke dalam membran retikulum endoplasma atau badan

golgi, kemudian nukleokapsid dibentuk dengan kombinasi genom RNA dan protein nukleokapsid. Kemudian, partikel virus akan bertunas ke dalam kompartemen intermediet retikulum endoplasma dan badan golgi. Terakhir, vesikel yang mengandung partikel virus akan berfusi dengan membran plasma untuk melepaskan virus (Li et al, 2020).

Setelah virus memasuki sel, antigen akan dipresentasikan ke antigen presentation cells (APC), yang memiliki peranan penting terhadap imunitas antiviral. Peptida antigenik akan dipresentasikan oleh *major histocompatibility complex* (MHC) atau human *leukocyte antigen* (HLA) pada manusia, yang kemudian dikenali oleh limfosit T sitotoksik yang spesifik terhadap virus. Sejauh ini, informasi mengenai patogenesis SARS-CoV-2 masih sedikit dan umumnya berasal dari pengalaman terhadap virus SARS-CoV dan MERS-CoV (Li et al, 2020).

Adapun pemahaman terhadap presentasi antigen SARS-CoV-2 akan membantu pemahaman terhadap patogenesis COVID-19. Laporan pertama mengenai temuan patologis pada kasus COVID-19 yang berat menunjukkan kerusakan alveolar difus bilateral paru dengan eksudat selular fibromiksoid. Paru-paru kanan tampak deskuamasi pneumosit yang jelas serta pembentukan membran hyalin, yang menunjukkan *acute respiratory distress syndrome* (ARDS). Pada paru-paru kiri tampak edema paru disertai pembentukan membran hyalin yang menunjukkan fase awal ARDS. Infiltrat interstisial mononuklear inflamasi, didominasi oleh limfosit, dapat ditemukan pada kedua paru. Sel-sel *syncytial* berinti banyak dengan pneumosit atipikal besar yang ditandai oleh nuclei yang membesar, sitoplasma granular *amphophilic*, dan *nuclei* yang jelas, dapat diidentifikasi pada ruang-ruang intraalveolar, mengindikasikan perubahan *viral cytopathic life* (Jin et al, 2020).

Temuan-temuan patologis paru ini, dijumpai mirip dengan kasus SARS-CoV dan MERS-CoV sebelumnya. Selain itu, moderate *microvascular steatosis* dan *mild lobular and portal activity* dapat ditemukan pada spesimen biopsi hepar, yang mungkin dapat disebabkan oleh virus SARS-CoV-2 atau penggunaan obat-obatan (Jin et al, 2020). ARDS merupakan suatu kondisi yang mengancam jiwa

yang menghalangi masuknya oksigen ke dalam paru-paru. ARDS menyebabkan mortalitas pada kebanyakan kasus penyakit paru dan acute lung injury. Pada kasus infeksi SARSCoV-2 yang parah, orang-orang yang mengalami *severe respiratory distress* membutuhkan ventilasi mekanis, temuan histopatologisnya pun menunjukkan ARDS. Penelitian-penelitian yang telah ada sebelumnya menunjukkan adanya kerentanan genetik dan sitokin inflamatorik yang berkaitan erat dengan terjadinya ARDS (Jin et al, 2020).

Adapun lebih dari 40 kandidat, termasuk ACE2, IL-10, TNF, dan VEGF, beberapa dipertimbangkan berkaitan dengan terjadinya ARDS. Peningkatan kadar IL-6 dan IL-8 juga dikaitkan dengan tingkat keparahan ARDS. Biomarker di atas menunjukkan penjelasan molekular untuk ARDS parah dan penanganan yang mungkin dilakukan pada ARDS yang mengikuti infeksi SARS-CoV-2.10 Temuan klinis yang ada menunjukkan respon inflamasi yang besar selama infeksi COVID-19, menyebabkan inflamasi paru yang tidak terkontrol sehingga meningkatkan tingkat fatalitas kasus. Replikasi virus yang cepat dan kerusakan sel, *down regulation* ACE2 yang diinduksi oleh virus dan *shedding*, dan *antibody dependent enhancement* (ADE) bertanggung jawab dalam menyebabkan reaksi inflamasi yang agresif pada infeksi SARS-CoV-2. SARS-CoV-2 membajak reseptor sel ACE2 yang sama dengan SARS-CoV, yang menyebabkan kecurigaan mereka memiliki target sel yang sama (Jin et al, 2020).

Onset awal replikasi virus yang cepat, menyebabkan kematian sel epitel dan endotel serta vascular leakage, memicu produksi sitokin dan kemokin proinflamasi yang banyak. Hilangnya fungsi ACE2 pada paru-paru diduga berkaitan dengan *acute lung injury*, karena *down regulation* ACE2 dan *shedding*, dapat menyebabkan gangguan sistem renin angiotensin-aldosteron, yang memperbesar efek inflamasi dan menyebabkan permeabilitas vaskular. Untuk SARS-CoV, terdapat satu masalah yang hanya dijumpai pada beberapa pasien, terutama pasien-pasien yang memproduksi antibodi *neutralizing* lebih awal, mengalami inflamasi persisten, ARDS, hingga kematian tiba-tiba, sementara kebanyakan pasien melewati respon inflamasi dan membersihkan virus. Fenomena tersebut juga dijumpai pada SARS-CoV-2 (Jin et al, 2020).

Mekanisme yang mungkin menyebabkan hal ini yaitu ADE, telah diajukan. ADE, suatu fenomena virologi yang umum diketahui, telah dikonfirmasi pada beberapa infeksi virus. ADE dapat meningkatkan viral *cellular uptake* untuk kompleks virus infeksius antibodi setelah berinteraksi dengan reseptor Fc (FcR), Fc γ R, atau reseptor lainnya, menyebabkan infeksi yang meningkat pada sel target. Interaksi antara Fc γ R dengan kompleks *anti S protein neutralizing antibodies* (anti-S-IgG) dapat memfasilitasi respon inflamasi dan replikasi virus yang persisten pada paru-paru pasien (Jin et al, 2020).

Sel T pada CD4 dan CD8 perifer, menunjukkan penurunan jumlah dan hiperaktivitas pada pasien-pasien dengan kasus yang parah. Konsentrasi yang tinggi dari sel T CD4 proinflamasi dan sel T CD8 dengan granula sitotoksik juga ditemukan, menunjukkan respon imunitas antiviral dan aktivitas yang berlebihan pada sel T. Selain itu, beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan limfopenia merupakan hal yang sering ditemukan pada kasus COVID-19, yang menunjukkan faktor penting untuk tingkat keparahan dan mortalitas (Jin et al, 2020).

2.1.7 Gejala Klinis COVID-19

Gejala yang ditimbulkan oleh COVID-19 telah berkembang dari yang asimtomatis/simptom ringan hingga ke sakit berat dan mengarah ke kematian. Gejala-gejala mungkin berkembang dari 2 hari hingga 2 minggu disertai dengan eksposur/paparan dengan virus. Sebuah penelitian sederhana dilakukan dengan cara menganalisis sebanyak 181 kasus tekonfirmasi COVID-19 yang berada di luar dari wilayah Wuhan, Cina ditemukan jika rata-rata masa inkubasi berperiode menjadi 5,1 hari dan jika sebesar 97,5% individu akan berkembang gejala yang dialaminya dalam waktu 11,5 hari dari terkena infeksi (Cennimo, 2020).

Wu dan McGoogan melaporkan jika sebanyak 72.314 kasus COVID-19 yang dilaporkan kepada *Chinese Center for Disease Control and Prevention* (CCDC), 81% mengalami gejala ringan (tidak ada atau hanya mengalami pneumonia ringan), 14% mengalami gejala berat (hipoksia, dispnea, >50% keterlibatan paru-paru dalam waktu 24-48 jam), 5% mengalami gejala kritis (shock, kegagalan pernapasan, disfungsi multiorgan) dan sebesar 2,3% berakibat fatal

(Cennimo, 2020). Berikut adalah gejala-gejala yang mungkin dapat mengindikasikan COVID- 19: (Adhikari et al, 2020)

- a. Demam atau menggigil
- b. Batuk
- c. Pernapasan yang pendek atau kesulitan untuk bernapas
- d. Kelelahan
- e. Nyeri pada otot
- f. Nyeri kepala
- g. Kehilangan rasa untuk mengecap atau menghidu
- h. Nyeri tenggorokan
- i. Hidung tersumbat
- j. Mual atau muntah
- k. Diare
- l. Produksi sputum
- m. Malaise
- n. Distress pernapasan
- o. Neurologis (seperti nyeri kepala, gangguan kesehatan mental)

Manifestasi yang paling umum dan serius pada COVID-19 adalah muncul dengan gejala pneumonia. Kehilangan kemampuan menghidu baik komplit maupun parsial telah dilaporkan sebagai temuan riwayat klinis yang penting untuk penegakan diagnosis dari COVID-19. Sebuah survei yang dilakukan dengan menggunakan media telepon pada pasien-pasien rawat jalan dengan gejala yang ringan COVID-19 menemukan jika 64,4% (130 dari 202) mengalami gangguan pada kemampuan untuk mencium maupun menghidu (Cennimo, 2020). Derajat keparahan gejala pasien dengan COVID-19 adalah sebagai berikut: (Kemenkes, 2021)

Tabel 2.1. Derajat keparahan gejala pasien dengan COVID-19

Derajat Gejala	Gejala
Tanpa Gejala (asimptomatik)	Tidak ada keluhan dan gejala klinis.
Gejala Ringan	Pasien dengan gejala tanpa ada bukti pneumonia virus atau tanpa hipoksia. Gejala yang muncul seperti demam, batuk, fangue, anoreksia, napas pendek, mialgia. Gejala tidak spesifik lainnya seperti sakit tenggorokan, kongesti hidung, sakit kepala, diare, mual dan muntah, hilang penciuman (anosmia) atau hilang pengecapan (ageusia) yang muncul sebelum onset gejala pernapasan juga sering dilaporkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
	Status oksigensi :SpO2 > 95% dengan udara ruangan
Gejala Sedang	Pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) tanpa tanda pneumonia berat
	Status oksigenasi : SpO2 93 – 95 % dengan udara ruangan.
Gejala Berat	Pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) ditambah satu dari : frekuensi napas > 30 x /menit, distress pernapasan berat.
	Status oksigenasi : SpO2 < 93% pada udara ruangan.
Kritis	Pasien dengan Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), sepsis dan syok sepsis.

2.1.8 Penegakan Diagnosis COVID-19

COVID-19 seharusnya dipikirkan pada (1) pasien dengan gejala pada traktus respiratorius dan demam dengan onset akut atau (2) pada pasein dengan gejala pada saluran napas bagian bawah dengan sebab yang tidak jelas. Kecurigaan akan semakin meningkat jika terdapat pasien-pasien yang berada pada wilayah dengan transmisi komunitas pada SARS-CoV-2 atau telah kontak dekat

dengan individu yang telah terkonfirmasi atau terduga terkena COVID-19 dalam waktu 14 hari sebelumnya (Cennimo, 2020). Pemeriksaan secara mikrobiologis (PCR) diperlukan untuk melakukan penegakan diagnosis secara definitif. Namun, pada saat ini pemeriksaan ini masih terkendala akan keterbatasan jumlah pemeriksaannya (Cennimo, 2020).

Pasien-pasien yang tidak memerlukan perawatan tindakan gawat darurat dapat melakukan kontak dengan petugas kesehatan untuk menegetahui kondisinya terkini. Pasien-pasien yang terduga COVID-19 yang datang ke fasilitas kesehatan seharusnya melewati pemeriksaan pengendalian infeksi. Para pasien sebaiknya dievaluasi pada suatu ruangan yang khusus dengan pintu yang tertutup (ruangan isolasi infeksi *airbone* adalah yang dianjurkan) dan diminta untuk memakai masker bedah (Cennimo, 2020).

Untuk diagnosis klinis COVID-19 utamanya didasarkan pada riwayat epidemiologis, manifestasi klinis, dan pemeriksaan penunjang, seperti deteksi asam nukleat, CT scan, teknologi identifikasi imun (*Point of care testing* (POCT) untuk IgG/IgM, *enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISA)) dan kultur darah. Meskipun demikian, gejala dan tanda klinis pasien yang terinfeksi SARS-CoV-2 sangat atipikal, termasuk gejala respiratorik, batuk, demam, sesak napas, dan pneumonia virus. Sehingga dibutuhkan pemeriksaan tambahan untuk diagnosis COVID-19 (Li et al, 2020).

a. Teknologi deteksi asam nukleat

Dua teknologi yang paling umum dipergunakan dalam mendeteksi SARS-CoV-2 adalah real-time quantitative *polymerase chain reaction* (RT-qPCR) dan *high-throughput sequencing*. Metode identifikasi otoriter terhadap SARS-CoV-2 adalah kultur darah virus dan *high-throughput sequencing* untuk seluruh genom. Namun, aplikasi *high-throughput sequencing* dalam diagnosis klinis terbatas karena ketergantungan alat dan harganya yang mahal. Sehingga, RT-qPCR merupakan metode yang paling umum, efektif, dan mudah untuk mendeteksi virus patogenik pada sekresi respiratorik dan darah. Deteksi SARS-CoV-2 menggunakan RT-qPCR hanya dapat mencapai sensitivitas sebesar 50% - 79%, bergantung pada protokol yang menggunakan tipe sampel dan jumlah spesimen

klinis yang dikumpulkan. Sehingga, diperlukan peningkatan rasio deteksi RT-qPCR untuk deteksi SARS-CoV-2 (Li et al, 2020).

b. CT scan dan metode diagnostik lainnya

Untuk diagnosis COVID-19, meskipun RT-qPCR bersifat spesifik, angka *false-negativenya* tidak dapat diabaikan karena konsekuensi yang buruk apabila terjadi *missed* diagnosis. Banyak praktisi klinis yang mengajukan CT scan sebagai pemeriksaan penunjang yang wajib dikerjakan karena memiliki sensitivitas yang lebih tinggi. Untuk individu dengan kecurigaan klinis yang tinggi terhadap infeksi SARS-CoV-2 dengan screening RT-qPCR yang negatif, kombinasi antara pengulangan tes RT-qPCR dan CT scan toraks dapat membantu. *High-resolution CT* (HRCT) penting untuk dilakukan pada awal diagnosis dan evaluasi tingkat keparahan penyakit dengan SARS-CoV-2. Meskipun demikian, CT scan juga memiliki kekurangan, seperti ketidakmampuan dalam membedakan COVID-19 dengan pneumonia virus lain dan histeresis abnormal pada pencitraan CT.¹² Dengan melihat kekurangan yang ditemukan RT-qPCR dan CT scan untuk mendiagnosis COVID-19, maka pemeriksaan klinis laboratorium dapat dipergunakan untuk mendeteksi secara imunologis target viral antigens atau antibodi. Saat ini, POCT IgG/IgM dan ELISA untuk SARS-CoV telah dikembangkan dan dicobakan oleh beberapa perusahaan dan menunjukkan angka deteksi yang cukup tinggi dibandingkan dengan deteksi asam nukleat (Li et al, 2020).

2.1.9 Pencegahan COVID-19

Vaksin sebagai cara yang paling efektif dan ekonomis untuk mencegah penyakit menular membuat pengembangan dari vaksin untuk memerangi infeksi SARS-CoV-2 sangat diperlukan. Adapun uji klinis yang harus dilewati yakni Uji preklinis pada hewan seperti tikus dan kerbau, uji klinis fase 1 subjek puluhan orang menilai keamanan, dosis dan juga stimulasi system imun selanjutnya uji klinis fase 2 subjek ratusan orang dilanjutkan dengan subjek ribuan orang pada

klinis fase 3 untuk menilai efikasi dan *approval* yaitu vaksin dapat diberikan secara luas (Rengganis,2020).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK. 01.07 / MENKES / 9860 / 2020, ditetapkan bahwa jenis vaksin COVID-19 yang dapat digunakan di Indonesia adalah vaksin yang diproduksi oleh PT Bio Farma (Persero), AstraZeneca, China National Pharmaceutical Group Corporation (Sinopharm), Moderna, Pfizer Inc and BioNTech, dan Sinovac Biotech Ltd. Jenis vaksin tersebut adalah vaksin yang masuk dalam tahap pelaksanaan uji klinik tahap ketiga atau telah selesai uji klinik tahap ketiga, dan dapat digunakan hanya jika mendapat Izin Edar atau persetujuan penggunaan pada masa darurat (Emergency Use Authorization) dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (KEMENKES, 2020a ; DIRJEN P2P, 2021).

Vaksin pertama yang diadakan oleh pemerintah adalah vaksin CoronaVac yang diproduksi oleh Sinovac Biotech dan didaftarkan di Indonesia oleh PT. Bio Farma. Keputusan ini diambil setelah sebelumnya dilakukan pengkajian terhadap hasil data-data yang disampaikan oleh PT Bio Farma serta melalui berbagai pembahasan yang dilakukan bersama Komite Nasional Penilai Obat dan Para Ahli pada bulan Desember 2020 dan Januari 2021 dalam evaluasi dan diskusi yang komprehensif terhadap data dukung dan bukti ilmiah yang menunjang aspek keamanan, khasiat dan mutu dari vaksin CoronaVac diperoleh dari studi klinik fase 3 di Indonesia, Turki dan Brazil yang dipantau sampai periode 3 bulan setelah penyuntikan dosis yang ke 2, secara keseluruhan menunjukkan vaksin CoronaVac aman dengan kejadian efek samping yang ditimbulkan bersifat ringan hingga sedang, yaitu efek samping lokal berupa nyeri, indurasi (iritasi), kemerahan dan pembengkakan dan efek samping sistemik berupa myalgia (nyeri otot), fatigue, dan demam (BPOM, 2021a ; BPOM, 2021b).

Pencegahan COVID-19 masih bisa dicegah dengan cara yang sederhana yaitu *Social Distancing* / *Physical Distancing* sebagai berikut: (Chen Q et al, 2020; Gugus Tugas, 2020)

- a. Cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air yang bersih selama 20 detik, bisa menggunakan hand sanitizer berbasis alkohol yang setidaknya 60% jika air dan sabun tidak tersedia.
- b. Hindari menyentuh pada daerah wajah terutama mata, hidung dan mulut dengan tangan yang belum dicuci.
- c. Sebisa mungkin menghindari kontak dengan orang yang sedang sakit
- d. Bersihkan dan juga lakukan disinfeksi secara rutin permukaan dan benda yang sering disentuh
- e. Menggunakan masker medis merupakan salah satu cara pencegahan penularan penyakit saluran napas, termasuk infeksi COVID-19
- f. Tutupi mulut dan hidung saat batuk atau bersin dengan menggunakan tisu.
- g. Buang tisu pada tempat yang telah ditentukan

2.2 Persepsi Risiko

2.2.1 Pengertian Persepsi Risiko

Persepsi risiko merujuk pada penilaian subjektif manusia tentang kemungkinan kejadian negatif seperti cedera, penyakit, dan kematian (Paek & Hove, 2017). Menurut Yildirim dan Güler (2020), persepsi risiko merupakan pemahaman subjektif seseorang terhadap suatu bahaya yang mengacu pada evaluasi psikologis individu tentang kemungkinan dan konsekuensi dari hasil yang merugikan (Diana, Z dkk., 2021). Persepsi risiko seringkali ditargetkan dalam intervensi perubahan perilaku sehat dan bukti meta-analisis terbaru menyatakan bahwa intervensi yang berhasil melibatkan dan mengubah persepsi risiko, mampu menghasilkan peningkatan dalam perilaku kesehatan (Ferrer R & Klein WM, 2015).

Persepsi risiko memiliki dua dimensi utama, yaitu dimensi kognitif yang berhubungan dengan besarnya pengetahuan dan pemahaman seseorang tentang risiko, dan dimensi emosional yang berhubungan dengan perasaan seseorang terhadap risiko tersebut (Paek & Hove, 2017). Teori *Health Belief Model* (HBM) mengidentifikasi empat tipe persepsi risiko sebagai penentu perilaku sehat, yaitu kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, dan

batasan yang dirasakan. (Janz & Becker, 1984). Persepsi risiko merupakan prekursor penting terhadap perilaku yang direkomendasikan oleh ahli, untuk mengatasi atau mencegah risiko, seperti vaksinasi, cuci tangan, penggunaan sabuk pengaman, dan skrining awal penyakit (Paek & Hove, 2017).

Pemahaman subjektif seseorang tentang risiko dapat mempengaruhi perilaku individu dalam konteks bahaya baru, yang tidak dapat diamati, dan tidak dapat diprediksi seperti COVID-19. Orang memiliki kemampuan untuk beradaptasi dengan situasi baru jika berpikir bahwa berada di bawah risiko infeksi penyakit yang berpotensi menyebabkan konsekuensi kesehatan yang serius (Slovic, Fischhoff, Lichtenstein & Roe, 1981).

Sebagai contoh, persepsi individu tentang risiko bahaya COVID-19 dapat memicu masyarakat untuk terlibat dalam perilaku pencegahan termasuk tinggal di rumah, menghindari kerumunan, menjaga jarak fisik maupun sosial, menjaga kebersihan pribadi seperti mencuci tangan, memakai masker dan lain-lain (Yıldırım dan Güler, 2020; Diana, Z dkk., 2021).

2.2.2. Faktor-Faktor Persepsi Risiko

Persepsi dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain faktor belajar, motivasi dan karena ada beberapa faktor yang bersifat subjektif yang mempengaruhi, maka kesan yang diperoleh masing-masing individu akan berbeda satu sama lain. Empat karakteristik penting dari faktor faktor pribadi yang terdapat dalam persepsi, yaitu:

- a. Faktor- faktor ciri dari objek stimulus.
- b. Faktor-faktor pribadi seperti intelegensi, minat.
- c. Faktor-faktor pengaruh kelompok.
- d. Faktor-faktor perbedaan latar belakang kultural.

Dari uraian di atas dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa persepsi dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal, yaitu faktor pemersepsi (perceiver), objek yang dipersepsi dan konteks situasi persepsi dilakukan (Fitri, NK. 2021). Teori lain tentang persepsi risiko menyatakan beberapa faktor yang mempengaruhi pembentukan dan perubahan persepsi risiko. Manusia banyak

belajar terkait risiko berbagai masalah secara tidak langsung, baik dari sesama manusia maupun media. Media memiliki peran penting dalam membentuk dan mempengaruhi persepsi risiko. Faktor-faktor ini meliputi jumlah liputan media, gambaran yang digunakan untuk mempresentasikan risiko, valensi dan nada liputan media, jenis dan kepercayaan terhadap sumber informasi, pesan yang disampaikan, dan jenis media (Brown VJ, 2014; Paek & Hove, 2017)

2.3 Komunikasi Risiko

2.3.1 Definisi Komunikasi Risiko

Dahulu, komunikasi risiko dikenal sebagai penyebaran informasi kepada publik tentang risiko dan kejadian kesehatan, seperti wabah penyakit dan instruksi tentang cara mengubah perilaku untuk mengurangi risiko tersebut. Saat ini, komunikasi risiko diakui sebagai komunikasi dua arah dan multi arah dengan populasi terdampak, sehingga mereka dapat mengambil keputusan yang tepat untuk melindungi diri mereka sendiri dan orang yang mereka cintai (Gaya G, 2014).

Berdasarkan beberapa model, setiap individu menunjukkan beberapa tindakan dalam proses komunikasi risiko: (1) mendapatkan peringatan, (2) mendapatkan gambaran tentang hal terkait, (3) menerima atau percaya pentingnya pesan yang disampaikan, (4) mempertahankan kebenaran interpretasi yang mereka miliki di hadapan orang lain, dan (5) mengambil tindakan terhadap pesan yang didapatkan untuk menyelamatkan nyawa dan harta benda mereka (Heydari et al, 2021).

Komunikasi risiko merupakan kombinasi dua aspek, yaitu komunikasi internal yang merujuk kepada situasi dimana penilai risiko dan manajer mengembangkan pemahaman yang sama tentang tugas dan tanggung jawab mereka. Hal ini memungkinkan penilai risiko dan manajer untuk menilai potensi dan kemungkinan *outcome* sesuai informasi. Sedangkan komunikasi eksternal mencakup kesadaran pemangku kepentingan tentang dampak negatif risiko dan pengakuan mereka tentang peran mereka dalam tata kelola risiko dan inisiasi

perilaku yang berbeda (Zhang L et al. 2020). Lundgren dan McMakin mengkarakteristikan tiga bentuk komunikasi risiko, yaitu: (Heydari et al, 2021)

- a. *Care communication*: komunikasi risiko kesehatan dan keamanan, risiko bahaya dan cara menghadapinya
- b. *Consensus communication*: komunikasi risiko untuk menginformasikan dan menguatkan kelompok untuk bekerjasama menjangkau organisasi membantu mengurangi kompleksitas suatu masalah.
- c. *Crisis communication*: komunikasi risiko dalam fase ekstrem, bahaya mendadak, seperti *outbreak* penyakit mematikan.

2.3.2 Unsur-Unsur Penting Dalam Komunikasi Risiko

Publik menerima, menafsirkan, dan mengevaluasi pesan sebelum mengambil tindakan. *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), *US Department of Health and Human Resources* menekankan pentingnya memperhatikan unsur-unsur komunikasi risiko sebagai berikut:

- a. Ketepatan informasi dan kecepatan penyampaian. Lembaga yang pertama memberikan informasi akan dianggap sebagai sumber informasi utama. Tanggapan cepat menunjukkan ada sistem yang diterapkan dan tindakan yang sesuai sedang diambil. Namun kecepatan memberikan informasi atau tanggapan bukan berarti mengorbankan keakuratan atau ketepatan informasi. Informasi yang di kemudian hari diralat, justru akan mengurangi kredibilitas. Seyogyanya, informasi harus berdasarkan data dan fakta, serta dibawakan oleh juru bicara kompeten, misal dari segi jabatan, pengetahuan, pendidikan, atau pengalaman dalam isu terkait. Apabila tidak ada informasi atau tanggapan cepat, publik mungkin kehilangan kepercayaan pada kemampuan organisasi untuk merespons dan akan beralih ke sumber lain yang kurang kredibel.
- b. Empati dan keterbukaan. Empati bisa dirasakan publik apabila si pembawa pesan dan isi pesan menunjukkan kepedulian, ketulusan, komitmen, dan dedikasi. Selain itu pesan dan si pembawa pesan harus dipercaya, jujur, dan terbuka. Bukan berarti harus memberikan seluruh informasi namun

harus dianggap tidak menutupi fakta. Hal ini bisa diraih dengan menjalankan komunikasi dua arah antara si pembawa pesan dan publik yang dituju. Pemilihan saluran media berperan dalam menunjukkan empati dan keterbukaan pembawa dan isi pesan. Misalnya konferensi pers atau acara temu warga yang memungkinkan dialog dua arah, televisi memungkinkan publik menyaksikan ketulusan dan dedikasi saat pembawa pesan berada di tengah-tengah korban bencana (Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Kemenkes RI, 2021).

2.3.3 Tujuan Komunikasi Risiko

Tujuan komunikasi risiko ialah menginformasikan pada masyarakat, terutama khalayak sasaran, tentang risiko kesehatan yang dihadapi, sehingga berdasarkan informasi tersebut khalayak sasaran dapat mengambil keputusan untuk melakukan perilaku pencegahan dan perlindungan dari krisis kesehatan tersebut. Agar khalayak sasaran mengadopsi atau mengubah perilaku, harus dipikirkan tujuan akhir secara spesifik. Perilaku khusus apa yang diinginkan dari berbagai kelompok khalayak sasaran untuk memastikan tujuan tercapai? Perencanaan kegiatan komunikasi risiko strategis mensyaratkan tujuan komunikasi harus rinci, terukur, tepat sasaran, dan sesuai konteks berdasarkan batasan waktu tertentu. Dengan kata lain, tujuan komunikasi harus SMART, yaitu:

- a. *Specific*: Jangan terlalu umum, harus jelas dan spesifik perilaku yang dituju.
- b. *Measurable*: Terukur dampak keberhasilannya.
- c. *Accurate*: Perilaku yang diharapkan dilakukan secara tepat oleh khalayak sasaran.
- d. *Relevant*: Sesuai dengan kebutuhan khalayak sasaran.
- e. *Time Frame*: Jelas kapan batasan waktunya (Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Kemenkes RI, 2021).

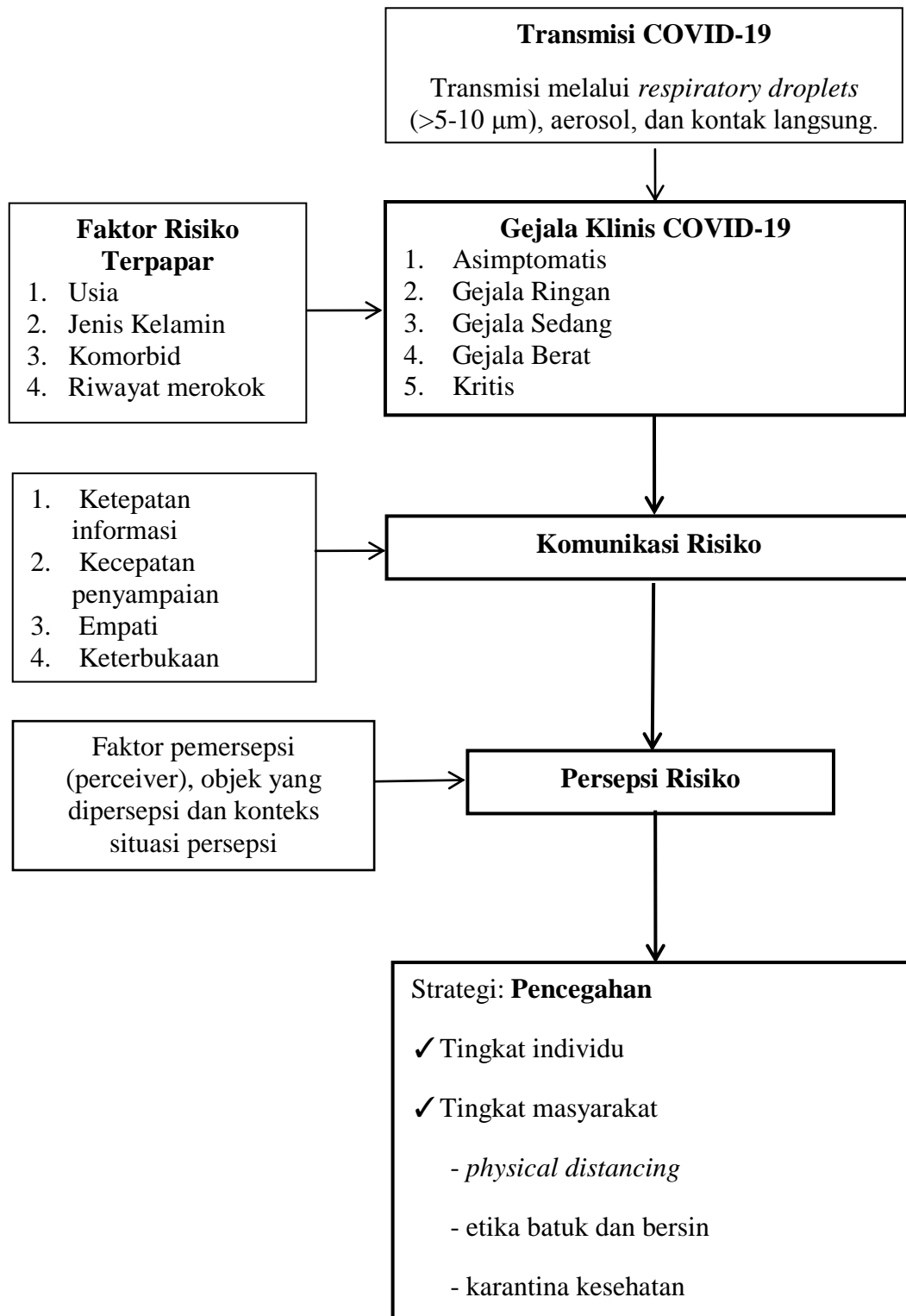
2.4 Hubungan Komunikasi Risiko dengan Persepsi Risiko

Komunikasi risiko memiliki konsekuensi perilaku. Komunikasi risiko seringkali ditemukan meningkatkan persepsi risiko. Dalam hal ini, penyediaan informasi risiko dapat bermanfaat dalam mengubah persepsi risiko dengan perubahan selanjutnya mempengaruhi persepsi risiko pada perilaku. Studi sebelumnya mengkonfirmasi implikasi dari praktik komunikasi risiko terhadap perubahan perilaku, dan hubungan antara persepsi risiko dan perilaku juga dikonfirmasi (Heydari et al, 2021).

Komunikasi risiko yang efektif bergantung pada pemahaman bahwa banyak faktor yang terlibat dalam persepsi risiko dan bertujuan untuk membantu individu mengambil keputusan yang terbaik untuk kesehatannya. Dari berbagai aspek emosional komunikasi risiko, kepercayaan merupakan pusatnya. Para ilmuwan dan ahli lain yang secara rutin berbicara dengan kelompok awam tentang masalah kesehatan lingkungan menemukan bahwa orang akan menghadapi masalah dengan ketakutan, kemarahan, dan ketidakpercayaan yang besar jika mereka merasa kekhawatiran mereka telah disalahgunakan. Hal yang membuat orang paling marah dan paling tidak percaya adalah ketika mereka tidak tahu apa risiko paparan, merasa telah disesatkan tentang risiko, atau terpapar tanpa persetujuan mereka. (Heydari et al, 2021).

Persepsi risiko menjadi tantangan signifikan bagi usaha komunikasi risiko. Schmäzle (2017) mengklaim bahwa komunikasi risiko dapat diperluas untuk meningkatkan persepsi risiko untuk mempromosikan perilaku. Jika pemahaman publik tentang risiko dlebih-lebihkan, maka individu dapat didorong ke dalam situasi, untuk pengelolaan yang mereka tidak siap. Jika pemahaman mereka rendah, maka mereka dapat dicabut haknya dari keputusan, yang dapat dan harus dibuat (Heydari et al, 2021).

2.5 Kerangka Teori



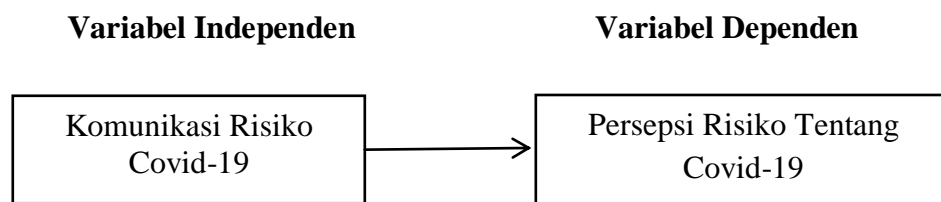
Gambar 2.4. Kerangka Teori

2.6 Hipotesis Penelitian

Ha: Terdapat hubungan antara komunikasi risiko dan persepsi risiko tentang COVID-19 di Masyarakat Kota Medan.

H0: Tidak terdapat hubungan antara komunikasi risiko dan persepsi risiko tentang COVID-19 di Masyarakat Kota Medan.

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.5. Kerangka Konsep