**REKOMENDASI**

**MERS**

**DINAS KESEHATAN KOTA BLITAR**

**2025**

**1. Pendahuluan**

**a. Latar belakang penyakit**

*Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) merupakan penyakit pernapasan akut yang disebabkan oleh *Coronavirus* (MERS-CoV). Sejak pertama kali diidentifikasi di Arab Saudi pada tahun 2012, MERS-CoV telah menjadi perhatian kesehatan masyarakat global karena manifestasi klinisnya yang berat, sering kali menyebabkan pneumonia parah, sindrom gangguan pernapasan akut (*Acute Respiratory Distress Syndrome* - ARDS), gagal ginjal, hingga kematian. Tingkat fatalitas penyakit ini dilaporkan mencapai sekitar 35-45%, MERS-CoV menjadi salah satu *coronavirus* patogenik dengan dampak paling mematikan. Hingga saat ini, belum ditemukan vaksin atau terapi antivirus spesifik yang definitif, menjadikan pilar penanggulangan bertumpu pada deteksi dini, isolasi kasus, perawatan suportif, dan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang ketat.

MERS adalah penyakit yang disebabkan oleh virus MERS-CoV. Virus ini bersifat zoonosis, artinya menular antara hewan dan manusia. Penyakit ini banyak terdeteksi di negara Timur Tengah, khususnya yang terdapat banyak unta. Adapun, asal-usul virus ini belum sepenuhnya diketahui, tetapi kemungkinan berasal dari kelelawar lalu menular ke unta di masa lalu yang sulit terdeteksi. Merujuk beberapa laporan, jika manusia yang terinfeksi virus MERS, mereka sempat melakukan kontak langsung atau tidak langsung dengan unta yang terinfeksi. Setelah itu, penyakit ini bisa menyebabkan penularan dari satu manusia ke manusia lainnya. MERS dapat menimbulkan gejala yang mirip dengan flu biasa karena virus penyebabnya sejenis. Umumnya, gejala dari penyakit ini dirasakan dalam waktu 1 hingga 2 minggu setelah terinfeksi virus. Meski begitu, MERS bahkan tak menunjukkan gejala. Tapi, ada beberapa gejala MERS yang dapat timbul, antara lain: Demam. Batuk-batuk. Napas pendek. Gangguan pencernaan, seperti diare, mual, dan muntah. Nyeri otot, Sakit tenggorokan, Kesulitan bernapas. Selain itu, ada juga gejala yang kurang umum, yaitu: Batuk berdarah, Mual , muntah dan Diare. Tidak hanya itu, tanda-tanda pneumonia juga sering dialami oleh mereka yang mengidap MERS. Karena tahap-tahap awal penyakit ini sangat mirip dengan gejala flu lantaran MERS termasuk penyakit yang sulit dideteksi. Maka dari itu, disarankan untuk awas dan segera memeriksakan diri jika mengalami gejala-gejala yang sudah disebutkan di atas. Penting untuk diketahui juga bahwa MERS dengan tingkat keparahan yang tinggi dapat memicu gagal organ, terutama ginjal dan syok sepsis hingga kematian. Oleh karena itu, pengidapnya harus menerima perawatan medis darurat di rumah sakit.

MERS-CoV scara global tetap menjadi ancaman endemis di beberapa negara di Jazirah Arab, dengan unta dromedaris diidentifikasi sebagai reservoir utama dan sumber penularan zoonosis ke manusia. Meskipun mayoritas kasus dilaporkan dari wilayah Timur Tengah, penularan global telah terjadi melalui para pelancong yang terinfeksi, yang kemudian memicu wabah sekunder di luar wilayah endemis. Menyadari risiko ini, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia secara konsisten mengeluarkan pedoman dan surat edaran yang menyerukan peningkatan kewaspadaan nasional, terutama terkait dengan pergerakan warga negara Indonesia ke dan dari negara-negara terjangkit.

Ancaman MERS-CoV di Kota Blitar bukanlah ancaman yang bersifat konstan dan aktif, melainkan sebuah ancaman laten namun berpotensi aktif dengan konsekuensi yang berat. Vektor utama yang dapat mengaktivasi ancaman ini adalah perjalanan internasional ke wilayah endemis. Data menunjukkan bahwa pada tahun sebelumnya, sebanyak 174 jemaah haji berasal dari Kota Blitar. Kelompok ini, melalui paparan potensial di wilayah endemis, menjadi kanal paling signifikan dan dapat diprediksi untuk kemungkinan importasi kasus MERS-CoV ke dalam kota. Momen kepulangan jemaah haji merupakan periode kewaspadaan tertinggi yang harus diantisipasi setiap tahunnya.

Risiko ini diperkuat oleh profil Kota Blitar sebagai simpul transportasi regional. Keberadaan terminal bus antarkota dan stasiun kereta api yang beroperasi setiap hari menciptakan jaringan konektivitas yang tinggi dengan wilayah lain. Meskipun vital untuk perekonomian, konektivitas ini secara epidemiologis berfungsi sebagai jalur potensial untuk amplifikasi dan diseminasi penyakit. Satu kasus impor yang tidak terdeteksi dan tertangani dengan cepat berpotensi menyebar ke wilayah yang lebih luas melalui jaringan transportasi ini.

Penilaian risiko ini merupakan langkah proaktif untuk mengukur kesiapan kota menghadapi potensi aktivasi ancaman laten tersebut. Kerangka analisis risiko ini secara tepat memberikan skor ancaman tinggi dengan mempertimbangkan tingkat keparahan penyakit yang tinggi dan adanya jalur importasi yang jelas, meskipun probabilitas kejadiannya pada satu waktu tertentu rendah. Pemahaman ini menjadi justifikasi fundamental untuk investasi berkelanjutan dalam kesiapsiagaan, bahkan di tengah nihilnya kasus.

**b. Tujuan**

1. Memberikan panduan bagi daerah dalam melihat situasi dan kondisi penyakit infeksi emerging dalam hal ini penyakit Mers.
2. Dapat mengoptimalkan penyelenggaraan penanggulangan kejadian penyakit infeksi emerging di daerah Kabupaten.
3. Dapat di jadikan dasar bagi daerah dalam kesiapsiagaan dan penanggulangan penyakit infeksi emerging ataupun penyakit yang berpotensi wabah/KLB
4. Memberikan gambaran kuantitatif dan kualitatif mengenai tingkat risiko MERS-CoV di Kota Blitar, dengan membedah secara rinci setiap dimensi risiko: ancaman (*threat*), kerentanan (*vulnerability*), dan kapasitas (*capacity*).
5. Mengidentifikasi subkategori kapasitas dengan tingkat kesiapan paling rendah (nilai risiko Rendah atau Abai) yang secara strategis menjadi prioritas utama untuk intervensi dan perbaikan.
6. Merumuskan rekomendasi strategis yang bersifat Spesifik, Terukur, Dapat Dicapai, Relevan, dan Berbatas Waktu (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, and Time-bound* - SMART) untuk mengatasi kesenjangan kapasitas yang teridentifikasi secara efektif dan efisien.

**2. Hasil Pemetaan Risiko**

**a. Penilaian ancaman**

Penetapan nilai risiko ancaman Mers terdapat beberapa kategori, yaitu T/tinggi, S/sedang, R/rendah, dan A/abai, Untuk Kabupaten Kota Blitar, kategori tersebut dapat dilihat pada tabel 1 di bawah ini:

Tabel 1. Penetapan Nilai Risiko Mers Kategori Ancaman Kabupaten Kota Blitar Tahun 2024

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **KATEGORI** | **SUBKATEGORI** | **NILAI PER KATEGORI** | **BOBOT (B)** | **INDEX (NXB)** |
| 1 | Karakteristik penyakit | Karakteristik penyakit (literatur/tim ahli) | **T** |  30.25  |  30.25  |
| 2 | Pengobatan | Pengobatan (literatur/tim ahli) | **T** |  6.90  |  6.90  |
| 3 | Pencegahan | Pencegahan (literatur/tim ahli) | **T** |  23.56  |  23.56  |
| 4 | Risiko importasi | Risiko importasi (literatur/tim ahli) | **T** |  11.25  |  11.25  |
| 5 | Attack Rate | Attack Rate (literatur/tim ahli) | **R** |  10.47  |  0.10  |
| 6 | Risiko penularan setempat | Risiko penularan setempat | **S** |  15.03  |  1.50  |
| 7 | Dampak ekonomi | Dampak ekonomi (penanggulangan) | **R** |  2.54  |  0.03  |

Berdasarkan hasil penilaian ancaman pada penyakit Mers terdapat 4 subkategori pada kategori ancaman yang masuk ke dalam nilai risiko Tinggi, yaitu :

1. Subkategori Karakteristik penyakit (literatur/tim ahli), alasannya karena penyakit ini memiliki tingkat fatalitas kasus yang tinggi, belum ada terapi antivirus spesifik yang terbukti efektif, dan tidak tersedianya vaksin untuk pencegahan primer. Faktor-faktor ini, yang didasarkan pada literatur ilmiah global, secara otomatis menempatkan MERS-CoV sebagai agen penyakit dengan tingkat ancaman intrinsik yang sangat tinggi.
2. Subkategori Pengobatan (literatur/tim ahli), alasannya karena penyakit ini memiliki tingkat fatalitas kasus yang tinggi, belum ada terapi antivirus spesifik yang terbukti efektif, dan tidak tersedianya vaksin untuk pencegahan primer. Faktor-faktor ini, yang didasarkan pada literatur ilmiah global, secara otomatis menempatkan MERS-CoV sebagai agen penyakit dengan tingkat ancaman intrinsik yang sangat tinggi.
3. Subkategori Pencegahan (literatur/tim ahli), alasannya karena penyakit ini memiliki tingkat fatalitas kasus yang tinggi, belum ada terapi antivirus spesifik yang terbukti efektif, dan tidak tersedianya vaksin untuk pencegahan primer. Faktor-faktor ini, yang didasarkan pada literatur ilmiah global, secara otomatis menempatkan MERS-CoV sebagai agen penyakit dengan tingkat ancaman intrinsik yang sangat tinggi.
4. Subkategori Risiko importasi (literatur/tim ahli), alasan nilai risiko yang tinggi pada subkategori ini secara langsung merefleksikan adanya pergerakan reguler dan dapat diprediksi dari populasi Kota Blitar ke zona endemis MERS-CoV. Sebagaimana telah diidentifikasi, keberangkatan 174 jemaah haji setiap tahunnya menciptakan sebuah "jembatan" epidemiologis yang menghubungkan Kota Blitar dengan pusat penyebaran virus, sehingga risiko introduksi kasus ke dalam kota menjadi signifikan dan nyata.

Berdasarkan hasil penilaian ancaman pada penyakit Mers terdapat 1 subkategori pada kategori ancaman yang masuk ke dalam nilai risiko Sedang, yaitu :

1. Subkategori Risiko penularan setempat, alasan risiko terjadinya penularan lokal yang berkelanjutan dinilai lebih rendah (Sedang). Hal ini kemungkinan besar disebabkan oleh tidak adanya reservoir hewan yang signifikan (seperti unta) di wilayah Blitar, yang membatasi potensi penularan zoonosis berulang. Selanjutnya, dampak ekonomi dinilai Rendah, yang dapat diinterpretasikan bahwa estimasi biaya penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) sebesar Rp 200,000,000 dianggap dapat dikelola dan tidak akan melumpuhkan ekonomi kota secara luas, dengan asumsi wabah dapat dikendalikan pada skala kecil.

**b. Penilaian Kerentanan**

Penetapan nilai risiko Kerentanan Mers terdapat beberapa kategori, yaitu T/tinggi, S/sedang, R/rendah, dan A/ abai, kategori tersebut dapat dilihat pada tabel 2 di bawah ini:

Tabel 2. Penetapan Nilai Risiko Mers Kategori Kerentanan Kabupaten Kota Blitar Tahun 2024

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **KATEGORI** | **SUBKATEGORI** | **NILAI PER KATEGORI** | **BOBOT (B)** | **INDEX (NXB)** |
| 1 | Perjalanan penduduk ke wilayah terjangkit | Perjalanan penduduk ke wilayah terjangkit | **R** |  50.48  |  0.50  |
| 2 | Transportasi antar provinsi dan antar kab/kota | Transportasi antar provinsi dan antar kab/kota | **T** |  25.96  |  25.96  |
| 3 | Karakteristik penduduk | Kepadatan penduduk | **T** |  16.35  |  16.35  |
| 4 | Karakteristik penduduk | Proporsi penduduk usia >60 tahun | **T** |  7.21  |  7.21  |

Berdasarkan hasil penilaian kerentanan pada penyakit Mers terdapat 3 subkategori pada kategori kerentanan yang masuk ke dalam nilai risiko Tinggi, yaitu :

1. Subkategori Transportasi antar provinsi dan antar kab/kota, alasannya subkategori ini menjadi kontributor utama kerentanan Kota Blitar. Keberadaan stasiun kereta api dan terminal bus utama dengan frekuensi layanan harian menjadikan kota ini sangat terhubung dengan daerah lain. Dalam konteks epidemiologi, konektivitas tinggi selain menguntungkan secara ekonomi, juga dapat menjadi metode diseminasi patogen. Individu yang terinfeksi dapat dengan cepat melakukan perjalanan ke atau dari Blitar, menyebarkan virus ke lokasi geografis yang lebih luas sebelum dapat dideteksi dan diisolasi.
2. Subkategori Kepadatan penduduk, alasannya dengan kepadatan mencapai 4,949 jiwa per kilometer persegi , potensi kontak dekat antar individu di ruang publik, transportasi, dan pemukiman menjadi sangat tinggi. Kepadatan ini menciptakan kondisi ideal untuk penularan
3. Subkategori Proporsi penduduk usia >60 tahun, alasannya data menunjukkan bahwa 12.5% dari populasi Kota Blitar berusia di atas 60 tahun. Hal ini merupakan kerentanan demografis yang kritis, karena usia lanjut, bersamaan dengan adanya penyakit komorbid, merupakan faktor risiko yang paling kuat untuk perkembangan penyakit MERS-CoV yang parah dan kematian. Proporsi populasi rentan yang besar ini berarti bahwa wabah di Blitar berpotensi menghasilkan beban morbiditas dan mortalitas yang tinggi.

**c. Penilaian kapasitas**

Penetapan nilai risiko Kapasitas Mers terdapat beberapa kategori, yaitu T/tinggi, S/sedang, R/rendah, dan A/ abai, kategori tersebut dapat dilihat pada tabel 3 di bawah ini

Tabel 3. Penetapan Nilai Risiko Mers Kategori Kapasitas Kabupaten Kota Blitar Tahun 2024

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **KATEGORI** | **SUBKATEGORI** | **NILAI PER KATEGORI** | **BOBOT (B)** | **INDEX (NXB)** |
| 1 | Kebijakan publik | Kebijakan publik | **S** |  5.11  |  0.51  |
| 2 | Kelembagaan | Kelembagaan | **T** |  8.19  |  8.19  |
| 3 | FasIlitas pelayanan kesehatan | Kapasitas Laboratorium | **T** |  1.70  |  1.70  |
| 4 | FasIlitas pelayanan kesehatan | Rumah Sakit Rujukan | **R** |  6.98  |  0.07  |
| 5 | Surveilans (Sistem Deteksi Dini) | Surveilans wilayah oleh Puskesmas | **T** |  10.99  |  10.99  |
| 6 | Surveilans (Sistem Deteksi Dini) | Surveilans Rumah Sakit | **T** |  12.09  |  12.09  |
| 7 | Surveilans (Sistem Deteksi Dini) | Surveilans pintu masuk oleh KKP | **T** |  9.89  |  9.89  |
| 8 | Promosi | Promosi peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan | **T** |  8.79  |  8.79  |
| 9 | Kesiapsiagaan | Tim Gerak Cepat | **R** |  9.34  |  0.09  |
| 10 | Kesiapsiagaan | Kompetensi penyelidikan epidemiologi MERS-CoV | **S** |  10.44  |  1.04  |
| 11 | Kesiapsiagaan | Rencana Kontijensi | **T** |  3.85  |  3.85  |
| 12 | Anggaran penanggulangan | Anggaran penanggulangan | **T** |  12.64  |  12.64  |

Berdasarkan hasil penilaian kapasitas pada penyakit Mers terdapat 2 subkategori pada kategori kapasitas yang masuk ke dalam nilai risiko Rendah, yaitu :

1. Subkategori Rumah Sakit Rujukan, alasan data pada pertanyaan 17 secara eksplisit menyatakan bahwa meskipun tim penanganan MERS-CoV di RS rujukan telah dibentuk sesuai pedoman, terdapat anggota yang "ada yang belum terlatih". Kekurangan ini, meskipun hanya satu poin data, cukup untuk menurunkan skor keseluruhan subkategori secara drastis. Ini mengindikasikan bahwa investasi mungkin telah difokuskan pada infrastruktur fisik, namun mengabaikan pengembangan kompetensi personel. Fasilitas lengkap menjadi tidak efektif jika staf yang mengoperasikannya tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan spesifik untuk menangani penyakit yang sangat menular dan berbahaya seperti MERS-CoV.
2. Subkategori Tim Gerak Cepat, alasannya adanya kesenjangan antara kepatuhan administratif dan kompetensi operasional. Kota Blitar secara formal telah membentuk TGC, memenuhi persyaratan kebijakan. Namun, hanya 50% dari anggota TGC yang telah memiliki sertifikat pelatihan penanggulangan KLB. Lebih jauh lagi, pengalaman praktis tim sangat terbatas, yakni  hanya pernah mengikuti simulasi berbasis diskusi (*tabletop exercise*) dan belum pernah terlibat langsung dalam penyelidikan epidemiologi kasus suspek/konfirmasi MERS. Ini merupakan defisit kapabilitas yang kritis dimana pedoman nasional mengamanatkan TGC sebagai unit respons lapangan yang terlatih dan teruji , bukan sekadar entitas administratif. Tanpa pelatihan yang memadai dan uji coba lapangan, kemampuan TGC untuk melakukan investigasi kontak, pengambilan sampel, dan implementasi kontrol di bawah tekanan krisis kemungkinan kurang berjalan optimal

**d. Karakteristik risiko (tinggi, rendah, sedang)**

Penetapan nilai karakteristik risiko penyakit Mers didapatkan berdasarkan pertanyaan dari pengisian Tools pemetaan yang terdiri dari kategori ancaman, kerentanan, dan kapasitas, maka di dapatkan hasil karakteristik risiko tinggi, rendah, dan sedang. Untuk karakteristik resiko Kabupaten Kota Blitar dapat di lihat pada tabel 4.

Tabel 4. Penetapan Karakteristik Risiko Mers Kabupaten Kota Blitar Tahun 2024.

|  |  |
| --- | --- |
| Provinsi | **Jawa Timur** |
| Kota | **Kota Blitar** |
| Tahun | **2025** |

|  |
| --- |
| **RESUME ANALISIS RISIKO MERS** |
| **Ancaman** |  73.59  |
| **Kerentanan** |  50.02  |
| **Kapasitas** |  69.85  |
| **RISIKO** | **52.70** |
| **Derajat Risiko** | **SEDANG** |

Berdasarkan hasil dari pemetaan risiko Mers di Kabupaten Kota Blitar untuk tahun 2024, dihasilkan analisis berupa nilai ancaman sebesar 73.59 dari 100, sedangkan untuk kerentanan sebesar 50.02 dari 100 dan nilai untuk kapasitas sebesar 69.85 dari 100 sehingga hasil perhitungan risiko dengan rumus Nilai Risiko = (Ancaman x Kerentanan)/ Kapasitas, diperoleh nilai 52.70 atau derajat risiko SEDANG

**3. Rekomendasi**

| **NO** | **SUBKATEGORI** | **REKOMENDASI** | **PIC** | **TIMELINE** | **KET** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Tim Gerak Cepat (TGC) | **Peningkatan Kompetensi SDM:** Mengirimkan 50% anggota TGC yang belum bersertifikat untuk mengikuti "Pelatihan Penanggulangan KLB dan Wabah untuk TGC di Puskesmas" atau pelatihan sejenis yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan, Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK), atau lembaga terakreditasi lainnya. Pelatihan harus mencakup semua aspek respons KLB, dari surveilans hingga komunikasi risiko | Kepala Bidang P2P, Tim Kerja Surveilans & ImunisasiKepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan SDK | Januari – September 2026 |  |
|  |  | **Penguatan Kesiapan Operasional:** Merancang dan melaksanakan minimal 1 (satu) kali simulasi lapangan skala penuh (*full-scale field simulation*) penanganan suspek MERS-CoV. Skenario harus komprehensif dan menguji seluruh rantai respons: deteksi kasus di Puskesmas, pelaporan cepat ke Dinkes, aktivasi dan pengerahan TGC, pelaksanaan penyelidikan epidemiologi (termasuk pelacakan kontak), prosedur rujukan pasien yang aman ke RS Rujukan, dan penyampaian informasi awal kepada publik melalui juru bicara yang ditunjuk | Kepala Bidang P2P, Tim Kerja Surveilans & ImunisasiKepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan SDK | Oktober – Desember 2026 |  |
| 2 | Rumah Sakit Rujukan | **Validasi dan Standarisasi Kapasitas:** Melakukan audit internal komprehensif di RS Rujukan yang telah ditunjuk. Audit harus secara spesifik membandingkan kondisi riil (ketersediaan dan kompetensi SDM, alur pasien, ketersediaan dan penggunaan APD, prosedur dekontaminasi, kesiapan laboratorium) dengan pedoman nasional seperti "Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi MERS-CoV" dari Kemenkes dan Kepmenkes terkait Penetapan RS Rujukan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu. | Kepala Bidang Yankes, Direktur RS Rujukan | Januari – Maret 2026 |  |
|  |  | **Pelatihan Tatalaksana Kasus dan PPI:** Menyelenggarakan pelatihan penyegaran (*refresher training*) atau *in-house training* yang bersifat wajib bagi **seluruh** anggota tim penanganan MERS-CoV di RS Rujukan, terutama yang teridentifikasi belum terlatih. Materi harus berfokus pada tatalaksana klinis MERS-CoV, prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) spesifik untuk *airborne pathogens*, serta praktik penggunaan dan pelepasan APD yang benar (*donning and doffing* | Direktur RS Rujukan, Komite PPI RS, Komite Diklat RS | April – Juni 2026 |  |
| 3 | Kompetensi Penyelidikan MERS COV | **Peningkatan Kompetensi Melalui Integrasi:** Mengintegrasikan skenario penyelidikan epidemiologi MERS-CoV (atau PIE pernapasan lainnya) ke dalam kegiatan surveilans aktif rutin. Contohnya, setiap ada laporan kasus *Severe Acute Respiratory Infection* (SARI) di rumah sakit yang etiologinya tidak diketahui, tim surveilans dapat memanfaatkannya sebagai ajang latihan (*on-the-job training*) untuk melakukan investigasi layaknya investigasi KLB skala kecil, termasuk wawancara mendalam dan pelacakan kontak terbatas. | Tim Kerja Surveilans & Imunisasi, Bidang P2P | April – Juni 2026 |  |
| 4 | Kebijakan Publik | **Penguatan Landasan Hukum:** Mengadvokasi dan memfasilitasi proses untuk meningkatkan status kebijakan dari Surat Edaran menjadi **Surat Keputusan (SK) Walikota Blitar** tentang Pembentukan Tim Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging (PIE) dan Rencana Kontijensi Kota Blitar. SK Walikota akan memberikan mandat hukum yang lebih kuat, memperjelas struktur komando, dan melegitimasi permintaan dukungan sumber daya lintas Organisasi Perangkat Daerah (OPD) saat krisis. | Kepala Dinas Kesehatan | April – Juni 2026 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Blitar, 15 Juli 2025 |
|  | Kepala Dinas Kesehatan Kota Blitar |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | dr. Dharma Setiawan, M.MkesNIP. 196803052001121003 |
|  |  |

**TAHAPAN MEMBUAT DOKUMEN REKOMENDASI DARI HASIL ANALISIS RISIKO PENYAKIT MERS**

**Langkah pertama adalah MERUMUSKAN MASALAH**

**1. MENETAPKAN SUBKATEGORI PRIORITAS**

Subkategori prioritas ditetapkan dengan langkah sebagai berikut:

1. Memilih maksimal lima (5) subkategori pada setiap kategori kerentanan dan kapasitas
2. Lima sub kategori kerentanan yang dipilih merupakan subkategori dengan nilai risiko kategori kerentanan tertinggi (urutan dari tertinggi: Tinggi, Sedang, Rendah, Abai) dan bobot tertinggi
3. Lima sub kategori kapasitas yang dipilih merupakan subkategori dengan nilai risiko kategori kapasitas terendah (urutan dari terendah: Abai, Rendah, Sedang, Tinggi) dan bobot tertinggi

**2. Menetapkan Subkategori yang dapat ditindaklanjuti**

1. Dari masing-masing lima Subkategori yang dipilih, ditetapkan masing-masing maksimal tiga subkategori dari setiap kategori kerentanan dan kapasitas.
2. Pemilihan tiga subkategori berdasarkan bobot tertinggi (kerentanan) atau bobot terendah (kapasitas) dan/atau pertimbangan daerah masing-masing.
3. Untuk penyakit MERS, subkategori pada kategori kerentanan tidak perlu ditindaklanjuti karena tindak lanjutnya akan berkaitan dengan kapasitas.
4. Kerentanan tetap menjadi pertimbangan dalam menentukan rekomendasi.

Tabel Isian :

**Penetapan Subkategori prioritas pada kategori kapasitas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **SUBKATEGORI** | **BOBOT** | **NILAI RISIKO** |
| 1 | Tim Gerak Cepat |  9.34  | **R** |
| 2 | Rumah Sakit Rujukan |  6.98  | **R** |
| 3 | Kompetensi penyelidikan epidemiologi MERS-CoV |  10.44  | **S** |
| 4 | Kebijakan publik |  5.11  | **S** |

**3. Menganalisis inventarisasi masalah dari setiap subkategori yang dapat ditindaklanjuti**

1. Memilih minimal satu pertanyaan turunan pada subkategori prioritas dengan nilai jawaan paling rendah/buruk
2. Setiap pertanyaan turunan yang dipilih dibuat inventarisasi masalah melalui metode 5M (man, method, material, money, dan machine)

**Kerentanan**

| **NO** | **SUBKATEGORI** | **MAN** | **METHOD** | **MATERIAL** | **MONEY** | **MACHINE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Tim Gerak Cepat | kesenjangan kompetensi sumber daya manusia. Data secara jelas menunjukkan bahwa hanya 50% anggota TGC yang memiliki sertifikat pelatihan penanggulangan KLB | Metode pelatihan dan pengujian kesiapan tim saat ini tidak memadai. |  |  |  |
| 2 | Rumah Sakit Rujukan | Keterlatihan sumber daya manusia yang tidak merata. | Proses internalisasi dan pelatihan SOP yang belum menjangkau seluruh personel kunci |  |  |  |
| 3 | Kompetensi penyelidikan epidemiologi MERS-CoV | Kurangnya pengalaman praktis dan pelatihan yang komprehensif | Belum ada integrasi sistematis antara skenario PIE ke dalam kegiatan surveilans rutin. |  |  |  |
| 4 | Kebijakan Publik |  |  | Landasan hukum perlu dilakukan pembentukan untuk memperkuat kebijakan di tingkat kota |  |  |

**4. Poin-point masalah yang harus ditindaklanjuti**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Peningkatan kompetensi SDM |
| 2 | Penguatan kesiapan operasional |
| 3 | Validasi dan standarisasi kapasitas |
| 4 | Pelatihan tatalaksana kasus dan PPI |
| 5 | Penguatan landasan hukum |
| 6 | Peningkatan kompetensi melalui integrasi |

**5. Rekomendasi**

| **NO** | **SUBKATEGORI** | **REKOMENDASI** | **PIC** | **TIMELINE** | **KET** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Tim Gerak Cepat (TGC) | **Peningkatan Kompetensi SDM:** Mengirimkan 50% anggota TGC yang belum bersertifikat untuk mengikuti "Pelatihan Penanggulangan KLB dan Wabah untuk TGC di Puskesmas" atau pelatihan sejenis yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan, Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK), atau lembaga terakreditasi lainnya. Pelatihan harus mencakup semua aspek respons KLB, dari surveilans hingga komunikasi risiko | Kepala Bidang P2P, Tim Kerja Surveilans & ImunisasiKepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan SDK | Januari – September 2026 |  |
|  |  | **Penguatan Kesiapan Operasional:** Merancang dan melaksanakan minimal 1 (satu) kali simulasi lapangan skala penuh (*full-scale field simulation*) penanganan suspek MERS-CoV. Skenario harus komprehensif dan menguji seluruh rantai respons: deteksi kasus di Puskesmas, pelaporan cepat ke Dinkes, aktivasi dan pengerahan TGC, pelaksanaan penyelidikan epidemiologi (termasuk pelacakan kontak), prosedur rujukan pasien yang aman ke RS Rujukan, dan penyampaian informasi awal kepada publik melalui juru bicara yang ditunjuk | Kepala Bidang P2P, Tim Kerja Surveilans & ImunisasiKepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan SDK | Oktober – Desember 2026 |  |
| 2 | Rumah Sakit Rujukan | **Validasi dan Standarisasi Kapasitas:** Melakukan audit internal komprehensif di RS Rujukan yang telah ditunjuk. Audit harus secara spesifik membandingkan kondisi riil (ketersediaan dan kompetensi SDM, alur pasien, ketersediaan dan penggunaan APD, prosedur dekontaminasi, kesiapan laboratorium) dengan pedoman nasional seperti "Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi MERS-CoV" dari Kemenkes dan Kepmenkes terkait Penetapan RS Rujukan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu. | Kepala Bidang Yankes, Direktur RS Rujukan | Januari – Maret 2026 |  |
|  |  | **Pelatihan Tatalaksana Kasus dan PPI:** Menyelenggarakan pelatihan penyegaran (*refresher training*) atau *in-house training* yang bersifat wajib bagi **seluruh** anggota tim penanganan MERS-CoV di RS Rujukan, terutama yang teridentifikasi belum terlatih. Materi harus berfokus pada tatalaksana klinis MERS-CoV, prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) spesifik untuk *airborne pathogens*, serta praktik penggunaan dan pelepasan APD yang benar (*donning and doffing* | Direktur RS Rujukan, Komite PPI RS, Komite Diklat RS | April – Juni 2026 |  |
| 3 | Kompetensi Penyelidikan MERS COV | **Peningkatan Kompetensi Melalui Integrasi:** Mengintegrasikan skenario penyelidikan epidemiologi MERS-CoV (atau PIE pernapasan lainnya) ke dalam kegiatan surveilans aktif rutin. Contohnya, setiap ada laporan kasus *Severe Acute Respiratory Infection* (SARI) di rumah sakit yang etiologinya tidak diketahui, tim surveilans dapat memanfaatkannya sebagai ajang latihan (*on-the-job training*) untuk melakukan investigasi layaknya investigasi KLB skala kecil, termasuk wawancara mendalam dan pelacakan kontak terbatas. | Tim Kerja Surveilans & Imunisasi, Bidang P2P | April – Juni 2026 |  |
| 4 | Kebijakan Publik | **Penguatan Landasan Hukum:** Mengadvokasi dan memfasilitasi proses untuk meningkatkan status kebijakan dari Surat Edaran menjadi **Surat Keputusan (SK) Walikota Blitar** tentang Pembentukan Tim Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging (PIE) dan Rencana Kontijensi Kota Blitar. SK Walikota akan memberikan mandat hukum yang lebih kuat, memperjelas struktur komando, dan melegitimasi permintaan dukungan sumber daya lintas Organisasi Perangkat Daerah (OPD) saat krisis. | Kepala Dinas Kesehatan | April – Juni 2026 |  |

**6. Tim penyusun**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **NAMA** | **JABATAN** | **INSTANSI** |
| 1 | dr. Dissie Laksmonowati Arlini | Kepala Bidang P2P | Dinas Kesehatan Kota Blitar |
| 2 | Hanien Firmansyah | Epidemiolog Kesehatan Ahli Pertama | Dinas Kesehatan Kota Blitar |