

REKOMENDASI MERS



DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOVEN DIGOEL

2026

1. Pendahuluan

a. Latar belakang penyakit

MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*) adalah penyakit yang menyerang sistem pernapasan. Gangguan ini terjadi akibat virus corona yang menyerang saluran pernapasan mulai dari yang ringan sampai berat. Pada beberapa kasus, gejalanya dapat menyebabkan gangguan yang parah dan bahkan kematian. Kasus MERS pertama kali dilaporkan pada 2012. Sebagian besar kasus ditemukan di kawasan Timur Tengah, seperti Arab Saudi, Yordania, dan Yaman. Penyakit ini juga ditemukan di beberapa lokasi tempat orang-orang yang sebelumnya berada di Timur Tengah.

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.

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.

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 Boven Digoel, kategori tersebut dapat dilihat pada tabel 1 di bawah ini:

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)	S	2.54	0.25

Tabel 1. Penetapan Nilai Risiko Mers Kategori Ancaman Kabupaten Boven Digoel Tahun 2024

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), alasan MERS dapat menyebabkan pneumonia berat, gagal napas/gagal organ, dan kematian dengan CFR kasus dilaporkan sekitar 37%. (*WHO*).
2. Subkategori Pengobatan (literatur/tim ahli), alasan Belum tersedia vaksin dan terapi spesifik berlisensi; pengobatan masih bersifat suportif (*WHO*)
3. Subkategori Pencegahan (literatur/tim ahli), alasan Belum ada vaksin; penularan zoonotik dan antarmanusia dapat terjadi sehingga membutuhkan deteksi dini dan IPC yang ketat.
4. Subkategori Risiko importasi (literatur/tim ahli), alasan Kasus dapat diimpor oleh pelaku perjalanan dari wilayah Semenanjung Arab dan berpotensi menimbulkan penularan lokal, terutama di fasilitas kesehatan.

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

1. Subkategori Risiko penularan setempat, alasan MERS-CoV dapat menular antarmanusia melalui kontak erat, terutama di fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi penularan komunitas secara luas relatif terbatas.
2. Subkategori Dampak ekonomi (penanggulangan), alasan Penanggulangan memerlukan investigasi, isolasi, pelacakan kontak, pemeriksaan laboratorium, APD, dan pengendalian infeksi sehingga membutuhkan sumber daya dan biaya yang cukup besar.

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:

No.	KATEGORI	SUBKATEGORI	NILAI PER KATEGORI	BOBO T (B)	INDEX (NXB)
1	Perjalanan penduduk ke wilayah terjangkit	Perjalanan penduduk ke wilayah terjangkit	A	50.48	0.05

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	R	16.35	0.16
4	Karakteristik penduduk	Proporsi penduduk usia >60 tahun	A	7.21	0.01

Tabel 2. Penetapan Nilai Risiko Mers Kategori Kerentanan Kabupaten Boven Digoel Tahun 2024

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

1. Subkategori Transportasi antar provinsi dan antar kab/kota, alasan Tingginya mobilitas penduduk melalui transportasi antar provinsi dan antar kabupaten/kota meningkatkan potensi masuknya kasus MERS dari wilayah lain serta penyebaran kasus ke wilayah tujuan melalui kontak erat dan fasilitas pelayanan Kesehatan terutama perjalanan Haji dan Umrah ke Mekah.

Berdasarkan hasil penilaian kerentanan pada penyakit Mers terdapat 0 subkategori pada kategori kerentanan yang masuk ke dalam nilai risiko Sedang.

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

No.	KATEGORI	SUBKATEGORI	NILAI PER KATEGORI	BOBOT (B)	INDEX (NXB)
1	Kebijakan publik	Kebijakan public	A	5.11	0.01
2	Kelembagaan	Kelembagaan	S	8.19	0.82
3	Fasllitas pelayanan kesehatan	Kapasitas Laboratorium	A	1.70	0.00
4	Fasllitas pelayanan kesehatan	Rumah Sakit Rujukan	A	6.98	0.01
5	Surveilans (Sistem Deteksi Dini)	Surveilans wilayah oleh Puskesmas	R	10.99	0.11
6	Surveilans (Sistem Deteksi Dini)	Surveilans Rumah Sakit	T	12.09	12.09
7	Surveilans (Sistem Deteksi Dini)	Surveilans pintu masuk oleh KKP	R	9.89	0.10
8	Promosi	Promosi peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan	A	8.79	0.01
9	Kesiapsiagaan	Tim Gerak Cepat	A	9.34	0.01
10	Kesiapsiagaan	Kompetensi penyelidikan epidemiologi MERS-CoV	A	10.44	0.01
11	Kesiapsiagaan	Rencana Kontijensi	A	3.85	0.00

12	Anggaran penanggulangan	Anggaran penanggulangan	A	12.64	0.01
----	-------------------------	-------------------------	---	-------	------

Tabel 3. Penetapan Nilai Risiko Mers Kategori Kapasitas Kabupaten Boven Digoel Tahun 2024

Berdasarkan hasil penilaian kapasitas pada penyakit Mers terdapat 8 subkategori pada kategori kapasitas yang masuk ke dalam nilai risiko Abai, yaitu :

1. Subkategori Kebijakan publik, alasan Kebijakan/regulasi kewaspadaan MERS di daerah belum optimal sebagai dasar kesiapsiagaan dan penanggulangan.
2. Subkategori Kapasitas Laboratorium, alasan Ketersediaan tenaga kompeten/bersertifikat dan logistik pengelolaan spesimen MERS masih terbatas.
3. Subkategori Rumah Sakit Rujukan, alasan Kesiapan RS rujukan, tim terlatih, SOP, PPI, dan ruang isolasi sesuai standar belum optimal.
4. Subkategori Promosi peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan, alasan KIE dan penyebarluasan informasi kewaspadaan MERS kepada masyarakat dan fasyankes belum optimal
5. Subkategori Tim Gerak Cepat, alasan TGC belum dibentuk, belum terlatih, dan belum siap melakukan respons cepat terhadap kasus MERS.
6. Subkategori Kompetensi penyelidikan epidemiologi MERS-CoV, alasan Petugas belum seluruhnya mendapatkan pelatihan/simulasi penyelidikan epidemiologi MERS-CoV.
7. Subkategori Rencana Kontijensi, alasan Dokumen rencana kontinjensi MERS belum tersedia atau belum diperbarui sebagai pedoman respons.
8. Subkategori Anggaran penanggulangan, alasan Anggaran kewaspadaan dan penanggulangan MERS belum dimasukkan dalam penganggaran

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

1. Subkategori Surveilans wilayah oleh Puskesmas, alasan Surveilans wilayah telah berjalan, namun surveilans spesifik MERS-CoV masih perlu diperkuat, terutama dalam deteksi suspek, pengenalan faktor risiko perjalanan, pelaporan segera, dan peningkatan kapasitas petugas pada wilayah terpencil.
2. Subkategori Surveilans pintu masuk oleh KKP, alasan Surveilans pintu masuk telah tersedia sesuai sistem surveilans dan kekarantinaan kesehatan, namun pengawasan spesifik MERS masih perlu diperkuat melalui deteksi faktor risiko perjalanan, koordinasi dengan fasilitas kesehatan dan pelaporan kasus/suspek secara cepat.

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 Boven Digoel dapat di lihat pada tabel 4.

Provinsi	Papua Selatan
Kota	Boven Digoel
Tahun	2026

RESUME ANALISIS RISIKO MERS	
Ancaman	73.81
Kerentanan	26.18
Kapasitas	13.18
RISIKO	146.61
Derajat Risiko	TINGGI

Tabel 4. Penetapan Karakteristik Risiko Mers Kabupaten Boven Digoel Tahun 2024.

Berdasarkan hasil dari pemetaan risiko Mers di Kabupaten Boven Digoel untuk tahun 2024, dihasilkan analisis berupa nilai ancaman sebesar 73.81 dari 100, sedangkan untuk kerentanan sebesar 26.18 dari 100 dan nilai untuk kapasitas sebesar 13.18 dari 100 sehingga hasil perhitungan risiko dengan rumus Nilai Risiko = (Ancaman x Kerentanan)/ Kapasitas, diperoleh nilai 146.61 atau derajat risiko TINGGI

3. Rekomendasi

NO	SUB KATEGORI	REKOMENDASI	PIC	TIMELINE	KET
1	Tim Gerak Cepat	Penguatan kapasitas dan kompetensi Tim Gerak Cepat melalui pelatihan, orientasi dan simulasi	Kabid P2P / Pengelola Surveilans / Tim Gerak Cepat	Triwulan IV 2026	
2	Promosi Peningkatan Kewaspadaan dan Kesiapsiagaan	Penyusunan dan distribusi media KIE terkait tanda/gejala, kewaspadaan dan pelaporan kejadian	Dinas Kesehatan	Triwulan IV 2026 – Triwulan I 2027	
3	Rumah Sakit Rujukan	Advokasi Tim Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging kepada RS Rujukan	Rumah Sakit, Dinas Kesehatan	Triwulan IV 2026 – Triwulan I 2027	
4	Rumah Sakit Rujukan	Pemutakhiran dan sosialisasi SOP serta alur rujukan	Rumah Sakit, Dinas Kesehatan	Triwulan IV 2026 – Triwulan I 2027	

Tanah Merah, 5 Oktober 2026

Plt. Kepala Dinas Kesehatan Boven Digoel



Adolof Andatu, SKM.

NIP. 197501161996031005

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:

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

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

Tabel Isian :

Penetapan Subkategori prioritas pada kategori kapasitas

No	Subkategori	Bobot	Nilai Risiko
1	Anggaran penanggulangan	12.64	A
2	Kompetensi penyelidikan epidemiologi MERS-CoV	10.44	A
3	Tim Gerak Cepat	9.34	A
4	Promosi peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan	8.79	A
5	Rumah Sakit Rujukan	6.98	A

Penetapan Subkategori yang dapat ditindaklanjuti pada kategori kapasitas

No	Subkategori	Bobot	Nilai Risiko
1	Tim Gerak Cepat	9.34	A
2	Promosi peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan	8.79	A

3	Rumah Sakit Rujukan	6.98	A
---	---------------------	------	---

3. Menganalisis inventarisasi masalah dari setiap subkategori yang dapat ditindaklanjuti

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

Kapasitas

No	Subkategori	Man	Method	Material	Money	Machine
1	Tim Gerak Cepat	Jumlah dan kompetensi anggota Tim Gerak Cepat belum optimal; pembagian tugas dan tanggung jawab belum berjalan maksimal; belum semua petugas mendapatkan pelatihan/simulasi penanggulangan kejadian kesehatan	SOP/alur kerja Tim Gerak Cepat belum optimal atau belum dipahami secara merata; mekanisme aktivasi dan mobilisasi tim belum berjalan cepat; koordinasi lintas program/lintas sektor belum konsisten	Ketersediaan APD, bahan pemeriksaan, formulir investigasi, media KIE dan logistik respons kejadian belum selalu mencukupi; belum tersedia paket logistik TGC yang siap digunakan setiap saat	Dukungan anggaran untuk operasional mobilisasi TGC, investigasi lapangan, pelatihan dan simulasi masih terbatas	Keterbatasan sarana kendaraan operasional, alat komunikasi, perangkat pemeriksaan dan peralatan pendukung respons cepat, terutama untuk wilayah yang sulit dijangkau
2	Promosi Peningkatan Kewaspadaan dan Kesiapsiagaan	Keterbatasan tenaga promosi kesehatan/pertanggung jawab komunikasi risiko; kemampuan petugas dan kader dalam menyampaikan informasi kewaspadaan	Strategi komunikasi risiko dan promosi kewaspadaan belum dilaksanakan secara rutin dan terstruktur; mekanisme penyampaian informasi/pe	Belum ada media KIE tentang kewaspadaan penyakit, tanda/gejala penyakit berpotensi KLB, dan materi belum selalu disesuaikan dengan karakteristik	Keterbatasan anggaran untuk kegiatan KIE, sosialisasi, penyuluhan, pengembangan media informasi dan kegiatan pemberdaya	Keterbatasan sarana komunikasi dan penyebaran informasi seperti perangkat komunikasi, internet,

		dini belum merata	ringatan dini belum optimal; belum semua kegiatan menggunakan pendekatan berbasis risiko	masyarakat dan wilayah	an masyarakat	media digital dan fasilitas pendukung penyuluhan, terutama di wilayah terpencil
3	Rumah Sakit Rujukan	Pemahaman petugas mengenai alur dan prosedur rujukan belum seragam; koordinasi antara fasilitas pelayanan kesehatan dengan rumah sakit rujukan belum optimal; Belum ada penunjukan Tim Penanggulangan PIE di RS Rujukan	Belum ada SK Tim penanggulangan PIE di RS Rujukan Sistem umpan balik rujukan belum optimal; pemutakhiran jejaring dan prosedur rujukan belum dilakukan secara berkala	Ketersediaan formulir/dokumen rujukan dan informasi jejaring rujukan belum optimal; kebutuhan pendukung rujukan pasien tertentu belum selalu tersedia	Keterbatasan dukungan pembiayaan untuk operasional rujukan, koordinasi, transportasi dan pendampingan pasien dari wilayah sulit dijangkau	Keterbatasan kendaraan/ambulans, alat komunikasi dan sarana transportasi rujukan; akses komunikasi dan jaringan internet/telepon belum merata di wilayah tertentu

4. Poin-point masalah yang harus ditindaklanjuti

1	Jumlah dan kompetensi anggota Tim Gerak Cepat belum optimal; pembagian tugas dan tanggung jawab belum berjalan maksimal; belum semua petugas mendapatkan pelatihan/simulasi penanggulangan kejadian kesehatan
2	Belum ada media KIE tentang kewaspadaan penyakit, tanda/gejala penyakit berpotensi KLB, dan materi belum selalu disesuaikan dengan karakteristik masyarakat dan wilayah
3	Belum ada penunjukan Tim Penanggulangan PIE di RS Rujukan dan Belum ada SK Tim penanggulangan PIE di RS Rujukan
4.	Sistem umpan balik rujukan belum optimal; pemutakhiran jejaring dan prosedur rujukan belum dilakukan secara berkala

5. Rekomendasi

NO	SUB KATEGORI	REKOMENDASI	PIC	TIMELINE	KET
1	Tim Gerak Cepat	Penguatan kapasitas dan kompetensi Tim Gerak Cepat melalui pelatihan, orientasi dan simulasi	Kabid P2P / Pengelola Surveilans / Tim Gerak Cepat	Triwulan IV 2026	
2	Promosi Peningkatan Kewaspadaan dan Kesiapsiagaan	Penyusunan dan distribusi media KIE terkait tanda/gejala, kewaspadaan dan pelaporan kejadian	Dinas Kesehatan	Triwulan IV 2026 – Triwulan I 2027	
3	Rumah Sakit Rujukan	Advokasi Tim Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging kapada RS Rujukan	Rumah Sakit, Dinas Kesehatan	Triwulan IV 2026 – Triwulan I 2027	
4	Rumah Sakit Rujukan	Pemutakhiran dan sosialisasi SOP serta alur rujukan	Rumah Sakit, Dinas Kesehatan	Triwulan IV 2026 – Triwulan I 2027	

6. Tim penyusun

No	Nama	Jabatan	Instansi
1	Adolof Andatu, SKM	Plt. Kepala Dinas Kesehatan	Dinas Kesehatan
2	Taufiq Imansyah Saifat, SKM	Kepala Bidang P2P	Dinas Kesehatan
3	Elrika Gina Patandianan, SKM	Staf	Dinas Kesehatan