

REKOMENDASI MERS



DINAS KESEHATAN KABUPATEN GRESIK
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 hingga berat. Pada beberapa kasus, gejalanya dapat menyebabkan gangguan yang parah, 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 tinggal di Timur Tengah.

MERS adalah penyakit yang disebabkan oleh virus MERS-CoV. Virus ini bersifat zoonotik, artinya menular antara hewan dan manusia. Penyakit ini banyak terdeteksi di negara-negara Timur Tengah, khususnya di daerah yang banyak terdapat 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 pada beberapa laporan, jika manusia terinfeksi virus MERS, mereka sempat melakukan kontak langsung atau tidak langsung dengan unta yang terinfeksi. Setelah itu, penyakit ini dapat menular dari satu manusia ke manusia lainnya. MERS dapat menimbulkan gejala yang mirip dengan flu biasa karena virus penyebabnya sejenis. Umumnya, gejala penyakit ini dirasakan 1 hingga 2 minggu setelah terinfeksi virus.

Dalam konteks Kabupaten Gresik, kewaspadaan terhadap MERS perlu diperkuat karena hasil pemetaan menunjukkan faktor kerentanan yang menonjol, antara lain perjalanan penduduk ke wilayah terjangkau, jumlah jemaah haji sebanyak 2.889 orang, keberadaan pelabuhan internasional dan mobilitas lintas kabupaten/kota, kepadatan penduduk sebesar 1.142 orang/km², serta proporsi penduduk usia lebih dari 60 tahun sekitar 12%. Faktor-faktor tersebut tidak selalu dapat dihilangkan, tetapi dapat dikendalikan melalui penguatan kapasitas daerah.

Laporan Umpan Balik Pemetaan Risiko Penyakit Infeksi Emerging Tahun 2025 dari Kementerian Kesehatan menjadi baseline penting dalam penyusunan rekomendasi ini. Secara nasional, isu prioritas MERS banyak berkaitan dengan Tim Gerak Cepat, rencana kontinjensi, kompetensi penyelidikan epidemiologi, rumah sakit rujukan, kapasitas laboratorium, anggaran penanggulangan, surveilans di rumah sakit, dan surveilans di pintu masuk. Baseline tersebut selaras dengan hasil pemetaan Kabupaten Gresik yang menunjukkan derajat risiko tinggi, sehingga rekomendasi tindak lanjut perlu diarahkan pada penguatan kapasitas yang paling lemah dan paling memungkinkan untuk diintervensi.

Dokumen ini disusun sebagai tindak lanjut hasil pengisian tools pemetaan risiko PIE untuk MERS di Kabupaten Gresik Tahun 2026. Rekomendasi disusun untuk memastikan bahwa hasil pemetaan risiko tidak berhenti sebagai dokumen administratif, tetapi menjadi dasar perencanaan, koordinasi, pembiayaan, dan penguatan kesiapsiagaan daerah terhadap MERS maupun patogen pernapasan emerging lainnya.

Tabel 1. Jumlah Jamaah Haji Kabupaten Gresik Tahun 2025

REKAP PELAKSANAAN PEMERIKSAAN KESEHATAN JEMAAH HAJI GRESIK											
NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH TOTAL C.J.H. YANG DIRENTRY DISIKOHATKES	JUMLAH C.J.H SELAIN CADANGAN		JUMLAH C.J.H. CADANGAN	KETERANGAN ISTITHWAH				
				(REGULER,PELIMPWAH DAN PENDAMPINGAN)			ISTITHWAH	ISTITHWAH DG PENDAMPINGAN	TIS	TIDAK ISTITHWAH	
1		ALON-ALON	71		70	1	10		61	0	0
2	GRESIK	NELAYAN	68		54	14	16		58	0	0
3		INDUSTRI	76		75	1	15		61		
4	KEBOMAS	KEBOMAS	221		217	4	42		177	1	1
5		GENDING	80		67	13	7		73	0	0
6		MANYAR	124		97	27	25		99	0	0
7	MANYAR	SEMBAYAT	126		124	2	48		77	0	0
8		SUKOMULYO	198		184	14	46		151	0	1
9	CERME	CERME	157		136	20	48		108	0	0
10		DADAP KUNING	24		20	4	15		9	0	0
11	BENJENG	BENJENG	45		41	4	4		41	0	0
12		METATU	50		49	1	6		44	0	0
13	DUDUK SAMPEYAN	DUDUK SAMPEYAN	157		139	18	65		92	0	0
14	BALONG PANGGANG	BALONG PANGGANG	91		81	10	4		87	0	0
15		DAPEY	20		19	1	6		14	0	0
16	KEDAMEAN	KEDAMEAN	78		73	4	33		44	0	1
17		SLEMPIT	47		44	3	33		14	0	0
18	MENGANTI	MENGANTI	122		111	11	74		48	0	0
19		KEPINTHAN	80		66	14	40		40		
20	DRIOREJO	DRIOREJO	67		63	4	16		51	0	0
21		KARANG ANDONG	61		56	5	17		44	0	0
22	WRINGIN ANOM	WRINGIN ANOM	69		65	4	11		58	0	0
23		KESAMBEN KULON	70		62	8	22		48	0	0
24	SIDAYU	SIDAYU	95		76	19	27		66	0	0
25	BUNGAH	BUNGAH	210		132	78	30		180	0	0
26	DUKUN	DUKUN	66		61	5	32		34	0	0
27		MENTARAS	121		102	19	9		112	0	0
28	PANCENG	PANCENG	153		137	16	12		141	0	0
29	UJUNG PANGKAH	UJUNG PANGKAH	57		48	9	9		52	0	0
30		SEKAPUK	51		49	2	8		43	0	0
31	SANGKAPURA	SANGKAPURA	21		16	5	4		17	0	0
32	TAMBAK	TAMBAK	13		11	2	6		7		
			2889		2542		2153				

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 Kabupaten Gresik.
3. Dapat dijadikan dasar bagi Kabupaten Gresik dalam kesiapsiagaan dan penanggulangan penyakit infeksi emerging ataupun penyakit yang berpotensi menjadi wabah/KLB.

2. Hasil Pemetaan Risiko

a. Penilaian ancaman

Penetapan nilai risiko ancaman Mers terdapat beberapa kategori, yaitu T/tinggi, S/edang, R/rendah, dan A/abai, Untuk Kabupaten Gresik, 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)	R	2.54	0.03

Tabel 1. Penetapan Nilai Risiko MERS Kategori Ancaman Kabupaten Gresik Tahun 2026

Berdasarkan hasil penilaian ancaman, terdapat 4 subkategori dengan nilai risiko tinggi, yaitu karakteristik penyakit, pengobatan, pencegahan, dan risiko impor. Keempat subkategori tersebut merupakan ketetapan berbasis literatur/tim ahli yang menunjukkan bahwa MERS tetap memiliki potensi dampak kesehatan masyarakat yang serius apabila terjadi impor kasus atau penularan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Selain itu, terdapat satu subkategori dengan nilai risiko sedang, yaitu risiko penularan setempat. Hal ini perlu menjadi perhatian karena Kabupaten Gresik memiliki mobilitas penduduk yang tinggi, akses transportasi lintas kabupaten/kota, serta keberadaan pelabuhan internasional. Meskipun belum terdapat penularan MERS secara setempat, potensi impor kasus dari pelaku perjalanan serta kemungkinan deteksi awal di fasilitas pelayanan kesehatan tetap perlu diantisipasi melalui surveilans, kewaspadaan di fasyankes, dan koordinasi di pintu masuk.

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 terjangkau	Perjalanan penduduk ke wilayah terjangkau	T	50.48	50.48
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

Tabel 2. Penetapan Nilai Risiko MERS Kategori Kerentanan Kabupaten Gresik Tahun 2026

Empat subkategori kerentanan bernilai tinggi, yaitu perjalanan penduduk ke wilayah terjangkau, transportasi antarprovinsi dan antarkabupaten/kota, kepadatan penduduk, serta proporsi penduduk usia lebih dari 60 tahun. Perjalanan penduduk ke wilayah terjangkau relevan dengan jumlah jemaah haji sebanyak 2.889 orang. Transportasi lintas wilayah dan keberadaan pelabuhan internasional meningkatkan potensi mobilitas dan risiko importasi. Kepadatan penduduk sebesar 1.142 orang/km² dan proporsi usia lanjut sekitar 12% juga perlu menjadi pertimbangan karena kelompok usia lanjut lebih berisiko mengalami komplikasi berat pada penyakit saluran pernapasan.

Untuk MERS, sesuai prinsip penyusunan rekomendasi, faktor kerentanan menjadi pertimbangan dalam menentukan intervensi kapasitas. Dengan demikian, rekomendasi tidak diarahkan untuk "menghilangkan" mobilitas atau kepadatan penduduk, melainkan untuk memperkuat deteksi dini, surveilans pintu masuk, pemantauan pelaku perjalanan, kesiapsiagaan fasilitas pelayanan kesehatan, komunikasi risiko kepada jemaah haji/umrah dan kelompok rentan, serta kesiapan respons cepat.

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 publik	S	5.11	0.51
2	Kelembagaan	Kelembagaan	T	8.19	8.19
3	Fasilitas pelayanan kesehatan	Kapasitas Laboratorium	A	1.70	0.00
4	Fasilitas pelayanan	Rumah Sakit Rujukan	R	6.98	0.07

	kesehatan				
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	R	9.89	0.10
8	Promosi	Promosi peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan	S	8.79	0.88
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 Kontinjensi	A	3.85	0.00
12	Anggaran penanggulangan	Anggaran penanggulangan	R	12.64	0.13

Tabel 3. Penetapan Nilai Risiko MERS Kategori Kapasitas Kabupaten Gresik Tahun 2026

Berdasarkan hasil penilaian kapasitas, terdapat dua subkategori dengan nilai abai, yaitu kapasitas laboratorium dan rencana kontinjensi. Kapasitas laboratorium perlu dipahami sebagai kesiapan sistem daerah untuk melakukan pengambilan, pengemasan, penyimpanan sementara, pengiriman spesimen, dan pelacakan hasil ke laboratorium rujukan, bukan semata-mata kemampuan untuk melakukan konfirmasi mandiri di tingkat kabupaten. Rencana kontinjensi dinilai abai karena belum tersedia dokumen rencana kontinjensi MERS/patogen pernapasan emerging yang telah diperbarui dan diuji melalui simulasi.

Terdapat 4 subkategori dengan nilai rendah, yaitu rumah sakit rujukan, surveilans pintu masuk oleh B/BKK, Tim Gerak Cepat, dan anggaran penanggulangan. Rumah sakit rujukan perlu diperkuat melalui pembentukan/pembaruan tim pengendalian MERS, SOP tatalaksana kasus, SOP spesimen, isolasi, PPI, APD, serta alur rujukan. Surveilans pintu masuk perlu diperkuat melalui koordinasi antara Dinas Kesehatan dan B/BKK untuk surveilans aktif serta zero reporting terhadap pelaku perjalanan. TGC perlu dipastikan lengkap unsur, memiliki SK terbaru, serta telah mengikuti pelatihan dan simulasi. Anggaran penanggulangan perlu diusulkan agar kegiatan rencana kontinjensi, pelatihan, pengelolaan spesimen, promosi, koordinasi, dan simulasi dapat dilaksanakan.

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 risiko Kabupaten Gresik dapat di lihat pada tabel 4.

Provinsi	Jawa Timur
Kota	Gresik
Tahun	2026

RESUME ANALISIS RISIKO MERS	
Ancaman	73.59
Kerentanan	100.00
Kapasitas	34.09
RISIKO	215.87
Derajat Risiko	

Tabel 4. Penetapan Karakteristik Risiko MERS Kabupaten Gresik Tahun 2026.

Berdasarkan hasil pemetaan risiko MERS di Kabupaten Gresik Tahun 2026, diperoleh nilai ancaman sebesar 73,59; nilai kerentanan sebesar 100,00; nilai kapasitas sebesar 34,09; dan nilai risiko sebesar 215,87 dengan derajat risiko tinggi.

3. Rekomendasi

1	Rencana Kontinjensi	Menyusun dokumen rencana kontinjensi MERS melalui pertemuan lintas program dan lintas sektor, dilanjutkan dengan simulasi/tabletop exercise.	Dinkes, TGC, Yankes, RS, Puskesmas, Labkesmas, B/BKK, Kemenag, Dinas Perhubungan, pengelola pelabuhan	Juni–September 2026	Prioritas karena nilai kapasitas abai dan menjadi isu prioritas nasional.
2	Kapasitas Laboratorium	Memperkuat kesiapan pengambilan, pengemasan, penyimpanan sementara, dan pengiriman spesimen MERS ke laboratorium rujukan, termasuk pelatihan/OJT bagi petugas serta pemenuhan logistik spesimen.	P2P, Labkesmas/Labkesda, RS, Puskesmas, SDK	Juni–Oktober 2026	Fokus pada kesiapan alur rujukan spesimen, bukan harus konfirmasi mandiri di kabupaten.
3	Rumah Sakit Rujukan	Berkoordinasi dengan RS rujukan untuk pembentukan/pembaruan SK Tim Pengendalian MERS, penyusunan SOP tatalaksana kasus, SOP pengelolaan spesimen, kesiapan isolasi, PPI, APD, serta alur rujukan.	Dinkes, RS rujukan, Yankes, P2P	Juli–November 2026	Dapat diintegrasikan dengan penguatan kewaspadaan terhadap SARI/pneumonia berat dan penyakit pernapasan yang sedang muncul.
4	Surveilans Pintu Masuk oleh B/BKK	Melakukan koordinasi rutin dengan B/BKK terkait surveilans aktif dan zero reporting MERS di pintu masuk, terutama terhadap pelaku perjalanan dari wilayah terjangkit, jemaah haji/umrah, serta aktivitas pelabuhan.	Dinkes, B/BKK, Kemenag, Dinas Perhubungan, pengelola pelabuhan	Juni–Desember 2026	Penting karena kerentanan terhadap perjalanan dan pelabuhan internasionalnya tinggi.
5	Tim Gerak Cepat dan Kompetensi PE	Memperbarui SK TGC, memastikan unsur TGC lengkap, serta melaksanakan pelatihan bersertifikat dan simulasi/role play penyelidikan epidemiologi MERS.	TGC Kabupaten, P2P, RS, Puskesmas, Labkesmas	Juli–Oktober 2026	TGC adalah salah satu isu prioritas nasional MERS dalam laporan umpan balik Kemenkes.
6	Anggaran Penanggulangan	Mengusulkan anggaran khusus untuk kewaspadaan dan kesiapsiagaan MERS, mencakup rencana kontinjensi, pelatihan, spesimen, APD/PPI, koordinasi lintas sektor, promosi, serta simulasi.	Dinkes, Bappeda, BKAD, P2P, Yankes, SDK	Juni–Oktober 2026	Anggaran perlu dikaitkan dengan kebutuhan berbasis risiko dan kegiatan operasional.
7	Promosi Kewaspadaan	Menyusun dan menyebarluaskan KIE MERS bagi masyarakat umum, jemaah haji/umrah, pelaku perjalanan, fasyankes, dan kelompok rentan usia lanjut.	Promkes, P2P, Puskesmas, RS, Kemenag	Juli–Desember 2026	Promosi mendukung mitigasi kerentanan tinggi dan mencegah keterlambatan dalam proses deteksi.

Gresik, 19 Mei 2026

Kepala Dinas Kesehatan Gresik



Dr. Mukhibatul Khusnah MM., M.Kes
NIP. 196807072002122007

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	Rencana Kontijensi	3.85	A
2	Kapasitas Laboratorium	1.70	A
3	Anggaran penanggulangan	12.64	R
4	Surveilans pintu masuk oleh B/BKK	9.89	R
5	Tim Gerak Cepat	9.34	R
6	Rumah sakit rujukan	6.98	R

Penetapan Subkategori yang dapat ditindaklanjuti pada kategori kapasitas

No	Subkategori	Bobot	Nilai Risiko
1	Rencana Kontijensi	3.85	A
2	Kapasitas Laboratorium	1.70	A
3	Anggaran penanggulangan	12.64	R
4	Surveilans pintu masuk oleh B/BKK	9.89	R
5	Tim Gerak Cepat	9.34	R
6	Rumah sakit rujukan	6.98	R

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	Rencana Kontijensi	Belum semua lintas program/lintas sektor terlibat dalam penyusunan rencana.	Belum ada dokumen rencana kontinjensi MERS yang telah disusun.	Template rencana kontinjensi dan alur respons perlu disiapkan.	Anggaran untuk penyusunan, koordinasi, dan simulasi belum tersedia	Kanal koordinasi dan sistem komando respons belum diuji melalui simulasi.
2	Kapasitas Laboratorium	Petugas lab/fasyankes	Alur pengambilan, pengemasan, pengiriman,	Specimen carrier, APD, VTM/swab,	Anggaran logistik dan	Sistem pemantauan

		perlu dilatih dalam pengambilan dan pengelolaan spesimen MERS.	dan pelacakan hasil spesimen belum optimal.	cool box, dan formulir rujukan perlu dipastikan.	pengiriman spesimen belum mencukupi.	pengiriman dan hasil spesimen perlu diperkuat.
3	Anggaran penanggulangan	Perencana dan pengelola program perlu menyusun kebutuhan berdasarkan tingkat risikonya.	Belum ada perhitungan kebutuhan anggaran yang rinci untuk MERS.	TOR/RAB kegiatan belum secara spesifik mencakup rencana kontinjensi, spesimen, PPI, promosi, dan simulasi.	Anggaran yang tersedia lebih kecil daripada kebutuhan.	Sistem perencanaan belum sepenuhnya mengaitkan hasil pemetaan risiko dengan usulan kegiatan.
4	Surveilans pintu masuk	Koordinasi Dinkes-B/BKK perlu diperkuat.	Zero reporting dan surveilans aktif terhadap pelaku perjalanan belum berjalan secara rutin.	Format laporan dan daftar kontak PIC perlu disepakati.	Dukungan koordinasi dan monitoring terbatas.	Integrasi pelaporan pintu masuk dengan kewaspadaan daerah belum optimal.
5	Rumah sakit rujukan	Tim pengendalian MERS di RS belum sepenuhnya terlatih.	SOP tatalaksana, isolasi, PPI, dan spesimen perlu diperbarui.	APD, ruang isolasi, formulir rujukan, dan media edukasi di fasyankes perlu dipastikan.	Dukungan pelatihan/audit PPI terbatas.	Sistem pelaporan pneumonia/SARI dan notifikasi suspek perlu diperkuat.
6	Tim Gerak Cepat	Unsur TGC belum seluruhnya lengkap/bersertifikat.	Simulasi PE MERS belum rutin.	Form PE, daftar kontak, dan pedoman respons perlu tersedia.	Anggaran pelatihan/simulasi terbatas.	Mekanisme aktivasi TGC dan komunikasi cepat perlu diuji.

4. Poin-poin masalah yang harus ditindaklanjuti

1	Belum tersedia rencana kontinjensi MERS
2	Kesiapan kapasitas laboratorium dan alur spesimen MERS masih perlu diperkuat.
3	Anggaran penanggulangan dan kesiapsiagaan MERS belum mencukupi kebutuhan yang berbasis risiko.
4	Koordinasi surveilans pintu masuk dengan B/BKK serta mekanisme zero reporting perlu diperkuat.
5	Tim Gerak Cepat perlu diperbarui, dilengkapi, dilatih, dan diuji melalui simulasi/role play.
6	Kesiapan rumah sakit rujukan perlu diperkuat melalui tim, SOP, isolasi, PPI, APD, dan alur rujukan.
7	Promosi dan komunikasi risiko perlu diarahkan kepada jemaah haji/umrah, pelaku perjalanan, kelompok usia lanjut, dan jejaring fasyankes.

5. Rekomendasi

1	Rencana Kontinjensi	Menyusun dokumen rencana kontinjensi MERS melalui pertemuan lintas program dan lintas sektor, dilanjutkan dengan simulasi/tabletop exercise.	Dinkes, TGC, Yankes, RS, Puskesmas, Labkesmas, B/BKK, Kemenag, Dinas Perhubungan, pengelola pelabuhan	Juni–September 2026	Prioritas karena nilai kapasitas abai dan menjadi isu prioritas nasional.
2	Kapasitas Laboratorium	Memperkuat kesiapan pengambilan, pengemasan, penyimpanan sementara, dan pengiriman spesimen MERS ke laboratorium rujukan, termasuk pelatihan/OJT bagi petugas serta pemenuhan logistik spesimen.	P2P, Labkesmas/Labkesda, RS, Puskesmas, SDK	Juni–Oktober 2026	Fokus pada kesiapan alur rujukan spesimen, bukan harus konfirmasi mandiri di kabupaten.

3	Rumah Sakit Rujukan	Berkoordinasi dengan RS rujukan untuk pembentukan/pembaruan SK Tim Pengendalian MERS, penyusunan SOP tatalaksana kasus, SOP pengelolaan spesimen, kesiapan isolasi, PPI, APD, serta alur rujukan.	Dinkes, RS rujukan, Yankes, P2P	Juli–November 2026	Dapat diintegrasikan dengan penguatan kewaspadaan terhadap SARI/pneumonia berat dan penyakit pernapasan yang sedang muncul.
4	Surveilans Pintu Masuk oleh B/BKK	Melakukan koordinasi rutin dengan B/BKK terkait surveilans aktif dan zero reporting MERS di pintu masuk, terutama terhadap pelaku perjalanan dari wilayah terjangkit, jemaah haji/umrah, serta aktivitas pelabuhan.	Dinkes, B/BKK, Kemenag, Dinas Perhubungan, pengelola pelabuhan	Juni–Desember 2026	Penting karena kerentanan terhadap perjalanan dan pelabuhan internasionalnya tinggi.
5	Tim Gerak Cepat dan Kompetensi PE	Memperbarui SK TGC, memastikan unsur TGC lengkap, serta melaksanakan pelatihan bersertifikat dan simulasi/role play penyelidikan epidemiologi MERS.	TGC Kabupaten, P2P, RS, Puskesmas, Labkesmas	Juli–Oktober 2026	TGC adalah salah satu isu prioritas nasional MERS dalam laporan umpan balik Kemenkes.
6	Anggaran Penanggulangan	Mengusulkan anggaran khusus untuk kewaspadaan dan kesiapsiagaan MERS, mencakup rencana kontinjensi, pelatihan, spesimen, APD/PPI, koordinasi lintas sektor, promosi, serta simulasi.	Dinkes, Bappeda, BKAD, P2P, Yankes, SDK	Juni–Oktober 2026	Anggaran perlu dikaitkan dengan kebutuhan berbasis risiko dan kegiatan operasional.
7	Promosi Kewaspadaan	Menyusun dan menyebarluaskan KIE MERS bagi masyarakat umum, jemaah haji/umrah, pelaku perjalanan, fasyankes, dan kelompok rentan usia lanjut.	Promkes, P2P, Puskesmas, RS, Kemenag	Juli–Desember 2026	Promosi mendukung mitigasi kerentanan tinggi dan mencegah keterlambatan dalam proses deteksi.

6. Tim penyusun

No	Nama	Jabatan	Instansi
1	dr. Puspitasari Whardani	Kepala Bidang P2P	Dinkes Kabupaten Gresik
2	Muhammad Hafidz	Pengelola Program Surveilans	Dinkes Kabupaten Gresik