

**PEDOMAN SURVEILANS  
DAN RESPON KESIAPSIAGAAN MENGHADAPI  
*MIDDLE EAST RESPIRATORY SYNDROME CORONA VIRUS*  
(MERS-CoV)**



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PENGENDALIAN PENYAKIT DAN PENYEHATAN LINGKUNGAN

2013



## **DAFTAR PENYUSUN DAN EDITOR**

dr. Slamet, MHP, dr. Arie Bratasena, dr. Nani Rizkiyati, Mkes,  
Martahan Sitorus, SKM, MPH, dr. Erlang Samoedro, Sp.P,  
dr. Nadhirin, dr. Sholah Imari, M.Sc, dr. Totok Hariyanto, dr. Ratna Budi Hapsari  
dr. Soitawati, dr. Zamhir Setiawan, M. Epid, dr. Benget Saragih, M. Epid,  
dr. Suhesti Dumbela, dr. Dyan Sawitri, dr. Marlinggom Silitonga.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan petunjukNya, Pedoman Kesiapsiagaan menghadapi *Middle East Respiratory Syndrome Corona Virus* (MERS-CoV) selesai disusun.

MERS-CoV adalah suatu strain baru virus Corona yang belum pernah ditemukan menginfeksi manusia sebelumnya. Berdasarkan laporan WHO, sejak September 2012 sampai September 2013, ditemukan 130 kasus konfirmasi MERS-CoV dengan 58 kematian (CFR : 44,6%). MERS-CoV mulai berjangkit di Arab Saudi dan menyebar ke Eropa serta dapat pula menyebar ke negara lain.

Walaupun belum ditemukan kasus MERS-CoV di Indonesia, namun ancaman MERS-CoV perlu diwaspadai. Indonesia merupakan salah satu negara di dunia dengan jumlah populasi umat muslim yang besar. Pada musim Haji di bulan September 2013, sekitar 200.000 orang melakukan ibadah haji di Mekah. Pada tahun 2013, sekitar 750.000 orang melakukan ibadah Umrah di Arab Saudi. Disamping itu lebih dari satu juta Tenaga Kerja Indonesia (TKI) berangkat ke Arab Saudi setiap tahunnya. Ketiga kelompok tersebut (jamaah Haji, jamaah Umrah serta TKI) dapat terinfeksi MERS-CoV dan dapat menyebarkannya di Indonesia.

Menyikapi kondisi diatas, sebagai upaya kesiapsiagaan perlu disusun buku penanggulangan MERS-CoV yang meliputi Kebijakan, Surveilans, Tatalaksana, Pengendalian Infeksi maupun Laboratorium sebagai upaya untuk memberikan arahan kesiapsiagaan dan respon menghadapi MERS-CoV yang menjadi ancaman kesehatan masyarakat di dunia pada umumnya dan di Indonesia pada khususnya.

Buku Pedoman Surveilans dan Respon Kesiapsiagaan Menghadapi MERS-CoV ini merupakan salah satu dari 5 (lima) buku kesiapsiagaan menghadapi MERS-CoV dan bersumber dari adaptasi referensi WHO. Buku ini membahas tentang Surveilans dan Respon. Selain itu tersedia 4 (empat) buku pedoman yang lain yaitu:

1. Pedoman Umum Kesiapsiagaan Menghadapi MERS-CoV
2. Pedoman Pengambilan Spesimen dan Diagnostik Kesiapsiagaan Menghadapi MERS-CoV
3. Pedoman Tatalaksana Klinis Kesiapsiagaan Menghadapi MERS-CoV
4. Pedoman kewaspadaan pencegahan dan pengendalian infeksi

Buku pedoman ini akan terus disempurnakan seiring dengan perkembangan situasi dan ilmu pengetahuan.

Kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam pembuatan buku ini, saya sampaikan terimakasih. Semoga buku pedoman ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan dapat dipergunakan sebagai acuan kesiapsiagaan dan respon menghadapi MERS-CoV.

Jakarta, September 2013  
DIREKTUR JENDERAL PP dan PL



Prof. Dr. Tjandra Yoga Aditama  
NIP. 195509031980121001

## **DAFTAR ISI**

<b>BAB I</b>	<b>PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
	a. Latar Belakang .....	1
	b. Tujuan .....	2
	c. Ruang Lingkup .....	2
<b>BAB II</b>	<b>PENGERTIAN</b> .....	<b>3</b>
	a. Definisi kasus MERS-CoV .....	3
	b. Kluster .....	5
	c. Hubungan epidemiologis langsung .....	5
	d. Spesimen tidak adekuat .....	6
	e. Hasil laboratorium inkonklusif .....	6
	f. Konfirmasi laboratorium .....	7
	g. Pneumonia yang memerlukan perawatan .....	7
<b>BAB III</b>	<b>SURVEILANS</b> .....	<b>9</b>
	a. Surveilans di pintu masuk .....	9
	b. Surveilans di wilayah .....	14
	c. Penyelidikan dan penanggulangan KLB .....	21
	d. Jejaring kerja surveilans .....	29
<b>BAB IV</b>	<b>PENCATATAN DAN PELAPORAN</b> .....	<b>31</b>
<b>BAB V</b>	<b>UPAYA Penguatan Kinerja Surveilans</b> .....	<b>33</b>
	<b>Daftar Pustaka</b> .....	<b>35</b>
	<b>Lampiran</b> .....	<b>40</b>



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

*Middle East Respiratory Syndrome Corona Virus* (MERS-CoV) adalah suatu strain baru dari virus corona yang belum pernah ditemukan menginfeksi manusia sebelumnya. Virus corona merupakan keluarga besar dari virus yang dapat menimbulkan kesakitan maupun kematian pada manusia dan hewan. Virus corona dapat menimbulkan kesakitan pada manusia dengan gejala ringan sampai berat seperti selesma (*common cold*), Sindroma Saluran Pernapasan Akut yang berat (*SARS/ Severe Acute Respiratory Syndrome*).

Beberapa negara di Timur Tengah telah melaporkan kasus infeksi MERS-CoV pada manusia, antara lain Jordania, Qatar, Saudi Arabia, dan Uni Emirat Arab. Beberapa kasus juga dilaporkan dari negara-negara di Eropa antara lain Inggris, Perancis, Italia, dan Tunisia. Hampir semua kasus di Eropa dan Tunisia mempunyai kesamaan yaitu timbulnya gejala penyakit setelah melakukan perjalanan ke negara tertentu di Timur Tengah yang diikuti dengan adanya penularan terbatas di lingkungan keluarga. Di samping itu penularan MERS-CoV antar manusia juga terjadi di rumah sakit pada petugas yang merawat kasus konfirmasi MERS-CoV. Namun demikian, sejauh ini belum dapat dibuktikan adanya penularan yang berkelanjutan.

Berdasarkan data WHO, kasus MERS-CoV sebagian besar menunjukkan tanda dan gejala pneumonia. Hanya satu kasus dengan gangguan kekebalan tubuh (*immunocompromised*) yang gejala awalnya demam dan diare, berlanjut pneumonia. Komplikasi kasus MERS-CoV adalah pneumonia berat dengan gagal napas yang membutuhkan alat bantu napas non invasif atau invasif, *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) dengan kegagalan multi-organ yaitu gagal ginjal, *Disseminated*

*Intravascular Coagulopathy* (DIC) dan perikarditis. Beberapa kasus juga memiliki gejala gangguan gastrointestinal seperti diare. Dari seluruh kasus konfirmasi, separuh diantaranya meninggal dunia.

## **B. TUJUAN**

Umum :

Deteksi dini kasus MERS-CoV untuk mencegah penyebaran yang lebih luas

Khusus :

- Mendeteksi kasus dan penularan berkelanjutan dari manusia ke manusia.
- Mengetahui karakteristik epidemiologi, klinis dan virus penyakit
- Melakukan respon cepat terhadap kasus MERS-CoV dan populasi yang berisiko
- Mengidentifikasi faktor risiko infeksi MERS-CoV
- Tersedianya informasi epidemiologi MERS-CoV sebagai dasar pengambilan kebijakan.
- Memastikan tidak adanya transmisi virus MERS-CoV di Indonesia

## **C. RUANG LINGKUP**

Pedoman ini meliputi pendahuluan, pengertian, surveilans di pintu masuk, surveilans di wilayah, penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB, jejaring surveilans, pencatatan dan pelaporan, upaya penguatan kinerja surveilans serta penutup.

# BAB II

## PENGERTIAN

### A. DEFINISI KASUS MERS-CoV

Merujuk pada definisi kasus WHO, klasifikasi kasus MERS-CoV adalah sebagai berikut :

#### 1. Kasus dalam penyelidikan (*underinvestigated case* \*)

a. Seseorang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dengan tiga keadaan di bawah ini:

- Demam ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) atau ada riwayat demam,
- Batuk,
- Pneumonia berdasarkan gejala klinis atau gambaran radiologis yang membutuhkan perawatan di rumah sakit.

Perlu waspada pada pasien dengan gangguan system kekebalan tubuh (*immuno-compromised*) karena gejala dan tanda tidak jelas.

### DAN

salah satu kriteria berikut :

- 1) Seseorang yang memiliki riwayat perjalanan ke Timur Tengah (negara terjangkit) dalam waktu 14 hari sebelum sakit kecuali ditemukan etiologi/ penyebab penyakit lain.
- 2) Adanya petugas kesehatan yang sakit dengan gejala sama setelah merawat pasien ISPA berat (SARI/ *Severe Acute Respiratory Infection*), terutama pasien yang memerlukan perawatan intensif, tanpa memperhatikan tempat tinggal atau riwayat bepergian, kecuali ditemukan etiologi/penyebab penyakit lain.

- 3) Adanya kluster pneumonia (gejala penyakit yang sama) dalam periode 14 hari, tanpa memperhatikan tempat tinggal atau riwayat bepergian, kecuali ditemukan etiologi/penyebab penyakit lain.
  - 4) Adanya perburukan perjalanan klinis yang mendadak meskipun dengan pengobatan yang tepat, tanpa memperhatikan tempat tinggal atau riwayat bepergian, kecuali ditemukan etiologi/penyebab penyakit lain.
- b. Seseorang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) ringan sampai berat yang memiliki riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi atau kasus probable infeksi MERS-CoV dalam waktu 14 hari sebelum sakit

## **2. Kasus Probabel \*\*)**

- a. Seseorang dengan pneumonia atau ARDS dengan bukti klinis, radiologis atau histopatologis

**DAN**

Tidak tersedia pemeriksaan untuk MERS-CoV atau hasil laboratoriumnya negative pada satu kali pemeriksaan spesimen yang tidak adekuat.

**DAN**

Adanya hubungan epidemiologis langsung dengan kasus konfirmasi MERS-CoV.

- b. Seseorang dengan pneumonia atau ARDS dengan bukti klinis, radiologis atau histopatologis

**DAN**

Hasil pemeriksaan laboratorium inkonklusif (pemeriksaan skrining hasilnya positif tanpa konfirmasi biomolekular).

**DAN**

Adanya hubungan epidemiologis langsung dengan kasus konfirmasi MERS-CoV.

### **3. Kasus Konfirmasi \*\*)**

Seseorang yang terinfeksi MERS-CoV dengan hasil pemeriksaan laboratorium positive.

\*) update per 27 Juni 2013

\*\*\*) update per 3 Juli 2013

### **B. KLASER**

Adalah bila terdapat dua orang atau lebih memiliki penyakit yang sama, dan mempunyai riwayat kontak yang sama dalam jangka waktu 14 hari. Kontak dapat terjadi pada keluarga atau rumah tangga, dan berbagai tempat lain seperti rumah sakit, ruang kelas, tempat kerja, barak militer, tempat rekreasi, dan lainnya.

### **C. HUBUNGAN EPIDEMIOLOGIS LANGSUNG**

Adalah apabila dalam waktu 14 hari sebelum timbul sakit :

- Melakukan kontak fisik erat, yaitu seseorang yang kontak fisik atau berada dalam ruangan atau berkunjung (bercakap-cakap dengan radius 1 meter) dengan kasus probable atau konfirmasi ketika kasus sedang sakit.

Termasuk kontak erat antara lain :

Petugas kesehatan yang memeriksa, merawat, mengantar dan membersihkan ruangan di tempat perawatan kasus

- » Orang yang merawat atau menunggu kasus di ruangan
- » Orang yang tinggal serumah dengan kasus
- » Tamu yang berada dalam satu ruangan dengan kasus
- Bekerja bersama dalam jarak dekat atau didalam satu ruangan
- Bepergian bersama dengan segala jenis alat angkut / kendaraan

#### D. SPESIMEN TIDAK ADEKUAT

Bila spesimen yang diambil hanya *swab nasofaring* tanpa disertai spesimen saluran pernafasan bawah, atau penanganan spesimen yang tidak baik dan dinilai berkualitas rendah dari hasil pemeriksaan laboratoris, atau diambil sangat terlambat dalam rentang perjalanan penyakit.

#### E. HASIL LABORATORIUM INKONKLUSIF

Adalah apabila di dapatkan :

- Hasil positif pada pemeriksaan skrining yang tidak diikuti dengan pemeriksaan konfirmasi molekuler.
- Hasil pemeriksaan serologis dinyatakan positif pada pemeriksaan laboratorium.
- Harus mendapat pemeriksaan virologis dan serologis tambahan untuk dapat menetapkan konfirmasi kasus MERS-CoV:
  - Bila memungkinkan, gunakan spesimen yang berasal dari saluran pernapasan bagian bawah: dahak, *aspirate endotracheal*, cairan bilasan *bronchoalveolar*.
  - Jika kasus tidak memiliki gejala atau tanda infeksi saluran napas bawah dan tidak tersedia spesimen dari saluran napas bawah, maka harus diambil spesimen *nasofaring* dan *orofaring*.
    - » Jika pada pemeriksaan usap nasofaring hasilnya negative sementara kasus diduga kuat mengidap MERS-CoV, maka kasus harus menjalani pemeriksaan ulang dengan menggunakan spesimen :
      - Saluran napas bawah
      - *Nasofaring* ditambah *orofaring*
      - Serologis (fase akut dan konvalesen)

## **F. KONFIRMASI LABORATORIUM**

Saat ini diperlukan pemeriksaan diagnostik molekuler yang mencakup satu hasil PCR positif dengan target 2 genom spesifik, atau satu target positif dengan sequencing pada yang kedua. Akan tetapi, rekomendasi interim untuk pemeriksaan laboratoris untuk MERS-CoV harus merujuk pada standar konfirmasi laboratoris terkini

## **G. PNEUMONIA YANG MEMERLUKAN PERAWATAN**

Adalah seseorang yang didiagnosis oleh dokter pemeriksa sebagai pneumonia yang memerlukan perawatan inap di rumah sakit.



# BAB III

## **SURVEILANS**

### **A. SURVEILANS DI PINTU MASUK**

Surveilans di pintu masuk dilakukan untuk mendeteksi dini dan respon serta memastikan wilayah bandara, pelabuhan, bandara dan lintas batas negara dalam keadaan tidak ada transmisi virus MERS-CoV.

#### **1) Kewaspadaan**

Kewaspadaan dilakukan terhadap dua hal yaitu waspada terhadap kasus MERS-CoV yang masuk ke Indonesia untuk dilakukan deteksi dini dan respon, serta waspada terhadap keamanan (transmisi virus MERS-CoV) wilayah bandara, pelabuhan dan lintas batas negara (antar pengunjung, dari dan ke petugas bandara serta keluarganya petugas, terutama petugas kesehatan yang kontak dengan kasus).

Upaya kewaspadaan yang dilakukan antara lain:

a. Pemutakhiran informasi untuk mengetahui perkembangan penyakit dari negara-negara lain melalui :

- Website WHO

([http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/en/index.html)) untuk mengetahui negara terjangkit serta jumlah kasus dan kematian.

- Laporan harian tentang kondisi jamaah haji di Saudi Arabia (berkoordinasi dengan Pusat Kesehatan Haji).
- Sumber lain yang terpercaya misalnya web pemerintah/ Kementerian Kesehatan kerajaan Saudi Arabia ([www.moh.gov.sa/en/](http://www.moh.gov.sa/en/))

Kemudian disebarluaskan ke unit-unit terkait di otoritas bandara/ pelabuhan/PLBD.

- b. Mengidentifikasi faktor risiko yang memberi peluang terjadinya transmisi virus MERS-CoV di bandara dan tindakan perbaikan (respon), misalnya petugas tidak menggunakan masker, prosedur pemeriksaan pasien dalam investigasi, sirkulasi udara ruangan pemeriksaan rentan (risiko pada petugas) dan sebagainya.
- c. Mendeteksi adanya kasus di poliklinik (laporan harian KKP/ *zero reporting*).
- d. Mendeteksi adanya kasus dengan gejala demam, batuk dan atau pneumonia di antara petugas KKP atau otoritas bandara/ pelabuhan/ PLBD dan operator/ agen alat angkut yang kontak dengan penumpang dari jazirah Arab atau negara terjangkit mengenai ada tidaknya yang mengalami. (laporan harian KKP/zero reporting).

## 2) Deteksi Dini

Deteksi dini dilakukan melalui pengawasan kedatangan terhadap orang, barang dan alat angkut yang datang dari negara terjangkit.

a. Pengawasan terhadap orang :

- » Pemberian Kartu Kewaspadaan Kesehatan Jamaah Haji (K3JH) terhadap jamaah haji yang kembali atau *Health Alert Card* (HAC) bagi pelaku perjalanan lainnya dari negara terjangkit.
- » Menerima pelaporan dari tenaga kesehatan kloter/ awak/ operator/ agen alat angkut yang baru saja meninggalkan daerah terjangkit mengenai ada tidaknya penumpang yang sakit, terutama yang menderita infeksi saluran pernapasan akut (form JH Kloter terlampir).
- » Petugas aktif menanyakan pada operator/ agen alat angkut mengenai ada tidaknya penumpang yang sakit, terutama yang menderita infeksi saluran pernapasan akut.
- » Petugas aktif menanyakan pada semua unit otoritas di bandara/ pelabuhan/PLBD dan operator/ agen alat angkut mengenai ada tidaknya petugas yang menderita infeksi saluran pernafasan akut.
- » Mendeteksi penumpang dari negara terjangkit yang mengalami demam melalui penggunaan thermal scanner di terminal kedatangan:

b. Pengawasan terhadap barang :

- » Pemeriksaan terhadap barang-barang yang dibawa dari negara terjangkau.

c. Pengawasan terhadap alat angkut :

- » Pemeriksaan terhadap dokumen-dokumen kesehatan alat angkut.
- » Pemeriksaan langsung kesehatan alat angkut oleh tim petugas KKP.

### 3) Kesiapsiagaan

Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) melakukan tinjauan atas kesiapan perangkat surveilans yang ada dalam menghadapi kemungkinan masuknya infeksi MERS-CoV ke wilayah Indonesia. Dalam praktiknya ada 4 hal yang harus disiapkan sebagai kesiapsiagaan yaitu : Peraturan, pedoman, SOP di masing-masing KKP; Tim Gerak Cepat ; petugas yang terlatih; serta Sarana, logistik dan biaya.

Secara umum kesiapsiagaan tersebut meliputi:

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

- » Membentuk atau mengaktifkan Tim Gerak Cepat (TGC) di wilayah otoritas pintu masuk negara (pelabuhan laut/ udara/ lintas batas darat. Tim terdiri atas petugas KKP, Imigrasi, Bea Cukai dan unit lain yang relevan di wilayah otoritas pintu masuk negara yang memiliki kompetensi yang diperlukan dalam pencegahan importasi penyakit.
- » Peningkatan kapasitas SDM yang bertugas di pintu masuk negara dalam kesiapsiagaan menghadapi MERS-CoV dengan melakukan table top exercises dan simulasi penanggulangan MERS-CoV.
- » Meningkatkan jejaring kerja dengan semua unit otoritas di bandara/pelabuhan/PLBD.

## b. Sarana dan prasarana

- » Kesiapan sarana pelayanan kesehatan meliputi tersedianya ruang yang dapat dimodifikasi dengan cepat untuk melakukan tatalaksana penumpang sakit yang sifatnya sementara (sebelum dirujuk ke RS rujukan propinsi/ditunjuk).
- » Memastikan alat transportasi (ambulans) dapat difungsikan setiap saat untuk mengangkut kasus ke RS.
- » Memastikan ketersediaan dan fungsi alat komunikasi untuk koordinasi dengan unit-unit terkait.
- » Menyiapkan logistik penunjang pelayanan kesehatan yang dibutuhkan antara lain obat–obat suportif (*life saving*), alat kesehatan, APD, *Health Alert Card*, dan lain lain, dan melengkapi logistik, jika masih ada kekurangan.
- » Menyiapkan media komunikasi risiko atau bahan KIE dan menempatkan bahan KIE tersebut di lokasi yang tepat.
- » Ketersediaan pedoman pengendalian MERS-CoV untuk petugas kesehatan, termasuk mekanisme atau prosedur tata laksana dan rujukan kasus.

## c. Pembiayaan

Pembiayaan yang diperlukan untuk surveilans dan respon dalam kesiapsiagaan menghadapi MERS-CoV bersumber dari anggaran pemerintah.

## 4) Respon

- a. Jika ada laporan dari *crew* yang menyatakan bahwa ada jamaah haji yang sakit dengan gejala Panas, Batuk dan sesak nafas di atas pesawat sebelum landing maka Petugas KKP melakukan persiapan dilapangan utk mengevakuasi penumpang yang sakit. Persiapan yang dilakukan adalah petugas yang akan boarding ke Pesawat menggunakan APD standar (masker dan sarung tangan), menyiapkan ambulans evakuasi penyakit menular, masker untuk dibawa ke atas pesawat dan menyiapkan ruang isolasi sementara untuk melakukan tindakan pertolongan pertama sebelum dilakukan rujukan.

- b. Pesawat setelah mendarat parkir di *remote area*.
- c. Petugas KKP yang sdh menggunakan APD standar dengan menggunakan ambulans mendekati pesawat yg membawa penumpang sakit.
- d. Setelah pintu pesawat dibuka petugas KKP meminta *Gendec* kepada *Crew* dan petugas wajib menyampaikan SOP evakuasi penumpang sakit kepada *Crew* pesawat.
- e. Pramugari memberikan pengumuman kepada seluruh jamaah haji bahwa akan dilakukan penanganan kesehatan oleh Petugas Kesehatan Bandara.
- f. Petugas KKP bersama pramugari menuju penumpang yang sakit dan memakaikan masker N95 kepada penumpang yang sakit
- g. Orang yang kontak dengan penumpang sakit yaitu penumpang yang duduk 2 baris di depan, 2 baris belakang dan 2 baris kiri dan kanan dipasangkan masker N95 dan berikan penjelasan kepada penumpang tersebut. Penumpang yang duduk 2 baris di depan, belakang, samping kiri dan kanan diturunkan dari pesawat setelah penumpang yang lain turun.
- h. Penumpang yang sakit pneumonia berat di evakuasi ke Ruang Isolasi/ tenda untuk dilakukan penanganan medis sebelum dirujuk ke Rumah Sakit.
- i. Seluruh penumpang turun dari pesawat harus melewati alat deteksi panas (*thermal scanner*).
- j. Jamaah haji dengan demam, batuk tanpa pneumonia di perbolehkan pulang dengan diberikan masker dan edukasi untuk kontrol ke puskesmas atau rumah sakit di wilayahnya apabila gejala berlanjut.
- k. Jamaah haji dengan pneumonia tanpa memerlukan perawatan rumah sakit diperbolehkan pulang dengan diberikan masker, pengobatan yang diperlukan, serta edukasi untuk isolasi diri (membatasi lingkungan di rumah) dan berobat ke rumah sakit di wilayahnya bila gejala sakit bertambah berat.
- l. Bila ditemukan kasus dalam penyelidikan (demam, batuk, dan pneumonia berat yang memerlukan perawatan), lakukan tatalaksana kasus, ambil specimen dan rujuk ke RS Debarkasi sesuai SOP dengan memperhatikan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian

infeksi seperti kewaspadaan baku (*universal precaution*) serta kewaspadaan terhadap risiko potensi pajanan yang akan terjadi.

- m. Petugas KKP juga memberikan penyuluhan kepada crew tentang kewaspadaan terhadap MERS-CoV setelah seluruh penumpang turun
- n. Petugas KKP melakukan tindakan disinfeksi pada tempat duduk penumpang sakit dan 2 baris di depan/ belakang dan 2 baris di kiri kanan dengan bahan disinfektan alkohol yang tidak merusak interior pesawat.
- o. KKP mencatat data jamaah haji dengan pneumonia dan melaporkan data tsb ke Posko KLB dan ditembuskan ke Dinas Kesehatan Provinsi (format KKP-Notifikasi terlampir).
- p. Mencatat data petugas semua unit otoritas bandara/pelabuhan/ PLBD yang sakit dan mengirimkan data tersebut setiap minggu ke Posko KLB, termasuk bila tidak ada petugas yang sakit/ *zero reporting* ( Format KKP-Petugas terlampir)
- q. Melaporkan kasus dalam penyelidikan ke Posko KLB dengan tembusan Dinas Kesehatan Provinsi dalam waktu 24 jam

## **B. SURVEILANS DI WILAYAH**

### **1. Kewaspadaan dan Deteksi Dini**

Kewaspadaan terhadap MERS-CoV di wilayah baik provinsi maupun kabupaten/ kota dilakukan dengan pemutakhiran informasi melalui :

- Website WHO

([http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/en/index.html)) untuk mengetahui antara lain :

- Jumlah kasus dan kematian
- Distribusi kasus berdasarkan waktu, tempat dan orang
- Identifikasi negara-negara terjangkit
- Data dan informasi lain yang dibutuhkan

- Laporan harian tentang kondisi jamaah haji di Saudi Arabia (berkoordinasi dengan Kantor Kesehatan Pelabuhan dan Pusat), antara lain :
  - Laporan notifikasi dari KKP
  - Identifikasi jamaah haji berisiko, jumlah kasus ILI/ISPA pada jamaah
  - Data dan informasi lain yang dibutuhkan
- Sumber lain yang terpercaya misalnya web pemerintah/ Kementerian Kesehatan kerajaan Saudi Arabia ([www.moh.gov.sa/en/](http://www.moh.gov.sa/en/))
- Sumber media cetak atau elektronik nasional untuk mewaspadai rumor atau berita yang berkembang terkait dengan MERS-CoV pada jamaah haji/umroh atau pelaku perjalanan lainnya dari negara terjangkit.

Deteksi dini dilakukan melalui peningkatan kegiatan surveilans berbasis indikator atau surveilans rutin dan berbasis kejadian (*event based surveillance*) yang dilakukan secara pasif maupun aktif. Kegiatan tersebut dilakukan untuk menemukan adanya indikasi kasus suspek MERS-CoV yang memerlukan tindak lanjut penyelidikan epidemiologi termasuk pengambilan spesimen klinis untuk mendapatkan konfirmasi laboratorium serta tatalaksana kasus.

#### 1) Puskesmas

- » Meningkatkan surveilans ILI dan pneumonia
- » Mendeteksi kasus kluster pneumonia yang terjadi dalam waktu 14 hari
- » Melakukan surveilans aktif/ pemantauan jamaah haji atau pelaku perjalanan lainnya dari negara terjangkit selama 14 hari sejak kedatangan ke wilayahnya melalui buku K3JH atau HAC
- » Melakukan surveilans aktif/ pemantauan terhadap jamaah haji yang dilaporkan melalui notifikasi dari dinas kesehatan
- » Melakukan pemantauan terhadap petugas kesehatan yang kontak dengan kasus MERS-CoV apakah mengalami demam, batuk dan atau pneumonia
- » Melakukan pemantauan kontak kasus dalam penyelidikan selama 1 kali masa inkubasi terpanjang

## 2) Rumah Sakit

- » Meningkatkan surveilans SARI.
- » Mendeteksi kasus kluster pneumonia dalam periode 14 hari.
- » Mendeteksi kasus pneumonia dengan riwayat bepergian ke negara terjangkit dalam waktu 14 hari sebelum sakit (menunjukkan K3JH dan HAC).
- » Melakukan pemantauan terhadap petugas kesehatan yang kontak dengan kasus MERS-CoV yang dirawat apakah mengalami demam, batuk dan atau pneumonia.

## 3) Dinas Kesehatan Kab/kota :

- » Melakukan pemantauan berita atau rumor yang berkembang terkait dengan kasus MERS-CoV di masyarakat melalui media atau sumber informasi lainnya dan melakukan verifikasi terhadap berita tersebut.
- » Melakukan analisis laporan dari puskesmas dan melaporkan hasil analisis tersebut ke pusat secara berjenjang.
- » Melakukan pemantauan terhadap populasi berisiko (jemaah haji/ umroh, pekerja, pelajar, wisatawan) dengan menganalisis data populasi berisiko. Sumber data diperoleh dari penyelenggara haji/ umrah, agen travel, agen pengiriman tenaga kerja atau dinas/ unit terkait.
- » Melakukan surveilans aktif rumah sakit untuk menemukan kasus MERS-CoV.

## 4) Dinas Kesehatan Provinsi :

- » Melakukan pemantauan berita atau rumor yang berkembang terkait dengan kasus MERS-CoV di masyarakat melalui media atau sumber informasi lainnya dan melakukan verifikasi terhadap berita tersebut.
- » Melakukan pemantauan terhadap populasi berisiko (jemaah haji/ umroh, pekerja, pelajar, wisatawan) dengan menganalisis data populasi berisiko. Sumber data diperoleh dari penyelenggara haji/

umroh, agen travel, agen pengiriman tenaga kerja atau dinas/unit terkait.

- » Melakukan analisis data dari notifikasi KKP dan melaporkan ke pusat.

#### 5) Pusat :

- » Melakukan pemantauan berita atau rumor yang berkembang terkait dengan kasus MERS-CoV di masyarakat melalui media atau sumber informasi lainnya dan melakukan verifikasi terhadap berita tersebut.
- » Melakukan pemantauan terhadap populasi berisiko (jemaah haji/umroh, pekerja, pelajar, wisatawan) dengan menganalisis data populasi berisiko. Sumber data diperoleh dari Pusat Kesehatan Haji, KKP, Dinas Kesehatan Provinsi, unit terkait lainnya.
- » Menganalisis laporan notifikasi jemaah haji dari KKP atau dari provinsi.
- » Menganalisis laporan kasus MERS-CoV dari kabupaten/kota dan KKP.

## 2. Kesiapsiagaan

Pusat, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/ Kota melakukan tinjauan atas kesiapan perangkat surveilans yang ada dalam menghadapi kemungkinan masuknya infeksi MERS-CoV ke wilayah Indonesia. Kesiapan tersebut meliputi :

#### a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Mengaktifkan Tim Gerak Cepat (TGC) yang sudah ada baik di tingkat Pusat, Provinsi dan kab/kota.

- » Tim Gerak Cepat sebagaimana dimaksud sesuai dengan Pasal 21 Permenkes Nomor 1501/MENKES/PER/X/2010, ditetapkan oleh:
  - Kepala Dinas Kesehatan Kab/ Kota atas nama Bupati/ Walikota untuk tingkat Kab/ Kota;
  - Kepala Dinas Kesehatan Provinsi atas nama Gubernur untuk tingkat Provinsi; dan
  - Direktur Jenderal atas nama Menteri untuk tingkat pusat.

- » Tim Gerak Cepat terdiri dari : petugas surveilans, klinisi, ahli/ analis laboratorium, sanitarian, petugas pengendali infeksi dan petugas dari unit terkait lainnya.

Peningkatan kapasitas SDM dalam kesiapsiagaan menghadapi MERS-CoV dengan melakukan sosialisasi pengendalian MERS-CoV, table top exercises dan simulasi penanggulangan MERS-CoV.

Meningkatkan jejaring kerja surveilans dengan lintas program an lintas sector terkait.

#### b. Sarana dan prasarana

- » Kesiapan alat transportasi (ambulans) dan memastikan dapat berfungsi dengan baik untuk merujuk kasus.
- » Kesiapan sarana pelayanan kesehatan antara lain meliputi tersedianya ruang isolasi untuk melakukan tatalaksana kasus, alat-alat kesehatan dan sebagainya.
- » Kesiapan ketersediaan dan fungsi alat komunikasi untuk koordinasi dengan unit-unit terkait.
- » Kesiapan logistik penunjang pelayanan kesehatan yang dibutuhkan antara lain obat – obat suportif (*life saving*), alat – alat kesehatan, APD, dan sebagainya serta melengkapi logistik, jika masih ada kekurangan.
- » Kesiapan bahan-bahan KIE antara lain brosur, *banner*, *leaflet*, dan sebagainya serta media untuk melakukan komunikasi risiko terhadap masyarakat.
- » Kesiapan pedoman pengendalian MERS-CoV untuk petugas kesehatan, termasuk mekanisme atau prosedur tata laksana dan rujukan kasus.

#### c. Pembiayaan

Bagi jemaah haji dengan pneumonia yang memerlukan perawatan RS dalam 14 hari sejak kepulangannya, maka pembiayaan perawatan RS ditanggung oleh Kementerian Kesehatan. Pembiayaan penanggulangan berasal dari anggaran pemerintah daerah atau

dalam kondisi pemerintah daerah tidak mampu dimungkinkan untuk mengajukan permintaan bantuan kepada Pemerintah atau pemerintah daerah lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

### 3. Respon

#### a. Puskesmas

- Melakukan tatalaksana kasus sesuai SOP bila menemukan kasus dengan pneumonia ringan, berikan edukasi untuk isolasi diri (*self isolation/ home care*) dan ke rumah sakit bila bertambah parah.
- Melakukan tatalaksana dan rujukan sesuai dengan SOP bila menemukan kasus dalam penyelidikan dengan pneumonia berat, dengan memperhatikan prinsip-prinsip pengendalian infeksi.
- Melaporkan kasus dalam waktu 24 jam ke Dinas Kesehatan Kab/ kota melalui sms atau telepon.
- Melakukan penyelidikan epidemiologi bila menemukan kasus MERS-CoV di bawah koordinasi Dinas Kabupaten/ kota.
- Melakukan surveilans ketat bila ditemukan kasus MERS-CoV yang dinyatakan *probable* atau konfirmasi dari pemeriksaan lebih lanjut.
- Melakukan komunikasi risiko terhadap masyarakat.
- Meningkatkan jejaring kerja dengan pemangku kewenangan, lintas *sector* dan tokoh masyarakat setempat.

#### b. Rumah sakit

- Melakukan tatalaksana kasus sesuai dengan SOP bila menemukan kasus dengan memperhatikan prinsip-prinsip pengendalian infeksi.
- Melakukan pengambilan dan pengiriman sampel.
- Melaporkan kasus dalam waktu 24 jam ke Dinas Kesehatan Kab/ kota melalui sms atau telepon.
- Melakukan komunikasi risiko dengan keluarga kasus.

## 1. Dinas Kesehatan Kab/kota

- Melaporkan kasus MERS-CoV ke pusat dalam waktu 24 jam melalui system pelaporan cepat (*sms gateway*). Laporan cepat dapat dilakukan juga melalui telp/ surel/ fax/ sms ke Posko KLB yang ditembuskan ke Dinas Kesehatan Provinsi.
- Melakukan penyelidikan epidemiologi bila ada laporan kasus MERS-CoV atau klaster pneumonia dalam 14 hari.
- Melakukan penyelidikan dugaan KLB bila terjadi alert terhadap kasus ILI atau pneumonia di wilayahnya bagi kabupaten/ kota yang sudah menerapkan SKDR (EWARS).
- Melakukan penyelidikan dugaan KLB bila terjadi peningkatan kasus ILI atau pneumonia yang bermakna secara epidemiologis bagi kabupaten/kota yang belum menerapkan SKDR (EWARS).
- Melakukan penanggulangan awal sesuai hasil penyelidikan.
- Melakukan komunikasi risiko pada masyarakat.
- Membangun dan memperkuat jejaring kerja surveilans dengan lintas program dan sektor terkait.

## 2. Dinas Kesehatan Provinsi

- Melaporkan kasus MERS-CoV ke pusat dalam waktu 24 jam melalui telp/ surel/ fax/ sms ke Posko KLB.
- Melakukan penyelidikan epidemiologi bila ada laporan kasus MERS-CoV.
- Melakukan penanggulangan awal sesuai hasil penyelidikan.
- Melakukan mobilisasi sumber daya yang dibutuhkan bila perlu.
- Melakukan komunikasi risiko pada masyarakat.
- Melakukan umpan balik dan pembinaan teknis di kab/ kota.
- Membangun dan memperkuat jejaring kerja surveilans dengan lintas program dan sektor terkait.

### 3. Pusat

- Melakukan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan sesuai dengan kewenangan.
- Melakukan mobilisasi sumber daya yang dibutuhkan bila perlu.
- Membangun dan memperkuat jejaring kerja surveilans dengan lintas program dan sektor terkait.
- Melakukan umpan balik dan pembinaan teknis di provinsi dan kab/ kota.
- Melakukan komunikasi risiko pada masyarakat baik melalui media cetak atau elektronik.

## C. PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI DAN PENANGGULANGAN KLB

Setiap kasus suspek, *probable* atau kasus kluster MERS-CoV harus dilakukan penyelidikan epidemiologi. Penyelidikan KLB bertujuan mengetahui besar masalah KLB dan gambaran epidemiologi KLB berdasarkan waktu, tempat dan orang, untuk memastikan ada tidaknya penularan yang efektif dari manusia ke manusia, serta mengetahui karakteristik epidemiologi virus dan klinis MERS-CoV. Informasi ini akan dapat memberikan arahan kepada program dalam rangka penanggulangan atau pemutusan penularan secara lebih cepat.

### 1. Definisi KLB

Apabila ditemukan 1 kasus MERS-CoV konfirmasi maka dinyatakan sebagai Kejadian Luar Biasa, dan dilakukan penyelidikan epidemiologi lebih lanjut serta pengendalian sesuai hasil penyelidikan.

### 2. Tujuan Penyelidikan Epidemiologi KLB

Tujuan Umum

Mengetahui besar masalah KLB dan mencegah penyebaran yang lebih luas.

Tujuan Khusus

- a) Mengetahui karakteristik epidemiologi, klinis dan virus.
- b) Mengidentifikasi faktor risiko.

- c) Mengetahui kasus tambahan untuk menilai keefektifan penularan dari manusia ke manusia.
- d) Memberikan rekomendasi upaya penanggulangan.

### 3. Langkah Penyelidikan Epidemiologi KLB

#### a) Konfirmasi awal KLB

Petugas surveilans atau penanggung jawab surveilans puskesmas/ Dinas Kesehatan melakukan konfirmasi awal untuk memastikan terjadinya KLB MERS-CoV dengan cara wawancara dengan petugas puskesmas atau dokter yang menangani kasus.

#### b) Pelaporan segera

Mengirimkan laporan W1 dan telp/ sms ke Dinas Kesehatan Kab/ Kota dalam waktu < 24 jam, kemudian diteruskan oleh Dinas Kesehatan Kab/ kota melalui *sms gateway* atau ke Posko KLB.

#### c) Persiapan penyelidikan

- 1) Persiapan lapangan, menginformasikan kepada petugas kesehatan di lokasi dimana terdapat kasus.
- 2) Persiapan formulir penyelidikan.
- 3) Persiapan Tim Penyelidikan.
- 4) Persiapan logistik dan obat-obatan.
- 5) Persiapan pengambilan spesimen.

#### d) Penyelidikan epidemiologi

##### 1) Identifikasi kasus

Melakukan kunjungan wawancara ke tempat dimana kasus dirawat termasuk dokter/petugas medis yang melakukan perawatan, dengan menggunakan formulir investigasi yang sudah disiapkan sebelumnya. Informasi yang perlu digali antara lain :

- » Identitas dan karakteristik kasus: Nama, Umur, Jenis kelamin, Alamat tempat tinggal, kerja, atau sekolah, Pekerjaan).

- » Gejala dan tanda – tanda penyakit, Riwayat perjalanan penyakit, termasuk komplikasi yang terjadi.
- » Pengobatan yang sudah didapat, hasil – hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologis yang sudah dilakukan,

## 2) Identifikasi faktor risiko

- » Riwayat
  - Penyakit penyerta.
  - Potensi pajanan dalam 14 hari sebelum timbul gejala sakit.
- » Perjalanan ke daerah terjangkit.
- » Kontak dengan kasus MERS-CoV atau ISPA berat.
- » Dirawat di sarana pelayanan kesehatan.
- » Pajanan dengan hewan (jenis hewan dan kontak).
- » Konsumsi bahan makanan mentah / belum diolah.
- » Informasi rinci tentang waktu, durasi, dan intensitas pajanan dan jenis kontak.

## 3) Identifikasi kontak kasus dengan menggunakan formulir yang telah disiapkan sebelumnya.

- » Selama penyelidikan, petugas dilapangan melakukan identifikasi siapa saja yang telah melakukan kontak erat dengan kasus yang sedang diselidiki.
- » Pelacakan dilakukan terutama di lingkungan sarana pelayanan Kesehatan, anggota keluarga/ rumah tangga, tempat kerja, sekolah, dan lingkungan sosial. Disamping itu perlu diidentifikasi juga:
  - Waktu kontak terakhir
  - Bentuk/ jenis kontak
  - Lama (durasi) kontak
  - Frekuensi kontak

- » Petugas Kesehatan melakukan pemantauan terhadap kontak erat selama 14 hari setelah kontak terakhir dengan kasus, baik suspek, *probable*, maupun konfirmasi. Pemantauan dilakukan untuk menemukan gejala pneumonia yang mungkin muncul pada masa pemantauan. Catat tanggal kontak mulai sakit, tingkat keparahan, perjalanan penyakit.
- » Kontak erat yang menunjukkan gejala pneumonia harus diambil spesimennya untuk diperiksa secara molekuler dengan *polymerase chain reaction* (PCR) dan serologis.
- » Identifikasi dan pengamatan ini dilakukan untuk mendeteksi bukti penularan dari manusia ke manusia, perkiraan angka serangan sekunder, durasi masa infektivitas, dan masa inkubasi.

#### 4) Pengambilan spesimen

- » Untuk keperluan diagnostik infeksi MERS-CoV, spesimen klinis yang diperlukan adalah spesimen saluran pernapasan bagian bawah, seperti dahak (sputum), bilasan bronkholveolar, yang berdasarkan bukti yang ada saat ini, lebih baik daripada yang berasal dari saluran pernapasan atas (nasofaring/ orofaring).
- » Pengambilan spesimen dilakukan oleh tenaga/ teknisi laboratorium yang berpengalaman dan untuk dahak/ sputum, petugas harus dapat memastikan bahwa yang diambil adalah benar – benar dahak, bukan air liur.
- » Tata cara pengambilan, penyimpanan dan pengiriman spesimen sesuai dengan prosedur yang ditetapkan dan dikirim ke ke Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan (BTDK) Balitbangkes.

#### 5) Penanggulangan Awal

Ketika penyelidikan sedang berlangsung petugas sudah harus memulai upaya – upaya pengendalian pendahuluan dalam rangka mencegah terjadinya penyebaran penyakit kewilayah yang lebih luas. Upaya ini dilakukan berdasarkan pada hasil penyelidikan epidemiologis yang dilakukan saat itu.

Meskipun saat ini belum ada obat – obatan termasuk vaksin yang dapat menghambat perkembangan virus tetapi upaya melokalisir penyebaran infeksi dapat dilakukan dengan menerapkan prinsip – prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi mulai dari yang sederhana yaitu mencuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan/ merawat kasus, pengelolaan limbah yang baik bahkan sampai isolasi kasus.

Upaya – upaya tersebut dilakukan terhadap orang, masyarakat maupun lingkungan, antara lain dengan:

- Menjaga kebersihan/ *hygiene* tangan, saluran pernapasan.
- Penggunaan APD sesuai risiko paparan.
- Sedapat mungkin membatasi kontak dengan kasus yang sedang diselidiki dan bila tak terhindarkan buat jarak dengan kasus.
- Isolasi kasus dirumah.
- Asupan gizi yang baik guna meningkatkan daya tahan tubuh.
- Pengendalian sarana, lingkungan dan hewan pembawa penyakit.

Apabila diperlukan untuk mencegah penyebaran penyakit dapat dilakukan tindakan isolasi, evakuasi dan karantina.

- Isolasi penderita atau tersangka penderita dengan cara memisahkan seorang penderita agar tidak menjadi sumber penyebaran penyakit selama penderita atau tersangka penderita tersebut dapat menyebarkan penyakit kepada orang lain. Isolasi dilaksanakan di rumah sakit, puskesmas, rumah atau tempat lain sesuai dengan kebutuhan.
- Evakuasi dengan memindahkan seseorang atau sekelompok orang dari suatu wilayah agar terhindar dari penularan penyakit. Evakuasi ditetapkan oleh bupati/ walikota atas usulan tim penanggulangan wabah berdasarkan indikasi medis dan epidemiologi.
- Tindakan karantina dengan melarang keluar atau masuk orang dari dan ke daerah rawan untuk menghindari

terjadinya penyebaran penyakit. Karantina ditetapkan oleh bupati/walikota atas usulan tim penanggulangan wabah berdasarkan indikasi medis dan epidemiologi.

e) Pengolahan dan analisis data

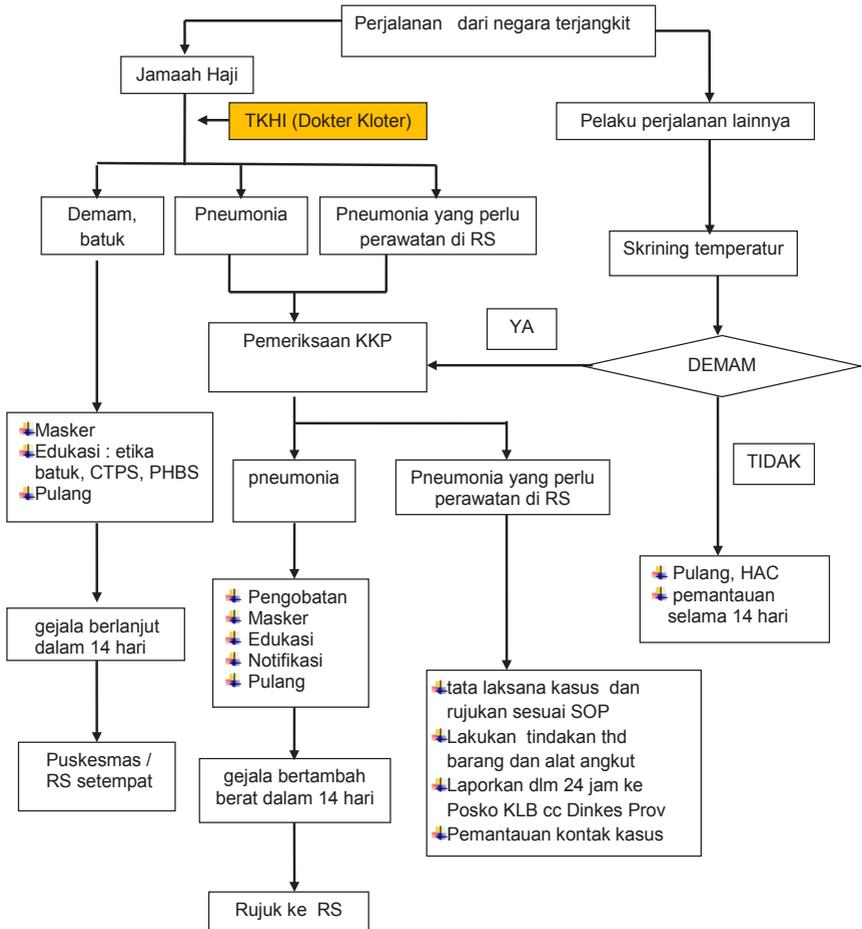
Setiap selesai melakukan penyelidikan KLB, dilakukan pengolahan dan analisis data untuk mengambil kesimpulan dan rekomendasi tindak lanjut.

f) Penulisan laporan

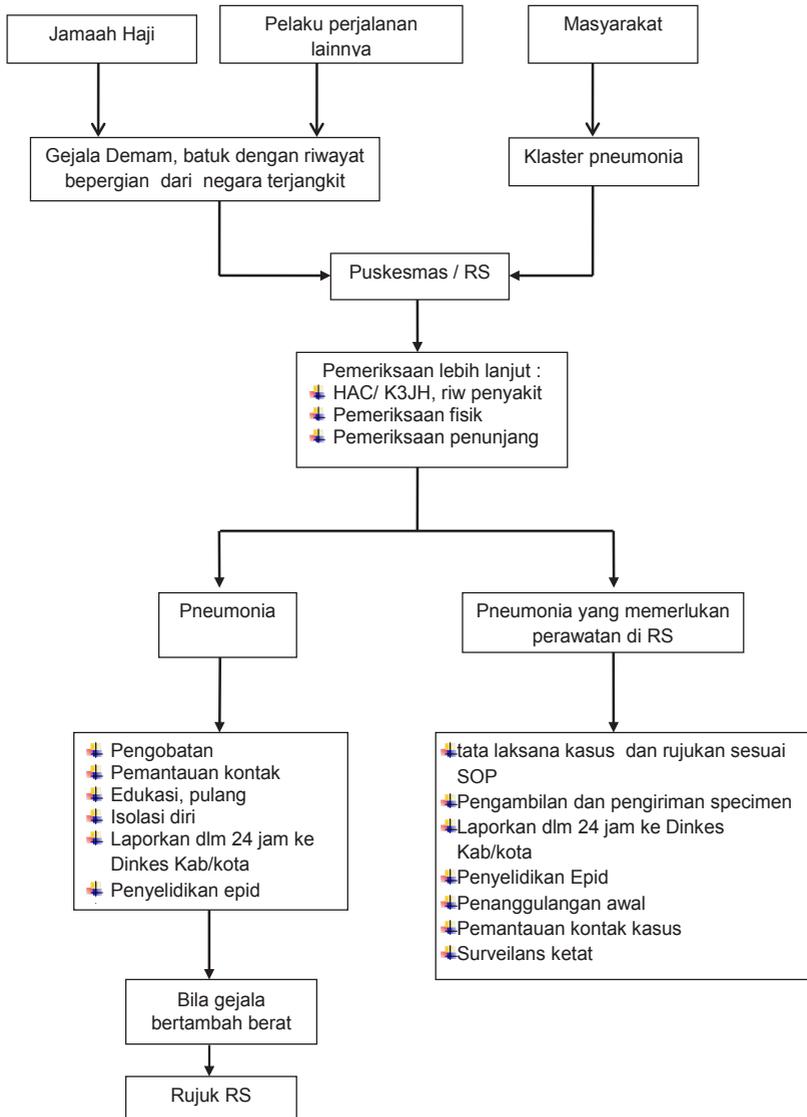
Setelah selesai melakukan penyelidikan epidemiologi maka dibuat laporan tertulis hasil Investigasi dan perkembangan KLB meliputi:

- 1) Latar belakang dan tujuan
- 2) Metodologi
- 3) Hasil penyelidikan epidemiologi meliputi :
  - a. Data umum.
  - b. Analisis kasus MERS-CoV berupa gambaran karakteristik kasus menurut variabel epidemiologi (waktu kejadian, tempat dan orang).
  - c. Analisis faktor risiko.
  - d. Analisis kontak kasus.
  - e. Hasil pemeriksaan laboratorium.
  - f. Upaya yang sudah dilakukan seperti tatalaksana kasus, pemeriksaan laboratorium, tindakan pengendalian faktor lingkungan dan sebagainya.
- 4) Kesimpulan dan rekomendasi.

## ALUR PENEMUAN KASUS DAN RESPON DI PINTU MASUK



## ALUR PENEMUAN KASUS DAN RESPON DI WILAYAH



#### D. JEJARING KERJA SURVEILANS

Penyelenggaraan jejaring kerja surveilans kesehatan dalam pengendalian MERS-CoV dilaksanakan oleh unit penyelenggara surveilans kesehatan meliputi:

- Unit-unit utama pusat : Ditjen PP dan PL (Subdit ISPA, Subdit Surveilans dan Respon KLB, Subdit Karantina Kesehatan dan subdit lain yang terkait), Pusat Komunikasi Publik, pusat Kesehatan Haji, Ditjen Bina Upaya Kesehatan Rujukan, Ditjen Bina Upaya Kesehatan Dasar, Balitbangkes, Pusat Promosi Kesehatan, Pusat Data dan Informasi, dan unit utama lain yang terkait.
- UPT Kementerian Kesehatan : Kantor Kesehatan Pelabuhan, RS pemerintah pusat, UPT pusat lainnya yang terkait.
- Dinas kesehatan provinsi dan kab/ kota serta UPT pemerintah daerah.
- Lintas sektor: otoritas bandara/ pelabuhan/ PLBD, maskapai penerbangan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Luar Negeri, Kementerian Agama, Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif, organisasi profesi, badan internasional dan lintas sektor lainnya yang terkait.

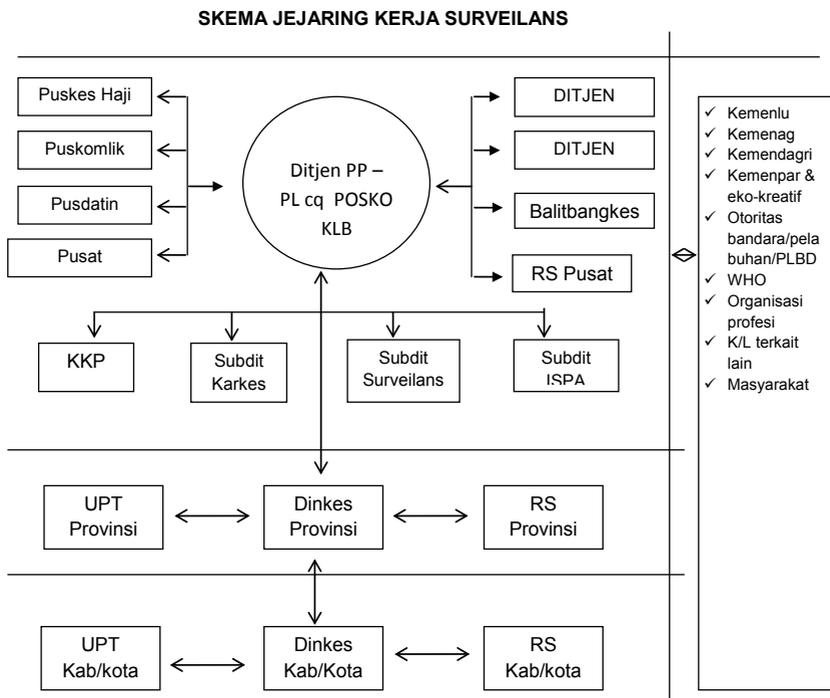
Jejaring kerja surveilans dilakukan untuk memperbaiki, mempertahankan dan meningkatkan koordinasi dan kemitraan dengan unit-unit terkait dalam hal berbagi data dan informasi, upaya peningkatan kewaspadaan, mobilisasi sumber daya, serta pemberdayaan masyarakat dalam menghadapi MERS-CoV.

Upaya koordinasi dan kemitraan dengan unit-unit terkait dilakukan antara lain melalui:

1. Pertemuan dengan semua unit terkait untuk mensosialisasikan MERS-CoV dan rencana tindakan yang dilakukan.
2. Pertemuan dengan operator/ agen alat angkut (pesawat, kapal laut, roda-4) untuk membantu menginformasikan pada semua penumpang alat angkut yang datang dari negara terjangkit, tentang :
  - » Penjelasan sederhana dan umum tentang MERS-CoV.
  - » Kartu kewaspadaan kesehatan (*Health Alert Card/ HAC*) dan tindakan yang dilakukan bila sakit selama 14 hari setelah menerima HAC.

3. Berbagi data dan informasi secara berkala tentang perkembangan penyakit kepada unit-unit terkait.
4. Melakukan simulasi penanggulangan MERS-CoV, baik dalam ruangan (*table top*) maupun lapangan.
5. Memobilisasi sumber daya antara lain alat transportasi, logistic, SDM dan sebagainya, yang diperlukan untuk pengendalian MERS-CoV dengan unit-unit terkait.

Secara singkat skema jejaring kerja surveilans dapat dilihat pada bagan berikut :



# BAB IV

## PENCATATAN DAN PELAPORAN

### A. DI PINTU MASUK

1. Laporan harian poliklinik (jumlah petugas 3 shift), jumlah pengunjung, jumlah kasus ISPA & demam lainnya, jumlah kasus pneumonia, jumlah kasus pneumonia dirujuk ke RS) (Form Poli KKP terlampir).

Daftar petugas jaga (absensi) harus terdokumentasi di KKP. Harapannya jumlah pengunjung dan kasus ISPA ada, tetapi kasus *pneumonia zero*. Jika pengunjung rendah dan ISPA tidak pernah ada, berarti poliklinik tidak jalan dengan bagus. Review berkala dan sidak diperlukan.

2. Laporan harian sakit petugas bandara (dibagi petugas poliklinik KKP dan poliklinik lain jika ada, petugas KKP yg lain, petugas bandara selain petugas KKP, dan karyawan swasta (restoran, tukang sapu, dsb). Terdiri dari kasus ISPA, pneumonia, pneumonia dirujuk (Form Petugas KKP terlampir).
3. Selama haji, laporan dibuat harian oleh kepala unit teknis di KKP melalui email (*excel*) ke Posko KLB untuk memonitor mutu kewaspadaan, dan laporan resmi mingguan oleh kepala KKP sebagai zero reporting.
4. Posko KLB melakukan diseminasi informasi laporan KKP ke semua kepala KKP, subdit ISPA, subdit Karkes, subdit surveilans dan Pusat Kesehatan haji melalui dalam excel (berisi laporan situasi setiap KKP haji) dan sedikit analisis yang diperlukan dan update perkembangan MERS-CoV melalui email, serta Provinsi, Kota yang ada embarkasinya, dan BTKL-PP. Diseminasi ini sebagai zero reporting nasional (situasi di KKP) dan sekaligus umpan balik, ungkapan terimakasih pada KKP dan provokasi pada KKP untuk melaporkan dengan benar dan teratur.
5. Setiap kasus dalam penyelidikan dengan pneumonia berat atau probable yang ditemukan di pintu masuk maka harus dilaporkan kurang dari 24 jam dengan menggunakan formulir KLB (W1) ke Posko KLB dengan tembusan ke Dinas Kesehatan Provinsi. Kasus dalam

penyelidikan dengan pneumonia berat atau probable dicatat dalam formulir laporan kasus (form S-MERS-CoV terlampir) dan kasus kontak dicatat dalam formulir laporan kontak (form S-MERS-CoV-k terlampir).

6. Kasus dalam investigasi dengan pneumonia ringan dicatat dalam format notifikasi (form KKP Notifikasi terlampir).

## **B. DI WILAYAH**

Setiap kasus dalam penyelidikan atau probable yang ditemukan di puskesmas atau rumah sakit maka harus dilaporkan kurang dari 24 jam dengan menggunakan formulir KLB (W1) ke Dinas kesehatan Kab/ kota. Kasus dalam penyelidikan atau probable dicatat dalam formulir laporan kasus (form S-MERS-CoV terlampir). Dan kasus kontak dicatat dalam formulir laporan kontak (form S-MERS-CoV-k terlampir).

Rumah sakit dan puskesmas mengirimkan laporan mingguan petugas yang sakit setelah merawat kasus (Form Petugas RS/ Pusk terlampir).

# BAB V

## **UPAYA PENGUATAN KINERJA SURVEILANS**

### **A. DI PINTU MASUK**

Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan surveilans MERS-CoV dilakukan oleh pusat, provinsi dan kab/kota secara berjenjang.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan terhadap masukan, proses dan keluaran surveilans MERS-CoV.

Input meliputi sumber daya manusia, sarana dan prasarana, pembiayaan. Proses meliputi perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi. Keluaran meliputi capaian indikator kinerja.

Bimbingan teknis dilakukan sesuai jenjangnya. Dalam melakukan bimbingan teknis menggunakan Check-List dan hasilnya dilakukan umpan balik kepada program dan unit terkait.

### **B. MONITORING DAN EVALUASI**

Untuk memantau pelaksanaan sistem surveilans MERS-CoV maka dilakukan kegiatan monitoring dan evaluasi. Monitoring dilakukan secara berkala, meliputi penyelenggaraan surveilans MERS-CoV seperti proses pengumpulan data termasuk pencatatan dan pelaporan, pengolahan, analisis, penyebarluasan informasi ataupun umpan balik serta kapasitas laboratorium baik ketersediaan logistik, sumber daya manusia, maupun sarana.

Evaluasi dilakukan secara berkala untuk menilai kinerja sistem surveilans MERS-CoV dan menganalisis hambatan yang ditemukan. Mekanisme evaluasi dapat dilakukan melalui pertemuan review/validasi data di tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota, membahas tentang:

- a. Analisis penyelenggaraan Surveilans MERS-CoV
- b. Pencapaian Kinerja Surveilans MERS-CoV
- c. Dukungan Laboratorium
- d. Analisis kasus MERS-CoV
- e. Permasalahan dan upaya pemecahan

### **C. INDIKATOR KINERJA**

- » Jumlah rumor yang diverifikasi
- » Kelengkapan dan ketepatan laporan notifikasi KKP
- » Kelengkapan dan ketepatan laporan Petugas KKP
- » Kelengkapan dan ketepatan laporan SKDR
- » Jumlah alert yang dilakukan respon
- » Jumlah KLB yang dilakukan penyelidikan dan penanggulangan dalam 24 jam

## DAFTAR PUSTAKA

1. Current guidelines were published in 2008. Dellinger RP, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Critical Care Medicine* 2008; 36:296–327. [http://www.survivingsepsis.org/About\\_the\\_Campaign/Documents/Final%2008%20SSC%20Guidelines.pdf](http://www.survivingsepsis.org/About_the_Campaign/Documents/Final%2008%20SSC%20Guidelines.pdf)
2. IMAI District Clinician Manual: Hospital Care for Adolescents and Adults. Geneva: WHO Press; 2011. Available at [http://www.who.int/influenza/patient\\_care/IMAI\\_DCM/en/index.html](http://www.who.int/influenza/patient_care/IMAI_DCM/en/index.html)
3. The ACCM/SCCM Consensus Conference Committee. Definitions for Sepsis and Organ Failure and Guidelines for the Use of Innovative Therapies in Sepsis. *Chest* 1002; 101: 1644–55.
4. Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PloS One* 2012;7:e35797. <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0035797>
5. WHO. Pulse oximetry training manual. [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/pulse\\_oximetry/tr\\_material/en/](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/pulse_oximetry/tr_material/en/)
6. Pebody R, Chand M, Thomas H, et al. The United Kingdom public health response to an imported laboratory confirmed case of a novel coronavirus in September 2012. *Euro surveillance : bulletin europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 2012;17. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20292>
7. Dunser MW, Festic E, Dondorp A, et al. Recommendations for sepsis management in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine* 2012;38:557–74.
8. WHO. Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009: revised guidance. [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical\\_management/en/index.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management/en/index.html)
9. Sztrymf B, Messika J, Mayot T, Lenglet H, Dreyfuss D, Ricard JD. Impact of high-flow nasal cannula oxygen therapy on intensive care unit patients with acute respiratory failure: a prospective observational study. *Journal of Critical Care* 2012;27:324 e9–13.

10. Keenan SP, Sinuff T, Burns KE, et al. Clinical practice guidelines for the use of noninvasive positive-pressure ventilation and noninvasive continuous positive airway pressure in the acute care setting. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = journal de l'Association medicale canadienne* 2011;183:E195–214.
11. Nava S, Schreiber A, Domenighetti G. Noninvasive ventilation for patients with acute lung injury or acute respiratory distress syndrome. *Respiratory Care* 2011;56:1583–8.
12. Refer to NIH NHLBI ARDS Clinical Network's mechanical ventilation protocol card <http://www.ardsnet.org/system/files/Ventilator%20Protocol%20Card.pdf>
13. Dellinger RP, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Critical Care Medicine* 2008; 36:296–327. [http://www.survivingsepsis.org/About\\_the\\_Campaign/Documents/Final%2008%20SSC%20Guidelines.pdf](http://www.survivingsepsis.org/About_the_Campaign/Documents/Final%2008%20SSC%20Guidelines.pdf)
14. Papazian L, Forel JM, Gacouin A, et al. Neuromuscular blockers in early acute respiratory distress syndrome. *The New England Journal of Medicine* 2010;363:1107–16
15. Messerole E, Peine P, Wittkopp S, Marini JJ, Albert RK. The pragmatics of prone positioning. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2002;165:1359–63.
16. Sud S, Friedrich JO, Taccone P, et al. Prone ventilation reduces mortality in patients with acute respiratory failure and severe hypoxemia: systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine* 2010;36:585–99.
17. Meade MO, Cook DJ, Guyatt GH, et al. Ventilation strategy using low tidal volumes, recruitment maneuvers, and high positive end-expiratory pressure for acute lung injury and acute respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial. *JAMA : the Journal of the American Medical Association* 2008;299:637–45.
18. The National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Clinical Trials Network. Comparison of two fluid-management strategies in acute lung injury. *The New England Journal of Medicine* 2006;354:2564–75.
19. Perner A, Haase N, Guttormsen AB, et al. Hydroxyethyl starch 130/0.42 versus Ringer's acetate in severe sepsis. *The New England Journal of Medicine* 2012;367:124–34.

20. Myburgh JA, Finfer S, Bellomo R, et al. Hydroxyethyl starch or saline for fluid resuscitation in intensive care. *The New England Journal of Medicine* 2012;367:1901–11
21. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine* 2006;355:2725–32.
22. WHO. 2012. Laboratory testing for novel coronavirus. Interim Recommendation. [http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/LaboratoryTestingNovelCoronavirus](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/LaboratoryTestingNovelCoronavirus)
23. WHO. 2013. Interim Surveillance recommendation for human infection with middle east respiratory syndrome coronavirus. [http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/InterimRevisedSurveillanceRecommendations\\_nCoVinfection\\_27Jun13.pdf](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/InterimRevisedSurveillanceRecommendations_nCoVinfection_27Jun13.pdf)
24. Corman VM, Eckerle I, Bleicker T, Zaki A, Landt O, Eschbach-Bludau M, van Boheemen S, Gopal R, Ballhause M, Bestebroer TM, Muth D, Müller MA, Drexler JF, Zambon M, Osterhaus AD, Fouchier RM, Drosten C (2012) Detection of a novel human coronavirus by real-time reverse- transcription polymerase chain reaction. *Euro Surveill* 17: pii=20285.
25. Corman VM, Müller MA, Costabel U, Timm J, Binger T, Meyer B, Kreher P, Lattwein E, Eschbach-Bludau M, Nitsche A, Bleicker T, Landt O, Schweiger B, Drexler JF, Osterhaus AD, Haagmans BL, Dittmer U, Bonin F, Wolff T, Drosten C. Assays for laboratory confirmation of novel human coronavirus (hCoV-EMC) infections. *Euro Surveill*. 2012;17(49) :pii=20334.
26. Van Boheemen S, et al. 2012. Genomic characterization of a newly discovered coronavirus associated with acute respiratory distress syndrome in humans. *mBio* 3(6): e00473-12. doi :10.1128/mBio.00473-12.
27. Messerole E, Peine P, Wittkopp S, Marini JJ, Albert RK. The pragmatics of prone positioning. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2002;165;1359–63
28. Sud S, Friedrich JO, Taccone P, et al. Prone ventilation reduces mortality in patients with acute respiratory failure and severe hypoxemia: systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine* 2010;36:585–99.

29. Meade MO, Cook DJ, Guyatt GH, et al. Ventilation strategy using low tidal volumes, recruitment maneuvers, and high positive end-expiratory pressure for acute lung injury and acute respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial. *JAMA : the Journal of the American Medical Association* 2008;299:637–45.
30. The National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Clinical Trials Network. Comparison of two fluid-management strategies in acute lung injury. *The New England Journal of Medicine* 2006;354:2564–75.
31. Perner A, Haase N, Guttormsen AB, et al. Hydroxyethyl starch 130/0.42 versus Ringer's acetate in severe sepsis. *The New England Journal of Medicine* 2012;367:124–34.
32. Myburgh JA, Finfer S, Bellomo R, et al. Hydroxyethyl starch or saline for fluid resuscitation in intensive care. *The New England Journal of Medicine* 2012;367:1901–11
33. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine* 2006;355:2725–32.
34. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care - WHO Interim Guidelines. Geneva, World Health Organization, 2007. Available at [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/WHO\\_CDS\\_EPR\\_2007\\_6/en/](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/WHO_CDS_EPR_2007_6/en/).
35. For the latest information, please consult the WHO coronavirus web page at [http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/en/](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/en/).
36. The WHO case definitions for reporting are available at [http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/case\\_definition/en/](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/case_definition/en/)
37. Clinical management of severe acute respiratory infections when novel coronavirus is suspected: What to do and what not to do. Geneva, World Health Organization, 2013. Available at [http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/InterimGuidance\\_ClinicalManagement\\_NovelCoronavirus\\_11Feb13u.pdf](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/InterimGuidance_ClinicalManagement_NovelCoronavirus_11Feb13u.pdf)
38. The Health Protection Agency (HPA) UK Novel Coronavirus Investigation team. Evidence of person-to-person transmission within a family cluster of novel coronavirus infections, United Kingdom, February 2013. *Euro Surveill.* 2013; 18(11):pii=20427. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20427>

39. Core components of infection prevention and control programmes in health care. Aide-memoire. Geneva, World Health Organization, 2011. Available at [http://www.who.int/csr/resources/publications/AM\\_core\\_components\\_IPC/en/](http://www.who.int/csr/resources/publications/AM_core_components_IPC/en/)
40. Interim surveillance recommendations for human infection with novel coronavirus. Geneva, World Health Organization, 2013. Available at [http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/InterimRevisedSurveillanceRecommendations\\_nCoVinfection\\_18Mar13.pdf](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/InterimRevisedSurveillanceRecommendations_nCoVinfection_18Mar13.pdf)
41. Essential environmental health standards in health care. Geneva, World Health Organization, 2008. Available at [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/hygiene/settings/ehs\\_hc/en/index.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/settings/ehs_hc/en/index.html).
42. Natural ventilation for infection control in health-care settings. Geneva, World Health Organization, 2009. Available at [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/natural\\_ventilation/en/index.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/natural_ventilation/en/index.html)
43. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, 7:CD006207. Available at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006207.pub4/abstract;jsessionid=074644E776469A4CFB54F28D01B82835.d03t02>.
44. WHO Guidelines on hand hygiene in health care. Geneva, World Health Organization, 2009. Available at [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf).
45. Standard Precautions are basic precautions designed to minimize direct, unprotected exposure to potentially infected blood, body fluids or secretions applicable to all patients. See also Standard precautions in health care. Geneva, World Health Organization, 2007. Available at [http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR\\_AM2\\_E7.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf).

**Form Investigasi Kasus**  
(Kasus dalam investigasi/ kasus probable/ kasus konfirmasi)

**i. Data Dasar**

Identitas kasus

No.Klaster :

Nama :

Tgl lahir/umur :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan : (sebutkan secara spesifik)

Alamat :

Yang diwawancarai :

Tanggal Mulai sakit , tanda dan gejala :

.....

Tanggal masuk RS/tanggal kunjungan ke layanan kesehatan :

Tgl	Nama RS	Ruang rawat
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Tanggal notifikasi dari WHO (masuk ke rekap data)

Nama kontak kasus :

Nama	Umur	JK	Hubungan dg kasus	Alamat Rumah	No Hp/telp yang dapat dihubungi

Tanggal pengambilan sampel, pemeriksaan lab dan jenis spesimen (cth : swab nasopharing, sputum, dll) :

Tgl Pengambilan Sampel	Jenis Spesimen	Jenis Pemeriksaan Lab	Tgl Pemeriksaan Lab dan Hasil

**ii. Informasi Paparan dan Riwayat Perjalanan**

a. Riwayat kontak hewan :

- Jenis hewan :.....
- Tanggal kontak :.....
- Jenis kontak : .....

(misal penjaga peternakan, pengunjung peternakan, pengunjung pasar hewan hidup, terlibat dalam pemotongan hewan, dll)

b. Riwayat kontak manusia

- Riwayat kontak dengan orang yang menderita sakit pernapasan dan atau gejala gastrointestinal, termasuk orang yang sakit berat atau meninggal, jenis kontak, frekuensi, lama paparan dan lokasi :

.....

..

- Riwayat dirawat di RS sebelumnya :

.....

.

.....

- Riwayat mengunjungi kasus yang dirawat di RS :

.....

- Riwayat mengunjungi pengobat tradisional :

.....

c. Paparan makanan

- Riwayat mengkonsumsi makanan atau minuman yang belum dimasak :

.....

- Riwayat mengkonsumsi daging atau produk darah setengah matang :

.....

- Riwayat menyiapkan daging mentah untuk dimasak :

.....

.

- Riwayat menggunakan alat khusus merokok (shisha, dll) :

.....

d. Riwayat Perjalanan

- Tanggal perjalanan : .....

- Tujuan : .....

- Durasi perjalanan : .....

- Moda transportasi : .....

- Aktivitas selama perjalanan : .....

.....

.....

e. Informasi Klinis

Data klinis :

- Tanggal mulai timbul gejala :

- Tanda dan gejala :
- Kronologis sakit (tanggal mulai ke pelayanan kesehatan, tanggal masuk RS, tgl mulai perburukan klinis, dan hasil akhir dirawat) :  
.....
- Adakah pneumonia dan perburukan ke arah gagal napas ? Adakah ARDS ? :  
.....
- Komplikasi yang terjadi (seperti gagal ginjal atau kegagalan fungsi organ lain, koagulopati, infeksi sekunder, sepsis, dll) :  
.....
- Adakah penyakit kronis lain (missal immunosupresi, kanker, penurunan fungsi ginjal, hemoglobinophati, penyakit hati, penyakit neurologi, penyakit metabolic endokrin, dll) :  
.....
- Tanggal dan hasil pemeriksaan penunjang (Lab, x ray, ct scan, dll) :  
.....  
.....  
.....
- Penggunaan alat bantu pernapasan (oksigen, ventilator, penggunaan inhalasi, ECMO (extra corporeal membrane oxygenation), dll) :  
.....  
.....
- Penggunaan obat (antibiotic, kortikosteroid, dll) :  
.....  
.....

f. Data laboratorium :

Tanggal Pengambilan Spesimen	Jenis Spesimen	Jenis Pemeriksaan	Tanggal dan Hasil Pemeriksaan	Nama Lab Pemeriksa	Keterangan











## Lampiran 4.

Adis perjalanan WHO tentang infeksi MERS-CoV bagi Jemaah – Jemaah yang ke Kerajaan Saudi Arabia.

### 1. Pendahuluan

Suatu KLB infeksi saluran pernapasan akut yang disebabkan oleh virus corona baru dan kemudian dinamakan Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV), pertama kali dilaporkan pada 2012. Sampai saat ini 9 negara telah meaporkan adanya kasus tersebut. Melalui mekanisme IHR (2005), WHO telah melakukan koordinasi respon global terhadap perkembangan virus ini. Rekomendasi ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi otoritas nasional darimana Jemaah akan melakukan perjalanan Umrah dan Haji pada waktu dekat guna mencegah, mendeteksi, dan memberikan tatalaksana kasus – kasus import MERS-CoV. Saat ini risiko Jemaah perorangan untuk terinfeksi MERS-CoV diperkirakan masih rendah.

### 2. Informasi mengenai Komunikasi risiko efektif

Bagi negara –negar penting untuk menggunakan semua cara – cara praktis dan efektif dalam mengkomunikasikan informasi selama periode sebelum, selama, dan setelah melakukan ibadah Umrah dan Haji kepada semua penanggung jawab dan Jemaah yang akan bepergian Umrah dan Haji, terutama kepada populasi kelompok rentan, pejabat Kesehatan, industri transportasi dan turisme, dan masyarakat umum.

#### 2.1. Kegiatan yang harus dilakukan sebelum Umrah dan Haji

- » Negara – negara harus memberikan nasehat / saran – saran kepada Jemaah yang mempunyai kondisi Kesehatan tertentu (penyakit kronis seperti, diabetes, penyakit paru kronis, gangguan kekebalan tubuh) yang dapat meningkatkan kemungkinan untuk jatuh sakit termasuk infeksi MERS-CoV, selama melakukan perjalanan ibadah tersebut. Oleh karena itu Jemaah harus melakukan konsultasi dengan petugas Kesehatan / dokter sebelum berangkat untuk mengkaji risiko dan menilai apakah keberangkatan jemaah dapat dilakukan.

- » Negara harus memberikan informasi kepada jemaah yang akan berangkat dan kepada agen perjalanan mengenai kewaspadaan kesehatan yang umum dalam melakukan perjalanan guna menurunkan risiko infeksi termasuk untuk penyakit influenza dan diare. Berikan penegasan khusus untuk senantiasa:
  - Mencuci tangan dengan air dan sabun. Bila tangan tidak tampak kelihatan kotor gunakan antiseptik.
  - Menjaga hygiene perorangan,
  - Mematuhi praktek – praktek pengamanan makanan seperti menghindari daging yang tidak dimasak atau penyediaan makanan dengan kondisi sanitasi yang baik, Mencuci buah dan sayuran dengan benar,
  - Menghindari kontak yang tidak perlu dengan hewan – hewan yang ditenakkan, hewan peliharaan dan hewan liar.
- » Petunjuk Kesehatan harus tersedia bagi semua yang melakukan perjalanan Umrah atau Haji yang disampaikan melalui kerjasama dengan agen perjalanan dan menaruh material – material tertentu dilokasi strategis (seperti Kantor - kantor agen perjalanan atau titik –titik keberangkatan di bandara).
  - Bentuk lain komunikasi seperti pemberian kartu health alerts ketika berada diatas pesawat dan kapal, pemasangan banner, pamflet, dan pengumuman melalui radio di pintu masuk internasional juga dapat digunakan.
  - Petunjuk Kesehatan sebaiknya meliputi informasi terbaru mengenai MERS-CoV serta pedoman tentang bagaimana menghindari penyakit selama melakukan perjalanan.
- » Pedoman – pedoman WHO terbaru dan nasional tentang surveilans, langkah – langkah pencegahan dan pengendalian infeksi serta tatalaksana kasus sebaiknya didistribusikan kepada praktisi Kesehatan dan sarana – sarana Kesehatan.
- » Negara harus menjamin tersedianya layanan laboratorium untuk pemeriksaan MERS-CoV dan informasi mengenai hal ini dan juga mekanisme rujukan yang harus di diketahui oleh petugas dan sarana – sarana Kesehatan.

- » Petugas Kesehatan pendamping jemaah harus di berikan informasi dan pedoman terbaru mengenai MERS-CoV termasuk bagaimana mengenali secara dini gejala dan tanda – tanda infeksi MERS-CoV , mempertimbangkan siapa yang merupakan kelompok risiko tinggi, dan apa yang dilakukan bila diketahui ada kasus suspek dan langkah sederhana penanggulangannya untuk mengurangi penularan.

## **2.2. Kegiatan – kegiatan yang harus dilakukan selama melakukan ibadah Umrah atau Haji**

Jemaah / Pelancong yang mengalami sakit saluran pernapasan akut yang ditandai demam dan batuk (sehingga mengganggu aktivitas sehari – hari) sebaiknya disarankan untuk:

- » Mengurangi kontak dengan orang lain agar tidak terinfeksi,
- » Menutup mulut dan hidung menggunakan saputangan / tissue ketika bersin dan batuk dan membuangnya ke tempat sampah serta segera mencuci tangan atau jika tidak mungkin bersin dan batuk ke lengan baju tapi bukan ketangan,
- » Segera lapor ke petugas Kesehatan pendamping kelompok atau sarana Kesehatan setempat.

## **2.3. Kegiatan – kegiatan yang harus dilakukan setelah melakukan ibadah Umrah atau Haji**

- » Jemaah yang kembali harus diberi saran bahwa jika mereka mengalami sakit saluran pernapasan akut disertai demam dan batuk (cukup mengganggu kegiatan sehari – hari) pada periode 2 minggu (14 hari) setelah kembali untuk segera mencari pengobatan dan memberitahu otoritas Kesehatan setempat.
- » Orang – orang yang kontak erat dengan jemaah atau pelancong yang mengidap gejala – tanda sakit saluran pernapasan akut yang disertai demam dan batuk (sehingga cukup mengganggu kegiatan sehari – hari), disarankan untuk melapor ke otoritas Kesehatan setempat guna mendapat pemantauan MERS-CoV dengan membawa kartu health alert yang dibagikan ketika berada diatas alat angkut atau ketika tiba di bandara kedatangan.

- » Dokter dan sarana – sarana harus mewaspadai akan adanya kemungkinan infeksi MERS-CoV pada jemaah / pelancong yang baru kembali dengan sakit saluran napas akut yang dengan demam dan batuk serta sakit jaringan paru bawah (seperti pneumonia atau ARDS). Jika gambaran klinis mengindikasikan infeksi MERS-CoV maka harus segera dilakukan pemeriksaan laboratorium diikuti dengan pelaksanaan langkah – langkah pencegahan dan pengendalian infeksi. Klinisi juga harus waspada terhadap kemungkinan gambaran yang atipikal terutama pada kasus dengan gangguan sistem kekebalan tubuh.

### 3. Langkah – langkah penanggulangan di Lintas batas dan alat angkut

- » WHO tidak merekomendasikan adanya pelarangan perdagangan dan perjalanan atau skrining di pintu – pintu masuk.
- » WHO mendorong negara – negara untuk membangkitkan perhatiannya terhadap saran – saran perjalanan ini guna mengurangi risiko infeksi MERS-CoV diantara jemaah - jemaah dan para pelancong lain termasuk operator transportasi dan staf didarat, serta mengenai pelaporan penyakit mereka kepada klinisi atau otoritas kesehatan setempat.
- » Seperti yang diminta dalam IHR, negara – negara harus memastikan bahwa langkah – langkah kegiatan rutin berjalan sebagaimana mestinya untuk melakukan penilaian terhadap jemaah / pelancong sakit yang ditemukan diatas alat angkut (pesawat atau kapal laut), di pintu – pintu masuk dan juga langkah – langkah yang aman dalam mengangkut pelancong sakit ke RS atau sarana Kesehatan yang ditugaskan melakukan penilaian dan pengobatan.
- » Jika jemaah / pelancong yang sakit berada diatas pesawat maka form lokasi penumpang dapat digunakan untuk mengetahui informasi kontak kasus dengan penumpang lainnya dalam rangka pemantauan kontak.

4 Oktober 2013

Nomor : IR.02.02/D/III.6/1981/2013  
Lampiran : -  
Perihal : Peningkatan Kewaspadaan dan Penanganan  
Jamaah Haji Indonesia dengan  
Suspek MERS-CoV saat kepulangan ke tanah air.

Yang terhormat,

1. Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Embarkasi/ Debarkasi Haji Seluruh Indonesia
2. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Seluruh Indonesia.

Sehubungan dengan rencana kepulangan para Jamaah Haji Indonesia ke tanah air mulai tanggal 20 Oktober 2013, maka diharapkan untuk meningkatkan kewaspadaan dan penanganan Jamaah Haji terhadap kemungkinan suspek MERS-CoV dengan melakukan kegiatan sebagai berikut :

1. Koordinasi dengan TKHI (Kloter) melalui komunikasi cepat untuk mengidentifikasi dan menginformasikan bagi Jamaah Haji dari kloter yang akan masuk ke Indonesia dengan gejala Pneumonia yang memerlukan perawatan di RS antara lain :
  - Demam ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ),
  - Batuk,
  - Sesak napas.
2. Pemasangan *Thermal Scanner* pada saat pemulangan Jamaah Haji di semua Debarkasi Haji
3. Bagi Jamaah Haji yang sehat dipersilahkan untuk melanjutkan perjalanannya.
4. Bagi Jamaah Haji yang menderita demam dan batuk tetapi tidak ada gejala pneumonia, maka diberikan masker dan brosur, dicatat datanya untuk diinformasikan ke Dinkes setempat dan dipersilakan melanjutkan perjalanannya.
5. Bagi Jamaah Haji yang menderita pneumonia dan atau ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) yang membutuhkan perawatan RS, maka segera dirujuk ke RS.
6. Penatalaksanaan kasus MERS-CoV mengacu pada 5 (lima) dokumen "Pedoman Penanganan MERS-CoV" yang terdiri dari : 1).Pedoman Umum, 2) Surveilans, 3) Tatalaksana klinis, 4) Pengendalian infeksi, 5) Pengambilan spesimen dan diagnostik kesiapsiagaan menghadapi MERS-CoV.
7. Meningkatkan koordinasi Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota terhadap pelaksanaan K3JH dalam memberikan pelayanan kesehatan haji debarkasi; dan dalam pelaksanaan kegiatan surveilans baik menggunakan "Health Alert Card" maupun K3JH.

8. Koordinasi kembali dengan Lintas Sektor terkait melalui surat yang berisi himbauan atau anjuran agar petugas di Lapangan (Imigrasi, Bea Cukai, Cargo, Gapura Angkasa, dll) untuk :
  - Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat
  - Selalu mencuci tangan setelah kontak dengan Jamaah/barang bawaan Jamaah
  - Tidak menyentuh hidung dan mulut setelah kontak dengan Jamaah/ barang bawaan Jamaah
  - Menghindari kontak dengan penumpang yang diduga sakit (menutup hidung & mulut bila perlu)
  - Segera berobat apabila sakit
9. Melaporkan secara berkala kepada Posko KLB Ditjen PP dan PL jika ditemukan kasus dengan gejala batuk, demam serta gejala sesak napas.

Demikian, untuk dapat menjadi acuan. Atas perhatian dan kerjasama Saudara disampaikan banyak terima kasih.

Jakarta,                      September 2013  
DIREKTUR JENDERAL PP dan PL



Prof/Dr. Tjandra Yoga Aditama  
NIP. 195509031980121001

Tembusan :

1. Menteri Kesehatan
2. Sekretaris Jenderal Kemenkes
3. Dirjen BUK Kemenkes
4. Kepala Badan Litbangkes

