



*Pedoman*

**ALGORITMA**

**SISTEM KEWASPADAAN DINI DAN RESPON**

**( S K D R )**

**Edisi Revisi Tahun 2021**

**Substansi Surveilans**  
**Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan**  
**2021**



# KATA PENGANTAR

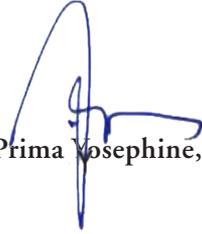
**P**uji dan syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa dengan rahmat dan petunjuk-Nya sehingga buku "Pedoman Algoritma Diagnosis Penyakit Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR)" ini dapat diterbitkan kembali setelah dilakukan beberapa revisi mengikuti perkembangan penyakit menular di Indonesia.

Buku ini ditujukan bagi petugas surveilans di tingkat Propinsi, Kabupaten, Puskesmas, Rumah Sakit dan laboratorium sebagai pedoman dalam melakukan deteksi dini beberapa penyakit menular dengan cara mengenali gejala dan sindrom penyakit tersebut serta tetap melakukan konfirmasi penegakan diagnosis melalui dokter dan hasil laboratorium sederhana, dilanjutkan dengan melakukan respon cepat meliputi respon tata laksana kasus, respon pelaporan, dan respon kesehatan masyarakat, sehingga diharapkan hasil deteksi dini dan respon cepat yang dilakukan dapat segera didesiminasikan kepada pihak yang berkepentingan.

Satu hal yang perlu disampaikan adalah bahwa tindakan respon KLB terutama respon kesehatan masyarakat yang tertuang di dalam buku ini bersifat fleksibel, tidak kaku, dan sangat adaptif bergantung kepada penyelidikan epidemiologi di lapangan yang akan menghasilkan sejumlah rekomendasi dan kebijakan penanggulangan KLB yang akurat dan spesifik.

Akhirnya kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan aktif dalam penyusunan pedoman ini. Semoga pedoman ini dapat digunakan oleh seluruh provinsi, kabupaten/kota, puskesmas, rumah sakit dan laboratorium di seluruh Indonesia untuk dapat melakukan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon secara optimal.

Jakarta, Juli 2021  
Plt. Direktur Surveilans  
dan Karantina Kesehatan

  
dr. Prima Yosephine, MKM

## KATA SAMBUTAN

DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN  
PENGENDALIAN PENYAKIT



**P**uji dan syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas perkenan, rahmat dan karunia-Nya buku “Pedoman Algoritma Diagnosis Penyakit Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR)” telah selesai disusun. Buku petunjuk teknis ini menjadi acuan bagi petugas puskesmas, rumah sakit dan laboratorium agar kegiatan SKDR dapat berjalan dengan baik.

Kejadian KLB perlu dideteksi secara dini dengan tindakan yang cepat dan tepat, maka kewaspadaan dan kesiapsiagaan menghadapi kemungkinan KLB perlu ditingkatkan. Laporan mingguan (W2) digunakan oleh puskesmas dan dinas kesehatan dinas / kota untuk melakukan PWS (Pemantauan Wilayah Setempat) yang memiliki potensi wabah. Sistem ini berjalan secara optimal, dari unit pengawasan baik di pusat maupun dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota untuk melihat tren penyakit menular mingguan dan menilai apakah ada peningkatan kasus yang mengarah KLB

Untuk meningkatkan upaya verifikasi dan respons terhadap penyakit dalam SKDR maka dikembangkan sistem SKDR berbasis rumah sakit dan laboratorium. Dalam sistem ini setiap laporan kasus penyakit SKDR akan disertakan hasil konfirmasi laboratorium sehingga memudahkan dalam menganalisa kasus penyakit tersebut.

Kami ucapkan terima kasih atas dukungan dan kontribusi semua pihak yang terlibat dalam penyusunan buku pedoman ini. Semoga pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons dapat berjalan secara optimal dalam upaya mendeteksi KLB

Jakarta, Juli 2021

Plt. Direktur Jenderal

Pencegahan dan Pengendalian Penyakit



Dr. dr. Maxi Rein Rendonuwu DHSM, MARS

# DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
SAMBUTAN DIREKTUR JEDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT .....	iii
DAFTAR ISI .....	v
TIM PENYUSUN .....	viii
DAFTAR SINGKATAN .....	xi
<b>RESPON PENYAKIT DALAM SISTEM KEWASPADAAN DINI DAN RESPON .....</b>	<b>1</b>
A. DIARE AKUT .....	1
B. MALARIA .....	5
C. SUSPEK DENGUE .....	11
D. PNEUMONIA .....	16
E. DIARE BERDARAH/DISENTRI .....	24
F. DEMAM TIFOID .....	28
G. SINDROM JAUNDIS AKUT .....	32
H. SUSPEK CHIKUNGUNYA .....	35
I. SUSPEK FLU BURUNG PADA MANUSIA .....	41
J. SUSPEK CAMPAK .....	45
K. SUSPEK DIFTERI .....	58
L. SUSPEK PERTUSIS .....	68
M. ACUTE FLACCID PARALYSIS .....	75
N. GIGITAN HEWAN PENULAR RABIES (GHPR) ...	82
O. SUSPEK ANTRAKS .....	89
P. SUSPEK LEPTOSPIROSIS .....	95
Q. SUSPEK KOLERA .....	102

R. KLUSTER PENYAKIT TIDAK LAZIM .....	106
S. SUSPEK MENINGNITIS/ENCHEPALITIS .....	109
T. SUSPEK TETANUS NEONATORUM .....	113
U. SUSPEK TETANUS .....	119
V. <i>INFLUENZA LIKE ILLNES</i> (ILI) .....	121
W. <i>HAND FOOT MOUTH DISEASSES</i> (HFMD) .....	125

#### **PENYAKIT POTENSI KLB LAINNYA**

A. PENYAKIT PES .....	129
B. PENYAKIT MERS .....	134
C. PENYAKIT VIRUS EBOLA .....	142
D. PENYAKIT VIRUS NIPAH .....	146
E. PENYAKIT HANTA VIRUS .....	152

#### **ALGORITMA DIAGNOSIS PENYAKIT DAN RESPON**

A. ALGORITMA DIARE AKUT, DIARE BERDARAH/ DISENTRI DAN KOLERA .....	157
B. ALGORITMA MALARIA .....	159
C. ALGORITMA SUSPEK DENGUE .....	160
D. ALGORITMA PNEUMONIA .....	162
E. ALGORITMA SUSPEK DEMAM TIFOID .....	163
F. ALGORITMA SINDROM JAUNDICE AKUT .....	164
G. ALGORITMA SUSPEK CHIKUNGUNYA .....	166
H. ALGORITMA SUSPEK FLU BURUNG PADA MANUSIA	168
I. ALGORITMA SUSPEK CAMPAK .....	169
J. ALGORITMA SUSPEK DIFTERI .....	171
K. ALGORITMA SUSPEK PERTUSSIS .....	176
L. ALGORITMA AFP (LUMPUH LAYUH MENDADAK)	177
M. ALGORITMA KASUS GIGITAN HEWAN PENULAR RABIES .....	178
N. ALGORITMA SUSPEK ANTRAKS .....	180

O. ALGORITMA SUSPEK LEPTOSPIROSIS .....	182
P. ALGORITMA KLASTER PENYAKIT YANG TIDAK LAZIM .....	183
Q. ALGORITMA SUSPEK MENINGITIS/ENSEFALITIS .....	185
R. ALGORITMA SUSPEK TETANUS NEONATORUM .....	186
S. ALGORITMA SUSPEK TETANUS .....	187
T. ALGORITMA ILI ( <i>INFLUENZA LIKE ILLNESS</i> ) .....	188
U. ALGORITMA SUSPEK HFMD .....	190

**ALGORITMA DIAGNOSIS PENYAKIT POTENSIAL KLB LAINNYA**

1. PENYAKIT PES .....	191
2. PENYAKIT MERS .....	193
3. PENYAKIT VIRUS EBOLA (PVE) .....	194
4. PENYAKIT VIRUS NIPAH .....	195
5. PENYAKIT HANTA VIRUS .....	196

<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>197</b>
----------------------------	------------

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 .....	203
Lampiran 2 .....	209
Lampiran 3 .....	210
Lampiran 4 .....	211
Lampiran 5 .....	212

# TIM PENYUSUN

## PEDOMAN ALGORITMA SISTEM KEWASPADAAN DINI DAN RESPON (SKDR) EDISI REVISI TAHUN 2021

Katalog Terbitan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021

### **Pembina**

Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

### **Pengarah**

dr. Prima Yosephine, MKM; Plt. Direktur Surveilans dan Karantina Kesehatan

### **Kontributor**

drh. Endang Burni Prasetyowati, M.Kes; Substansi Surveilans

dr.Triya Novita Dinihari; Substansi Surveilans

dr. Sherli Karolina, M.Epid; Substansi Surveilans

Lia Septiana, SKM,M.Kes; Substansi Surveilans

Edy Purwanto, SKM, M.Kes; Substansi Surveilans

Abdurrahman, SKM, M.Kes; Substansi Surveilans

Eka Muhiriyah, S.Pd, MKM; Substansi Surveilans

Puhilan, SKM,M.Epid; Substansi Surveilans

Muammar Muslih, SKM, M.Epid; Substansi Surveilans

dr. Corneli K; Substansi Surveilans

Vivi Voronika, SKM, M.Kes; Substansi Surveilans

Emita Ajis, SKM, MPH; Substansi Surveilans

dr. Bie Novirenallia, MARS; Substansi Surveilans

dr. Yulia Zubir, M.Epid; Substansi Surveilans

dr. Irma Gusmi Ratih, M.Epid; Substansi Surveilans

Megawati Aslina, SKM, M.Epid; Substansi Surveilans

Rubiyo Wahyuriadi, S.Kp; Substansi Surveilans

Berkat Putra Sianipar, SKM; Substansi Surveilans

Wawang, SKM; Substansi Surveilans

Siti Masfufah, SKM; Substansi Surveilans  
Yuni Malyati, SKM; Substansi Surveilans  
dr. Febri Immanuella; Substansi Surveilans  
Frans Landi, SKM,M.Epid; Substansi Surveilans  
dr. Ira W, M.Epid; Substansi Hepatitis dan Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan  
M. Edy Hariyanto, SKM, M.Epid; Substansi Infeksi Saluran Pernafasan Akut  
dr. Tety Setiawati, MKM; Substansi Zoonosis  
drh. Maya Esrawati; Substansi Zoonosis  
Denih Sutardi, SKM; Substansi Malaria  
Sugiarsih, SKM; Substansi Malaria  
dr. Melina F, SKM, M.Kes; Substansi Arbovirosis  
dr. Endah Kusumowardani, M.Epid; BBTCL-PP Jakarta  
Intan Pandu Pertiwi; BBTCL-PP Jakarta  
dr. Mursinah, Sp.MK; Biomedik dan Teknologi Dasar Kesehatan Litbangkes  
Kambang Sarijadi, M.BioMed; Biomedik dan Teknologi Dasar Kesehatan Litbangkes  
Subangkit, M. Biomed; Biomedik dan Teknologi Dasar Kesehatan Litbangkes  
dr. Wing Irawati; Substansi Pusat Kesehatan Masyarakat, Direktorat Pelayanan  
Kesehatan Primer  
dr. Era Renjana D; Substansi Pusat Kesehatan Masyarakat, Direktorat  
Pelayanan Kesehatan Primer  
Rahpien Yuswani, SKM, M.Epid; Substansi Penyehatan Pangan, Direktorat  
Kesehatan Lingkungan  
dr. Carolina, M.Sc; Substansi Penyehatan Udara Tanah dan Kawasan,  
Direktorat Kesehatan Lingkungan  
dr. Muchtar Nasir, M.Epid; Substansi Infeksi Emerging  
Rina Surlanti, SKM; Substansi Infeksi Emerging  
Inggariwati, SKM, M.Epid; Dinkes Kesehatan Provinsi  
Sumarno, SKM, M.Epid; Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat  
Sumiati, SKM, M.Epid; Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur  
Heri Santoso, SKM; Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan  
Eko Susanti, SKM, M.Kes; Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara  
Danti Haryuni, SKM, M.Kes; Suku Dinas Kesehatan Jakarta Barat  
drg. Catharina Yekti P; CDC Indonesia  
Ubaidillah, S.Si; WHO Indonesia  
dr. Endang Wulandari; WHO Indonesia  
dr. Mustofa Kamal, M.Sc; WHO Indonesia



**Editor**

Lia Septiana, SKM, M. Kes; Substansi Surveilans

Puhilan, SKM, M. Epid; Substansi Surveilans

# DAFTAR SINGKATAN

AI	<i>Avian Influenza</i>
ACT	<i>Artemisinin based Combination Therapy</i>
ADS	<i>Anti Diphtheria Serum</i>
AFP	<i>Acute Flaccid Paralysis</i>
APD	Alat Pelindung Diri
ASI	Air Susu Ibu
BAB	Buang Air Besar
Balitbangkes	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
BBLK	Balai Besar Laboratorium Kesehatan
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
BLK	Balai Laboratorium Kesehatan
BTKL	Balai Teknik Kesehatan Lingkungan
BBTCLPP	Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit
CSF	<i>Cerebro Spinal Fluid</i>
DFA	<i>Direct Fluorescent Antibody</i>
DO	Definisi Operasional
EBS	<i>Event Based Surveillance</i>
ELISA	<i>Enzyme-linked Immunosorbent Assay</i>
FAT	<i>Fluorescent Antibodies Test</i>
FB	Flu Burung
G6PD	<i>Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase</i>
GHPR	Gigitan Hewan Penular Rabies
HFMD	<i>Hand Foot Mouth Disease</i>
HPR	Hewan Penular Rabies
HTIG	<i>Human Tetanus Immunoglobulin</i>
IKL	Inspeksi Kesehatan Lingkungan
ILI	<i>Influenza Like Illness</i>
IS	Inspeksi Sanitasi
ISPU	Indeks Standar Pencemaran Udara
JE	<i>Japanese Encephalitis</i>

KIE	Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KLB	Kejadian Luar Biasa
Labkesda	Laboratorium Kesehatan Daerah
LCS	<i>Liquour Cerebro Spinal</i>
LED	Laju Endap Darah
Lintas	Lima Langkah Tuntaskan Diare
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MBS	<i>Mass Blood Survey</i>
MERS	<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
MTBS	Manajemen Terpadu Balita Sakit
ORI	<i>Outbreak Response Immunization</i>
P2PTVZ	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonosis
PBDTK	Puslitbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PD3I	Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
PE	Penyelidikan Epidemiologi
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PHEOC	<i>Public Health Emergency Operation Center</i>
PPOK	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
PSN	Pemberantasan Sarang Nyamuk
RCA	<i>Rapid Convenience Assessment</i>
RDT	<i>Rapid Diagnostic Test</i>
RPH	Rumah Potong Hewan
RS	Rumah Sakit
RT	Rukun Tetangga
RW	Rukun Warga
SAR	Serum Anti Rabies
SKDR	Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons
TDDK	Tarikan Dinding Dada bagian bawah Kedalam
UKK	Unit Kerja Koordinasi
VAR	Vaksin Anti Rabies
VTM	<i>Virus Transport Media</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WUS	Wanita Usia Subur

# RESPON PENYAKIT DALAM SKDR

## A. DIARE AKUT (KODE A)

### 1. Jenis Penyakit : Diare Akut

### 2. Definisi Oprasional :

BAB yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (pada umumnya 3 kali atau lebih per hari dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari 7 hari)

### 3. Respons :

#### a. Respons Tatalaksana Kasus

#### Tata Laksana Lintas Diare (Lima Langkah Tuntaskan Diare)

- 1) Mencegah terjadinya dehidrasi dengan pemberian oralit. Pemberian oralit sampai diare berhenti bila muntah tunggu 10 menit berikan oralit lagi sedikit-sedikit dengan dosis: usia <1 tahun 50 – 100 ml, usia >1 s.d 4 tahun berikan 100-200 ml, >5 tahun diberikan 200-300 ml, dewasa diberikan 300-400 ml dan berikan 6 sachet oralit untuk di bawa pulang. Apabila mengalami dehidrasi sedang berikan oralit dengan dosis 75 ml X BB.
- 2) Pemberian Zinc dengan dosis usia < 6 bulan diberikan 10 mg (1/2 tablet) Zinc per hari, > 6 bulan diberikan zinc 20 mg (1 tablet) perhari, dengan cara Larutkan tablet dalam 1 sendok makan air matang atau ASI. Pemberian Zinc diteruskan sampai 10 hari, walaupun diare sudah membaik. Hal ini dimaksudkan untuk mencegah kejadian diare selanjutnya selama 2-3

bulan ke depan. Pemberian Zinc selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya (Black, 2003).

- 3) Untuk bayi yang masih minum ASI/Susu Formula diberikan lebih sering dari biasanya dan untuk usia 6 bulan yang sudah mendapat makanan tambahan diberikan makanan lunak yang mudah dicerna.
- 4) Pemberian antibiotic hanya sesuai indikasi: diare berdarah (sebagian besar karena shigellosis), suspek kolera, dan Obat antiprotozoa digunakan bila terbukti diare disebabkan oleh parasit (amuba, giardia).
- 5) Pemberian nasehat kepada Ibu atau keluarga yang berhubungan erat dengan balita tentang:
  - Cara memberikan cairan (Oralit) dan obat Zinc di rumah.
  - Kapan harus membawa kembali balita ke petugas Kesehatan.
  - Diare lebih sering muntah berulang, sangat haus, makan atau minum sedikit.
  - Timbul demam, tinja berdarah, tidak membaik dalam 3 hari.

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Setiap ada alert (sinyal kewaspadaan) atau peningkatan kasus maka petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersama penanggung jawab program Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan melakukan verifikasi ke puskesmas untuk mengetahui lebih lanjut apakah ada indikasi KLB.
- 2) Melakukan penyelidikan epidemiologi.

- 3) Pengambilan, penyimpanan, pengemasan, dan pengiriman sampel/spesimen ke laboratorium.
- 4) Pengamatan terhadap kasus dan faktor risiko.
- 5) Menyiapkan logistik (oralit, zinc, dan obat yang sesuai dengan program pengendalian penyakit diare).
- 6) Melakukan inspeksi kesehatan lingkungan (IKL) dan pemeriksaan sampel air.
- 7) Perbaikan kualitas air minum melalui IKL, perbaikan sanitasi, dan perbaikan konstruksi sarana air.
- 8) Penyuluhan kesehatan secara intensif pada kelompok masyarakat.
- 9) Informasi kepada kepala wilayah.

c. **Respons Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan mengirim format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: poskoklb@yahoo.com, Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.
- Hasil pemeriksaan sampel/spesimen diinformasikan kepada faskes pengirim

## Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

### 4. Faktor Risiko

- a. Higiene sanitasi yang tidak memenuhi syarat
- b. Usia balita
- c. Penyakit Infeksi
- d. Gizi buruk
- e. Status imunisasi khususnya imunisasi campak
- f. Riwayat perjalanan ke daerah lain

### 5. Laboratorium

- a. Test Diagnosis: pemeriksaan mikrobiologi untuk mengetahui penyebab infeksi
  - 1) Kultur bakteri: *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *V. cholera*, *Shigella spp*, *E.coli*, *Salmonella typhi*, *Camphylobacter*, *Clostridium*.
  - 2) PCR: Rotavirus (bila diperlukan, untuk konfirmasi dilakukan dengan PCR di lab rujukan).
  - 3) Pemeriksaan parasit dengan *direct smear* untuk Giardia, Cryptosporidium, Entamoeba.
- b. Jenis Spesimen: feces, rectal swab, makanan, air, dan cairan muntah.
- c. Tatalaksanaan penanganan Spesimen: Spesimen untuk kultur bakteri disimpan dalam media *Cary Blair*/Amies pada suhu ruang. Spesimen untuk pemeriksaan PCR Rotavirus disimpan dalam media Hank's pada suhu 2-8°C. Spesimen dikirim ke laboratorium < 24 jam.
- d. Hasil Laboratorium: sesuai hasil tes diagnostik.

- e. Rujukan Laboratorium: Pemeriksaan laboratorium dilakukan sesuai dengan kemampuan laboratorium setempat. Jika dibutuhkan maka dilakukan rujukan secara berjenjang. Laboratorium pelaksana pemeriksaan adalah laboratorium Rumah Sakit Daerah, Laboratorium Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota/Provinsi, Laboratorium BBLK, Laboratorium BBTCL-PP, BaBalitbangkes.

**6. Refrensi/Literatur:**

- a. Pedoman Tata Laksana Diare, Kemenkes Tahun 2017
- b. Permenkes No.658 Tahun 2009 tentang Jejaring Laboratorium Diagnosis Penyakit Infeksi *New-Emerging* dan *Re-Emerging*

**B. MALARIA (KODE B)**

**1. Jenis Penyakit : Malaria**

**2. DO Penyakit :**

Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit plasmodium yang dapat ditandai dengan antara lain demam menggigil, anemia, dan hepatosplenomegaly. Penyakit ini secara alami ditularkan melalui gigitan nyamuk anopheles betina.

**3. Respons :**

**a. Respons Tatalaksana Kasus**

- 1) Untuk mendapatkan kepastian diagnosis malaria dilakukan pemeriksaan sediaan darah melalui pemeriksaan dengan mikroskop dan atau pemeriksaan dengan tes diagnostik cepat (*Rapid Diagnostic Test/ RDT*) dan atau pemeriksaan dengan *Polymerase Chain Reaction* (PCR) dan *sequensing* DNA (Permenkes RI No. 5 Tahun 2013).

- 2) Berikan pengobatan sesuai dengan jenis plasmodium atau parasit malaria yang ditemukan dalam sediaan darah yang diperiksa.
- 3) Untuk malaria tanpa komplikasi diberikan Obat malaria *Artemisinin based Combination Therapy* (ACT) selama 3 hari ditambah dengan Primakuin sesuai jenis plasmodiumnya (untuk malaria falciparum diberikan 1 kali pada hari pertama, untuk malaria vivaks dan ovale diberikan selama 14 hari).
- 4) Tidak diberikan Primakuin pada bayi kurang dari 6 bulan, ibu hamil, ibu menyusui bayi kurang dari 6 bulan, dan penderita malaria dengan kekurangan G6PD (*Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase*).
- 5) Untuk malaria berat diberikan artesunate injeksi sampai penderita sadar dan bisa makan minum, keadaan umum membaik, maka injeksi diberhentikan dan dilanjutkan dengan obat malaria oral (ACT) selama 3 hari bersama dengan primakuin (lama pemberian sesuai dengan jenis parasitnya). Jika penderita datang ke fasyankes dan perlu dirujuk berikan juga tindakan pra-rujukan dengan memberikan injeksi artesunate.

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Setiap ada alert (sinyal kewaspadaan) atau peningkatan kasus maka petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan verifikasi ke puskesmas untuk mengetahui lebih lanjut apakah ada indikasi KLB.
- 2) Penyelidikan epidemiologi kasus malaria dengan melakukan wawancara menggunakan formulir wawancara kasus, survei kontak untuk mengetahui luas penularan, dan survei risiko faktor lingkungan. Jika dari survei kontak ditemukan kembali kasus positif

- maka segera dilakukan pemeriksaan darah massal (*Mass Blood Survey*-MBS) dengan cakupan minimal 80% dari seluruh penduduk dan dilanjutkan dengan pemantauan pengobatan pada setiap kasus pada hari 3,14,28 dan 90 hari untuk vivax. Selanjutnya setiap hari dilakukan kunjungan rumah di daerah KLB untuk menjangkit kasus positif yang mungkin belum terdeteksi saat dilakukan MBS, kegiatan kunjungan rumah dilakukan sampai tidak ditemukan kasus positif di daerah tersebut atau minimal 2 (dua) masa inkubasi.
- 3) Pada daerah yang sedang terjadi KLB harus dilakukan kegiatan pengendalian vektor secara total *coverage* di daerah penularan, pengendalian vektor yang dilakukan yaitu dengan pembagian kelambu pada setiap kelompok tidur dan atau penyemprotan dinding rumah (*Indoor Residual Spraying*) serta pengelolaan lingkungan dan tindakan pengendalian jentik/larva nyamuk *Anopheles*.
  - 4) Kegiatan Promosi kesehatan perlu dilakukan di daerah yang sedang terjadi KLB sehingga masyarakat mengetahui cara pencegahan malaria, cara mencari pengobatan serta penggunaan dan pemeliharaan kelambu.
  - 5) Untuk pencegahan diperlukan KIE yang intensif kepada seluruh masyarakat yang berisiko.
  - 6) Menggalang kemitraan dan integrasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait.

**c. Respons Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi dan Pusat

(PHEOC, email: poskoklb@yahoo.com, Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.
- Laporan W1, Laporan Jumlah kasus per individu dalam regmal 1 SISMAL, Laporan hasil kegiatan penyelidikan epidemiologi, laporan ketersediaan alat bahan penanggulangan

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

- a. Perubahan lingkungan seperti akibat bencana alam, *climate change*, perubahan penggunaan tataguna lahan, dan sebagainya.
- b. Adanya kasus impor yang tidak ditanggulangi dengan baik sehingga menimbulkan penularan.
- c. Banyaknya masyarakat dari daerah non-endemis malaria sebagai pekerja migran untuk sementara waktu di daerah endemis seperti: pedagang, pekerja tambang, pekerja kayu di hutan, dan lain-lain.

- d. Adanya daerah reseptif malaria yaitu wilayah yang memiliki vektor malaria dengan kepadatan tinggi dan terdapat faktor lingkungan serta iklim yang menunjang terjadinya penularan malaria.

## 5. Laboratorium

### a. Tes Diagnosis

Penyebab malaria adalah parasit genus *Plasmodium*. Sampai saat ini dikenal ada lima spesies *Plasmodium* malaria pada manusia, yaitu: *P. vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. knowlesi*. Diagnosis dapat dilakukan dengan cara memeriksa sediaan darah penderita ataupun dengan deteksi antigen yang ada di dalam darah penderita. Pemeriksaan yang dimaksud adalah:

- 1) Pemeriksaan sediaan darah secara mikroskopis  
Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan keca sediaan, selanjutnya dilakukan pewarnaan dan diperiksa menggunakan mikroskop dengan pembesaran objektif 100 x menggunakan minyak imersi.
- 2) Pemeriksaan menggunakan menggunakan *Rapid Diagnostic Test* (RDT)  
Pemeriksaan menggunakan alat diagnosis cepat untuk mendeteksi adanya antigen dari *Plasmodium sp* yang ada di dalam tubuh penderita.
- 3) Pemeriksaan dengan *Polymerase Chain Reaction* (PCR), Pemeriksaan dengan cara memeriksa DNA dari darah penderita, saat ini pemeriksaa dengan metode PCR digunakan untuk konfirmasi suspek *Plasmodium knowlesi*.

### b. Jenis Spesimen

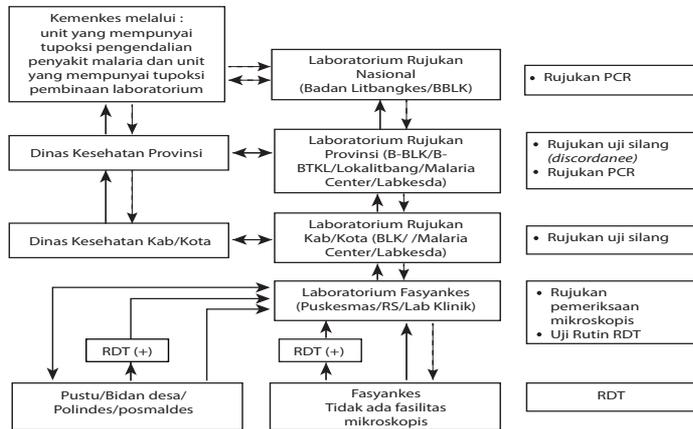
- Darah/whole blood

- Spesimen diambil dari pembuluh kapiler di jari ataupun vena. Pada bayi/balita pengambilan spesimen dapat dilakukan pada tumit kaki atau tempat lainnya (Prosedur pemeriksaan, pewarnaan, dan pembacaan sediaan darah malaria terdapat pada Modul Pelatihan Mikroskopis Malaria (Kemenkes, 2020))

c. Rujukan Laboratorium

- Laboratorium pelayanan: puskesmas, rumah sakit, klinik,
- Laboratorium Uji Silang (Labkesda kabupaten/provinsi, B/BLK, B/BTKLPP)
- Laboratorium Rujukan PCR (Badan Balitbangkes, Lembaga EIJKMAN)

**Struktur Jejaring Laboratorium Pemeriksa Malaria**



**Keterangan:**

- ↑ : R Rujukan pelayanan, konsultasi, rujukan uji silang, pencatatan dan pelaporan
- ⋮ : P Pembinaan
- ↔ : K Koordinasi

## 6. Refrensi/Literatur

- a. Kepmenkes No 293/2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia
- b. Kepmenkes No.556/2019 Tentang PNPK Tatalaksana Malaria
- c. Buku Saku Tatalaksana Kasus Malaria, Kemenkes Tahun 2020
- d. Permenkes RI No. 5 Tahun 2013 Tentang Pedoman Tata Laksana Malaria
- e. Pedoman Teknis Jejaring dan Pemantapan Mutu Laboratorium Malaria, Kemenkes Tahun 2017
- f. Surveilans dan Sistem Informasi Malaria, Kemenkes Tahun 2014
- g. Pedoman Manajemen Malaria, Kemenkes Tahun 2015
- h. Petunjuk Teknis Penyelidikan Epidemiologi Malaria dan Pemetaan Wilayah Fokus (daerah eliminasi dan pemeliharaan), Tahun 2017

## C. SUSPEK DENGUE (KODE C)

### 1. Jenis Penyakit : Dengue

### 2. DO Penyakit :

Tinggal/berpergian ke daerah endemis dengue mengalami demam dan minimal 2 kriteria sebagai berikut:

- Mual muntah
- ruam
- nyeri perut
- uji *tourniquet* positif
- leukopenia
- *warning sign* apapun: nyeri abdomen, muntah persisten, perdarahan mukosa, letargi, irritable, pembesaran hepar lebih dari 2 cm, klinis penumpukan cairan (edema, efusi, ascites)

### 3. Respons :

#### a. Respons Tatalaksana Kasus

Penentuan tatalaksana tergantung dari manifestasi klinis dan masalah lainnya.

Apabila masih bisa minum dengan jumlah cukup dan buang air kecil setidaknya 6 jam sekali serta tidak memiliki *warning signs*, pasien dapat diperbolehkan pulang dan observasi di rumah dengan edukasi kapan harus kembali segera atau kontrol ulang 1 (satu) hari

Perawatan di rumah:

- Tirah baring adekuat
- Asupan cairan adekuat (>5 gelas untuk orang dewasa atau anak)
  - Susu, jus buah dan cairan elektrolit isotonik (oralit) dan air beras atau jecawut
  - Air biasa/tawar saja dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit
- Berikan parasetamol (tidak lebih dari 4 gram per hari)
- Kompres dan seka dengan air hangat
- Periksa dan berantas sarang nyamuk di dalam atau di sekitar rumah

Apabila disertai *warning sign*, RUJUK untuk rawat inap di rumah sakit

#### b. Respons Kesehatan Masyarakat

- 1) Setiap ada alert (sinyal kewaspadaan) atau peningkatan kasus maka petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan verifikasi ke puskesmas untuk mengetahui lebih lanjut apakah ada indikasi KLB.
- 2) Penyelidikan Epidemiologi
- 3) Peningkatan kegiatan surveilans kasus dan vektor

- 4) Ambil spesimen dari sebagian kasus untuk konfirmasi laboratorium serologi (menggunakan RDT Dengue)
- 5) Membentuk posko pengobatan dan posko penanggulangan
- 6) Jika hasil PE positif dilakukan penanggulangan fokus (PSN, Larvasidasi dan Foging Fokus 2 siklus)
- 7) KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) kepada masyarakat untuk melaksanakan gerakan PSN 3M Plus secara serentak

**c. Respons Pelaporan**

**Laporan KLB/Wabah**

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.
- Mengirimkan hasil diagnosis akhir berdasarkan form SKDR oleh RS ke Dinas Kesehatan setempat.

**Laporan Mingguan W2**

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

Menurut Gordon (1994) dalam epidemiologi, kejadian atau penularan penyakit menular ditentukan oleh factor-faktor yang disebut *host*, *agent*, dan *environment*. Penyebaran DBD di Indonesia dipengaruhi multifaktor, di antaranya:

- a. Perilaku masyarakat:
  - Kebiasaan: menggantung pakaian, kebiasaan tidur siang, tidak melaksanakan PSN 3 M plus
  - Pengetahuan dan sikap masyarakat
- b. Lingkungan:
  - Curah hujan, ketinggian wilayah, kelembaban
  - Terdapat tempat perindukan nyamuk
  - kepadatan penduduk,
  - kondisi perumahan (jenis atap rumah, jenis dinding rumah, jenis lantai rumah, ventilasi)
- c. Demografi:
  - kepadatan penduduk
  - mobilitas penduduk

#### 5. Laboratorium

- a. Tes Diagnosis:
  - Pemeriksaan darah rutin (Hemoglobin, leukosit, trombosit, hematokrit, limfosit dan ditemukannya limfosit plasma biru pada hapusan darah tepi)
  - Rapid Diagnostic Test (RDT) NS1, IgG/IgM/IgA anti dengue atau metode ELISA rasio IgM/IgG
  - PCR Dengue

Isolasi virus tidak untuk diagnosis karena lama waktu pengerjaan 2-4 minggu
- b. Jenis spesimen tergantung tes diagnostik yang dipakai, berupa darah (*whole blood*-EDTA), serum

- c. Tatalaksana Penanganan Spesimen
- Pemeriksaan hematologi rutin menggunakan *whole blood* dari tabung dengan antikoagulan K-EDTA
  - serum (10-100  $\mu$ L) dipakai untuk pemeriksaan RDT Dengue secara langsung
  - Sekitar 2,5 mL serum untuk pemeriksaan PCR disimpan dalam *freezer* pada suhu  $-20^{\circ}\text{C}$ , waktu penyimpanan spesimen dalam *freezer* hanya diperbolehkan maksimal 3 hari. Selanjutnya spesimen serum dikirim ke B/BTKLPP sesuai regional atau ke PBTDK baBalitbangkes pada hari yang telah ditentukan. Sebelum spesimen di kirim, petugas Laboratorium lokasi sentinel menghubungi Penanggung Jawab B/BTKLPP regionalnya terkait jumlah spesimen, kelengkapan dan formulir-formu-lir. Spesimen dikirim ke B/BTKL atau PBTDK baBalitbangkes dalam *cool box + ice pack* ( $4 - 8^{\circ}\text{C}$ ) jika serum dibekukan pada suhu  $-20^{\circ}\text{C}$  kemudian dikirim dalam *cool box* berisi *icepack* maka serum akan mencair, pengiriman serum beku harus menggunakan *dry ice* jika ingin serum tetap beku
- d. Hasil Laboratorium sesuai tes diagnostik
- e. Rujukan Laboratorium
- Petugas laboratorium fasyankes (puskesmas atau rumah sakit) melakukan pemeriksaan darah rutin dan RDT dengue NS1 terhadap semua spesimen darah yang diambil
  - Spesimen serum dikirim ke laboratorium B/BTKLPP regional atau PBTDK BaBalitbangkes untuk dilakukan pemeriksaan lanjutan dengue/chikungunya/zika menggunakan RT-PCR Real Time

## 6. Refrensi/Literatur

- a. *Dengue, Guideline for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control, WHO 2009*
- b. *Comprehensive Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever, WHO 2011*
- c. *Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020, WHO Tahun 2012*
- d. *Handbook for Clinical Management of Dengue, WHO 2012*
- e. Epidemiologi Demam Berdarah di Indonesia, A.Arsunan Arsin, 2013
- f. Pedoman Pencegahan dan Penegndalian DBD di Indonesia, Kemenkes Tahun 2017
- g. Permenkes no 50 tahun 2017 tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan
- h. Persyaratan Kesehatan Untuk Vektor Dan Binatang Pembawa Penyakit Serta Pengendaliannya
- i. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Dengue pada Dewasa, Tahun 2021
- j. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Dengue pada Anak dan, Remaja, Tahun 2021

## D. PNEUMONIA (KODE D)

### 1. Jenis Penyakit : Pneumonia

### 2. DO Penyakit

Pneumonia didefinisikan sebagai infeksi saluran napas bawah akut yang ditandai dengan demam, gejala saluran napas (misalnya batuk), dan adanya bukti keterlibatan jaringan/parenkim paru melalui pemeriksaan fisik yaitu napas cepat, retraksi dada/Tarikan Dinding Dada bagian bawah Kedalam (TDDK) dan gambaran infiltrat pada pemeriksaan radiologi (rontgen dada/ thoraks)

Pneumonia balita adalah infeksi akut (kurang dari 14 hari) yang di tandai dengan Batuk atau Kesukaran Bernapas **DAN**;

- Frekuensi Napas dalam 1 (satu) menit melebihi frekuensi napas normal sesuai kelompok umur

**Atau**

- terlihat adanya TDDK

**Atau**

- Saturasi oksigen  $\leq 92\%$

Frekuensi nafas cepat berdasarkan usia penderita:

- < 2 bulan :  $\geq 60$ /menit
- 2 - < 12 bulan :  $\geq 50$ /menit
- 1 - < 5 tahun :  $\geq 40$ /menit

Pneumonia Balita di skrining dengan pendekatan MTBS (manajemen terpadu balita sakit)

Klasifikasi dan tanda Pneumonia Balita

Umur kurang dari 2 bulan

- Batuk bukan Pneumonia

Tanda:

- Batuk atau kesukaran bernafas Dan
- **Tidak ada** TDDK DAN
- **Tidak ada** napas cepat, frekuensi napas: kurang dari 60x/menit

- Pneumonia berat

Tanda:

- Batuk atau kesukaran bernafas Dan
- TDDK yang kuat
- Adanya napas cepat, frekuensi 60x/menit atau lebih

Umur 2 bulan sd 59 bulan

- Batuk bukan Pneumonia

Tanda:

- Batuk atau kesukaran bernafas Dan

- Tidak ada tanda – tanda pneumonia ataupun pneumonia berat
- Pneumonia  
Tanda:
  - Batuk atau kesukaran bernafas Dan
  - Napas cepat
- Pneumonia berat  
Tanda:
  - Batuk atau kesukaran bernafas Dan
  - TDDK atau Saturasi oksigen < 92%

### **Pneumonia Dewasa**

Pada anamnesis ditemukan demam menggigil,  $\geq 38$  C, batuk dahak mukoid atau purulent, sesak napas dan nyeri dada sedangkan pada pemeriksaan fisik tergantung dari luas lesi di paru dimana pada inspeksi tertinggal, pada palpasi fremitus mengeras, pada perkusi didapatkan redup dan pada auskultasi ada ronki basah (halus, kasar)

### **3. Respons :**

#### **a. Respons Tatalaksana Kasus**

##### **Pneumonia Balita**

Umur kurang dari 2 bulan

##### **a). Pneumonia berat**

Tindakan:

- Bayi yang mempunyai TDDK kuat serta napas cepat harus segera dirujuk ke rumah sakit.
- Memberikan pengobatan pra rujukan
- Memberikan 1 dosis antibiotik sebelum dirujuk bila memungkinkan
- Menganjurkan Ibu tetap memberikan ASI dan menjaga bayi tetap dalam kondisi hangat

Umur 2 bulan sd 59 bulan

a) Pneumonia

Tindakan:

- Lakukan pemberian antibiotika spesifik pada penderita
- Beri pereda batuk dan pelega tenggorokan yang aman
- Apabila batuk >14 hari lacak kemungkinan TBC atau sebab lain
- Obati wheezing bila ada
- Nasihati kapan kembali segera
- Kunjungan ulang setelah 2 hari minum obat

b) Pneumonia berat

Tindakan:

- Beri oksigen 1 - 4 L/ menit dengan menggunakan nasal prongs
- Beri dosis pertama antibiotik yang sesuai
- Obati wheezing bila ada
- RUJUK SEGERA

**Pneumonia Dewasa**

Penilaian derajat

*Pneumonia Skoring* (PSI): usia, perawatan di rumah, penyakit penyerta, pemeriksaan fisis (perubahan status mental, pernapasan  $\geq 30$  x/menit, tekanan sistolik < 90 mmHg), suhu tubuh  $\leq 35$  C atau  $\geq 40$  C), hasil laboratorium

CURB-65: > 65 tahun, confusion, frekuensi napas  $\geq 30$  x/menit, tekanan darah (sistolik  $\leq 90$  mmHg, diastolik  $\leq 60$  mmHg)

Tata Laksana

Indikasi rawat jalan

- Pengobatan suportif / simptomatik
  - Istirahat di tempat tidur
  - Minum secukupnya untuk mengatasi dehidrasi
  - Bila panas tinggi perlu dikompres atau minum obat penurun panas
  - Bila perlu dapat diberikan mukolitik dan ekspektoran
- Pemberian antibiotik harus diberikan (sesuai bagan) kurang dari 4 jam
- Indikasi rawat inap
- Skor PSI lebih dari 70
- Bila skor PSI kurang dari 70 maka penderita tetap perlu dirawat inap bila dijumpai salah satu dari kriteria dibawah ini.
  - Frekuensi napas  $\geq 30$ /menit
  - $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  kurang dari 250 mmHg
  - Foto toraks paru menunjukkan kelainan bilateral
  - Foto toraks paru melibatkan  $\geq 2$  lobus
  - Tekanan sistolik  $\leq 90$  mmHg
  - Tekanan diastolik  $\leq 60$  mmHg

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Setiap ada alert (sinyal kewaspadaan) atau peningkatan kasus maka petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan verifikasi ke puskesmas untuk mengetahui lebih lanjut apakah ada indikasi KLB.
- 2) Melakukan penyelidikan epidemiologi bila terindikasi KLB (menggunakan format PE Umum).
- 3) Pengamatan terhadap kasus dan faktor risiko.
- 4) Pengambilan, penyimpanan, pengemasan dan pengiriman spesimen ke laboratorium. (Usap tenggorok atau nasofaring, sputum, darah/serum).

- 5) Analisis data epidemiologi, hasil pemeriksaan laboratorium dan rekomendasi penanggulangan.
- 6) KIE meliputi:
  - Edukasi kesehatan pribadi yang baik
    - Mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir.
    - Etika bersin dan batuk (gunakan masker, tutup mulut dan hidung dengan lengan atas bagian dalam, tutup mulut dan hidung dengan tisu dan jangan lupa membuang tisuanya di tempat sampah).
  - Edukasi tentang pengenalan gejala/tanda pneumonia dan untuk mencari perawatan lebih dini ke fasilitas perawatan kesehatan.
  - Edukasi cara pencegahan pneumonia:
    - Jauhkan Balita dari penderita batuk
    - Berikan imunisasi lengkap di Posyandu atau Puskesmas
    - Berikan ASI eksklusif pada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan
    - Pemberian makanan bergizi seimbang
    - Jauhkan Balita dari asap (rokok, asap dapur, asap kendaraan), debu, serta bahan-bahan lain yang mengganggu pernapasan.
    - Menjaga kebersihan rumah dan lingkungan
    - Rumah dengan ventilasi cukup.
    - Rajin mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau antiseptik lain
    - Tidak boleh merokok

c. **Respons Pelaporan**  
Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.
- Hasil penunjang/Lab

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

- a. Indeks Standar Pencemar Udara (ISPU) setempat yang kurang baik (kategori tidak sehat, sangat tidak sehat dan berbahaya) selama 1 bulan terakhir.
- b. Rumah yang tidak memenuhi persyaratan kesehatan
- c. Kepadatan hunian rumah
- d. Perilaku Hidup Bersih dan sSehat yang tidak memenuhi syarat kesehatan,
- e. Tidak memberikan ASI eksklusif
- f. Kekurangan gizi pada Balita,
- g. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR),

- h. Polusi udara dalam ruangan, dan paparan polusi di luar ruangan
- i. Imunisasi yang tidak lengkap

## 5. Laboratorium

- a. Tes Diagnosis  
Pemeriksaan penunjang untuk mengetahui etiologi pneumonia;
  - Pemeriksaan radiologi (rontgen paru)
  - Pemeriksaan bakteriologi (gram, kultur)
  - Pemeriksaan virologi (PCR)
- b. Jenis Spesimen
  - 1) Usap tenggorok dengan media transport virus (VTM)
  - 2) Usap hidung dengan media transport virus (VTM)
  - 3) Usap nasofaring dengan media transport virus (VTM)
  - 4) Sputum/dahak
  - 5) BAL (*Broncho Alveolar Lavage*) pada kondisi penderita meninggal/ outopsi
  - 6) Darah
- c. Tatalaksana Penanganan Spesimen
  - 1) Mengikuti tatalaksana penanganan spesimen pada penyakit potensial wabah sesuai permenkes 1501/2010 dan revisinya.
- d. Hasil Laboratorium sesuai dengan hasil tes diagnosis
- e. Rujukan Laboratorium  
RS, Labkesda Kab & Prov, B/BLK, B/BTKL PP, Badan Balitbangkes

## 6. Refrensi/Literatur

- a. Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Saluran Pernapasan Akut, Kemenkes Tahun 2016

- b. Tatalaksana Pneumonia Balita di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, Kemenkes Tahun 2017

## E. DIARE BERDARAH/DISENTRI (KODE E)

1. **Jenis Penyakit :** Diare Berdarah (Disentri)

2. **DO Penyakit :**

Diare dengan darah dan lendir dalam tinja dapat disertai dengan adanya tenesmus. Disentri berat adalah disentri yang disertai dengan komplikasi.

3. **Respons :**

a. **Respons Tata laksana:**

- 1) Lakukan Tatalaksana Lintas Diare (Lima Langkah Tuntaskan Diare) \*sama seperti diare akut
- 2) Pemberian antibiotik oral (selama 5 hari), yang masih sensitif terhadap *Shigella* menurut pola resistensi wilayah setempat, UKK (Unit Kerja Koordinasi) Gastrohepatologi IDAI menganjurkan Sefksim dengan dosis 1,5-3 mg/kg BB selama 5 hari sebagai lini pertama, sedangkan asam nalidiksat atau Siprofloksasin dengan dosis 15 mg/kg BB 2 kali per hari selama 5 hari sebagai lini kedua.
- 3) Pasien dipesan untuk kontrol kembali bila:
  - Tidak membaik dengan antibiotic lini pertama selama 2 hari
  - Ada tanda komplikasi yang mencakup panas tinggi, kejang, penurunan kesadaran, tidak mau makan, menjadi lemah.Bila sarana laboratorium tersedia:
  - Pemeriksaan darah tepi: leukositosis mendukung diagnosis Shigellosis atau kemungkinan adanya infeksi sistemik (infeksi di luar saluran cerna).

- Leukosit dalam jumlah yang banyak ( $\geq 10$ /LPB) mendukung diagnosis Shigella atau bakteri invasif lain.
  - Pemeriksaan mikroskopik tinja, Trofozoid entamoeba atau Giardia untuk mendukung diagnosis Amubiasis atau Giardiasis.
  - Bila ditemukan trofozoid amubia/ giardia, diberikan metronidazole 50mg/kgBB/hari selama 5 hari. Bila tidak membaik, pasien dirujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut.
  - Bila tidak ditemukan trofozoid amubia/giardia diberikan antibiotik lini kedua. Bila tidak membaik, pasien dirujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut
  - Telur *Trichuris*, mengarahkan kita pada peranan *Trichuris* sebagai penyebab disentri, walaupun telur *Trichuris* hanya ditemukan pada penderita diare dengan jumlah kecil. Bila ditemukan telur *trichuris*, diberikan *mebendazole*.
  - Bila sarana laboratorium tidak tersedia atau hasil laboratorium belum dapat diberikan, maka dapat diberikan antibiotik lini kedua.
  - Bila pasien tidak membaik dalam 2 hari, diberikan *metronidazole* 50mg/ kgBB/hari selama 5 hari.
  - Bila tidak membaik dengan pemberian metronidazole dalam 2 hari, pasien dirujuk ke Pusat pelayanan kesehatan yang lebih lengkap untuk pemeriksaan lebih lanjut
- 4) Penanganan Komplikasi  
Apabila terjadi komplikasi maka kasus segera di rujuk ke rumah sakit

## b. Respons Kesehatan Masyarakat

- 1) Setiap ada alert (sinyal kewaspadaan) atau peningkatan kasus maka petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersama penanggung jawab program Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan melakukan verifikasi ke puskesmas untuk mengetahui lebih lanjut apakah ada indikasi KLB.
- 2) Penyelidikan Epidemiologi Pengamatan terhadap kasus dan faktor risiko.
- 3) Menyiapkan logistik (oralit, zinc, obat yang sesuai dengan program pengendalian penyakit diare).
- 4) Melakukan inspeksi kesehatan lingkungan (IKL) dan pemeriksaan sampel air.
- 5) Perbaikan kualitas air minum melalui IKL, perbaikan sanitasi dan perbaikan konstruksi sarana air.
- 6) Perbaikan kualitas air dan lingkungan melalui inspeksi sanitasi (IS) dan pengambilan sampel.
- 7) Penyuluhan kesehatan secara intensif pada kelompok masyarakat.
- 8) Informasi kepada kepala wilayah (camat).

## c. Respons Pelaporan

### Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.

- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
  - Keadaan umum penderita.
  - Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan
  - Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut
- Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

- Higiene sanitasi* tidak memenuhi persyaratan kesehatan
- PHBS yang tidak diterapkan dengan baik, cobtohnya cuci tangan pakai sabun
- Usia balita
- Penyakit Infeksi
- Gizi buruk
- Riwayat perjalanan ke tempat lain

#### 5. Laboratorium

- Test Diagnosis: pemeriksaan mikrobiologi untuk mengetahui penyebab infeksi kultur bakteri *Shigella*, *Salmonella*, *Enterohemorrhagic Escherichia coli (EHEC)*, *Enteroinvasive Escherichia coli (EIEC)*. Pemeriksaan lainnya terhadap parasite seperti *Amoeba*.
- Jenis Spesimen: Tinja segar 2-3 gram dalam wadah steril atau Usap dubur dalam medium transport *Carry Blair*. Spesimen muntahan dalam wadah steril jika diduga keracunan. Selain itu spesimen lingkungan dapat diambil seperti sumber air yang dipakai untuk konsumsi, serta makanan dan minuman yang dicurigai menggunakan wadah steril

- c. Tatalaksanan penanganan spesimen: spesimen tinja untuk pemeriksaan kultur sesegera kirim ke laboratorium rujukan. Jika ditunda tinja disimpan dalam lemari pendingin (2-8°C). Spesimen usap dubur dalam *carry blair* harus segera dikirim, jika ditunda disimpan pada suhu 2 - 8°C.
- d. Hasil Laboratorium: sesuai hasil tes diagnostick.
- e. Rujukan: Pemeriksaan mikroskopis untuk identifikasi amoeba bisa dilakukan di laboratorium puskesmas atau rumah sakit. Kultur bakteri bisa dirujuk di Laboratorium RS, Labkesda Kab & Prov, B/BLK, B/BTKL PP.

#### 6. Referensi /Literatur:

Pedoman Tata Laksana Diare, Kemenkes Tahun 2017

### F. SUSPEK DEMAM TIFOID (KODE F)

#### 1. Jenis Penyakit : Demam Tifoid

#### 2. DO Penyakit :

Penyakit yang disebabkan oleh kuman *Salmonella typhi*, dengan gejala demam naik turun, gangguan pencernaan, dan kadang disertai gangguan kesadaran.

#### 3. Respons :

##### a. Respons Tatalaksana Kasus

- 1) Perawatan umum dan nutrisi : Perawatan di rumah sakit/sarana kesehatan yang memiliki fasilitas perawatan
  - Tirah baring untuk mencegah komplikasi tertutama perdarahan dan perforasi
  - Nutrisi dengan cairan yang cukup baik oral maupun parenteral
  - Diet cukup kalori dan protein rendah selulose (rendah serat) untuk mencegah perdarahan dan

perforasi, bentuk diet bisa cair, lunak, bubur atau nasi biasa tergantung keadaan penderita.

- 2) Terapi simptomatik
  - Roboransia/Vitamin
  - Antipiretik untuk demam dan kenyamanan penderita terutama untuk anak-anak
  - Anti emetik diberikan apabila penderita muntah hebat
- 3) Kontrol dan monitor dalam perawatan
  - Kontrol suhu tubuh (demam) dan tanda vital lainnya
  - Kontrol cairan: cairan masuk (minum dan infus) dan keluar (urin dan *feces*) harus seimbang.
- 4) Anti Mikroba  
Diberikan segera setelah diagnosis klinis telah dapat ditegakkan baik dalam bentuk diagnosis konfirmasi, probable maupun suspek
- 5) Indikasi Rujuk:
  - Tifoid dengan tanda-tanda kedaruratan
  - Tifoid dengan tanda-tanda komplikasi dengan fasilitas yang tidak mencukupi

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Setiap ada alert (sinyal kewaspadaan) atau peningkatan kasus maka petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersama penanggung jawab program Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan melakukan verifikasi ke puskesmas untuk mengetahui lebih lanjut apakah ada indikasi KLB.
- 2) Penyelidikan Epidemiologi.
- 3) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

- 4) Mendorong dan mengembangkan potensi dan peran serta masyarakat untuk penyeberluasan informasi tentang pengendalian tifoid.
- 5) Peran serta LSM, Media cetak dan media elektronik, program penyehatan lingkungan, program Kesehatan Ibu dan Anak, kesehatan sekolah, Lintas program lainnya untuk melakukan penyuluhan dan pelatihan cara hidup bersih dan sehat serta dibutuhkan peran swasta untuk pengendalian tifoid.
- 6) Meningkatkan Pengetahuan masyarakat tentang pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat, meningkatkan kesadaran masyarakat tentang imunisasi tifoid secara mandiri dan menatalaksana tifoid secara benar dan tuntas agar tidak menjadi *carrier*, serta menemukan dan mengobati *carrier*.
- 7) Melakukan identifikasi penjamah pangan yang berkaitan dengan pengelolaan pangan yang diduga sebagai *carrier*. Penjamah pangan yang *carrier* tidak boleh mengelola pangan sampai dinyatakan sembuh.
- 8) Meningkatkan dan mengembangkan sistem survei-lans demam tifoid di seluruh fasilitas pelayanan Kesehatan.
- 9) Sosialisasi dan mobilisasi kepada seluruh elemen masyarakat dalam hal pengendalian tifoid.
- 10) Pemberian vaksinasi demam tifoid untuk kelompok masyarakat berisiko tinggi.

**c. Respons Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Pro-vinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-

7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
  - Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
  - Keadaan umum penderita.
  - Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
  - Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut
- Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

- a. *Higiene* sanitasi tidak memenuhi persyaratan kesehatan
- b. PHBS yang tidak diterapkan dengan baik

#### 5. Laboratorium

- a. Test Diagnosis: pemeriksaan mikrobiologi untuk mengetahui penyebab infeksi tipoid adalah Kultur bakteri *Salmonella* (biakan darah, biakan bekuan darah, biakan tinja, biakan cairan empedu dan air kemih), Serologi widal, Pemeriksaan lain (PCR, *Typhi Dot*, test resistensi kuman).
- b. Jenis Spesimen: Darah kultur, dalam wadah tabung steril yang berisi medium empedu (gaal kultur), kultur tinja segar 2-3 gram dalam wadah steril atau Usap dubur dalam medium transport *Carry Blair*. Serologi menggunakan darah serum.
- c. Tatalaksanaan penanganan Spesimen: spesimen darah dalam medium empedu dan Tinja untuk pemeriksaan

kultur sesegera kirim ke laboratorium rujukan. Jika ditunda tinja disimpan dalam lemari pendingin (2-8°C). Spesimen usap dubur dalam Carry blair dan serum darah untuk pemeriksaan serologi harus segera dikirim, jika ditunda disimpan pada suhu 2 - 8°C.

- d. Hasil Laboratorium: Kultur bakteri *Salmonella* spp, Widal, PCR, Typhi Dot, Resistensi test
- e. Rujukan: Pemeriksaan serologi bisa dilakukan di laboratorium puskesmas atau rumah sakit. Kultur bakteri, PCR, Typhi Dot, resistensi test bisa dirujuk di Laboratorium RS, Labkesda Kabupaten & Provinsi, B/BLK, B/BTKL PP.

#### 6. Refrensi/Literatur:

- Pedoman Tatalaksana Demam Tifoid, Kemekes Tahun 2014
- Permenkes Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Penyelenggaraan Perizinan Usaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan

### G. SINDROM JAUNDICE AKUT (KODE G)

#### 1. Jenis Penyakit : Jaundice Akut

#### 2. DO Penyakit :

Kumpulan gejala yang terdiri dari kulit dan sklera berwarna kuning dan urine berwarna gelap yang timbul secara mendadak

- Jaundice Akut menangkap penyakit yang tidak termasuk di dalam daftar 23 penyakit SKDR, misalnya Hepatitis A, Yellow Fever, dsb.

#### 3. Respons:

##### a. Respons Tatalaksana Kasus

Pengobatan tidak spesifik, disesuaikan dengan penyebab. Pengobatan umumnya berupa terapi suportif untuk

mengatasi gejala dan menjamin asupan nutrisi seimbang serta istirahat yang cukup, termasuk bila diperlukan cairan pengganti akibat muntah atau diare.

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Setiap ada alert (sinyal kewaspadaan) atau peningkatan kasus maka petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersama penanggung jawab program Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan melakukan verifikasi ke puskesmas untuk mengetahui lebih lanjut apakah ada indikasi KLB.
- 2) Penanganan kasus dan pemutusan rantai penularan.
- 3) Identifikasi cara penularan dengan teknik investigasi epidemiologis, apakah penularan terjadi dari orang ke orang atau dengan cara *common source* dari cari populasi yang terpajan.
- 4) Bila teridentifikasi sebagai *common source*, maka tindakan selanjutnya adalah identifikasi sumber penularan.
- 5) Upaya memutus rantai penularan dilakukan melalui perbaikan sanitasi dan pengamatan makanan.
- 6) Bila teridentifikasi sumber penularan, maka dilakukan semua upaya berdasarkan sumber penularannya. Bila sumber penularan adalah sumber air yang terkontaminasi, maka dapat dilakukan desinfeksi pada sumber air tersebut. Bila sumber penularan adalah akibat pangan terkontaminasi, maka dilakukan perbaikan higiene sanitasi dan pengamanan pangan.
- 7) Apabila belum teridentifikasi sumber penularannya dengan jelas, maka perbaikan sanitasi dan pengamanan pangan segera dilaksanakan dengan ketat terhadap semua kantin dan jajanan yang berhubungan dengan

populasi berisiko, termasuk diantaranya membawa makanan dari rumah masing-masing.

8) Menggerakkan masyarakat untuk melakukan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) melalui KIE.

**c. Respons Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan format Laporan W1 secara berjenjang ke dinkes kabupaten/kota, dinkes provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

**4. Faktor Risiko:**

- a. *Higiene* sanitasi tidak memenuhi persyaratan kesehatan
- b. PHBS yang tidak diterapkan dengan baik

## 5. Laboratorium

- a. Tes Diagnosis: dilakukan untuk menentukan penyebab klinis munculnya jaundice. Untuk deteksi dini Hepatitis A/E digunakan RDT untuk HAV-IgM dan HEV-IgM, ELISA anti HAV dan anti HEV.
- b. Jenis Spesimen: darah, serum, tinja, urine, usap dubur (rectal swab), air (untuk lingkungan)
- c. Tatalaksana Penangan Spesimen: Serum disimpan dalam lemari pendingin 2-8°C Serum dikirim dalam cool box. Dikirim dalam waktu (48-72 jam) ke laboratorium Propinsi/RS tempat pasien dirawat Laboratorium RS propinsi dan laboratorium rujukan.
- d. Hasil Laboratorium: Rapid Tes untuk HAV-IgM dan HEV-IgM ELISA anti HAV dan anti HEV
- f. Rujukan Laboratorium: Laboratorium RS, Labkesda Kabupaten & Provinsi, B/BLK, B/BTKL PP

## 6. Refrensi/Literature

Pedoman Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Berpotensi Wabah Dalam Mendukung SKDR, Kemkes Tahun 2014

## H. SUSPEK CHIKUNGUNYA (KODE H)

### 1. Jenis Penyakit : Chikungunya

### 2. DO Penyakit :

Penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus Chikungunya (CHIKV) yang ditularkan melalui gigitan nyamuk (Arthropodborne virus/mosquito-borne virus) ditandai demam mendadak > 38,5°C dan nyeri persendian hebat (*severe athralgia*) dan atau dapat disertai ruam (*rash*)

### 3. Respons :

#### a. Respons Tatalaksana Kasus

Chikungunya merupakan self limiting disease, sampai saat ini penyakit ini belum ada obat ataupun vaksinnya, pengobatan hanya bersifat simtomatis dan suportif.

- Simtomatis Antipiretik:  
Parasetamol atau asetaminofen (untuk meredakan demam)  
Analgetik: Ibuprofen, naproxen dan obat Anti Inflamasi *Non-Steroid* (AINS) lainnya (untuk meredakan nyeri persendian/athralgia/arthritis)
- Suportif
  - Tirah baring (bedrest), batasi pergerakan
  - Minum banyak untuk mengganti kehilangan cairan tubuh akibat muntah, keringat dan lain-lain.
  - Fisioterapi
- Pencegahan penularan  
Penggunaan kelambu selama masa viremia sejak timbul gejala (onset of illness) sampai 7 hari untuk mencegah gigitan nyamuk vektor penular chikungunya sehingga tidak menular pada orang lain.

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Setiap ada peningkatan suspek kasus yang mengindikasikan kemungkinan KLB, harus segera dilaporkan kepada dinas kesehatan untuk diverifikasi.
- 2) Puskesmas/dinas kesehatan harus proaktif jika terjadi KLB di wilayah di dekatnya atau jika wabah telah terjadi pada tahun-tahun sebelumnya. Langkah-langkah persiapan harus dimulai 2-3 bulan sebelum dimulainya musim hujan.
- 3) Mengedukasi pasien dan keluarganya tentang risiko penularan kepada orang lain dan cara meminimalkan risiko (populasi vektor dan kontak vektor).

- 4) Penyelidikan Epidemiologi.
- 5) Surveilans intensif.
- 6) Ambil spesimen dari sebagian kasus untuk konfirmasi Lab serologi (menggunakan RDT Chikungunya).
- 7) Membentuk posko pengobatan dan posko penanggulangan di lapangan
- 8) Jika hasil PE positif dilakukan penanggulangan fokus (PSN, Larvasidasi dan Foging Fokus 2 siklus).
- 9) KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi) untuk melaksanakan PSN 3 M plus secara serentak

**c. Respons Pelaporan**

**Laporan KLB/Wabah**

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.
- Mengirimkan W1 ke Dinas Kesehatan setempat.

**Laporan Mingguan W2**

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

Terdapat tiga faktor yang memegang peranan dalam penularan penyakit Chikungunya, yaitu: manusia, virus dan vektor perantara. Penyebaran dipengaruhi multifaktor, di antaranya:

- a. Perilaku masyarakat:
  - Kebiasaan: menggantung pakaian, kebiasaan tidur siang, tidak melaksanakan PSN 3 M plus
  - Pengetahuan dan sikap masyarakat
- b. Lingkungan fisik:
  - Curah hujan, ketinggian wilayah, kelembaban
  - Terdapat tempat perindukan nyamuk
  - Kepadatan penduduk,
  - Kondisi perumahan (jenis atap rumah, jenis dinding rumah, jenis lantai rumah, ventilasi)
- c. Demografi:
  - Kepadatan penduduk
  - Mobilitas penduduk

#### 5. Laboratorium

- a. Tes Diagnosis: hematologi rutin (Hb, trombosit, leukosit, hematokrit, LED), kimia klinik (SGOT, SGPT, CK), serologi chikungunya (RDT). Konfirmasi diagnosis dengan isolasi virus, tes serologis, dan PCR
- b. Jenis sampel tergantung tes diagnosis yang dipakai. Isolasi dan molekuler menggunakan serum, plasma atau *whole blood* (dalam tabung dengan antikoagulan lithium heparin). Pemeriksaan serologis menggunakan serum yang diambil dari tabung tanpa antikoagulan.
- c. Tatalaksana Penanganan Spesimen:
  - 1) Spesimen untuk isolasi virus, pemeriksaan molekuler:
    - Waktu pengumpulan: dalam 5 hari pertama sakit

➤ Prosedur:

- Lakukan vena punksi untuk mengambil darah vena sebanyak 3–5 mL lalu dimasukkan dalam tabung kaca yang pakai penutup.
- Diamkan pada suhu kamar selama 30-60 menit sampai darah membeku, lakukan sentrifugasi 1500-2000 rpm selama 10 menit untuk memisahkan serumnya, kemudian pisahkan serum dengan menggunakan pipet dan masukkan ke dalam tabung sampel dengan tutup ulir yang sudah diberi identitas pasien. Hindari menggunakan tabung kaca untuk mengirim spesimen serum.
- Sebelum dikirim ke Balitbangkes, RSPI Soelianti Saroso, BB/BTKLPP, BLK, atau Labkesda, spesimen serum disimpan di lemari pendingin dengan suhu 4-8°C (bukan di dalam freezer). Pengiriman spesimen serum harus sesuai prosedur, didalam cool box dengan dilapisi dry ice/ cool pack. Sertakan data-data identitas penderita, tanggal mulai sakit, gejala-gejala yang timbul dan tanggal pengambilan sampel. Pada bagian luar wadah pengiriman harus dituliskan alamat pengirim dan penerima dengan jelas.
- Sebelum mengirim sampel pasien, pengirim sebaiknya memberitahukan kepada penerima sampel, dalam hal ini Bagian Virologi Balitbangkes, RSPI Soelianti Saroso, BLK, Labkesda, atau BB/BTKLPP.

## 2) Pemeriksaan Serologis:

Waktu pengumpulan:

- Sampel 1: lima hari setelah timbulnya penyakit untuk deteksi IgM anti chikungunya
- Sampel 2: setidaknya 7 hingga 14 hari setelah sampel pertama atau, dalam peristiwa fatal pada saat kematian.

Prosedur:

- diperlukan serum dari 10 mL-15 mL whole blood.
  - Spesimen darah disimpan pada suhu 4-8 ° Celcius, tidak beku, untuk segera dikirim ke laboratorium.
  - Jika pemeriksaan laboratorium tidak dapat dilakukan segera, spesimen serum harus dipisahkan, disimpan dan dikirim dalam keadaan beku dengan menggunakan *cool box* dan *dry ice*.
- d. Hasil Laboratorium sesuai tes diagnosis yang dipakai.
- e. Rujukan Laboratorium
- Faskes yang mempunyai RDT Chikungunya. Pada saat KLB Chikungunya perlu dilakukan pemeriksaan secara molekuler untuk menentukan apakah virus chikungunya atau arbovirus lainnya ke B/BTKL dan atau BaBalitbangkes.

## 6. Refrensi/Literature

- a. Pedoman pencegahan dan pengendalian Demam Chikungunya Di Indonesia Tahun 2017
- b. *Guideline for Prevention and Control of Chikungunya*. WHO 2009
- c. *Guidelines on Clinical Management of Cikungunya Fever*, WHO 2008

## I. SUSPEK FLU BURUNG PADA MANUSIA (KODE J)

1. **Jenis Penyakit** : Suspek Flu Burung pada Manusia

2. **DO Penyakit** :

Seseorang dengan ILI disertai riwayat kontak unggas sakit atau mati mendadak atau produk unggas dalam 7 hari terakhir ATAU Seseorang dengan ILI disertai leukopenia dan gambaran pneumonia yang cepat memburuk pada serial foto toraks.

3. **Respons** :

a. **Respons Tatalaksana Kasus**

- 1) Setiap kasus suspek FB yang ditemukan di pelayanan kesehatan dirujuk ke puskesmas dan atau RS rujukan untuk mendapatkan tatalaksana dan diagnosis lebih lanjut.
- 2) Pemberian oseltamivir sesegara mungkin setelah diagnosis suspek FB ditegakkan (kurang dari 48 jam setelah timbul gejala awal/onset) dengan dosis sesuai pedoman, apabila tidak tersedia oseltamivir dapat dimintakan ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Pemberian oseltamivir diberikan setelah dilakukan swab hidung dan tenggorokan.
- 3) Setiap kasus suspek FB yang ditemukan/berobat ke RS segera dilakukan pemeriksaan penunjang, minimal berupa pemeriksaan darah rutin dan foto toraks (PA, Lateral). Bila ditemukan salah satu kelainan berikut: seperti lekopeni, trombositopeni, limfositopeni dan pneumonia dirujuk ke RS Rujukan terdekat untuk mendapatkan perawatan sesuai SOP
- 4) Flu burung merupakan salah satu penyakit infeksi emerging, pemerintah akan menanggung biaya perawatan hingga pemulasaran jenazah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2016

tentang pembebasan biaya pasien penyakit infeksi emerging tertentu

- 5) Oseltamivir tersedia di Ditjen Farmalkes, distribusi melalui ke Dinkes Provinsi/Kabupaten/Kota, RS Rujukan Nasional, RS Rujukan Provinsi, RS Rujukan Regional dan RS lain yang ditunjuk oleh Menteri Kesehatan

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Penyelidikan epidemiologi terpadu
- 2) Melakukan pengamatan kontak kasus suspek FB dan kontak unggas positif Avian Influenza (AI) selama 14 hari sejak kontak terakhir. Bila ditemukan gejala ILI (*Influenza Like Illness*), segera beri oseltamivir, ambil spesimen usap hidung-tenggorok dan rujuk ke RS
- 3) Melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan hewan untuk upaya penanggulangan pada unggas/hewan terinfeksi.
- 4) Melakukan KIE FB terpadu kepada masyarakat tentang kewaspadaan terhadap FB, pencegahan dan pengendaliannya:
  - Apa itu FB dan bagaimana cara penularannya
  - Mengenali gejala-gejala penyakit FB pada manusia
  - Segera berobat ke fasyankes jika mengalami gejala ILI setelah kontak dengan unggas sakit atau mati mendadak dengan gejala FB
  - Mengenali unggas yang sakit FB
  - Melaporkan kepada petugas yang berwenang jika ada unggas peliharaan sakit atau mati mendadak dengan gejala seperti FB
  - Mengkandang/tidak melepasliarkan unggas peliharaan

- Menjaga kebersihan kandang unggas
- Tidak membuang bangkai unggas sembarangan

c. **Respons Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap ditemukan satu kasus Flu Burung pada manusia harus dilaporkan dalam 1x24 jam secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data kasus di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi kasus (sakit).
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

4. **Faktor Risiko**

Faktor risiko penularan flu burung adalah:

- a. Kontak langsung dengan unggas baik unggas sakit atau mati,
- b. Kontak dengan lingkungan yang terkontaminasi Virus AI/H5N1
- c. Kontak dengan pupuk kandang yang berasal dari kotoran unggas yang terkontaminasi Virus AI/H5N1
- d. Kontak dengan produk unggas yang terkontaminasi Virus AI/H5N1

## 5. Laboratorium

- a. Tes Diagnosis
  - Real Time PCR,
  - Kultur virus
  - Sekuensing virus di Laboratorium Rujukan Nasional (Balitbangkes)
  - Hemaglutinasi Inhibisi (HI)
- b. Jenis Spesimen

Spesimen serum, usap hidung-tenggorok (nasofaring), dan aspirasi nasofaringeal.
- c. Tatalaksana Penangan Spesimen
  - Spesimen usap hidung dan tenggorok disimpan dalam medium transport VTM
  - Spesimen disimpan dalam lemari pendingin (2-8°C) sebelum dikirim
  - Dikirim dalam 24 jam
  - Dikirim di dalam cool box dan dengan 3 lapisan. Pengambilan dan pengepakan spesimen harus memperhatikan dan melaksanakan kewaspadaan Isolasi yaitu kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi untuk mencegah terjadinya penularan pada petugas, orang sekitar dan yang lainnya,
- d. Hasil Laboratorium
  - Hasil PCR positif terdeteksi H5
  - Isolasi Virus H5N1
  - Peningkatan >4 kali lipat titer antibodi netralisasi untuk H5N1 dari spesimen konvalesen dibandingkan dengan spesimen akut (diambil < 7 hari setelah muncul gejala penyakit), dan titer antibodi netralisasi konvalesen harus pula > 1/80

- Titer antibodi mikroneutralisasi H5N1 > 1/80 pada spesimen serum yang diambil hari ke > 14 setelah ditemukan penyakit, disertai hasil positif uji serologi lain, misalnya titer HI sel darah merah kuda > 1/160 western blot spesifik H5 positif.

e. Rujukan Laboratorium

Lab Rujukan Flu Burung, Badan Balitbangkes, BBTCL Jakarta, BTKL Manado, BTKL Makasar

6. **Refrensi/Literatur:**

Pedoman Penanggulangan Flu Burung, Kemenkes, Tahun 2017

J. **SUSPEK CAMPAK (KODE K)**

1. **Jenis Penyakit :** Campak

2. **DO Penyakit :**

Suspek campak adalah setiap kasus dengan gejala demam dan ruam makulopapular.

3. **Respon :**

a. **Respon Tata Laksana Kasus**

- 1) Isolasi, jika dilakukan di rumah sakit sebaiknya di ruangan bertekanan negatif
- 2) Edukasi kebersihan tangan
- 3) Pengobatan simpomatis kasus yang tidak komplikasi:
  - Beri pengobatan simptomatik seperti antipiretik untuk menurunkan suhu tubuh kasus.
  - Orang tua dianjurkan untuk merawat anaknya di rumah dan terus menyusui bagi bayi yang masih mendapatkan ASI (Air Susu Ibu)
  - Beri makanan cukup gizi dan asupan cairan yang cukup.

- 4) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada kasus sesuai dengan usia dan pada populasi balita berisiko sekitar lokasi KLB

	Umur	Dosis Segera	Dosis hari ke 2
Kasus	0 - 6 bln*	50.000 IU	50.000 IU
	6 - 11 bln	100.000 IU	100.000 IU
	≥ 12 bln	200.000 IU	200.000 IU

(\*) Bagi kasus yang tidak mendapat ASI

- Bila ada komplikasi pada mata atau kasus dengan gizi buruk, maka berikan vitamin A dosis ketiga, 2 minggu kemudian, sesuai dosis diatas
  - Bagi kasus campak-rubela yang berumur < 6 bulan yang mendapatkan ASI dari ibu yang pada masa nifas mendapatkan vitamin A, tidak perlu diberikan vitamin A, karena kebutuhan vitamin A sudah terpenuhi melalui ASI.
  - Jika ibu pada masa nifas tidak mendapat vitamin A, maka kasus berumur < 6 bulan tetap diberikan vitamin A sesuai tabel diatas.
- 5) Pengobatan kasus dengan komplikasi: dianjurkan untuk berobat ke Puskesmas atau fasilitas kesehatan lain dan diberikan obat yang disesuaikan dengan jenis komplikasi. Tata laksana komplikasi menyesuaikan dengan jenis komplikasi dan dapat merujuk pada panduan penanganan anak sakit berdasarkan WHO. Komplikasi yang sering terjadi yaitu: diare, bronchopneumonia, pneumonia, malnutrisi, otitis media, kebutaan, encephalitis, subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) dan ulkus mukosa mulut. Segera rujuk kasus ke rumah sakit bila menunjukkan

keadaan umum memburuk, antara lain jika terdapat salah satu gejala di bawah ini:

- Anak tampak lemas
- Kesadaran menurun
- Nafas cepat atau susah bernafas
- Diare berat yang menunjukkan gejala dehidrasi, tidak mau minum
- Nadi cepat,
- Mulut merah (mukositis) dan semua makanan dimuntahkan.
- Kejang
- Mata nyeri dan penglihatan kabur

**b. Respon Kesehatan Masyarakat**

**1) Petugas Puskesmas (Petugas Surveilans, Imunisasi, Promosi Kesehatan, Gizi):**

- a) Setiap suspek campak harus dilakukan penyelidikan epidemiologi menyeluruh (*Fully Investigated*) dalam 1x24 jam, dengan cara:
- Kunjungan rumah ke rumah untuk mencari kasus tambahan
  - Pencatatan individual dengan form MR01
  - Pengambilan spesimen serum
  - Mengidentifikasi dan mencatat status imunisasi campak-rubela pada kasus suspek dan kontak dalam format MR01

Jika didapatkan kasus suspek atau kontak dengan status imunisasi campak-rubela yang belum lengkap maka harus segera dilengkapi hingga statusnya dua dosis sesuai dengan petunjuk teknis pelayanan imunisasi yang berlaku (suspek dilengkapi status imunisasinya segera setelah sembuh)

- b) **Jika ditemukan kasus tambahan  $\geq 5$  suspek campak maka memenuhi kriteria KLB suspek campak, sehingga penyelidikan epidemiologi dilanjutkan dengan:**
- a. Kunjungan rumah ke rumah untuk mencari kasus tambahan
  - b. Pencatatan individual dengan form MR01
  - c. Ambil maksimal 10 spesimen serum dan maksimal 5 spesimen urin
  - d. Jika terdapat ibu hamil trimester 1 dan 2 di wilayah terjangkit KLB maka spesimen serum ibu hamil tersebut harus diambil dan diperiksa. Jadi total spesimen yang diambil saat KLB adalah 10 spesimen serum supek campak ditambah spesimen serum ibu hamil. Selanjutnya ibu hamil tersebut harus dipantau secara ketat oleh fasyankes setempat
  - e. Mengidentifikasi dan mencatat status imunisasi campak-rubella pada kasus sus-pek dan kontak dalam format MR01.
  - f. Jika didapatkan kasus atau kontak dengan status imunisasi yang belum lengkap maka harus segera dilengkapi sesuai dengan petunjuk teknis pelayanan imunisasi yang berlaku.
  - g. Melaksanakan kegiatan imunisasi tambahan campak-rubella dalam rangka penanggulangan KLB (*Outbreak Response Immunization* atau ORI). Imunisasi tambahan diberikan tanpa memandang status imunisasi sebelumnya. Kegiatan dilakukan pada wilayah terjangkit dan wilayah sekitar yang berisiko tinggi

dengan kelompok usia sasaran adalah sesuai usia tertinggi suspek atau berdasarkan kajian epidemiologi. Target cakupan ORI adalah minimal 95%.

- h. Penentuan wilayah sekitar yang berisiko tinggi dilakukan dengan melakukan analisa terhadap kriteria wilayah, akses terhadap layanan imunisasi, trend cakupan imunisasi campak-rubela serta performa surveilans. Wilayah sekitar yang berisiko tinggi adalah wilayah dengan kriteria sebagai berikut:
- Wilayah padat penduduk, kumuh, terdapat pekerja migran, kelompok marjinal dan pengungsi yang berdomisili, wilayah pedesaan dan sulit secara geografis atau wilayah pemukiman baru
  - Status gizi dan PHBS masyarakat secara umum kurang baik
  - Kegiatan pelayanan imunisasi di puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan kurang dari 2 kali setiap minggu dan pelayanan imunisasi di posyandu tidak dilaksanakan rutin 1 kali setiap bulan
  - Trend cakupan imunisasi rutin campak rubela, selama 3 tahun terakhir, baik dosis 1, dosis 2 maupun BIAS kurang dari 80%
  - Trend *discarded* campak-rubela selama 3 tahun terakhir kurang dari 2/100.000 penduduk

- i. Melaksanakan RCA (*Rapid Convenience Assessment*) atau survei cepat status imunisasi pada wilayah lokasi dilaksanakannya ORI untuk melakukan verifikasi cakupan ORI dan mengidentifikasi sasaran yang belum mendapatkan dosis imunisasi campak tambahan (ORI) sekaligus mengevaluasi status imunisasi rutin (campak-rubela dan jenis antigen lainnya) anak-anak yang berada di wilayah tersebut. RCA dilakukan pada minimal 20 rumah tangga yang memiliki sasaran ORI dan sasaran imunisasi rutin.
- j. Apabila ditemukan anak-anak atau sasaran yang belum mendapat dosis imunisasi tambahan (ORI) maka jadwalkan pemberiannya sesegera mungkin di puskesmas atau posyandu setempat.
- k. Apabila ditemukan baduta yang belum lengkap status imunisasi rutin nya, maka jadwalkan pemberiannya di puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan atau posyandu setempat. Dapat dilaksanakan kegiatan *Backlog Fighting* bila dibutuhkan.
- l. Meningkatkan dan menjaga cakupan imunisasi campak-rubela dosis 1 bagi bayi usia 9 bulan, dosis 2 bagi anak usia 18 bulan dan BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah) bagi anak usia sekolah dasar/madrasah kelas 1 minimal 95% dan merata, di wilayah terjangkit dan wilayah sekitar yang berisiko tinggi, melalui upaya-upaya penguatan imunisasi rutin.

- m. Identifikasi faktor risiko dengan form MR06
  - n. Surveilans ketat untuk mendeteksi adanya kasus tambahan. Petugas surveilans melaporkan secara rutin setiap ada kasus suspek campak melalui SKDR dan laporan rutin mingguan surveilans PD3I (menggunkan form MR01).
  - o. KIE kepada kasus, keluarga dan masyarakat tentang bahaya penyakit campak serta pentingnya imunisasi dan gizi seimbang.
  - p. Pemberian makanan tambahan
  - c) **Dalam situasi pandemi, maka seluruh kegiatan harus menerapkan protokol kesehatan dan disesuaikan dengan petunjuk teknis pelaksanaan surveilans PD3I selama pandemi ([https://bit.ly/3kXcaaf\\_SURVPD3IPANDEMI](https://bit.ly/3kXcaaf_SURVPD3IPANDEMI))**
- 2) **Mitra Surveilans Puskesmas (PKK kecamatan, kecamatan, lembaga pendidikan, lembaga keagamaan, fasilitas pelayanan kesehatan swasta, dll):**
- 1. Petugas puskesmas berkordinasi dengan mitra surveilans terkait informasi suspek campak yang dibutuhkan di wilayahnya;
  - 2. Mitra surveilans berperan aktif dalam melakukan kewaspadaan dini, memfasilitasi pencegahan dan penanggulangan KLB campak di dalam wilayahnya;
  - 3. Membantu mensosialisasikan pencegahan dan penanggulangan KLB campak di wilayahnya.
- 3) **Peran serta Masyarakat**
- 1. Petugas puskesmas berkordinasi dengan Kepala RT/RW, kader kesehatan, tokoh agama/tokoh

- masyarakat, dll dalam memperoleh informasi terkait suspek campak di wilayahnya;
2. Masyarakat melaporkan kepada petugas puskesmas apabila menemukan adanya faktor risiko terjadinya KLB campak;
  3. Masyarakat bersedia diambil spesimennya jika diperlukan;
  4. Masyarakat bersedia diambil foto/dokumentasi yang relevan apabila diperlukan;
  5. Masyarakat mengikuti tatalaksana pengendalian penyakit yang berpotensi KLB dan/atau wabah campak apabila diperlukan

**c. Respon Sistem Pelaporan**

- 1) Setiap kejadian KLB suspek campak harus dilaporkan dalam 1x24 jam secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi dan Pusat (PHEOC, email: poskoklb@yahoo.com, Whatsapp 0877-7759-1097). Data kasus dimasukkan ke dalam aplikasi web SKDR pada menu EBS (*Event Based Surveillance*) oleh petugas surveilans Dinkes Kabupaten/Kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:
  - Kronologi kasus (sakit).
  - Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
  - Keadaan umum penderita.
  - Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
  - Form notifikasi penyakit (EBS)
- 2) Selain itu, setiap KLB suspek campak harus tetap dilaporkan melalui sistem pencatatan dan pelaporan

surveilans campak-rubela sesuai pedoman survei-lans campak-rubela yang berlaku.

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan minggu-an sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

- a. Cakupan imunisasi campak-rubela (dosis pertama dan dosis kedua) di tingkat Puskesmas, desa terjangkit dan desa sekitar yang berisiko selama 3 tahun terakhir.
- b. Pelayanan imunisasi masyarakat setempat.
- c. Ketersediaan vaksin dan penyimpanan vaksin.
- d. Status gizi masyarakat secara umum.
- e. Akses penjangkauan ke pelayanan Kesehatan.
- f. Aspek fasilitas pelayanan Kesehatan.
- g. Kepadatan penduduk (daerah kumuh/padat, daerah pengungsi, dan bencana).
- h. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- i. Faktor sosial ekonomi

#### 5. Laboratorium

##### a. Tes Diagnosis

- 1) Terdapat IgM antibodi virus campak atau IgM antibodi virus rubela dalam serum
- 2) Terdapat substansi genetik virus campak atau substansi genetik virus rubela dalam urine/usap tenggorok

##### b. Jenis Spesimen:

- 1) Serum
- 2) Urine

### c. Tatalaksana Penanganan Spesimen

#### 1) Pengambilan Spesimen Darah/Serum

- Gunakan APD sesuai standar, lakukan pelabelan pada tabung/wadah spesimen sesuai dengan formulir MR-01 (Variabel: Nama; Jenis Kelamin; Umur dan Tanggal ambil)
- Lakukan vena punksi untuk mengambil darah vena sebanyak 3–5 ml lalu dimasukkan dalam Vacutainer. Pengambilan darah dilakukan secara aseptik menggunakan spuit disposable. (bayi cukup diambil sebanyak 1 ml)
- Tabung berisi darah didiamkan selama 10-15 menit pada suhu kamar.
- Kemudian lakukan sentrifugasi 1500-2000 rpm atau 1000xg selama 5-10 menit untuk memisahkan serumnya.
- Pisahkan serum secara aseptik dengan menggunakan pipet, lalu dimasukkan ke dalam *cryo* vial yang sudah diberi identitas kasus. Hindari menggunakan tabung kaca untuk mengirim spesimen serum ke laboratorium rujukan.

#### Catatan:

- Pada kasus tidak tersedianya sentrifus, darah dapat disimpan dulu pada suhu 2-8°C selama 24 jam sebelum dipisahkan serumnya
- Darah tidak boleh dibekukan dalam freezer.
- Isi formulir MR-01 sesuai data kasus disertai surat pengantar
- Tiga tanggal yang penting yang perlu dilengkapi
  - Tanggal imunisasi campak-rubela terakhir

- Tanggal timbulnya ruam (kemerahan)
- Tanggal pengambilan sampel

## 2) Pengambilan Spesimen Urin

- Gunakan APD sesuai standar, lakukan pelabelan pada tabung/wadah spesimen sesuai dengan formulir MR-01 (Variabel: Nama; Jenis Kelamin; Umur dan Tanggal ambil)
- Siapkan alat dan bahan yang diperlukan (Wadah Penampung Urine Steril)
- Sebaiknya yang ditampung adalah urin pagi (setelah bangun tidur)
- Urine ditampung secara aseptis dengan volume 15 – 50 ml (volume ideal urin adalah sebanyak  $\frac{3}{4}$  dari wadah yang disediakan)
- Segera disimpan dalam lemari es atau suhu 2-8°C, sebelum dilakukan pengiriman ke laboratorium rujukan

Spesimen adekuat untuk serologi adalah serum yang dikumpulkan dalam rentang waktu 28 hari setelah onset ruam dengan volume  $\geq 0,5$  mL dan diterima di laboratorium dalam kondisi dingin dengan rentang waktu 5 hari sejak pengambilan.

Spesimen adekuat untuk virologi adalah urin atau usap tenggorok (dalam VTM) yang diambil dalam rentang waktu 0-5 hari setelah onset ruam dan diterima di laboratorium dalam kondisi dingin dengan rentang waktu 5 hari sejak pengambilan.

#### d. Hasil Laboratorium

##### 1) Interpretasi Hasil Serologi Kasus Campak dan Rubela

Agen	Hasil Laboratorium	Interpretasi Laboratoris	Interpretasi Klinis
Campak	Positif	Terdapat IgM Campak di dalam serum kasus	Kasus konfirmasi terinfeksi Campak
	Negatif	Tidak Terdapat IgM Campak di dalam serum kasus	Kasus tidak terinfeksi Campak
	Equivokal / Borderline	Kemungkinan terdapat IgM Campak di dalam serum kasus dengan kadar rendah	Kasus dikategorikan sebagai konfirmasi terinfeksi Campak.
Rubela	Positif	Terdapat IgM Rubela di dalam serum kasus	Kasus konfirmasi terinfeksi Rubela
	Negatif	Tidak Terdapat IgM Rubela di dalam serum kasus	Kasus tidak terinfeksi Rubela
	Equivokal / Borderline	Kemungkinan terdapat IgM Rubela di dalam serum kasus dengan kadar rendah	Kasus dikategorikan sebagai konfirmasi terinfeksi Rubela.

##### 2) Interpretasi Hasil Virologi Kasus Campak dan Rubela

Agen	Hasil Laboratorium	Interpretasi Laboratoris	Interpretasi Klinis
Campak	Positif	Spesimen mengandung substansi genetik virus Campak	Kasus konfirmasi terinfeksi Campak
	Negatif	Spesimen tidak mengandung substansi genetik virus Campak	Kasus tidak terinfeksi Campak
Rubela	Positif	Spesimen mengandung substansi genetik virus Rubela	Kasus konfirmasi terinfeksi Rubela
	Negatif	Spesimen tidak mengandung substansi genetik virus Rubela	Kasus tidak terinfeksi Rubela

### 3) Interpretasi Hasil Laboratorium KLB Campak dan Rubela

Jumlah IgM Positif Campak	Jumlah IgM Positif Rubela	Kesimpulan
$\geq 2$	$< 2$	KLB Campak
$< 2$	$\geq 2$	KLB Rubela
$\geq 2$	$\geq 2$	KLB Campuran
$< 2$	$< 2$	Discarded

#### e. Rujukan Laboratorium

Di Indonesia terdapat 4 laboratorium nasional dan 3 laboratorium sub nasional dengan wilayah kerjanya masing-masing.

Wilayah pelayanan masing-masing laboratorium yaitu:

1. Laboratorium Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Balitbangkes): seluruh Sumatera, DKI Jakarta, Banten dan seluruh Kalimantan.
2. Laboratorium PT Biofarma: Jawa Barat
3. Laboratorium campak nasional Balai Besar Laboratorium Kesehatan (BBLK) Surabaya: Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi utara, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat.
4. Laboratorium Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) Jogjakarta: Jawa Tengah dan DI Yogyakarta.
5. Laboratorium campak Balai Besar Laboratorium Kesehatan (BBLK) Palembang: Jambi, Bengkulu, Sumatera Selatan dan Bangka Belitung.
6. Laboratorium campak Balai Besar Laboratorium Kesehatan (BBLK) Jakarta: Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau dan Kepulauan Riau.

7. Laboratorium campak Balai Besar Laboratorium Kesehatan (BBLK) Makassar: Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat dan Sulawesi Tenggara. Saat ini laboratorium campak di BBLK Jakarta dan BBLK Makassar masih belum berfungsi, sehingga sementara provinsi wilayah pelayanan BBLK Jakarta mengirimkan spesimen ke laboratorium Badan Balitbangkes dan provinsi wilayah pelayanan BBLK Makassar mengirimkan spesimen ke BBLK Surabaya.

**6. Refrensi/Literatur:**

- a. Kemenkes RI, Pedoman Surveilans Campak-Rubela, 2019.
- b. *Surveillance Guide for Vaccine-Preventable Diseases in the WHO South-East Asia Region. September 2017. Module-1: Measles and Rubella.* WHO-SEARO.
- c. Kemenkes RI, Buku Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit Menular dan Keracunan Pangan (Pedoman Epidemiologi Penyakit), 2017

**K. SUSPEK DIFTERI (KODE L)**

1. Jenis Penyakit : Difteri

2. DO Penyakit :

Gejala *faringitis, tonsilitis, laringitis, trakeitis*, atau kombinasinya disertai demam atau tanpa demam dan adanya pseudo-membran putih keabu-abuan yang sulit lepas, mudah berdarah apa bila dilepas atau dilakukan manipulasi.

3. Respons :

a. Respons Tatalaksana Kasus

- 1) Kasus difteri dirawat di ruang isolasi droplet atau terpisah dengan kasus lain

- 2) Pemberian ADS dan dosisnya berdasarkan verifikasi-si/rekomendasi Ahli difteri tingkat nasional/Provinsi.
- 3) Pemberian antibiotik sesuai dengan standar
- 4) Pemberian ADS dan antibiotik tanpa menunggu hasil laboratorium (kultur baik swab/apus tenggorok).
- 5) Tata laksana dan perawatan suportif, misalnya tindakan trakeostomi
- 6) Melakukan monitoring pada kondisi kasus, misalnya observasi jantung
- 7) Pengiriman spesimen ke laboarotorium rujukan (kultur, PCR, toxigenic test)
- 8) Pengambilan spesimen dilakukan pada hari pertama dan kedua untuk penegakan diagnosis. Pengambilan spesimen di hari ke-7. Spesimen pada kasus difteri diambil dari dua lokasi yaitu usap hidung dan usap tenggorok.
- 9) Setelah penegakkan difteri, Yankes/RS melaporkan ke Dinas Kesehatan setempat dalam waktu 24 jam dan untuk melakukan *contact tracing* dan pemberian antibiotik profilaksis
- 10) Pemberian antibiotic profilaksis pada keluarga kasus/penunggu pasien di rumah sakit
- 11) Apabila secara klinis kasus membaik, maka pasien dapat dipulangkan setelah diambil usap (ketiga) tanpa menunggu hasil kultur laboratorium
- 12) Setelah pulang kasus tetap meneruskan antibiotik sampai 14 hari dan membatasi kontak erat dengan orang lain hingga pengobatan antibiotik diselesaikan.
- 13) Komunikasi risiko terkait komplikasi difteri yang dapat terjadi sampai minggu 5-6

14) Identifikasi, catat dan lengkapi status imunisasi:

- Semua kasus yang mendapat ADS harus diberikan 3 dosis imunisasi difteri lengkap (jenis vaksin sesuai dengan usia kasus), tanpa memandang status imunisasi sebelumnya. Pemberian imunisasi dilakukan 4-6 minggu sejak ADS diberikan.
- Apabila diagnosis akhir bukan difteri maka lengkapi status imunisasi difteri pasien (jenis vaksin sesuai dengan usia. Pemberian imunisasi dilakukan 4-6 minggu sejak ADS diberikan.

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

1. Petugas Puskesmas (Petugas Surveilans, Imunisasi, Promosi Kesehatan, Gizi):

- a) Lakukan pencarian atau pelacakan kontak erat (lihat bagan pelacakan kontak erat)
- b) Lakukan tatalaksana kontak erat sesuai standar (lihat bagan tatalaksana kontak erat)
- c) Mengidentifikasi dan mencatat status imunisasi kontak erat

Jika didapatkan kontak erat dengan status imunisasi difteri yang belum lengkap maka harus segera dilengkapi sesuai dengan petunjuk teknis imunisasi yang berlaku

- d) Sesuai dengan definisi operasional KLB, apabila terdapat 1 saja kasus konfirmasi difteri (kultur positif *C. diphtheriae*) dengan demikian telah terjadi KLB Difteri. Oleh karena itu harus dilaksanakan kegiatan imunisasi tambahan dalam

rangka penanggulangan KLB (*Outbreak Response Immunization* atau ORI). Imunisasi tambahan diberikan tanpa memandang status imunisasi sebelumnya.

- ORI dilaksanakan dalam 3 putaran dengan interval putaran pertama dan putaran kedua adalah 1 bulan sedangkan interval putaran kedua dan putaran ketiga adalah 6 bulan (0-1-6).
- Kelompok usia sasaran adalah sesuai usia tertinggi suspek atau berdasarkan kajian epidemiologi
- Jenis vaksin yang digunakan adalah sesuai dengan usia sasaran: DPT-HB-Hib bagi anak usia di bawah 5 tahun, DT bagi anak usia 5 sampai dengan kurang dari 7 tahun dan Td bagi sasaran yang berusia 7 tahun ke atas.
- Target cakupan ORI adalah minimal 95%. (ORI lengkap yang dimaksud adalah ORI yang dilakukan sesuai standar/ 3 putaran
- Sangat direkomendasikan agar ORI dilaksanakan pada seluruh wilayah di kabupaten/kota terjangkau dengan kelompok usia sasaran adalah sesuai usia tertinggi suspek, berdasarkan kajian epidemiologi.
- Apabila terdapat kendala sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan ORI se-kabupaten/kota maka ORI harus dilaksanakan di wilayah kecamatan terjangkau dan juga wilayah sekitar kecamatan terjangkau yang berisiko tinggi.

- Penentuan wilayah sekitar yang berisiko tinggi dilakukan dengan melakukan analisa terhadap kriteria wilayah, akses terhadap layanan imunisasi, trend cakupan imunisasi difteri serta performa surveilans. Wilayah sekitar yang berisiko tinggi adalah wilayah dengan kriteria sebagai berikut:
  - ✓ Wilayah padat penduduk, kumuh, terdapat pekerja migran, kelompok marjinal dan pengungsi yang berdomisili, wilayah pedesaan dan sulit secara geografis atau wilayah pemukiman baru
  - ✓ Status gizi dan PHBS masyarakat secara umum kurang baik
  - ✓ Kegiatan pelayanan imunisasi di puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan kurang dari 2 kali setiap minggu dan pelayanan imunisasi di posyandu tidak dilaksanakan rutin 1 kali setiap bulan
  - ✓ Trend cakupan imunisasi rutin difteri (DPT-HB-Hib1, DPT-HB-Hib2, dan DPT-HB-Hib3 pada bayi, DPT-HB-Hib4 pada baduta serta DT dan Td pada anak usia sekolah) selama 3 tahun terakhir kurang dari 80%
  - ✓ Pengambilan spesimen  $\geq 80\%$
- e) Melaksanakan RCA (*Rapid Convenience Assessment*) atau survei cepat status imunisasi pada wilayah lokasi dilaksanakannya ORI untuk melakukan verifikasi cakupan ORI

dan mengidentifikasi sasaran yang belum mendapatkan dosis imunisasi tambahan (ORI) sekaligus mengevaluasi status imunisasi rutin (Difteri dan jenis antigen lainnya) anak-anak yang berada di wilayah tersebut. RCA dilakukan pada minimal 20 rumah tangga yang memiliki sasaran ORI dan sasaran imunisasi rutin.

- Apabila ditemukan anak-anak atau sasaran yang belum mendapat dosis imunisasi tambahan (ORI) maka jadwalkan pemberiannya sesegera mungkin di puskesmas atau posyandu setempat.
  - Apabila ditemukan baduta yang belum lengkap status imunisasi rutin nya, maka jadwalkan pemberiannya di puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan atau posyandu setempat. Dapat dilaksanakan kegiatan Backlog Fighting bila dibutuhkan.
- f) Meningkatkan dan menjaga cakupan imunisasi rutin difteri (DPT-HB-Hib1, DPT-HB-Hib2, dan DPT-HB-Hib3 pada bayi, DPT-HB-Hib4 pada baduta serta DT dan Td pada anak usia sekolah) minimal 95% dan merata, di wilayah terjangkit dan wilayah sekitar yang berisiko tinggi, melalui upaya-upaya penguatan imunisasi rutin.
- g) Edukasi tentang difteri dan pencegahannya terhadap masyarakat:
- Pengenalan tanda awal difteri
  - Segera ke pelayanan kesehatan bila ada

- tanda dan gejala nyeri tenggorok, serta menggunakan masker baik keluarga maupun kasus dan mengurangi kontak erat dengan orang lain.
- Penyuluhan tentang pentingnya imunisasi rutin lengkap untuk mencegah PD3I termasuk difteri, terutama bagi kontak erat yang belum lengkap status imunisasinya
  - Melakukan kebersihan diri yaitu mencuci tangan bagi setiap yang mengunjungi kasus/pasien maupun keluarga.
  - Minum profilaksis antibiotik secara tepat waktu, sesuai dosis, dan durasi pada kontak erat kasus
2. Mitra Surveilans Puskesmas (PKK kecamatan, kecamatan, lembaga pendidikan, lembaga keagamaan, fasilitas pelayanan Kesehatan swasta, dll):
    - a. Petugas Puskesmas berkordinasi dengan mitra surveilans terkait informasi yang dibutuhkan, terutama pada saat penelusuran kontak (*contact tracing*)
    - b. Mitra surveilans berperan aktif dalam melakukan kewaspadaan dini, memfasilitasi pencegahan dan penanggulangan KLB dan/atau wabah difteri di dalam wilayahnya
    - c. Membantu mensosialisasikan pencegahan dan penanggulangan KLB difteri, termasuk pemberian imunisasi dan profilaksis antibiotic
  3. Peran serta Masyarakat
    - a. Petugas Puskesmas berkordinasi dengan Kepala RT/RW, kader kesehatan, tokoh agama/tokoh

masyarakat, dll dalam memperoleh informasi terkait suspek difteri di wilayahnya.

- b. Masyarakat melaporkan kepada petugas puskesmas apabila menemukan adanya faktor risiko terjadinya KLB dan/atau difteri.
- c. Masyarakat bersedia diambil spesimennya jika diperlukan dan mendapatkan profilaksis antibiotik.
- d. Masyarakat bersedia diambil foto/dokumentasi yang relevan apabila diperlukan
- e. Masyarakat mengikuti tatalaksana pengendalian penyakit yang berpotensi KLB dan/atau wabah difteri apabila diperlukan

**c. Respons Pelaporan**

- 1) Setiap ditemukan satu kasus suspek difteri harus dilaporkan dalam 1x24 jam secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: poskoklb@yahoo.com, Whatsapp 0877-7759-1097). Data kasus KLB Difteri dimasukkan ke dalam aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes Kabupaten/Kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:
  - Kronologi kasus (sakit)
  - Cara penyebaran serta faktor-faktor yang memengaruhinya
  - Keadaan umum penderita
  - Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan
  - Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.

- 2) Selain itu, setiap kasus KLB Difteri harus tetap dilaporkan melalui sistem pencatatan dan pelaporan surveilans difteri sesuai pedoman surveilans difteri yang berlaku.

#### Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

- a. Status Imunisasi (sesuai usia)
- b. Tempat Penyimpanan Vaksin
- c. Cakupan Imunisasi
- d. Rumah yang tidak memenuhi persyaratan misalnya: kepadatan hunian, kelembaban, pencahayaan dsb.
- e. PHBS yang tidak diterapkan dengan baik
- f. Profilaksis antibiotic tidak diberikan sesuai standar

#### 5. Laboratorium

Tes Diagnosis: pemeriksaan difteri terdiri dari kultur, PCR dan dilanjutkan Elek test

- a. Jenis Spesimen
  - Pengambilan spesimen diupayakan sebelum pemberian antibiotik
  - Pengambilan swab tenggorokan & nasopharing dan ditempatkan dalam medium amies. Jika ada kecurigaan infeksi di luar saluran pernafasan maka specimen dapat diambil dari usap luka/ lesi dari kulit, mata, telinga, mulut, vagina dan dimasukkan dalam medium amies

- Kontak erat diambil specimen berdasarkan kajian epidemiologi
- b. Tatalaksana Penangan Spesimen  
Masukkan spesimen ke dalam medium transport amies segera kirim ke laboratorium rujukan dalam suhu ruang kurang dari 24 jam, jika tertunda pengiriman > 24 jam, maka simpan dan kirim ke laboratorium rujukan pada suhu 2-8°C
- c. Hasil Lab  
Kultur bakteri, PCR dan Elektet
- d. Rujukan Laboratorium  
Pemeriksaan kultur di laboratorium RS, laboratorium provinsi, BBTKLPP, BBLK, sedangkan pemeriksaan konfirmasi hasil positif dan *elek test* dilakukan di laboratorium rujukan BBLK Surabaya dan Balitbangkes

#### 6. Refrensi/Literatur:

- a. Pedoman Surveilans dan Penanggulangan Difteri, Kemenkes Tahun 2019
- b. WHO 2018: Diphtheria
- c. CDC: Expand access investigation New Drug (IND) application protocol: Use Dphteria Antitoxin (DAT) for Suspected Diphtheria Cases versi no.8 tahun 2020
- d. Vaccine Preventable Deases in the WHO South- East Asia Region tahun 2017
- e. Paul A Offit, Stanley Plotkin, Water Orenstein in Vaccines edisi ke 7, 6 juni, 2017
- f. WHO: Immunogical basis for immunization, modul 2 update th 2009
- g. WHO: combined DT Vaccines, 30 september 2014
- h. Mandell, Douglas and Bennet edisi ke 9, 29 augustus 2019.

## L. SUSPEK PERTUSIS (KODE M)

### 1. Jenis Penyakit : Pertusis

### 2. DO Penyakit :

Orang dengan batuk terus menerus (batuk paroksismus) yang berlangsung minimal selama 2 minggu dengan ditemukan minimal 1 tanda berikut:

- a. Batuk rejan pada saat inspirasi atau napas dalam (inspiratory whoop)
- b. Muntah setelah batuk (post-tussive vomiting)
- c. Muntah tanpa ada penyebab yang jelas

#### Atau

Kasus apneu (berhenti nafas) dengan atau tanpa sianosis pada anak usia <1 tahun dengan batuk tanpa ada batasan durasi.

#### Atau

Jika dokter menduga pertusis pada pasien dengan batuk tanpa ada batasan durasi

### 3. Respons :

#### a. Respons Tatalaksana Kasus

- 1) Lakukan pengobatan spesifik Pengobatan efektif untuk meringankan gejala jika diberikan pada fase-fase awal penyakit, terutama dalam 2 minggu pertama sebelum batuk paroksismal muncul. Namun, dalam fase ini pertusis masih sulit untuk didiagnosis. Berikut pengobatan yang dapat diberikan:

#### a) Antibiotika

Pengobatan dengan antibiotika jenis makrolid misalnya eritromisin, azithromisin, clarithromisin, akan mencegah atau meringankan gejala klinis pertusis bila diberikan pada masa inkubasi atau *stadium kataral* awal. Pemberian antibiotika pada stadium paroksimal tidak mengubah

perjalanan klinis, namun dapat menghilangkan bakteri dari nasofaring dan dengan demikian dapat mengurangi penularan.

1. Eritromisin dengan dosis 50 mg/kgbb/hari dibagi dalam 4 dosis. Obat ini dapat menghilangkan *Bordetella pertusis* dari nasofaring dalam 2-7 hari (rata-rata 3-4 hari) dengan demikian memperpendek kemungkinan penyebaran infeksi. Eritromisin juga menyembuhkan pertusis bila diberikan dalam stadium kataralis, mencegah dan menyembuhkan pneumonia, oleh karena itu sangat penting untuk pengobatan pertusis untuk bayi muda.
2. Ampisilin dengan dosis 100 mg/kgbb/hari, dibagi dalam 4 dosis. Jika tidak memungkinkan penggunaan per-oral, maka dapat diberikan secara IV jika gejala berat.

Pemberian antibiotika pada stadium paroksimal tidak mengubah perjalanan klinis, namun dapat menghilangkan bakteri dari nasofaring dan dengan demikian dapat mengurangi penularan.

- b) **Imunoglobulin** Belum ada kesepakatan mengenai pemberian immunoglobulin pada stadium kataralis.
- c) Ekspektoransia dan mukolitik
- d) Kodein diberikan bila terdapat batuk-batuk yang hebat sekali. Fenobarbital dapat digunakan sebagai sedatif.
- e) Oksigen bila terjadi distress pernapasan baik akut maupun kronik.

- f) Terapi suportif: dilakukan dengan mengatasi dehidrasi, berikan nutrisi
  - g) Betametasol dan salbutamol dapat diberikan untuk mencegah obstruksi bronkus, mengurangi batuk paroksimal, mengurangi lama batuk rejan.
- 2) Lakukan pengambilan sampel swab hidung
  - 3) Lakukan dekontaminasi sesuai transmisi kontak sekret/cairan hidung dan tenggorok serta barang yang dipakai penderita.
- b. Respons Kesehatan Masyarakat**
- 1) Petugas Puskesmas (Petugas Surveilans, Imunisasi, Promosi Kesehatan):
    - a. Penyelidikan epidemiologi dan mencari kontak erat kasus
    - b. Lakukan karantina terhadap kontak yang tidak mendapatkan imunisasi DPT selama 21 hari dengan usia < 12 bulan. Karantina: Lakukan karantina terhadap kontak yang tidak pernah diimunisasi atau yang tidak diimunisasi lengkap. Karantina tersebut berlaku sampai dengan 21 hari sejak terpajan dengan penderita atau sampai dengan saat penderita dan kontak sudah menerima antibiotika minimal 5 hari dari 14 hari yang diharuskan (Sumber: pedoman penanggulangan KLB dan keracunan makanan)
    - c. Mengidentifikasi dan mencatat status imunisasi kasus suspek dan kontak erat, serta melengkapinya.  
Jika didapatkan kasus suspek atau kontak erat berusia <5 tahun dengan status imunisasi DPT-

HB-Hib yang belum lengkap maka harus segera dilengkapi.

Bila usia <1 tahun, berikan/lengkapi imunisasi DPT-HB-Hib hingga 3 dosis dengan interval minimal 1 bulan kemudian pastikan pada usia 18 bulan atau pada interval minimal 12 bulan setelah dosis ketiga diberikan dosis imunisasi lanjutan; bila usia  $\geq 1$  tahun maka lengkapi 4 dosis imunisasi dengan interval dosis pertama dan kedua adalah 4 minggu, interval dosis kedua dan ketiga adalah 6 bulan dan interval dosis ketiga dan keempat adalah 12 bulan.

- d. Melaksanakan RCA (*Rapid Convenience Assessment*) atau survei cepat status imunisasi DPT-HB-Hib anak usia <5 tahun pada wilayah lokasi terjangkau dan wilayah sekitarnya yang berisiko tinggi.
- e. Penentuan wilayah sekitar yang berisiko tinggi dilakukan dengan melakukan analisa terhadap kriteria wilayah, akses terhadap layanan imunisasi, trend cakupan imunisasi pertusis serta performa surveilans. Wilayah sekitar yang berisiko tinggi adalah wilayah dengan kriteria sebagai berikut:
  - Wilayah padat penduduk, kumuh, terdapat pekerja migran, kelompok marjinal dan pengungsi yang berdomisili, wilayah pedesaan dan sulit secara geografis atau wilayah pemukiman baru
  - Status gizi dan PHBS masyarakat secara umum kurang baik

- Kegiatan pelayanan imunisasi di puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan kurang dari 2 kali setiap minggu dan pelayanan imunisasi di posyandu tidak dilaksanakan rutin 1 kali setiap bulan
- e. Trend cakupan imunisasi rutin difteri DPT-HB-Hib1, DPT-HB-Hib2, DPT-HB-Hib3 dan DPT-HB-Hib4 (dosis lanjutan) selama 3 tahun terakhir kurang dari 80%.
  - f. Apabila dari hasil RCA ditemukan balita yang tidak/belum lengkap status imunisasinya DPT-HB-Hib nya maka jadwalkan pemberiannya di Puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan atau posyandu setempat sesegera mungkin.
  - g. Meningkatkan dan menjaga cakupan imunisasi rutin DPT-HB-Hib1, DPT-HB-Hib2, DPT-HB-Hib3 dan DPT-HB-Hib4 (dosis lanjutan) minimal 95% dan merata, di wilayah terjangkau dan wilayah sekitar yang berisiko tinggi, melalui upaya-upaya penguatan imunisasi rutin.
- 2) Edukasi tentang pertusis dan pencegahannya terhadap masyarakat:
    - a. Pengenalan tanda awal pertusis. Segera datang ke pelayanan kesehatan bila ada tanda dan gejala, serta menggunakan masker baik keluarga maupun kasus dan mengurangi kontak dengan orang lain.
    - b. Penyuluhan tentang pentingnya imunisasi rutin lengkap untuk mencegah pertusis, termasuk bagi kontak erat yang belum lengkap status imunisasinya. Jika masyarakat menduga mempunyai gejala difteri, sarankan ke mana harus dirujuk.

- c. Melakukan kebersihan diri yaitu mencuci tangan bagi setiap yang mengunjungi kasus/pasien maupun keluarga.
- 3) KIE kepada masyarakat tentang tanda dan gejala pertusis
- a. Mitra Surveilans Puskesmas (PKK kecamatan, kecamatan, lembaga pendidikan, lembaga keagamaan, fasilitas pelayanan Kesehatan swasta, dll):
  - b. Petugas Puskesmas berkordinasi dengan mitra surveilans terkait informasi yang dibutuhkan.
  - c. Mitra surveilans berperan aktif dalam melakukan kewaspadaan dini, memfasilitasi pencegahan dan penanggulangan KLB dan/atau wabah pertusis di dalam wilayahnya
  - d. Membantu mensosialisasikan pencegahan dan penanggulangan KLB dan/atau wabah pertusis
- 4) Peran serta masyarakat
- a. Petugas Puskesmas berkordinasi dengan Kepala RT/RW, kader kesehatan, tokoh agama/tokoh masyarakat, dll dalam memperoleh informasi terkait suspek pertusis di wilayahnya.
  - b. Masyarakat melaporkan kepada petugas puskesmas apabila menemukan adanya faktor risiko terjadinya KLB dan/atau pertusis.
  - c. Masyarakat bersedia diambil spesimennya jika diperlukan.
  - d. Masyarakat bersedia diambil foto/dokumentasi yang relevan apabila diperlukan
  - e. Masyarakat mengikuti tatalaksana pengendalian penyakit yang berpotensi KLB dan/atau wabah pertusis apabila diperlukan

### c. Respons Pelaporan

- 1) Setiap ditemukan satu kasus suspek pertusis harus dilaporkan dalam 1x24 jam secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: poskoklb@yahoo.com, Whatsapp 0877-7759-1097). Data kasus KLB Pertusis dimasukkan ke dalam aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes Kabupaten/Kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:
  - Kronologi kasus (sakit)
  - Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya
  - Keadaan umum penderita
  - Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan
  - Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut
- 2) Selain itu, setiap kasus KLB Pertusis harus tetap dilaporkan melalui sistem pencatatan dan pelaporan surveilans pertusis sesuai pedoman surveilans pertusis yang berlaku. Laporan Mingguan W2  
Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

## 4. Faktor Risiko

- a. Status imunisasi
- b. Cakupan Imunisasi
- c. Tempat penyimpanan vaksin
- d. Rumah yang tidak memenuhi persyaratan misalnya: kepadatan hunian, kelembaban, pencahayaan dsb.
- e. PHBS yang tidak diterapkan dengan baik

## 5. Laboratorium

- a. Tes Diagnosis: Kultur atau PCR dan ditambah serologi khusus untuk usia 10 tahun ke atas
- b. Jenis Spesimen: Diupayakan dilakukan sebelum pemberian antibiotik, spesimen berupa usap nasofa-rings bisa aspirat nasofaring bila memungkinkan dengan memasukkan lidi dacron kecil lewat hidung ke nasofaring posterior dan membiarkannya selama 10-30 detik.
- c. Tatalaksana penanganan spesimen: Masukkan dalam medium amies dimana idealnya reagen lowe, amies atau tabung steril hanya cocok untuk PCR dan dikirim dalam 24 jam.
- d. Hasil Laboratorium Serologi: Tes antibodi fluoresen langsung (DFA: *Direct Fluoresent Antibody*) pada apusan sekret nasofaring, Kultur bakteri di Laboratorium propinsi, Pemeriksaan PCR (bila diperlukan)
- e. Rujukan Laboratorium: Balitbangkes

## 6. Refrensi/Literatur:

Vaccine Preventable Diseases Surveillance Standard Pertussis, WHO 2018

## M. *ACUTE FLACCID PARALYSIS (SUSPECTED POLIO)*

(KODE N)

1. **Jenis Penyakit :** *Acute flaccid paralysis* (Lumpuh layuh akut/AFP)
2. **DO Penyakit :**  
Kasus lumpuh layuh (*flaccid paralysis*), mendadak (*acute*), bukan disebabkan oleh ruda paksa/trauma pada anak <15 tahun.
3. **Respons :**
  - a. **Respons Tatalaksana Kasus**  
Tatalaksana kasus disesuaikan dengan diagnosis penyakitnya

## b. Respons Kesehatan Masyarakat

- 1) Petugas Puskesmas (Petugas Surveilans, Imunisasi, Promosi Kesehatan):
  - a) Lakukan Penyelidikan Epidemiologi atau risk assessment. Tentukan wilayah berisiko terhadap penularan polio, dengan kriteria sebagai berikut:
    - Status PHBS masyarakat, terutama dalam hal BAB, secara umum kurang baik
    - Kegiatan pelayanan imunisasi di puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan kurang dari 2 kali setiap minggu dan pelayanan imunisasi di posyandu tidak dilaksanakan rutin 1 kali setiap bulan
    - Trend cakupan imunisasi rutin polio selama 3 tahun terakhir kurang dari 80%
    - Indikator performa surveilans AFP 2/100.000 anak kurang dr 15 tahun dan spesimen adekuat 80%
  - b) Mengisi form FP1 dan memastikan formulir diisi lengkap.
  - c) Pengambilan spesimen untuk diperiksa di Laboratorium rujukan nasional
  - d) Melakukan pencarian kasus tambahan
  - e) Memperkuat pelaksanaan surveilans AFP dan surveilans polio lingkungan
  - f) Lakukan kunjungan ulang 60 hari pada kasus dengan specimen tidak adekuat
  - g) Pengambilan 5 specimen tinja pada kontak erat kasus hot case

- h) KIE kepada kasus untuk menerapkan PHBS terutama agar tidak BAB sembarangan untuk mengurangi Risiko penularan
- i) KIE kepada masyarakat agar segera melaporkan kasus AFP ke tempat pelayanan kesehatan
- j) KIE kepada masyarakat tentang pentingnya imunisasi polio
- k) Apabila kasus AFP dinyatakan terkonfirmasi positif polio berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, maka dilakukan pemberian imunisasi polio tambahan dengan mekanisme sebagai berikut:
  - a. Respon cepat berupa ORI terbatas yaitu pemberian imunisasi tambahan yang dilaksanakan dalam kurun waktu maksimal 14 hari paska dilaporkannya kasus positif polio.
    - ORI terbatas ini dilakukan di seluruh wilayah di kabupaten/kota terjangkit.
    - Sasaran adalah anak usia <5 tahun atau dapat ditingkatkan menjadi 10-15 tahun bahkan seluruh populasi, berdasarkan kajian epidemiologi.
    - Jumlah sasaran berkisar 200.000-500.000 sasaran untuk KLB Polio tipe 1 atau tipe 3, sedangkan untuk KLB Polio tipe 2 berkisar 100.000-400.000 sasaran.
    - Target cakupan ORI terbatas adalah minimal 95%.
  - b. ORI terbatas kemudian dilanjutkan dengan Sub PIN sejumlah 2 putaran dengan wilayah yang lebih luas, berdasarkan kajian epidemiologi.

- Interval waktu antara putaran pertama dan kedua adalah 1 bulan.
  - Sasaran adalah anak usia <5 tahun atau dapat ditingkatkan menjadi 10-15 tahun bahkan seluruh populasi, berdasarkan kajian epidemiologi.
  - Jumlah sasaran berkisar 2 juta sasaran untuk KLB Polio tipe 1 atau tipe 3, sedangkan untuk KLB Polio tipe 2 berkisar 1-4 juta sasaran.
  - Target cakupan Sub PIN adalah minimal 95% untuk masing-masing putaran.
- c. Apabila teridentifikasi adanya kabupaten/kota atau wilayah dengan cakupan Sub PIN yang rendah, sehingga masih banyak sasaran yang belum mendapat imunisasi, maka Sub PIN dapat dilanjutkan dengan kegiatan Mop-Up.
  - d. Melaksanakan RCA (*Rapid Convenience Assessment*) atau survei cepat status imunisasi pada wilayah lokasi dilaksanakannya Sub PIN untuk melakukan verifikasi cakupan Sub PIN dan mengidentifikasi sasaran yang belum mendapatkan dosis imunisasi tambahan (Sub PIN) sekaligus mengevaluasi status imunisasi rutin (polio dan jenis antigen lainnya) anak-anak yang berada di wilayah tersebut. RCA dilakukan pada minimal 20 rumah tangga yang memiliki sasaran Sub PIN dan sasaran imunisasi rutin.
  - e. Apabila ditemukan anak-anak atau sasaran yang belum mendapat dosis imunisasi tambahan

- (Sub PIN) maka segera berikan (langsung pada saat itu, sehingga sebaiknya ketika melakukan RCA petugas sudah membawa vaksin) atau jadwalkan pemberiannya sesegera mungkin di puskes-mas atau posyandu setempat.
- f. Apabila ditemukan baduta yang belum lengkap status imunisasi rutin nya, maka jadwalkan pemberiannya di puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan atau posyandu setempat. Dapat dilaksanakan kegiatan Backlog Fighting bila dibutuhkan.
  - g. Meningkatkan dan menjaga cakupan imunisasi rutin polio (OPV1, OPV2, OPV3 OPV4 dan IPV) minimal 95% dan merata, di wilayah terjangkau dan wilayah sekitar yang berisiko tinggi, melalui upaya-upaya penguatan imunisasi rutin.
- 2) Mitra Surveilans Puskesmas (PKK kecamatan, kecamatan, lembaga pendidikan, lembaga keaga-maan, fasilitas pelayanan Kesehatan swasta, dll):
- Petugas Puskesmas berkordinasi dengan mitra surveilans terkait informasi yang dibutuhkan.
  - Mitra surveilans berperan aktif dalam melakukan kewaspadaan dini, memfasilitasi pencegahan dan penanggulangan KLB dan/ atau wabah polio di dalam wilayahnya
  - Membantu mensosialisasikan pencegahan dan penanggulangan KLB dan/atau wabah polio

### 3). Peran serta Masyarakat

- a) Petugas Puskesmas berkordinasi dengan Kepala RT/RW, kader kesehatan, tokoh agama/tokoh masyarakat, dll dalam memperoleh informasi terkait suspek polio di wilayahnya.
- b) Masyarakat melaporkan kepada petugas puskesmas apabila menemukan adanya faktor risiko terjadinya KLB dan/atau polio.
- c) Masyarakat bersedia diambil spesimennya jika diperlukan.
- d) Masyarakat bersedia diambil foto/dokumen-tasi yang relevan apabila diperlukan
- e) Masyarakat mengikuti tatalaksana pengendalian penyakit yang berpotensi KLB dan/atau wabah polio apabila diperlukan

#### c. Respons Pelaporan

- 1) Setiap ditemukan satu kasus AFP harus dilaporkan dalam 1x24 jam secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: poskoklb@yahoo.com, Whatsapp 0877-7759-1097). Data kasus KLB Polio dimasukkan ke dalam aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes Kabupaten/Kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:
  - Kronologi kasus (sakit)
  - Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya
  - Keadaan umum penderita
  - Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan
  - Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.

- 2) Selain itu, setiap kasus KLB Polio harus tetap dilaporkan melalui sistem pencatatan dan pelaporan surveilans AFP sesuai pedoman surveilans AFP yang berlaku.

#### Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

- a. *Fecal oral* dengan *feses* yang terinfeksi virus polio dan tidak diimunisasi/ tidak lengkap imunisasi
- b. Sanitasi yang tidak memenuhi syarat kesehatan misalnya tidak punya wc
- c. PHBS yang tidak diterapkan dengan baik

#### 5. Laboratorium

- a. Tes Diagnosis: Spesimen yang diambil berupa *stool* (tinja)  
Jika tdk ada spesimen yang dikumpulkan, evaluasi pasien setelah 60 hari untuk konfirmasi klinis polio (AFP)
- b. Jenis Spesimen
  - Ambil spesimen dari setiap kasus suspek AFP.
  - Ambil spesimen pertama waktu investigasi kasus.
  - Ambil spesimen kedua pada pasien yg sama 24 s/d 48 jam kemudian.
- c. Tatalaksana Penangan Spesimen
  - Letakan tinja, masukan kedalam *container*/wadah yang tidak bocor, beri label secara jelas.
  - Segera tempatkan dalam kulkas atau *cold box* tidak digunakan untuk menyimpan vaksin atau obat.
  - Kirim spesimen, sampai di lab polio dalam waktu kurang dari 72 jam.

- Bila tertunda, spesimen tdk terkirim dlm jangka 72 jam, bekukan spesimen pada suhu minus 20°C atau lebih dingin. Kemudian kirim spesimen dengan *dry ice* atau *cold packs* juga beku pada suhu -20°C atau lebih dingin.

d. Hasil Laboratorium

Hasil tes awal umumnya tersedia antara 14-28 hari setelah spesimen diterima laboratorium. Bila virus polio liar ditemukan, maka program nasional segera membuat rencana aksi yg tepat.

- e. Rujukan Laboratorium: PBDTK Balitbangkes, BBLK Surabaya, Biofarma

6. Refrensi/Literatur

- Pedoman Surveilans AFP, Kemkes Tahun 2012
- Surveilans Polio Lingkungan, Kemkes Tahun 2018

N. GIGITAN HEWAN PENULAR RABIES (GHPR) (KODE P)

1. Jenis Penyakit :

- Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR)
- Rabies Pada Manusia

2. DO Penyakit :

**Kasus GHPR**

Kasus gigitan hewan (anjing, kucing, monyet, atau hewan berdarah panas lainnya) yang dapat menularkan rabies pada manusia.

Tiga kategori pajanan/gigitan HPR:

a) Kategori I

- Menyentuh atau memberi makan HPR (anjing, kucing, monyet dan HPR lainnya)
- Jilatan pada kulit utuh
- Kontak kulit utuh dengan sekresi atau eksresi hewan rabies atau kasus manusia

- b) Kategori II
  - Gigitan yang menimbulkan goresan kecil atau lecet pada kulit tanpa pendarahan
- c) Kategori III
  - Gigitan tunggal atau beberapa/banyak yang tembus kulit yang menimbulkan perdarahan
  - Jilatan air liur HPR pada membran mukosa
  - Gigitan di daerah yang mempunyai banyak persyarafan atau daerah vital atau lokasi tubuh yang dekat susunan syaraf pusat
  - Jilatan pada kulit yang tidak utuh (terdapat luka)
  - Gigitan kelelawar

#### **Kasus Rabies pada Manusia**

Kasus yang mengalami sindrom neurologis akut berupa ensefalitis dengan gejala dominan hiperaktifitas antara lain berupa *hydrophobia*, *photophobia* dan *aerophobia* (rabies tipe ganas) atau sindrom paralitik (rabies tipe lumpuh) berkembang progresif menuju koma dan kematian karena gagal nafas atau jantung dan mempunyai riwayat gigitan oleh HPR

### **3. Respons :**

#### **a. Respons Tatalaksana Kasus**

##### **Kasus GHPR**

##### **1) Masyarakat**

- Cuci luka mandiri

Pencucian luka dilakukan sesegera mungkin pada luka gigitan hewan penular rabies dengan air mengalir dan sabun/deterjen selama 15 menit tanpa membuat luka baru. Saat pencucian luka menggunakan alat pelindung diri (APD) minimal seperti sarung tangan atau bahan kedap

air lainnya agar tubuh terlindung dari cairan yang terinfeksi virus rabies yang berasal dari luka.

- Segera berobat ke fasyankes terdekat untuk mendapatkan tatalaksana selanjutnya.
- Bila hewan penggigit merupakan hewan peliharaan segera kandangkan untuk dilakukan pengamatan selama 14 hari.

## 2) Fasyankes/Rabies Center

- Cuci luka kembali
- Pemberian Antiseptik
- Pengobatan dan/atau perawatan luka gigitan
- Pemberian VAR dan SAR

Pemberian VAR (Vaksin Anti Rabies) dan SAR (Serum Anti Rabies), tergantung dari kategori pajanan, hasil observasi Hewan Penular Rabies (HPR) dan hasil laboratorium HPR

- **Pajanan kategori I**

Hanya dilakukan cuci luka dan tidak diberikan VAR.

- **Pajanan kategori II**

Lakukan cuci luka dan pemberian VAR. Pemberian VAR pada hari ke 0 sebanyak 2 dosis, hari ke-7 sebanyak 1 dosis, hentikan VAR pada hari ke 21 jika hasil obsevasi selama 14 hari HPR sehat atau hasil laboratorium menyatakan negatif dengan lab yang dapat diandalkan dan teknik diagnosis yang tepat.

- **Pajanan kategori III**

Lakukan cuci luka dan pemberian VAR dan SAR. SAR diberikan pada hari ke 0 bersamaan dengan pemberian VAR hari ke 0, jika pada hari ke 0 tidak tersedia SAR maka SAR dapat

diberikan dalam waktu  $\leq 7$  hari sejak pemberian VAR pertama. Dosis SAR disesuaikan dengan jenis SAR. Serum homolog (*Human Rabies Immunoglobulin* - HRIG) dosisnya 20 IU/Kg BB dan Serum heterolog (*Equine Rabies Immunoglobulin* - ERIG) dosisnya 40 IU/Kg BB. Pemberian var pada hari ke 0 sebanyak 2 dosis, hari ke-7 sebanyak 1 dosis, hentikan VAR pada hari ke 21 jika hasil obsevasi selama 14 hari HPR sehat atau hasil laboratorium menyatakan negatif dengan lab yang dapat diandalkan dan teknik diagnosis yang tepat

#### **Penderita Rabies**

- 1) Penegakan diagnosis sesuai dengan gejala klinis serta adanya riwayat pajanan HPR. Gejala klinis yang paling sering ditemukan antara lain: demam, rasa sakit/kesemutan/terbakar dilokasi gigitan, gelisah dan timbul berbagai fobia seperti: hidrofobia (takut air) aerofobia (takut udara) dan fotofobia (takut cahaya).
- 2) Penderita tersangka rabies segera dirujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan di ruang isolasi.
- 3) Memberi informasi kepada keluarga tentang pasien/kasus dengan positif rabies berdasarkan gejala klinis yang timbul dan kemungkinan besar meninggal dunia.
- 4) Isolasi pasien tersangka rabies  
Perawatan pasien rabies dilakukan di ruang isolasi dengan pencahayaan redup dan suasana tenang sehingga dapat mengurangi keluhan gelisah dan kejang-kejang yang dialami oleh pasien. Perlu dipersiapkan peralatan restrain untuk mengikat pasien apabila sangat gelisah dan cenderung mengamuk.

- 5) Pengobatan simptomatis dan suportif  
Pengobatan simptomatis diberikan sesuai dengan gejala yang timbul seperti obat penurun demam, obat penenang, dan obat anti kejang. Sedangkan pengobatan suportif diberikan untuk menunjang hidup pasien seperti: pemberian oksigen, cairan infus, nutrisi parenteral dan lain-lain.
- 6) Pencegahan dan pengendalian infeksi.
  - Penanganan kasus rabies pada manusia berdasarkan prosedur penanganan pencegahan dan pengendalian infeksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - Penggunaan APD bagi tenaga medis yang merawat kasus rabies seperti: sarung tangan, kacamata (*goggle*) dan masker. Meskipun risiko penularan rabies dari manusia ke manusia rendah namun kewaspadaan standar dalam penanganan penyakit infeksi tetap harus dilaksanakan.
  - Pemberian vaksinasi prapajanan bagi orang-orang yang termasuk dalam kelompok risiko tinggi tertular rabies:

a. **Respons Kesehatan Masyarakat**

Kegiatan pengendalian rabies terpadu meliputi:

- 1) Penyelidikan epidemiologi terpadu jika terjadi peningkatan kasus GHPR atau terjadi kasus rabies pada manusia
- 2) Koordinasi dengan dinas yang membidangi sektor kesehatan hewan untuk pengendalian pada hewan.
- 3) KIE (Komunikasi, Edukasi, dan Informasi) terpadu:
  - ✓ Pentingnya vaksinasi hewan peliharaan
  - ✓ Mengkandangan atau tidak melepaskanliarkan hewan peliharaan
  - ✓ Cuci luka GHPR

- ✓ Segera melapor dan berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan bila digigit HPR

#### b. Respons Pelaporan

##### Laporan KLB/Wabah

Setiap ditemukan satu kasus Rabies pada manusia harus dilaporkan dalam 1x24 jam, mengirimkan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatapp 0878-0678-3906). Data kasus di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi kasus (sakit).
- Cara penularan serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.

##### Laporan Rutin GHPR dan Kasus Rabies pada Manusia

- Pelaporan kasus GHPR mengikuti format pelaporan yang sudah ada (rutin)
- Laporan dikirim secara berjenjang setiap tanggal 10 pada bulan berjalan (rutin)
- Kegiatan pelaporan dilakukan secara berjenjang dimulai dari Rabies Center ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (rutin)

##### Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Kelompok Berisiko tinggi

- a. Petugas kesehatan (dokter/perawat) yang menangani kasus luka GHPR/penderita rabies
- b. Dokter hewan
- c. Petugas yang berhubungan dengan HPR (*vaksinator/ dog catcher*)
- d. Petugas laboratorium yang memeriksa sampel hewan diduga rabies

#### 5. Laboratorium

- a. Tes Diagnosis
  - Pemeriksaan *Fluorescent Antibodies Test* (FAT) merupakan *gold standard* dalam pengujian rabies. FAT digunakan untuk diagnosis postmortem
  - RT-PCR digunakan untuk diagnosis antemortem atau post mortem apabila tidak tersedia jaringan otak untuk pemeriksaan konfirmasi.
- b. Jenis Spesimen
  - Jaringan otak untuk pemeriksaan FAT.
  - Biopsy kulit leher belakang dan cairan serebrospinal dapat digunakan untuk pemeriksaan RT-PCR
  - Saliva (air liur), usap bawah lidah, dan usap kornea dapat digunakan untuk pemeriksaan RT-PCR namun sensitivitasnya rendah.
- c. Hasil Laboratorium
  - Hasil pemeriksaan FAT menunjukkan positif rabies bila ditemukan gambaran distribusi antigen virus rabies yang berfluoresen.
  - pemeriksaan RT-PCR positif bila terdeteksi RNA virus rabies.

- d. Rujukan Laboratorium  
Badan Balitbangkes dan Laboratorium Veteriner

**6. Refrensi/Literatur:**

- a. Buku Saku Petunjuk Teknis Penatalaksanaan Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies di indonesia, Kemkes Tahun 2016
- b. Petunjuk Teknis Surveilans Epidemiologi Rabies Pada Manusia Di Indonesia, Kemkes Tahun 2017
- c. Pedoman Penanggulangan Rabies Pada Manusia, Kemkes Tahun 2020
- d. Buku Petunjuk Teknis Rabies Center, Kemkes Tahun 2020
- e. Buku Saku Petunjuk Teknis Penatalaksanaan Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies di indonesia, Kemkes Tahun 2016
- f. Petunjuk Teknis Surveilans Epidemiologi Rabies Pada Manusia Di Indonesia, Kemkes Tahun 2017
- g. Pedoman Penanggulangan Rabies Pada Manusia, Kemkes Tahun 2020
- h. Buku Petunjuk Teknis Rabies Center, Kemkes Tahun 2020
- i. Charles E. Rupprecht, Anthony R. Fooks, Bernadette Abela-Ridder. Laboratory techniques in rabies. WHO 2018, Fifth edition, volume 1

**O. SUSPEK ANTRAKS (KODE Q)**

**1. Jenis Penyakit : Suspek Antraks**

**2. Definisi Operasional :**

- a. Antraks Kulit (*Cutaneous Anthrax*); awalnya makula kecil kemerahan, papula gatal dan tidak nyeri. pada inokulasi, dalam waktu 2-3 hari papula berkembang menjadi vesikel hemoragik. Lesi menjadi nekrosis atau mengalami

ulserasi, kemudian membentuk kerak hitam dan kering (Eschar) (patognomonik) yang disertai bengkak (non pitting oedema) di sekelilingnya. Antraks kulit dapat disertai gejala sistemik seperti demam, sakit kepala dan pembengkakan kelenjar limfe regional.

- b. Antraks Saluran Pencernaan (*Gastrointestinal Anthrax*); Rasa sakit perut hebat, mual, muntah, tidak nafsu makan, demam, konstipasi, gastroenteritis akut kadang disertai darah, hematemesis, pembesaran kelenjar limfe daerah inguinal, perut membesar dan keras, asites dan oedem scrotum, melena.
- c. Antraks Saluran Nafas (*Inhalational Anthrax*); Gejala klinis antraks saluran nafas sesuai dengan tanda-tanda bronchitis. Dalam waktu 2-4 hari gejala semakin berkembang dengan gangguan respirasi berat, demam, sianosis, dispnue, stridor, keringat berlebihan, detak jantung meningkat, nadi lemah dan cepat. Kematian biasanya terjadi 2-3 hari setelah gejala klinis timbul.
- d. Antraks Meningitis; merupakan komplikasi (perkembangan klinis yang serius) dari salah satu 3 bentuk antraks (kulit, saluran pencernaan dan saluran nafas), dengan gambaran klinis demam, nyeri kepala hebat, kejang, kaku kuduk, dan penurunan kesadaran serta mortalitas hampir 100%.

### 3. Respon Kasus

#### a. Respon tatalaksana

- 1) Antraks kulit tanpa komplikasi merupakan antraks ringan yang dapat ditatalaksana di puskesmas.  
Pemberian antibiotik secara per oral selama 3 – 7 hari.  
Ada pun pilihan antibiotik yang dapat digunakan sebagai berikut:

- Amoxicillin 500 mg setiap 6 – 8 jam
  - Doksisisiklin 100 mg setiap 12 jam
  - Ciprofloksasin 500 mg setiap 12 jam
  - Levofloksasin 500 mg setiap 24 jam atau
  - Moxifloksasin 400 mg setiap 24 jam
- 2) Antraks kulit dengan gejala sistemik, antraks pernafasan dan antraks pencernaan merupakan antraks moderat – berat sehingga harus segera dirujuk ke RS rujukan. Diberikan antibiotik secara intravena selama 7 – 10 hari. Pilihan antibiotik yang digunakan sebagai berikut
- Inj Ciprofloksasin 400 mg / 8 jam atau
  - Inj Levofloksasin 750 mg / 24 jam atau
  - Inj Moxifloksasin 400 mg / 24 jam atau
  - Inj Meropenem 2 g / 8 Jam atau
  - Inj Imipenem 1 g / 6 Jam atau
  - Inj Doripenem 500 mg / 8 jam atau
  - Inj Vancomisin, 60 mg/kg/ hari, terbagi setiap 8 jam

Alternatif

- Inj Penicillin G 4 jt / 4 jam atau
  - Inj Ampicillin 3 g / 6 jam
- +
- Clindamycin 900 mg / 8 jam atau  
Linezolid 600 mg / 12 jam
- 3) Antraks meningitis (*Meningitis anthrax*)  
Antraks meningitis termasuk antraks yang berat sehingga harus dirujuk ke RS Rujukan dan mendapat tatalaksana yang berbeda dengan tipe antraks lainnya. Pemberian antibiotik secara intravena selama 2 - 4 minggu atau sampai pasien stabil secara klinis. Pilihan antibiotik yang diberikan sebagai berikut:

- Inj Ciprofloxacin 400 mg / 8 jam atau
  - Inj Levofloxacin 750 mg / 24 jam atau
  - Inj Moxifloxacin 400 mg / 24 jam
- +
- Inj Meropenem 2 g / 8 Jam atau
  - Inj Imipenem 1 g / 6 Jam atau
  - Inj Doripenem 500 mg / 8 jam

**b. Respon Kesehatan Masyarakat**

- 1) Penyelidikan Epidemiologi terpadu
- 2) Koordinasi dengan dinas yang membidangi fungsi kesehatan hewan untuk upaya pengendalian pada hewan yang diduga antraks.
- 3) Surveilans Intensif dan membawa penderita kasus baru ke RS terdekat
- 4) KIE terpadu kepada masyarakat tentang Antraks dan upaya penanggulangannya, meliputi:
  - Mengenal hewan yang sakit antraks
  - Bagaimana gejala-gejala penyakit antrak
  - Segera berobat ke fasyankes jika mengalami gejala antraks
  - Melaporkan kepada petugas yang berwenang jika ada hewan ternak sakit atau mati mendadak dengan gejala seperti antraks
  - Hewan harus disembelih di rumah potong hewan (RPH) atau tempat yang diawasi oleh petugas kesehatan hewan
  - Tidak boleh memotong dan mengonsumsi daging hewan yang sakit atau hewan yang mati mendadak dengan menunjukkan gejala antraks
  - Tidak membuang bangkai hewan ternak sembarangan

### c. Respon Pelaporan

Laporan KLB/Wabah

Setiap satu suspek Antrax harus dilaporkan dalam 1x24 jam, mengirimkan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data kasus di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi kasus (sakit).
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

## 4. Laboratorium

### a. Tes diagnostic

- 1) Pemeriksaan mikroskopis preparat ulas (morfologis)
- 2) Kultur-isolasi dan identifikasi bakteri
- 3) ELISA (antibodi)
- 4) PCR

### b. Spesimen

- 1) Antraks kulit: usap/swab kulit, darah
- 2) Antraks Saluran cerna: *feses*, darah, swab rektal, *swab oropharingeal*, cairan ascites

- 3) Antraks Saluran nafas: cairan plura, darah, sputum, cairan *bronkial*
- 4) Antraks meningitis: Cairan *serebrospinal*, darah
- c. Tatalaksana spesimen
  - 1) Spesimen usap/swab dimasukkan dalam media transport bakteri pada suhu ruangan
  - 2) Segera dikirimkan ke laboratorium pemeriksa pada suhu 2-8<sup>0</sup> C
  - 3) Bila belum bisa langsung dikirim, spesimen disimpan di lemari pendingin 2-8<sup>0</sup> C, kecuali spesimen usap/swab, paling lama 2 hari
  - 4) Pelabelan spesimen
  - 5) Jika melalui jasa kurir/ekspedisi, pastikan spesimen disiapkan sesuai prosedur
    - a. Hasil Laboratorium: Kultur positif *Bacillus anthracis*, Mikroskopik ditemukan gram positif batang berspora, PCR positif *Bacillus anthracis*, Serologi antibodi terhadap *Bacillus anthracis*
    - b. Laboratorium rujukan antara lain BBLitvet Bogor, BBVET, Balitbangkes dan BBTCL-PP Yogyakarta.

## 5. Faktor Risiko

Masuknya bakteri antraks ke tubuh manusia dapat melalui kulit terbuka (sayatan/lecet/mikrolesi), makanan tercemar spora antraks, inhalasi, dan injeksi. Faktor risikonya antara lain:

- a. Kontak langsung (menyembelih, memotong, mengolah) hewan yang terindikasi antraks
- b. Kontak dengan lingkungan yang terkontaminasi spora antraks (dapat bertahan selama puluhan tahun)

- c. Kontak dengan bahan produksi asal hewan yang terinfeksi antraks, seperti kulit, wool
- d. Mengonsumsi daging hewan yang terkontaminasi spora antraks

**6. Refrensi/Literatur:**

- a. *World health organization (WHO). 2008. OIE, WHO, FAO: Anthrax in humans and animals, 4th edition. ISBN 9789241547536.*
- b. *Vladimir Savransky, Boris Ionin, Joshua Reece, 2020. Current Status and Trends in Prophylaxis and Management of Anthrax Disease. Emergent BioSolutions Inc., 300 Professional Drive, Gaithersburg, MD 20879, USA.*
- c. *CDC MMWR recommendation and report, 2015. Clinical Framework and Medical Countermeasure Use During an Anthrax Mass-Casualty Incident. US Department Of Health And Human Services. Vol 64 No 4 (<http://www.cdc.gov/mmwr/cme/conted.html>)*
- d. Petunjuk Teknis Pencegahan dan Pengendalian Antraks , Kemkes RI Tahun 2017

**P. SUSPEK LEPTOSPIROSIS (KODE R)**

**1. Jenis Penyakit :**

- a. Suspek Leptospirosis
- b. Probable Leptospirosis

**2. DO Penyakit :**

**Suspek Leptospirosis**

Demam akut  $\geq 38,5^\circ$  atau riwayat demam dalam 7 hari terakhir, dengan atau tanpa sakit kepala disertai nyeri otot, *malaise*, dengan atau tanpa *conjunctival suffusion* (radang pada konjungtiva), disertai riwayat kontak dengan lingkungan

yang terkontaminasi urine tikus yang mengandung bakteri leptospira (daerah banjir, persawahan, selokan dan lain-lain)

### **Probable Leptospirosis**

Kasus probable adalah kasus suspek yang memenuhi salah satu kriteria dibawah ini:

- c. Kasus suspek dengan minimal 2 gejala/tanda klinis seperti nyeri betis, icterus, oliguria/anuria, manifestasi perdarahan, sesak nafas, aritmia jantung, batuk dengan atau tanpa hemoptisis, ruam kulit
- d. Kasus suspek dengan RDT (untuk mendeteksi IgM leptospira) positif
- e. Kasus suspek dengan 3 dari gambaran laboratorium seperti trombositopenia < 100 000 sel/mm, lekositosis dengan neutropilia > 80%, kenaikan bilirubin total > 2gr%, pemeriksaan urin proteinuria dan/atau hematuria

### **Kasus Konfirmasi**

Kasus suspek atau kasus probable disertai salah satu kriteria dibawah ini:

- a. Isolasi bakteri leptospira dari spesimen klinik
- b. PCR positif
- c. Sero konversi MAT dari negatif menjadi positif atau adanya kenaikan titer 4 kali dari pemeriksaan awal
- d. Titer MAT 320, 400 atau lebih pada pemeriksaan satu sampel

### **3. Respons :**

#### **a. Respons Tatalaksana Kasus**

- 1) Untuk kasus Suspek Leptospirosis
  - Dapat ditangani di FKTP (Puskesmas) /rawat jalan.
  - Pemberian antibiotik:  
Paling utama: Doksisiklin 2 x 100 mg ( 7 hari )  
Kecuali anak, ibu hamil atau bila ada kontraindikasi

- Alternatif: Amoksisilin 3x500mg/hari pada dewasa atau 10-20 mg/kgBB per 8 jam pada anak (7 hari). Bila alergi amoksisilin, bisa diberikan makrolid.
- Apabila kondisi memburuk untuk dilakukan dapat dirujuk ke Rumah Sakit

## 2) Untuk Kasus Probable

- Probable Tanpa Komplikasi  
Dapat ditangani FKTP (Puskesmas/Klinik) yang memiliki fasilitas rawat inap atau di Rumah Sakit.
  - Pemberian antibiotik:  
Paling utama: Doksisisiklin 2 x 100 mg (7 hari)  
Kecuali anak, ibu hamil atau bila ada kontraindikasi  
Alternatif: Amoksisilin 3 x 500mg/hari pada dewasa atau 10 -20 mg/kgBB per 8 jam pada anak (7 hari). Bila alergi amoksisilin, bisa diberikan makrolid.
- *Probable* dengan komplikasi
  - Kasus probable dengan komplikasi merupakan leptospirosis berat karena adanya gagal organ seperti gagal ginjal, pendarahan organ (paru, saluran cerna, saluran kemih, serebral) syok, gangguan neurologi atau gangguan kardiovaskuler.  
Penanganan kasus Leptospirosis dengan komplikasi harus segera dirujuk /dirawat ke RS kabupaten atau RS Provinsi atau RS lain dengan fasilitas yang memadai untuk menangani kegagalan multi organ terutama ginjal dan hati (*dialysis*, BGA, ICU) seperti RS tipe C, B, A.

Pengobatan dengan pemberian:

- ✓ Ceftriaxon 1 -2 gram IV per hari (7 hari) atau
  - ✓ Penisilin Prokain 1,5 juta unit IM per 6 jam (7 hari) atau
  - ✓ Ampisilin 4 x 1 gram IV per hari (7 hari)
- Terapi supportif dengan keseimbangan cairan dan elektrolit, diuretika, transfusi darah (trombosit atau PRC), *ventilator* untuk pasien dengan gagal nafas, dialisis (*hemodialysis*).

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Penyelidikan Epidemiologi terpadu
- 2) Koordinasi dengan dinas yang membidangi fungsi peternakan dan kesehatan hewan apabila terjadi Leptospirosis pada hewan ternak.
- 3) Melakukan upaya pengendalian factor risiko leptospirosis di lingkungan diantaranya membersihkan saluran air, genangan air dan desinfeksi kolam renang dan membersihkan tempat-tempat yang dapat menjadi sarang tikus.
- 4) Surveilans intensif di wilayah-wilayah banjir dan wilayah risiko tinggi tertular Leptospirosis. Memberikan pengobatan bila ditemukan kasus suspek Leptospirosis atau segera merujuk ke RS bila ditemukan kasus Leptospirosis dengan komplikasi.
- 5) Penyuluhan masyarakat tentang Leptospirosis dan upaya penanggulangannya, meliputi:
  - Perilaku hidup bersih dan sehat
  - Pengendalian tikus di wilayah pemukiman dan tempat-tempat umum terutama pasar
  - Pengelolaan sampah di lingkungan tempat tinggal

- Menyimpan atau menutup makanan dan minuman dengan baik agar aman dari jangkauan tikus
- Memakai alas kaki atau sepatu boot pada saat beraktivitas di tempat berair, tanah, lumpur, atau genangan air yang tercemar bakteri leptospira

### c. Respons Pelaporan

#### Laporan KLB/Wabah

Setiap satu kasus suspek Leptospirosis harus dilaporkan dalam 1x24 jam, mengirimkan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data kasus di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi kasus (riwayat sakit).
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.

#### Pelaporan Leptospirosis:

- 1) Pelaporan dari Puskesmas: Setiap puskesmas melaporkan kasus Leptospirosis ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam waktu 24 jam menggunakan form W1.
- 2) Pelaporan dari RS : Setiap RS yang mendapat dan merawat kasus Leptospirosis segera melaporkan kasus Leptospirosis dalam waktu 24 jam ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota menggunakan form W1 serta melaporkan perkembangan kasus secara berkala, termasuk hasil konfirmasi laboratorium.

- 3) Pelaporan dari kabupaten/kota: Setelah mendapat laporan dari Puskesmas dan RS serta melakukan verifikasi kasus, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan singkat dan form W1 ke Dinas Kesehatan Provinsi dalam waktu 24 jam disertai upaya yang telah dilakukan dan rencana tindak lanjutnya.
- 4) Pelaporan dari Provinsi ke Pusat : Setelah menindaklanjuti laporan dari Dinas Kesehatan kabupaten/kota, Dinas Kesehatan provinsi harus mengirimkan laporan singkat dan form W1 dalam waktu 24 jam kepada Substansi Surveilans Direktorat Surkarkes dan Substansi Zoonosis Direktorat P2PTVZ disertai upaya yang telah dilakukan dan rencana tindak lanjutnya.
- 5) Pelaporan khusus dalam situasi KLB : Pelaporan dilakukan secara singkat dan cepat dalam periode harian. Sementara Puskesmas dan RS dapat melaporkan setiap saat menerima dan merawat kasus. Semua laporan harus disampaikan juga secara berjenjang hingga ke pusat.
- 6) Umpan balik pelaporan : Diperlukan guna meningkatkan kualitas dan memelihara kesinambungan laporan, kelengkapan dan ketepatan waktu pelaporan serta analisis terhadap laporan. Frekuensi umpan balik oleh masing-masing tingkat administrasi dilaksanakan minimal 4 kali dalam setahun

#### Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

Faktor risiko penyakit leptospirosis antara lain meliputi:

- a. Kebersihan perorangan
- b. Kebersihan lingkungan
- c. Banyaknya populasi tikus dilingkungan pemukiman tempat tinggal penduduk
- d. Banjir
- e. Pekerjaan (petani, peternak, petugas pembersih saluran air, dan petugas kebersihan di pasar)
- f. Olah raga/aktivitas lain yang berhubungan dengan air sungai atau danau.

#### 5. Laboratorium

- a. Tes Diagnosis:
  - *Rapid diagnostic test (Lateral Flow)* untuk melihat IgG/IgM (dilakukan 5 atau 6 hari setelah onset) di lakukan di Fasyankes (Puskesmas, Klinik, RS),
  - PCR (dilakukan di laboratorium rujukan)
  - MAT (*Microscopic Agglutination Test*) dilakukan di laboratorium rujukan
- b. Jenis Spesimen
  - Sediaan darah tepi untuk pemeriksaan RDT.
  - Sediaan serum darah untuk pemeriksaan RDT, PCR dan MAT. Pengambilan darah vena brakhialis sebanyak 5 - 10 cc untuk dewasa, sementara untuk anak – anak 3 – 5 cc, kemudian buat menjadi serum dalam 2 *cryotube*
  - Urin porsi tengah (pagi hari, 1/3 aliran urin pertama dibuang) untuk pemeriksaan PCR.
- c. Tatalaksana Penangan Spesimen  
Serum disimpan dalam lemari pendingin (2-8°C). Jika belum bisa langsung dikirimkan pada hari yang sama

spesimen serum harus disimpan di dalam freezer (-20° C) sebelum dikirim ke laboratorium pemeriksa. Urin dapat disimpan dalam lemari pendingin (suhu 4-10°C) paling lama 24 jam.

d. Hasil Laboratorium

- Rapid diagnostic test (*Lateral Flow*) untuk melihat antibodi IgG/IgM
- PCR: positif ditemukan asam nukleat bakteri leptospira
- Pemeriksaan MAT (*Microscopic Agglutination Test*) untuk mengetahui strain leptospira.

e. Rujukan Laboratorium

- Untuk pemeriksaan MAT di RSUP Kariadi Semarang, BBPVRV Salatiga (Balai Besar Pengendalian Vektor dan Reservoir Vektor), BBLitvet Bogor (Kementerian Pertanian), BBTKL SURABAYA.
- Untuk pemeriksaan PCR di seluruh B/BTKL - PP

6. Refrensi/Literatur

- a. Petunjuk Teknis Pengendalian Leptospirosis, Kemenkes Tahun 2017
- b. *Informal Expert Consultation on Surveillance, Diagnostic and Risk Reduction of Leptospirosis*, WHO 2009

Q. SUSPEK KOLERA (KODE S)

1. Jenis Penyakit : Suspek Kolera
2. DO Penyakit :

Kolera yaitu diare terus menerus, cair seperti air cucian beras, tanpa sakit perut, disertai mual dan muntah di awal penyakit. Seseorang dicurigai kolera apabila:

- a. Penderita berumur >5 tahun menjadi dehidrasi berat karena diare akut secara tiba-tiba (biasanya disertai

- muntah dan mual), tinjanya cair seperti air cucian beras, tanpa rasa sakit perut (mulas)
- b. Penderita diare akut berumur >2 tahun di daerah yang terjangkau KLB Kolera.

**3. Respons :**

**a. Respons Tata laksana:**

- 1) Lakukan Tatalaksana Lintas (Lima Langkah Tuntaskan Diare)
- 2) Antibiotika Yang Digunakan Dalam Pengobatan Kolera Antibiotika (diberikan selama 3 hari)
  - a. Anak-anak
    - Doksisisiklin dosis tunggal 4 mg/kgBB/hari
    - Tetrasiklin 4 x sehari 12,5 mg/kgBB
    - Trimethoprim (TMP) 5 mg/kgBB, Sulfamethoxazole (SMX) 25 mg/kg diberikan 2 x sehari
- 3) Pasien dipesan untuk kontrol kembali bila:
  - Tidak membaik dengan antibiotic lini pertama selama 2 hari
  - Ada tanda komplikasi yang mencakup panas tinggi, kejang, penurunan kesadaran, tidak mau makan, menjadi lemah

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Setiap ada alert (sinyal kewaspadaan) maka petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersama penanggung jawab program Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan melakukan verifikasi ke puskesmas untuk mengetahui lebih lanjut apakah ada indikasi KLB.
- 2) Penyelidikan Epidemiologi dan melakukan pengamatan terhadap kasus serta faktor risiko

- 3) Menyiapkan logistik (oralit, zinc, obat yang sesuai dengan program pengendalian penyakit diare).
- 4) Melakukan inspeksi kesehatan lingkungan (IKL) dan pemeriksaan sampel air.
- 5) Perbaiki kualitas air minum melalui IKL, perbaiki sanitasi dan perbaikan konstruksi sarana air.
- 6) Penyuluhan kesehatan secara intensif pada kelompok masyarakat
- 7) Memberikan Informasi kepada kepala wilayah setempat

**c. Respons Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

**4. Faktor Risiko**

- a. *Higiene sanitasi* tidak memenuhi persyaratan kesehatan

- b. PHBS yang tidak diterapkan dengan baik
- c. Usia balita
- d. Penyakit Infeksi
- e. Gizi buruk
- f. Riwayat perjalanan ke tempat lain.

**5. Laboratorium**

- a. Test Diagnosis: pemeriksaan mikrobiologi untuk mengetahui penyebab infeksi kultur bakteri *Vibrio Cholera*.
- b. Jenis Spesimen: Tinja segar 2-3 gram dalam wadah steril atau Usap dubur dalam medium transport *Carry Blair*. Spesimen muntahan dalam wadah steril jika diduga keracunan. Selain itu spesimen lingkungan dapat diambil seperti sumber air yang dipakai untuk konsumsi, serta makanan dan minuman yang dicurigai menggunakan wadah steril
- c. Tatalaksanaan penanganan spesimen: spesimen tinja untuk pemeriksaan kultur sesegera kirim ke laboratorium rujukan. Jika ditunda tinja disimpan dalam lemari pendingin (2-8°C). Spesimen usap dubur dalam *carry blair* harus segera dikirim, jika ditunda disimpan pada suhu 2 - 8°C.
- d. Hasil Laboratorium: sesuai hasil tes diagnostic,
- e. Rujukan: Pemeriksaan mikroskopis untuk identifikasi *Vibrio Cholera* tidak spesifik dapat mendeteksi *Vibrio Cholera*. Kultur bakteri bisa dirujuk di Laboratorium RS, Labkesda Kab & Prov, B/BLK, B/BTKL PP.

**6. Refrensi/Literatur:**

Pedoman Tata Laksana Diare Dit.P2PML,Ditjen P2P, Kemenkes Tahun 2017

## R. KLUSTER PENYAKIT TIDAK LAZIM (KODE T)

1. **Jenis Penyakit :** Kluster Penyakit Tidak Lazim

2. **DO Penyakit :**

Didapatkan dua atau lebih kasus/kematian yang memiliki hubungan epidemiologi dengan gejala sama di dalam satu kelompok masyarakat/ desa tidak lazim dalam satu periode waktu yang sama ( $\pm 7$  hari), yang tidak dapat dimasukkan ke dalam definisi kasus penyakit yang lain dan belum diketahui etiologinya

3. **Respons :**

a. **Respons Tatalaksana Kasus**

- 1) Identifikasi gejala atau sindrom yang terjadi
- 2) Identifikasi periode awal timbulnya gejala sampai menimbulkan kematian untuk mengetahui perkiraan masa inkubasi dari suatu penyakit
- 3) Pengambilan sampel dan pemeriksaan laboratorium berdasarkan gejala yang terjadi
- 4) Pengobatan simptomatik dan suportif terhadap kasus
- 5) Memperhatikan pencegahan dan pengendalian infeksi dalam penanggulangan kasus

b. **Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Penyelidikan Epidemiologi
- 2) Melakukan kerjasama dengan unit pelayanan kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium) terhadap kemungkinan ditemukannya kasus dengan gejala yang sama dengan penyakit yang sedang dihadapi
- 3) Melakukan penyuluhan kepada masyarakat tentang bagaimana menyikapinya. Apabila ada keluarga atau masyarakat yang mengalami gejala penyakit yang sama dengan yang dialami oleh sekelompok

masyarakat serta upaya pencegahan dan pengendalian infeksinya

- 4) Melakukan analisis risiko penyakit kluster tidak lazim
- 5) Apabila diperlukan maka dapat dilakukan isolasi kasus dan karantina terhadap kontak kasus

**c. Respons Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang memengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.
- Hasil pemeriksaan penunjang/laboratorium

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

**4. Faktor Risiko**

- a. Penyakit yang disebabkan oleh zoonosis
- b. Penyakit baru yang di tularkan antar manusia
- c. Penularan dari kontaminasi lingkungan

## 5. Laboratorium

- a. Tes Diagnosis
- b. Jenis Spesimen: Pengambilan sampel serum, urin, sputum, feces dan sampel lingkungan  
Untuk kasus meninggal apabila memungkinkan sampel diambil melalui cairan saluran pernafasan bawah atau organ dalam tubuh lainnya
- c. Tatalaksana Penangan Spesimen  
Serum disimpan dalam lemari pendingin (2-8°C). Jika belum bisa langsung dikirimkan pada hari yang sama spesimen serum harus disimpan di dalam freezer (-20° C) sebelum dikirim ke laboratorium pemeriksa. Urin dapat disimpan dalam lemari pendingin (suhu 4-10°C) paling lama 24 jam, serta dengan memperhatikan pencegahan dan pengendalian infeksi
- d. Hasil Laboratorium
  - Rapid diagnostic test (*Lateral Flow*) untuk melihat antibodi IgG/IgM
  - PCR
  - Untuk konfirmasi dilakukan pemeriksaan MAT (*Microscopic Agglutination Test*) sebagai gold standard di laboratorium rujukan
- e. Rujukan Laboratorium: Balitbangkes

## 6. Refrensi/Literatur:

- a. Pedoman Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Berpotensi Wabah dalam mendukung SKDR, Kemenkes Tahun 2014
- b. Buku Pedoman SKDR, Kemenkes Tahun 2012
- c. Buku Pedoman Penyelidikan Epidemiologi KLB, Kemenkes Tahun 2017

## S. SUSPEK *MENINGITIS/ENCHEPALITIS* (KODE U)

1. **Jenis Penyakit** : Meningitis

2. **DO Penyakit** :

Demam mendadak ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), sakit kepala, kaku kuduk, kadang disertai penurunan kesadaran dan muntah. Pada anak <1 tahun, kasus suspek meningitis terjadi bila adanya demam disertai dengan ubun-ubun besar yang menonjol

3. **Respons** :

a. **Respons Tatalaksana Kasus**

- 1) Pengobatan harus segera diberikan bila diagnosis terhadap tersangka telah ditegakkan, bahkan sebelum bakteri diidentifikasi. Pemberian Antibiotik sesuai dengan dosis.
- 2) Segera rujuk ke Rumah Sakit
- 3) Konfirmasi laboratorium
- 4) Tatalaksana kasus sesuai standar

b. **Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Lakukan Penyelidikan Epidemiologi untuk mencari kasus kontak terutama pada kelompok Intensif rentan
- 2) Melakukan Surveilans berbasis indikator dan surveilans berbasis kejadian (penemuan kasus di pintu masuk dan penemuan kasus di wilayah). Surveilans terutama dilakukan pada kasus kontak dan anggota keluarga
- 3) Pemberian pengobatan profilaksis pada kasus kontak (kemoprofilaksis).
- 4) Pencegahan dengan pemberian vaksin pada semua kelompok umur yang terkena
- 5) Pisahkan orang-orang yang pernah terpajan dengan penderita

- 6) Perbaiki *Higiene*, sanitasi dan ventilasi terhadap tempat tinggal dan ruang tidur bagi masyarakat terutama kelompok terpajan
- 7) Pengendalian vektor dan reservoir (untuk *Japanese encephalitis*) bekerjasama dengan Dinas peternakan setempat

**c. Respons Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap satu suspek Meninghitis/Encephalitis harus dilaporkan dalam 1x24 jam, mengirimkan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data kasus di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi kasus (riwayat sakit).
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

**4. Faktor Risiko:**

**a. Meningistis**

- 1) Kontak erat dengan orang yang terinfeksi
- 2) Pemukiman padat penduduk

- 3) Paparan asap rokok (Perokok aktif dan pasif)
- 4) Tingkat sosial ekonomi yang rendah
- 5) Perubahan iklim
- 6) Adanya riwayat infeksi saluran pernapasan atas
- 7) Kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat seperti misalnya di rumah, asrama, dan pondok pesantren dengan hunian yang padat.

**b. Javanese Encephalitis (JE)**

- 1) Peningkatan Populasi nyamuk pada musim hujan
- 2) Tidak adanya antibody spesifik JE
- 3) Tinggal di daerah endemic JE
- 4) Perilaku yang dapat meningkatkan kemungkinan digigit oleh nyamuk

**5. Laboratorium**

**a. Tes Diagnosis**

- 1) Pemeriksaan mikroskop CSF untuk diplokokus Gram-negatif
- 2) Kultur dan isolasi *N. Meningitis* dari CSF atau swab nasopharing

**b. Jenis Spesimen**

- 1) Cairan tulang belakang *cerebral* (CSF)
- 2) *Swab nasopharing*
- 3) Catatan: CSF adalah spesimen (pilihan utama) untuk kultur dan uji mikroskopis. Jika CSF tidak tersedia, kumpulkan darah (10ml orang dewasa, 1-5 ml untuk anak-anak) untuk kultur.

**c. Tatalaksana Penangan Spesimen**

- 1) Persiapkan pasien dan secara aseptik kumpulkan CSF ke dalam tabung reaksi yang steril dengan tanda.

- 2) Dengan segera menempatkan 1 ml dari CSF ke dalam suatu botol yang pre-warmed dari medium trans-*isolate*.
  - 3) inkubasi pada suhu tubuh (36 sd 37 derajat selsius).
  - 4) Jangan pernah mendinginkan spesimen yang akan dibiakkan.
  - 5) Simpan CSF untuk uji mikroskopis dan kimia dalam *syringe orsinil (replace cap)* Dinginkan dan kirim ke laboratorium secepat mungkin.
- d. Hasil Laboratorium
- 1) Isolasi *Neisseria meningitidis*, suatu organisme sensitif, mahal, dan sulit. Itu memerlukan teknik-teknik sempurna untuk mengumpulkan spesimen dan penanganannya dan mahal untuk media dan antisera.
  - 2) Spesimen awal dalam satu KLB atau karena satu demi satu terjadi isolat-isolat dari *N. meningitidis* harus serotyped dan satu antibiogram yang dilaksanakan untuk memastikan perawatan yang sesuai.
  - 3) *Trans Isolate medium (TI)* kukuh stabil. Jaga dengan baik penyimpanan pada temperatur lemari es (4 derajat selsius) dan dapat beratahan sampai dengan dua tahun. Di dalam lemari es, fasa-cair berubah seperti agar-agar hanya pada
  - 4) Pada suhu-kamar, botol-botol *TI* yang tidak terpakai harus dijaga dengan ketat dan tersegel. Jika terdapat perubahan warna (menguning atau pengabutan media cair) atau pengeringan atau adanya penyusutan jelas dan nyata dari agar-agar yang merosot, sebaiknya medium itu jangan digunakan.
- e. Rujukan Laboratorium: Rumah Sakit dan Provinsi

## 6. Literatur/Referensi:

Panduan dan Respon Penyakit Meningitis Meningokokus,  
Kemenkes Tahun 2019

## T. SUSPEK TETANUS NEONATORUM (KODE V)

### 1. Jenis Penyakit : Tetanus Neonatorum

### 2. DO Penyakit :

#### a. Kasus pasti/konfirm tetanus neonatorum:

- Bayi lahir hidup dapat menangis dan menetek selama 2 hari pertama, kemudian mulut mencucu (trismus) sehingga sulit menetek disertai kejang rangsang, yang dapat terjadi sejak umur 3 - 28 hari
- Kasus TN yang didiagnosis oleh dokter atau petugas kesehatan terlatih.

#### b. Kasus tersangka/suspek tetanus neonatorum:

- Kematian neonatus umur 3 – 28 hari yang tidak diketahui penyebabnya.
- Kasus atau kematian TN yang didiagnosis oleh bukan dokter atau petugas kesehatan terlatih. Verbal atopsi menggunakan form

### 3. Respons :

#### a. Respons Tatalaksana Kasus

- 1) Tata laksana spasme (ketersediaan obat-obatan)
- 2) Debridement luka
- 3) Pemberian *human tetanus immunoglobulin*/HTIG atau ATS
- 4) Pemberian antibiotik yang sesuai (metronidazole)
- 5) Monitoring
- 6) Mengatasi komplikasi
- 7) Terapi suportif

- 8) Rehabilitasi
- 9) Pelaporan (KDRS) 1x 24 jam

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

1. Petugas Puskesmas (Petugas Surveilans, Imunisasi, Promosi Kesehatan, Gizi)
  - a) berisiko tinggi. Wilayah yang berisiko tinggi ditentukan dengan kriteria sebagai berikut:
    - Cakupan imunisasi tetanus pada bayi dan anak serta WUS rendah
    - Cakupan K4 ANC rendah
    - Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan rendah
    - Persentase kabupaten/kota dengan <1 kasus NT per 1.000 kelahiran hidup
    - Lingkungan dengan Sanitasi yang buruk
    - PHBS yang tidak dilaksanakan dengan baik.
    - Tidak sterilnya alat pemotong tali pusat
    - Cara perawatan tali pusat tidak dilaksanakan secara higienis, menggunakan alat-alat tradisional
    - Kurangnya kebersihan tempat pelayanan persalinan
  - b) Melakukan *Rapid Community Assessment* dan *Rapid Convenience Assessment* pada wilayah ditemukannya suspek dan wilayah sekitar yang berisiko tinggi.
    - Eliminasi tetanus maternal dan neonatal yaitu kabupaten/kota dengan kasus TN <1 per 1.000 kelahiran hidup
    - Rapid Community Assessment dilaksanakan dengan menysar minimal 20 ibu yang

memiliki anak usia <2 tahun untuk dievaluasi status imunisasi tetanusnya dan faktor risiko lain. Apabila ditemukan ibu dengan status imunisasi kurang dari T5 maka lengkapi status imunisasi tetanusnya melalui pemberian imunisasi Td sesuai interval minimal yang dianjurkan.

- Melaksanakan RCA (*Rapid Convenience Assessment*) atau survei cepat status imunisasi untuk mengevaluasi status imunisasi rutin (tetanus dan jenis antigen lainnya) anak-anak yang berada di wilayah tersebut. RCA dilakukan pada minimal 20 rumah tangga yang memiliki sasaran imunisasi rutin. Apabila ditemukan anak-anak atau sasaran yang belum lengkap status imunisasinya maka jadwalkan pemberiannya sesegera mungkin di puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan atau posyandu setempat. Dapat dilaksanakan kegiatan *Backlog Fighting* bila dibutuhkan

Pelaksanaan *Rapid Community Assessment* dengan *Rapid Convenience Assessment* dapat dilakukan bersamaan (terintegrasi)

- c) Meningkatkan dan menjaga cakupan imunisasi rutin tetanus (DPT-HB-Hib1, DPT-HB-Hib2, DPT-HB-Hib3 dan DPT-HB-Hib4 pada baduta, DT dan Td pada anak usia sekolah dasar/madrasah serta Td bagi Wanita Usia Subur) yang tinggi dan merata, melalui upaya-upaya penguatan imunisasi rutin.

- d) Edukasi tentang TN dan pencegahannya terhadap masyarakat tentang pentingnya:
- Imunisasi rutin lengkap bagi bayi dan anak serta imunisasi Td bagi WUS
  - Persalinan dengan nakes di fasyankes
  - Pemotongan dan perawatan tali pusat yang steril
  - Pemeriksaan ANC dan kunjungan neonatal
2. Mitra Surveilans Puskesmas (PKK kecamatan, kecamatan, lembaga pendidikan, lembaga keagamaan, fasilitas pelayanan kesehatan swasta, dll):
- a. Petugas Puskesmas berkordinasi dengan mitra surveilans terkait informasi yang dibutuhkan.
  - b. Mitra surveilans berperan aktif dalam melakukan kewaspadaan dini, memfasilitasi pencegahan dan penanggulangan KLB dan/atau wabah tetanus neonatorum di dalam wilayahnya
  - c. Membantu mensosialisasikan pencegahan dan penanggulangan KLB dan/atau wabah tetanus neonatorum.
  - d. WUS/Bumil di wilayahnya diberikan imunisasi Td dan memastikan pertolongan persalinan memenuhi prinsip a dan antiseptik.
3. Peranserta Masyarakat
- a. Petugas Puskesmas berkordinasi dengan Kepala RT/RW, kader kesehatan, tokoh agama/tokoh masyarakat, dll dalam memperoleh informasi terkait suspek tetanus neonatorum di wilayahnya.
  - b. Masyarakat melaporkan kepada petugas puskesmas apabila menemukan adanya faktor risiko terjadinya KLB dan/atau tetanus neonatorum.

- c. Masyarakat bersedia diambil spesimennya jika diperlukan.
- d. Masyarakat bersedia diambil foto/dokumentasi yang relevan apabila diperlukan
- e. Masyarakat mengikuti tatalaksana pengendalian penyakit yang berpotensi KLB dan/atau wabah tetanus neonatourum apabila diperlukan
- f. WUS/Bumil di wilayahnya diberikan imuni-sasi Td (tetanus difteri) dan memastikan pertolongan persalinan memenuhi prinsip a dan antiseptik.

**c. Respons Pelaporan**

1. Setiap ditemukan satu kasus suspek TN harus dilaporkan dalam 1x24 jam secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: poskoklb@yahoo.com, Whatsapp 0877-7759-1097). Data kasus TN dimasukkan ke dalam aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes Kabupaten/Kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:
  - Kronologi kasus (sakit)
  - Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya
  - Keadaan umum penderita
  - Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan
  - Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.
2. Selain itu, setiap kasus TN harus tetap dilaporkan melalui sistem pencatatan dan pelaporan surveilans TN sesuai pedoman surveilans TN yang berlaku.

## Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

### 4. Faktor Risiko:

- a. Lingkungan dengan Sanitasi yang buruk
- b. PHBS yang tidak dilakanakan dengan baik.
- c. Kebersihan alat pemotong tali pusat (tidak steril)
- d. Cara perawatan tali Pusat yang tidak steril
- e. Persalinan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan
- f. Tidak mendapatkan imunisasi tetanus dengan lengkap

### 5. Laboratorium

Tidak memerlukan konfirmasi laboratorium

### 6. Refrensi/Literatur:

- a. WHO. *Neonatal neonates Vaccine-preventable diseases Surveillance standard.*
- b. World Health Organization. *Tetanus vaccines: WHO Position Paper – February 2017. Wkly Epidemiol Rec. 2017;92(6):53– 76 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254582/1/WER9206.pdf?ua=1>).* 2. World Health Organization. *Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. Geneva: World Health Organization; 2016*
- c. World Health Organization. *Field manual for neonatal tetanus elimination. Geneva: World Health Organization; 1999 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83323/1/WHO\\_V-B\\_99.14\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83323/1/WHO_V-B_99.14_eng.pdf)).* 6. World Health Organiza-tion. *Guidelines for investigating suspected cases of neonatal tetanus. Geneva:*

- World Health Organization; 1993 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61474/1/WHO\\_EPI\\_TRAM\\_93.3.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61474/1/WHO_EPI_TRAM_93.3.pdf)).*
7. *World Health Organization. Report of the SAGE Working Group on maternal and neonatal tetanus elimination and broader tetanus prevention. Geneva: World Health Organization; 2016*
- d. *Stroh G, Birmingham M. Protocol for assessing neonatal tetanus mortality in the community using a combination of cluster and lot quality assurance sampling: field test version. Geneva: World Health Organization; 2002*
- e. *UNICEF, UNFPA & WHO. Achieving and sustaining maternal and neonatal elimination: strategic plan 2012–2015. Geneva: World Health Organization; 2011*

## U. SUSPEK TETANUS (KODE W)

1. **Jenis Penyakit :** Suspek Tetanus (KODE W)
2. **DO Penyakit :**

Orang yang berusia lebih dari 28 hari dengan minimal satu gejala akut yaitu:

  - a. Trismus (lock jaw)
  - b. Spasme pada otot wajah (Risu Sardonicus)
  - c. Kontraksi dan kekejangan otot umum
3. **Respons :**
  - a. **Respons Tatalaksana Kasus**
    - 1) Pembersihan luka
    - 2) Pemberian anti tetanus serum sesuai dosis
    - 3) Pemberian vaksinasi yang mengandung anti gen tetanus sesuai usia
    - 4) Pemberian antibiotik dan anti kejang sesuai dengan terapi medis
    - 5) Perawatan di ruangan khusus pasien tetanus

#### b. Respons Kesehatan Masyarakat

- 1) Lakukan Penyelidikan Epidemiologi (dengan format PE Umum)
- 2) Penyuluhan tentang pentingnya imunisasi DPT-HB-  
hib, DT, Td
- 3) Penyuluhan tentang *Higiene* perseorangan terutama luka luar

#### c. Respons Pelaporan

##### Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Pro-vinsi dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.

##### Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

- a. Lingkungan dengan Sanitasi yang buruk
- b. PHBS yang tidak diterapkan dengan baik

- c. Kondisi saat terjadi bencana
- d. Cakupan imunisasi DPT-HB-*hib*, DT, Td yang rendah

5. **Laboratorium**

Tidak memerlukan konfirmasi laboratorium

6. **Refrensi/Literatur:**

Vaccine Preventable Diseases Surveillance Standard Tetanus, WHO 2018

V. **ILI (*Influenza Like Illness*) (Kode Y)**

1. **Jenis Penyakit :** *Influenza Like Illness* (ILI)

2. **DO Penyakit :**

Penderita dengan demam  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (pengukuran suhu pada saat pasien datang ke Puskesmas), dan disertai batuk. Gejala tidak lebih dari 10 hari.

3. **Respons :**

a. **Respons Tatalaksana Kasus**

Kasus yang masuk kriteria ILI ditatalaksana sebagai influenza klinis

- 1) Penegakan diagnosis ILI harus memenuhi kriteria DO diatas.
- 2) Tatalaksana ILI umumnya adalah Tindakan untuk meringankan gejala ILI, antara lain:
  - Terapi simptomatis sesuai gejala
  - istirahat yang cukup (2-3 hari)
  - mengurangi kegiatan fisik berlebihan
  - meningkatkan gizi makanan dengan makanan berkalori dan protein tinggi, serta buah-buahan yang tinggi vitamin.

- 3) Jika menunjukkan indikasi KLB semua kasus ILI dilakukan pengambilan spesimen berupa swab hidung dan tenggorok untuk penegakkan diagnosis.

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Setiap ada alert (sinyal kewaspadaan) yang ditandai dengan adanya peningkatan kasus maka petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan verifikasi ke puskesmas untuk mengetahui lebih lanjut apakah ada indikasi KLB.
- 2) Sinyal kewaspadaan influenza di wilayah kerja puskesmas:
  - Adanya sinyal epidemiologi: jika terjadi kenaikan kasus ILI yang bermakna secara epidemiologi, atau adanya kluster ILI maka dilanjutkan dengan penyelidikan epidemiologi menggunakan format PE umum.
  - Jika ada potensi KLB/Wabah maka dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk mendapatkan sinyal virologi.
  - Isolasi terhadap pasien yang positif virus influenza subtype baru (kasus konfirmasi). Semua orang yang kontak erat dengan penderita di data dan di observasi oleh Puskesmas, kemudian orang yang kontak dengan gejala ILI saat observasi diberikan tatalaksana kasus ILI dan dilakukan isolasi untuk mencegah penyebaran yang lebih luas.
- 3) Pengamatan terhadap kasus dan faktor risiko
- 4) Pengambilan, penyimpanan, pengemasan dan pengiriman spesimen ke laboratorium (Usap hidung, usap tenggorok, usap nasofaring)
- 5) Analisis Data Epidemiologi, Hasil Laboratorium dan rekomendasi penanggulangan

6) Pemberian KIE tentang;

- Edukasi terutama ditujukan untuk individu dan lingkungannya. Penyebaran penyakit ini melalui kontak langsung antar manusia (droplet atau udara yang terkontaminasi) sehingga upaya kewaspadaan standar individu lebih diutamakan.
- Untuk mencegah penyebaran terhadap orang-orang terdekat perlu diberikan edukasi untuk memutuskan mata rantai penularan seperti penerapan etika batuk, pemakaian masker dan mencuci tangan.
- penyehatan lingkungan khususnya rumah harus memenuhi persyaratan rumah sehat (pencahayaan, ventilasi serta kepadatan hunian)  
Pencegahan didalam dan diluar wilayah.
  - Semua kasus konfirmasi influenza dan kontak erat diberikan oseltamivir
  - Semua orang yang mempunyai gejala ILI pada wilayah penanggulangan dimasukkan dalam suspek influenza penyebab KLB dan dilakukan observasi serta diberikan tatalaksana ILI
  - Vaksinasi influenza, terutama bagi orang-orang risiko tinggi dan pelaku perjalanan
  - Orang yang berobat ke puskesmas dengan Riwayat perjalanan dari daerah terjangkit kurang dari 14 hari harus dimasukkan sebagai kriteria suspek influenza penyebab KLB, dilakukan observasi dan tata laksana ILI

c. **Respons Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode

24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.
- Hasil penunjang/lababoratorium

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko

- a. Daya tahan tubuh menurun
- b. Kepadatan hunian dan kepadatan penduduk yang tinggi
- c. Perubahan musim/cuaca
- d. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
- e. Usia lanjut
- f. Komorbid atau penyakit penyerta
- g. PHBS dan *Personal Higiene*

#### 5. Laboratorium

- a. Jenis Spesimen
  - Usap hidung & usap tenggorok atau usap nasopharing
  - Media transport: VTM

- b. Tatalaksana Penangan Spesimen
  - Spesimen disimpan dalam lemari pendingin (2-8°C) sebelum dikirim
  - Dikirim dalam 24 jam
  - Dikirim di dalam cool box dan dengan 3 lapisan di dalam cool box
- c. Pemeriksaan Laboratorium  
Real Time PCR untuk konfirmasi. Sequencing virus dilakukan di Laboratorium Rujukan Nasional (BaBalitbangkes) jika diperlukan
- d. Laboratorium pemeriksa: BaBalitbangkes, B/BTKL-PP, BBLK, Labkesda dan laboratorium lain yang mempunyai kapasitas pemeriksaan molekuler untuk influenza

**6. Refrensi/Literatur:**

- a. Buku Pegangan Pelaksanaan surveilans epidemiologi dan Virologi ILI di Puskesmas, tahun 2015 Kemenkes
- b. *Global Epidemiological Surveillance Standards for Influenza*, WHO Tahun 2014
- c. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian ISPA, Tahun 2016 Kemenkes

**W. SUSPEK *HAND FOOT MOUTH DISEASE* (HFMD) (Kode Z)**

**1. Jenis Penyakit : HFMD**

**2. DO Penyakit:**

Demam 38-39°C dalam 3-7 hari, nyeri telan, nafsu makan turun, mun cul *vesikel* di rongga mulut dan atau ruam di telapak tangan, kaki dan bokong. Biasanya terjadi pada anak dibawah 10 tahun.

**3. Respons :**

**a. Respons Tatalaksana Kasus**

- 1) Istirahat yang cukup
- 2) Pengobatan simptomatik sesuai gejala:
  - Antiseptik di daerah mulut
  - Analgesik/antipiretik seperti parasetamol
- 3) Pengobatan supportif seperti asupan gizi, vitamin, dll.
- 4) Pemberian cairan yang cukup untuk menghindari dehidrasi karena sulit minum dan demam

**b. Respons Kesehatan Masyarakat**

- 1) Penyelidikan Epidemiologi
- 2) KIE (Komunikasi, Edukasi dan Informasi) serta advokasi dan sosialisasi kepada instansi terkait PHBS, terutama:
  - Higiene perorangan
  - Budaya cuci tangan dengan sabun
  - Tidak menggunakan barang-barang dan alat pribadi bersama orang lain Membersihkan alat dan barang yang terkontaminasi dengan sabun dan air
- 3) Surveilans ketat terhadap penderita dan kontaknyanya

**c. Respons Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatsapp 0877-7759-1097). Data KLB di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi terjadinya KLB.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.

- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.
- Hasil pemeriksaan penunjang/laboratorium

Laporan Mingguan W2

Setiap unit pelapor menggunakan SMS atau layanan digital (WhatsApp) untuk melaporkan laporan mingguan sesuai dengan format standart pencatatan laporan

#### 4. Faktor Risiko:

- a. *Higiene* sanitasi tidak memenuhi persyaratan kesehatan
- b. PHBS yang tidak diterapkan dengan baik

#### 5. Laboratorium

Tes Diagnosis dilakukan untuk mengetahui penyebab infeksi *enterovirus* yang memiliki 67 serotipe manusia, 3 serotipe poliovirus, 23 serotipe Coxsackie virus A, 6 serotipe Coxsackie virus B, 31 serotipe *Echovirus* dan *Enterovirus* 68 sampai 71. Tetapi penyebab yang paling sering ditemukan adalah Coxsackie virus A16. Penyebab yang menimbulkan KLB adalah Enterovirus 71.

- a. Jenis Spesimen bisa diambil dari beberapa jenis sampel dibawah ini:
  - Usap tenggorok diambil beberapa hari sejak awal penyakit
  - Bahan yang sesuai gejala klinis, seperti cairan vesikel, Liqueur Cerebro Spinal (LCS)
  - Rectal Swab (virus dapat ditemukan sampai beberapa minggu)

Spesimen utama yang direkomendasikan adalah usap tenggorok dan setidaknya 2 cairan vesikel atau bisa juga dari swab rectum jika pasien tidak ada vesikelnnya.

- b. Tatalaksana Penangan Spesimen
  - Spesimen disimpan dalam lemari pendingin (2-8°C) sebelum dikirim. Dikirim dalam 1-2 hari pada 2-8°C
  - Usap tenggorok dan vesikel di kirimkan dengan menggunakan Virus Transportation Medium (VTM)
  - Sediaan rectal swab menggunakan Virus Transportation Medium (VTM)
- c. Pemeriksaan Laboratorium  
Deteksi RNA dengan RT-PCR
- d. Rujukan Laboratorium: BaBalitbangkes

## 6. Refrensi/Literature

- a. *A Guide to clinical management and public health response for HFMD, WHO* 2011
- b. Pedoman pemeriksaan laboratorium penyakit berpotensi wabah dalam mendukung sistem kewaspadaan dini dan respon, Kemenkes, 2014

# PENYAKIT POTENSI KLB LAINNYA

## A. PENYAKIT PES

1. **Jenis Penyakit** : Suspek Pes

2. **Definisi Operasional** :

Pasien dengan gejala demam, sakit kepala yang disertai salah satu atau lebih dari gejala:

- a. Pembesaran kelenjar getah bening (bubo), terutama di lipatan paha (*inguinal*), ketiak dan leher
- b. Ada perdarahan pada kulit, mulut, hidung, urin, rektum
- c. Gangguan pernafasan (batuk, sesak nafas)

Dan disertai salah satu Riwayat:

- a. Kontak (digigit) pinjal atau kontak dengan hewan pengerat dalam 1 minggu terakhir di wilayah pengamatan pes (Kab. Pasuruan Provinsi Jawa Timur, Kab Boyolali Provinsi Jawa Tengah, Kab. Sleman Provinsi DIY, dan Kab. Bandung Provinsi Jawa Barat).
- b. Kontak penderita pes terkonfirmasi dalam 1 minggu terakhir
- c. Pernah berkunjung ke wilayah pengamatan Pes dalam 1 minggu terakhir

3. **Respon Kasus**

a. **Respon tatalaksana**

Bila ditemukan pasien tersangka Pes maka lakukan pengambilan specimen untuk konfirmasi laboratorium. Pasien pes harus diisolasi dan diberikan pengobatan. Lakukan pemantauan kesehatan dan berikan pengobatan profilaksis pada masyarakat yang kontak dengan pasien.

Adapun pengobatan yang diberikan adalah sebagai berikut:

1) Tersangka Pes:

- *Tetracycline* 4 x 250mg diberikan selama 5 hari berturut-turut
- *Chloramphenicol* 4 x 250mg diberikan selama 5 hari berturut

2) Penderita Pes:

Streptomycine 3g/hari, 2 hari berturut-turut, IM, dilanjutkan dengan dosis 2g/hari, selama 5 hari.

Setelah demam hilang, dilanjutkan dengan:

- *Tetracycline* 4-6 g/hari diberikan selama 2 hari berturut-turut, diturunkan menjadi 2g/hari, selama 5 hari berturut-turut, ATAU
- *Chloramphenicol* 6-8 g/hari diberikan selama 2 hari berturut-turut, diturunkan menjadi 2g/hari, selama 5 hari berturut-turut

3) Masyarakat yang kontak dengan penderita Pes Bubo dan Pes Paru:

- *Tetracycline* 500mg/hari, 4 x sehari, 10 hari berturut (Profilaksis)

#### b. Respon Kesehatan Masyarakat

- 1) Surveilans aktif dan pasif di wilayah-wilayah pengamatan pes baik terhadap manusia, hewan pengerat (tikus) dan pinjal.
- 2) Penyelidikan Epidemiologi terpadu
- 3) Melakukan upaya pengendalian faktor risiko pes di wilayah pengamatan pes, yaitu:
  - Melakukan dusting untuk pengendalian pinjal
  - Melakukan kegiatan trapping untuk pengendalian tikus

- Peningkatan kualitas ventilasi cahaya dan udara rumah masyarakat
- 4) Melakukan isolasi penderita pes dan karantina wilayah terbatas bila ditemukan kasus pes paru
- 5) Melakukan pemantauan terhadap seluruh masyarakat yang kontak dengan penderita pes.
- 6) Penyuluhan masyarakat tentang pes dan upaya penanggulangannya, meliputi:
  - Penyebab dan cara penularan pes
  - Gejala- gejala Pes
  - Segera berobat ke puskesmas bila mengalami gejala menyerupai pes
  - Segera melapor ke petugas kesehatan bila menemukan tikus mati tanpa sebab yang jelas (ratfall).
  - Melakukan upaya pencegahan diantaranya dengan cara:
    - Menjaga perilaku hidup bersih dan sehat
    - Menjaga kebersihan rumah dan lingkungan agar tidak menjadi sarang tikus.
    - Rumah memiliki ventilasi udara dan cahaya yang baik

c. **Respon Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah Setiap satu kasus suspek Pes harus dilaporkan dalam 1x24 jam, mengirimkan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatapp 0878-0678-3906). Data kasus di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi kasus (riwayat sakit).
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut

#### 4. Faktor Risiko

- Kontak (tergigit) dengan pinjal dalam 2 minggu terakhir
- Kontak dengan binatang pengerat dalam 2 minggu terakhir
- Kontak dengan penderita Pes terkonfirmasi dalam 2 minggu terakhir
- Pernah berkunjung ke wilayah pengamatan Pes dalam 2 minggu terakhir (Kab. Pasuruan Provinsi Jawa Timur, Kab Boyolali Provinsi Jawa Tengah, Kab. Sleman Provinsi DIY, dan Kab. Bandung Provinsi Jawa Barat).
- Adanya rat fall di wilayah pengamatan pes
- Terjadi bencana alam di wilayah pengamatan pes yang memungkinkan habitat tikus hutan/gunung terganggu sehingga tikus turun ke wilayah pemukiman

#### 5. Laboratorium

- Tes Diagnosis
  - PCR
  - Fluoresensi Antibodi (F1 antigen)
  - Pemeriksaan serologi (HA/HI)
  - Isolasi bakteri
- Jenis Spesimen
  - Darah (serum darah, ulas darah)
  - Bubo (aspirasi bubo)
  - Dahak (sputum)

- Biopsi hati dan limpa
  - Jaringan hati dari penderita tersangka Pes yang meninggal (autopsi)
- c. Tatalaksana Penangan Spesimen
- Spesimen harus dikumpulkan dengan teknik aseptik. Bahan untuk kultur harus dikirim ke laboratorium menggunakan media transport Cary Blair atau dibekukan (terutama/lebih disukai dengan batu karbon dioksida (CO<sub>2</sub> beku). Spesimen yg tdk diawetkan harus sampai di laboratorium pada hari yang sama.
  - Cairan Spesimen (aspirat) harus terserap oleh suatu kain penyeka kapas yang steril dan menempatkannya ke dalam media transport Cary-Blair. Mendinginkan.
  - Jika pengangkutan akan memerlukan 24 jam atau lebih dan medi transport Cary Blair tidak tersedia, maka bekukan spesimen dan mengirimkannya dengan kemasan dingin.
- d. Hasil Laboratorium
- Presumptive:
- PCR hasil positif terdeteksi asam nukleat bakteri *Yersinia pestis*
  - Flouresensi Antibodi (F1 antigen): terdeteksi ada-nya *Yersinia pestis* F1 antigen
- Konfirmasi:
- Suspek dan atau presumptive, disertai dengan:
- Serologi HA/HI: kenaikan titer 4 kali lipat
  - Isolasi bakteri ditemukan bakteri *Yersinia pestis* dari cairan bubo, dahak, atau pungsi paru, cairan sumsum tulang belakang
- f. Laboratorium Rujukan
- BLK Yogyakarta

## 6. Refrensi/Literatur:

Petunjuk Teknis Pengendalian Pes. Kemenkes 2014

### B. PENYAKIT MERS

#### 1. Jenis Penyakit : MERS-COV

#### 2. Definisi Operasional :

##### a. Kasus Suspek

##### 1) Seseorang dengan ISPA dan 3 gejala di bawah ini:

- Demam ( $\geq 38^\circ$ ) atau ada riwayat demam
- Batuk
- Pneumonia (Klinis/Radiologi, butuh perawatan RS)

##### DAN

Salah satu kriteria berikut:

- Riwayat perjalanan dari negara terjangkit (14 hari sebelum onset) kecuali ditemukan etiologi penyakit lain
  - Petugas kesehatan sakit yang telah merawat pasien *Severe Acute Respiratory Infection* (SARI) tanpa memperhatikan tempat tinggal/riwayat bepergian, kecuali ditemukan etiologi penyakit lain
  - Kluster pneumonia dalam periode 14 hari tanpa memperhatikan tempat tinggal/riwayat bepergian, kecuali ada etiologi penyakit lain
  - Perburukan klinis yang mendadak dengan pengobatan yang tepat tanpa memperhatikan tempat tinggal/riwayat bepergian, kecuali ditemukan etiologi penyakit lain
- 2) Seseorang dengan ISPA ringan-berat dan memiliki kontak dengan kasus konfirmasi/ probabel MERS dalam waktu 14 hari sebelum sakit

#### b. Kasus Konfirmasi

Setiap kasus suspek yang dikonfirmasi berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium.

### 3. Respons

#### a. Respons Tatalaksana Kasus

- 1) Melakukan tatalaksana dan rujukan sesuai dengan SOP bila menemukan kasus dengan memperhatikan prinsip-prinsip pengendalian infeksi
- 2) Melakukan tatalaksana kasus sesuai manifestasi klinis yang muncul pada kasus
- 3) Melakukan pengambilan spesimen untuk pemeriksaan konfirmasi laboratorium.

#### b. Respon Kesehatan Masyarakat

- 1) Melakukan Penyelidikan Epidemiologi
- 2) Melakukan respon penanggulangan awal termasuk pengendalian vektor, komunikasi risiko pada masyarakat, dll.
- 3) Meningkatkan jejaring kerja dengan pemangku kewenangan, lintas sektor dan tokoh masyarakat setempat.

#### c. Respon Pelaporan

Laporan KLB/Wabah

Setiap satu kasus suspek MERSCoV harus dilaporkan dalam 1x24 jam, mengirimkan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatapp 0878-0678-3906). Data kasus di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi kasus (riwayat sakit).
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang memengaruhinya.

- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut

#### 4. Faktor Risiko

- Adanya riwayat perjalanan ke daerah terjangkit
- Kontak dengan unta yang terinfeksi MERS CoV
- Konsumsi bahan makanan mentah/ belum diolah dari unta yang terinfeksi MERS CoV.
- Kontak dengan kasus MERS atau ISPA berat
- Dirawat di sarana pelayanan kesehatan

#### 5. Laboratorium

##### a. Tes Diagnostik

Pemeriksaan dengan metoda RT-PCR dan dikonfirmasi dengan teknik sekuensing

##### b. Spesimen

- Dahak yang dihasilkan secara alami
- Bilasan bronchoaveolar (*bronchoaveolar lavage*)
- Aspirat trakea
- Aspirat nasofaring
- Kombinasi usap hidung/ tenggorokan
- Jaringan yang diambil dari biopsi atau otopsi, termasuk dari paru-paru
- Serum untuk serologi atau deteksi virus
- Spesimen darah (*whole blood*)

##### c. Tatalaksana penanganan spesimen

- Cara Pengambilan
  - Saluran pernapasan bawah  
Spesimen yang di ambil dari saluran pernafasan bawah merupakan spesimen terbaik untuk

pemeriksaan diagnosis MERS.

- *Bronchoalveolar lavage, tracheal aspirate, pleural fluid*, ambil sebanyak 2-3 ml ke dalam wadah steril yang anti bocor

- Sputum

Pasien berkumur terlebih dahulu dengan air, kemudian pasien diminta mengeluarkan dahaknya dengan cara batuk yang dalam. Sputum ditampung pada wadah steril yang anti bocor. Pengambilan sampel sputum dengan cara induksi dapat menimbulkan risiko infeksi tambahan bagi petugas kesehatan.

Jika tidak memungkinkan pengambilan spesimen saluran pernafasan bawah, maka dapat diambil spesimen dari saluran pernafasan atas.

b) Saluran pernafasan atas:

- *Swab nasofaring*: Masukkan swab ke dalam lubang hidung paralel untuk langit-langit. Biarkan swab selama beberapa detik untuk menyerap sekresi. Usap kedua daerah nasofaring.
- *Swab orofaring*: usap faring posterior, hindari swab mengenai lidah NP wash/aspirat atau aspirat hidung; kumpulkan 2-3 ml ke dalam wadah steril yang anti bocor.

Gunakanlah swab sintetis dengan tangkai yang terbuat dari plastik. Jangan menggunakan swab dengan tangkai kayu karena mengandung kalsium alginate atau bahan dapat menginaktivasi virus dan menghambat pemeriksaan PCR.

c) Serum

- Untuk pemeriksaan serologi  
Sampel serum berpasangan diperlukan untuk konfirmasi, dengan serum awal dikumpulkan di minggu pertama penyakit dan serum yang kedua idealnya dikumpulkan 2-3 minggu kemudian. Jika hanya serum tunggal yang dapat dikumpulkan, ini harus diambil setidaknya 14 hari setelah onset gejala untuk penentuan kemungkinan kasus.
- Untuk pemeriksaan rRT-PCR3  
Spesimen serum tunggal yang diambil secara optimal selama 10-12 hari setelah onset gejala sangat dianjurkan.

Jumlah minimum serum diperlukan untuk pengujian MERS-CoV (baik serologi atau rRT-PCR) adalah 200 ul. Jika pemeriksaan serologi dan rRT-PCR dilakukan, jumlah minimum serum yang dibutuhkan adalah 400 ul (200 ul untuk setiap tes).

Anak-anak dan dewasa dibutuhkan darah *whole blood* (3-5 ml) dan disentrifus untuk mendapatkan serum sebanyak 1,5-3 ml.

Bayi: Minimal 1 ml *whole blood* diperlukan untuk pemeriksaan pasien bayi. Jika memungkinkan, mengumpulkan 1 ml serum.

Jika pengujian awal dari swab nasofaring pada pasien yang diduga kuat memiliki infeksi MERS-CoV adalah negatif, maka spesimen harus diperiksa ulang dengan menggunakan spesimen baru yang diambil dari saluran pernapasan

bawah atau mengulangi pemeriksaan spesimen nasofaring dan spesimen orofaringeal serta sera akut dan konvalesen untuk pengujian serologis.

Pada rentang waktu yang pendek ( $< 72$  jam), spesimen sebaiknya disimpan pada suhu  $2-8^{\circ}\text{C}$ .

Bila terjadi penundaan pemeriksaan  $> 72$  jam, spesimen dibekukan pada suhu  $-70^{\circ}\text{C}$  segera setelah spesimen diambil.

#### d. Cara Pengepakan

- 1) Semua spesimen harus pra-kemas untuk mencegah kerusakan dan tumpahan. Tabung spesimen harus disegel dengan Parafilm® dan ditempatkan dalam plastik ziplock. Tambahkan bahan penyerap cukup untuk menyerap seluruh isi wadah kedua dan pisahkan tiap tabung spesimen untuk mencegah kerusakan. Hal ini untuk mencegah bocor dan munculnya tumpahan. Bila terdapat sejumlah besar spesimen yang akan dikirim, gunakan *cryobox* untuk mengatur spesimen secara berurutan.
- 2) Spesimen dari pasien yang diduga MERS-CoV harus dikemas, dikirim, dan diangkut sesuai dengan standar *International Air Transport Association (IATA)* yang terbaru. Spesimen harus disimpan dan dikirim pada suhu yang sesuai (lihat Tabel dibawah). Spesimen harus tiba di laboratorium segera setelah pengambilan. Penanganan spesimen dengan tepat saat pengiriman adalah hal yang sangat penting. Sangat disarankan agar pada saat pengiriman spesimen tersebut ditempatkan di dalam *cool box* dengan kondisi suhu  $2-8^{\circ}\text{C}$  atau bila diperkirakan lama pengiriman lebih dari tiga hari spesimen dikirim dengan menggunakan es kering (*dry ice*).

- 3) Formulir permintaan pemeriksaan spesimen dan surat pengantar dari dinas kesehatan provinsi/kab/kota harus dimasukkan kedalam *cool box*

e. **Cara Pengiriman**

- 1) Pengiriman spesimen pada hari kerja dikirim melalui jasa kurir
- 2) Pengiriman spesimen pada hari libur/libur nasional dapat dikirim melalui *port to port* (berkoordinasi dengan Kantor Kesehatan Pelabuhan setempat)  
Spesimen dikirim ke alamat: **Gedung PPI, Gedung Prof.Dr. Oemijati Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan Jalan Percetakan Negara Nomor 23 Jakarta Pusat 10560**

d. **Hasil pemeriksaan laboratorium**

Hasil pemeriksaan laboratorium yang resmi dikirim ke Dinas Kesehatan Provinsi dan rumah sakit yang mengirimkan ditembuskan kepada Ditjen P2P melalui PHEOC.

Tabel. Jenis spesimen untuk pengujian MERS berikut cara penanganannya

JENIS SPESIMEN	MEDIA PENGIRIMAN	PENGIRIMAN KE LABORATORIUM	KATEGORI BAHAYA PENGIRIMAN	CATATAN	SPESIMEN YANG HARUS DIAMBIL
Dahak yang dihasilkan secara alami*	Tidak ada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila spesimen sampai di laboratorium pemeriksa &lt;72 jam, penyimpanan dan pengiriman spesimen dilakukan pada suhu 4°C</li> <li>• Bila spesimen sampai di laboratorium</li> </ul>	Zat biologis, Kategori B	Pastikan spesimen diambil dari saluran pernapasan bawah	WAJIB

		pemeriksa >72 jam, penyimpanan spesimen pada suhu -80°C dan pengiriman spesimen dilakukan menggunakan es kering			
Bilasan bronkoalveolar ( <i>Bronchoalveolar lavage</i> )	Tidak ada	Idem	Idem	Mungkin terjadi pengenceran (dilusi) virus, namun spesimen masih dapat digunakan	BILA MEMUNGKINKAN
Aspirat trakea	Tidak ada	Idem	Idem		Harus diambil bila memungkinkan
Aspirat nasofaring	Tidak ada	Idem	Idem		Harus diambil bila memungkinkan
Kombinasi usap hidung/ tenggorokan	Media transpor virus	Penyimpanan dan pengiriman spesimen dilakukan pada suhu 2-8°C	Idem	Virus telah terdeteksi pada jenis spesimen ini	WAJIB
Swab nasofaring	Media transpor virus	Penyimpanan dan pengiriman spesimen dilakukan pada suhu 2-8°C	Idem		WAJIB
Jaringan yang diambil dari biopsi atau otopsi, termasuk dari paru-paru	Media transpor virus atau garam fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila spesimen sampai di laboratorium pemeriksa &lt;72 jam, penyimpanan dan pengiriman spesimen dilakukan pada suhu 4°C</li> <li>• Bila spesimen sampai di laboratorium pemeriksa &gt;72 jam, penyimpanan spesimen pada</li> </ul>	Idem		BILA MEMUNGKINKAN

		suhu -80° C dan pengiriman spesimen dilakukan menggunakan es kering			
Serum untuk serologi atau deteksi virus	Tidak ada	Idem	Idem		WAJIB

\* Pengambilan sampel dahak/sputum dengan cara induksi dapat menimbulkan Risiko infeksi tambahan bagi petugas kesehatan

### C. PENYAKIT VIRUS EBOLA

1. Jenis Penyakit : Penyakit Virus Ebola (PVE)

2. DO Kasus :

a. Kasus Suspek

Setiap orang yang memiliki gejala demam  $>38^{\circ}$  C disertai minimal 3 dari gejala berikut:

- sakit kepala
- muntah (*vomit*),
- tidak nafsu makan (*loss of appetite*),
- diare (berdarah / tidak berdarah),
- lemah (*weakness*),
- nyeri perut,
- nyeri otot (*myalgia*),
- sesak napas,
- nyeri tenggorokan (*throat pain*),
- cegukan (*hiccup*)

ATAU Setiap orang dengan perdarahan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya.

ATAU Setiap kematian mendadak yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya

DAN memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di daerah atau negara terjangkit penyakit virus Ebola (PVE), atau

kontak dengan kasus PVE, dalam waktu 21 hari sebelum timbul gejala.

**b. Kasus Konfirmasi**

Setiap kasus suspek yang dikonfirmasi berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium.

**3. Respons**

**a. Respons Tatalaksana Kasus**

- 1) Melakukan tatalaksana dan rujukan sesuai dengan SOP bila menemukan kasus dengan memperhatikan prinsip-prinsip pengendalian infeksi
- 2) Melakukan tatalaksana kasus sesuai manifestasi klinis yang muncul pada kasus
- 3) Melakukan pengambilan spesimen untuk pemeriksaan konfirmasi laboratorium.

**b. Respon Kesehatan Masyarakat**

- 1) Fasyankes melaporkan kasus dalam waktu  $\leq 24$  jam secara berjenjang ke Dinas Kesehatan Kab/kota/Provinsi/Pusat (PHEOC) melalui telepom/SMS/surel/fax
- 2) Melakukan Penyelidikan Epidemiologi
- 3) Melakukan respon penanggulangan awal termasuk pengendalian vektor, komunikasi risiko baik kepada pemangku kepentingan maupun masyarakat
- 4) Meningkatkan jejaring kerja dengan pemangku kewenangan, lintas sektor dan tokoh masyarakat setempat.

**c. Respon Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap satu kasus suspek Ebola harus dilaporkan dalam 1x24 jam, mengirimkan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatapp 0878-0678-3906). Data kasus di entri di aplikasi

web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi kasus (riwayat sakit).
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.

#### 4. Faktor Risiko

- a. Adanya riwayat perjalanan ke daerah terjangkit
- b. Keluarga, teman, rekan kerja dan petugas medis yang kontak langsung atau kontak dekat dengan orang yang diketahui atau berisiko tinggi terhadap PVE (seperti menyentuh orang atau terkena cairan tubuh atau berada dalam jarak 1 meter dengan mereka). Hal ini dapat menentukan tingkat paparan risiko pada kontak rumah tangga dan keluarga dan orang yang duduk di sebelah orang di pesawat terbang.
- c. Menggunakan jarum suntik dan infus yang telah terkontaminasi
- d. Petugas laboratorium yang menangani pemeriksaan spesimen orang yang diketahui atau berisiko tinggi terhadap PVE, tanpa menggunakan prosedur keamanan yang tepat setiap saat
- e. Kontak dengan tubuh orang mati akibat PVE
- f. Memegang atau mengkonsumsi daging hewan liar (*bush meat*) atau kelelawar yang terinfeksi.

#### 5. Laboratorium

##### a. Tes Diagnostik

Pemeriksaan dengan metoda RT-PCR dan dikonfirmasi dengan teknik sekuensing

## b. Spesimen

Spesimen untuk pemeriksaan penyakit virus Ebola adalah spesimen darah.

## c. Tatalaksana Penanganan Spesimen

### • Cara Pengambilan

Dilakukan  $\geq 72$  jam setelah timbul gejala ( $\pm 3$  hari) sebanyak 3 kali selama 3 hari berturut-turut. Spesimen harus tiba di laboratorium segera setelah pengambilan. Penanganan spesimen dengan tepat saat pengiriman adalah hal yang teramat penting. Sangat disarankan agar pada saat pengiriman spesimen tersebut ditempatkan di dalam *cool box* dengan kondisi suhu  $0-4^{\circ}$  C, atau bila diperkirakan lama pengiriman lebih dari 3 hari disarankan spesimen dikirim dengan es kering (*dry ice*). Pembuangan sarung tangan, tissue, masker dan limbah lain yang berasal dari pasien sesuai dengan penanganan limbah di rumah sakit.

### • Cara Pengepakan

Cara pengepakan untuk spesimen tersangka terinfeksi penyakit virus Ebola menggunakan 3 lapis wadah yaitu wadah primer, wadah kedua dan wadah terluar yang tahan pecah/banting sesuai dengan standar *International Air Transport Association* (IATA) untuk pengepakan spesimen infeksius, diberi label kode UN 2814 dan **TIDAK BOLEH DIBUKA**. Kotak spesimen dibuka di dalam laboratorium BSL 3 untuk menghindari kontak dengan barang infeksius. Petugas penerima spesimen di laboratorium langsung memberikan kepada petugas pemeriksa laboratorium. Pengiriman spesimen sampai di laboratorium dalam 1 x 24 jam.

- Cara pengiriman
  - Pengiriman spesimen pada hari kerja dikirim melalui jasa kurir
  - Pengiriman spesimen pada hari libur/libur nasional dapat dikirim melalui *port to port* (berkoordinasi dengan Kantor Kesehatan Pelabuhan setempat)
  - Spesimen dikirim ke alamat:

Gedung PPI, Gedung Prof.Dr. Oemijati  
 Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan  
 Badan Litbang Kesehatan  
 Jalan Percetakan Negara Nomor 23  
 Jakarta Pusat 10560

**d. Hasil pemeriksaan laboratorium**

Hasil pemeriksaan laboratorium yang resmi dikirim ke Dinas Kesehatan Provinsi dan rumah sakit yang mengirimkan ditembuskan kepada Ditjen P2P melalui PHEOC.

**6. Refrensi/Literatur :**

Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi Penyakit Virus Ebola, Kemenkes RI, 2019.

**D. PENYAKIT VIRUS NIPAH**

**1. Jenis Penyakit : Nipah Virus (NiV)**

**2. DO Kasus :**

**a. Kasus Suspek**

Pasien dengan Sindrom Pernapasan Akut Berat yang memerlukan perawatan dan terjadi secara mendadak (<14 hari), yaitu:

- demam  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- batuk
- kesulitan bernafas (sesak)
- sakit kepala
- mialgia (nyeri otot)
- muntah
- sakit tenggorokan,
- dan atau adanya tanda-tanda neurologis yang menunjukkan ensefalitis akut.

#### DAN

Memiliki riwayat terpapar lingkungan terkontaminasi atau aktifitas yang merupakan faktor risiko dalam 5-14 hari sebelumnya:

- Kontak dengan benda/menghirup udara yang terkontaminasi cairan kelelawar (feses, urin, saliva)
- Kontak erat dengan babi yang terinfeksi Nipah virus
- Memegang/menangani spesimen hewan/manusia terduga terinfeksi Nipah virus
- Pekerjaan yang berkaitan dengan sumber infeksi seperti dokter hewan, perawat, peternak, pemburu, dll

#### b. Kasus Konfirmasi

Setiap kasus suspek yang dikonfirmasi berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium

### 3. Respons

#### a. Respons Tatalaksana Kasus

- 1) Melakukan tatalaksana dan rujukan sesuai dengan SOP bila menemukan kasus dengan memperhatikan prinsip-prinsip pengendalian infeksi
- 2) Melakukan tatalaksana kasus sesuai manifestasi klinis yang muncul pada kasus
- 3) Melakukan perawatan di ruang isolasi

- 4) Melakukan pengambilan spesimen untuk pemeriksaan konfirmasi laboratorium.

**b. Respon Kesehatan Masyarakat**

- 1) Fasyankes melaporkan kasus dalam waktu  $\leq 24$  jam secara berjenjang ke Dinas Kesehatan Kab/kota/Provinsi/Pusat (PHEOC) melalui telepom/SMS/surel/fax.
- 2) Melakukan Penyelidikan Epidemiologi.
- 3) Melakukan respon penanggulangan awal termasuk pengendalian vektor, komunikasi risiko baik kepada pemangku kepentingan maupun masyarakat
- 4) Meningkatkan jejaring kerja dengan pemangku kewenangan, lintas sektor dan tokoh masyarakat setempat

**c. Respon Pelaporan**

Laporan KLB/Wabah

Setiap satu kasus suspek Nipah harus dilaporkan dalam 1x24 jam, mengirimkan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo.com](mailto:poskoklb@yahoo.com), Whatapp 0878-0678-3906). Data kasus di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Kronologi kasus (riwayat sakit).
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.

#### 4. Faktor Risiko

- 1) Kontak dengan benda/menghirup udara yang terkontaminasi cairan kekelawar (feses, urin, saliva)
- 2) Kontak erat dengan babi yang terinfeksi Nipah virus
- 3) Memegang/menangani spesimen hewan/manusia terduga terinfeksi Nipah virus
- 4) Pekerjaan yang berkaitan dengan sumber infeksi seperti dokter hewan, perawat, peternak, pemburu, dll

#### 5. Laboratorium

##### a. Tes Diagnostik

Pemeriksaan dengan menggunakan reaksi rantai *polymerase real time* (RT-PCR) dan deteksi antibody menggunakan *Enzyme-Linkes Immunosorbent Assay* (ELISA)

##### b. Spesimen

Spesimen yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis penyakit virus Nipah antara lain: serum (fase akut dan konvalesens), Sputum, usap hidung, usap tenggorok, dan *broncoalveolar lavage*

##### c. Tatalaksana Penanganan Spesimen

###### 1) Cara Pengambilan

- Serum

Untuk uji serologi, sampel serum berpasangan diperlukan untuk konfirmasi, dengan serum awal dikumpulkan di minggu pertama penyakit dan serum yang kedua idealnya dikumpulkan 2-3 minggu kemudian. Jika hanya serum tunggal yang dapat dikumpulkan, ini harus diambil setidaknya 14 hari setelah onset gejala untuk penentuan kemungkinan kasus.

Untuk uji RT PCR, spesimen serum tunggal

yang diambil secara optimal selama 10-12 hari setelah onset gejala sangat dianjurkan.

Pada rentang waktu yang pendek ( $< 72$  jam), spesimen sebaiknya disimpan dan dikirim pada suhu  $4^{\circ}\text{C}$ . bila terjadi penundaan pemeriksaan  $> 72$  jam, spesimen disimpan pada suhu  $-80^{\circ}\text{C}$  dan pengiriman spesimen dilakukan menggunakan es kering (*dry ice*).

- Sputum

Untuk pengambilan sputum, pasien berkumur terlebih dahulu dengan air, kemudian pasien diminta mengeluarkan dahaknya dengan cara batuk yang dalam. Sputum ditampung pada wadah steril yang anti bocor. Pengambilan sampel sputum dengan cara induksi dapat menimbulkan risiko infeksi tambahan bagi petugas kesehatan.

Pada rentang waktu yang pendek ( $< 72$  jam), spesimen sebaiknya disimpan dan dikirim pada suhu  $4^{\circ}\text{C}$ . bila terjadi penundaan pemeriksaan  $> 72$  jam, spesimen disimpan pada suhu  $-80^{\circ}\text{C}$  dan pengiriman spesimen dilakukan menggunakan es kering.

- Usap Hidung

Usap hidung dilakukan dengan cara memasukkannya ke dalam lubang hidung paralel untuk langit-langit. Lalu biarkan swab selama beberapa detik untuk menyerap sekresi. Kemudian usap kedua daerah nasofaring.

Penyimpanan dan pengiriman spesimen usap hidung dilakukan pada suhu  $2-8^{\circ}\text{C}$ .

- Usap Tenggorok

Usap tenggorok dilakukan pada usap faring posterior,

hindari swab mengenai lidah nasofaringeal, swab/ aspirat atau aspirat hidung. Kumpulkan 2-3 mL ke dalam wadah steril yang anti bocor.

Penyimpanan dan pengiriman spesimen usap hidung dilakukan pada suhu 2-8°C.

- Bronchoalveolar lavage  
Spesimen Bronchoalveolar lavage diambil sebanyak 2-3 mL ke dalam wadah steril yang anti bocor. Pada rentang waktu yang pendek (< 72 jam), spesimen sebaiknya disimpan dan dikirim pada suhu 4°C. bila terjadi penundaan pemeriksaan > 72 jam, spesimen disimpan pada suhu -80°C dan pengiriman spesimen dilakukan menggunakan es kering.

## 2) Cara Pengiriman

- Pengiriman spesimen pada hari kerja dikirim melalui jasa kurir
- Pengiriman spesimen pada hari libur/libur nasional dapat dikirim melalui port to port (berkoordinasi dengan Kantor Kesehatan Pelabuhan setempat)
- Spesimen yang akan diperiksa, dikirimkan ke alamat

Gedung PPI, Gedung Prof.Dr. Oemijati  
Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan  
Badan Litbang Kesehatan  
Jalan Percetakan Negara Nomor 23  
Jakarta Pusat 10560

## d. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium yang resmi dikirim oleh Puslitbang BTDK ke Ditjen P2P melalui PHEOC untuk diteruskan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan rumah sakit.

## 6. Refrensi/Literature:

Pedoman Nipah Virus, WHO

## E. PENYAKIT HANTA VIRUS

### 1. Jenis Penyakit : *Hantavirus Pulmonary Syndrome (HPS)*

### 2. DO Kasus Suspek :

1. Demam akut ( $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ) dengan disertai minimal 2 gejala berikut:

- Sakit kepala
- Nyeri otot
- Lemah (malaise)
- Ikterik (jaundice)
- Oliguria/anuria
- Perdarahan (hemoptysis, hematemesis, hematuria, peteciae/echymosis, hematoschezia, melena)
- Sesak napas
- *Conjunctival suffusion*

Dengan/tanpa Trombositopenia DAN

2. Memiliki riwayat terpapar lingkungan terkontaminasi atau aktifitas yang merupakan faktor risiko dalam 2-3 minggu sebelumnya:

- Kontak dengan benda/menghirup udara yang terkontaminasi cairan tikus (feses, urin, saliva)
- Kontak dengan banjir
- Kontak dengan sungai/danau (mencuci, mandi, berkaitan dengan pekerjaan).
- Kontak dengan persawahan/perkebunan tanpa alas kaki
- Kontak erat dengan binatang seperti anjing dan kucing yang terkonfirmasi Hantavirus
- Memegang/menangani spesimen hewan/manusia terduga terinfeksi Hantavirus

- Kontak dengan sumber infeksi yang berkaitan dengan hobi, olahraga/wisata seperti berenang, memancing, arung jeram dll.
- Pekerjaan yang berkaitan dengan sumber infeksi seperti dokter hewan, perawat, pekerja toko binatang peliharaan, petani, pembersih selokan, dll

### 3. Respons

#### a. Respons Tatalaksana Kasus

- Melakukan tatalaksana dan rujukan sesuai dengan SOP bila menemukan kasus dengan memperhatikan prinsip-prinsip pengendalian infeksi
- Melakukan tatalaksana kasus sesuai manifestasi klinis yang muncul pada kasus
- Melakukan pengambilan specimen untuk pemeriksaan konfirmasi laboratorium.

#### b. Respon Kesehatan Masyarakat dan Pelaporan

- Fasyankes melaporkan kasus dalam waktu  $\leq 24$  jam secara berjenjang ke Dinas Kesehatan Kab/kota/Provinsi/Pusat (PHEOC) melalui sms atau telepon
- Melakukan Penyelidikan Epidemiologi
- Melakukan respon penanggulangan awal termasuk pengendalian vektor, komunikasi risiko pada masyarakat, dll.
- Meningkatkan jejaring kerja dengan pemangku kewenangan, lintas sektor dan tokoh masyarakat setempat

#### c. Respon Pelaporan

##### Laporan KLB/Wabah

Setiap satu kasus suspek hantavirus harus dilaporkan dalam 1x24 jam, mengirimkan Format Laporan W1 secara berjenjang ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, dan Pusat (PHEOC, email: [poskoklb@yahoo](mailto:poskoklb@yahoo)).

[com](#), Whatapp 0878-0678-3906). Data kasus di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten/kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:

- Riwayat penyakit.
- Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Keadaan umum penderita.
- Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
- Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.

#### 4. Faktor Risiko

- a. Kontak dengan benda/menghirup udara yang terkontaminasi cairan tikus (feses, urin, saliva)
- b. Kontak dengan banjir
- c. Kontak dengan sungai/danau (mencuci, mandi, berkaitan dengan pekerjaan)
- d. Kontak dengan persawahan/perkebunan tanpa alas kaki
- e. Kontak erat dengan binatang seperti anjing dan kucing yang terkonfirmasi Hantavirus
- f. Memegang/menangani spesimen hewan/manusia terduga terinfeksi Hantavirus
- g. Kontak dengan sumber infeksi yang berkaitan dengan hobi, olahraga/wisata seperti berenang, memancing, arung jeram dll.
- h. Pekerjaan yang berkaitan dengan sumber infeksi seperti dokter hewan, perawat, pekerja toko binatang peliharaan, petani, pembersih selokan, dll

## 5. Laboratorium

### a. Tes Diagnostik

Pemeriksaan molekuler dengan metode *Nested PCR*

### b. Spesimen

Spesimen untuk pemeriksaan penyakit Hantavirus adalah spesimen serum

### c. Tatalaksana Penanganan Spesimen

#### 1) Pengambilan spesimen

Jumlah minimum serum diperlukan untuk pengujian Hantavirus adalah 150uL. Pada anak-anak dan dewasa dibutuhkan *whole blood* (3-5 mL) dan disentrifus untuk mendapatkan serum sebanyak 1,5-3 mL.

#### 2) Pengiriman spesimen

Spesimen harus tiba di laboratorium segera setelah pengambilan. Penanganan spesimen dengan tepat saat pengiriman adalah hal yang teramat penting. Sangat disarankan agar pada saat pengiriman spesimen tersebut ditempatkan di dalam *cold box* dengan kondisi suhu 2-4°C atau bila diperkirakan lama pengiriman lebih dari 3 hari disarankan spesimen dikirim dengan es kering (*dry ice*)

- BBTCL/PP Jakarta
- BBTCL/PP Yogyakarta
- BBTCL/PP Surabaya
- Balai Besar Puslitbang Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga

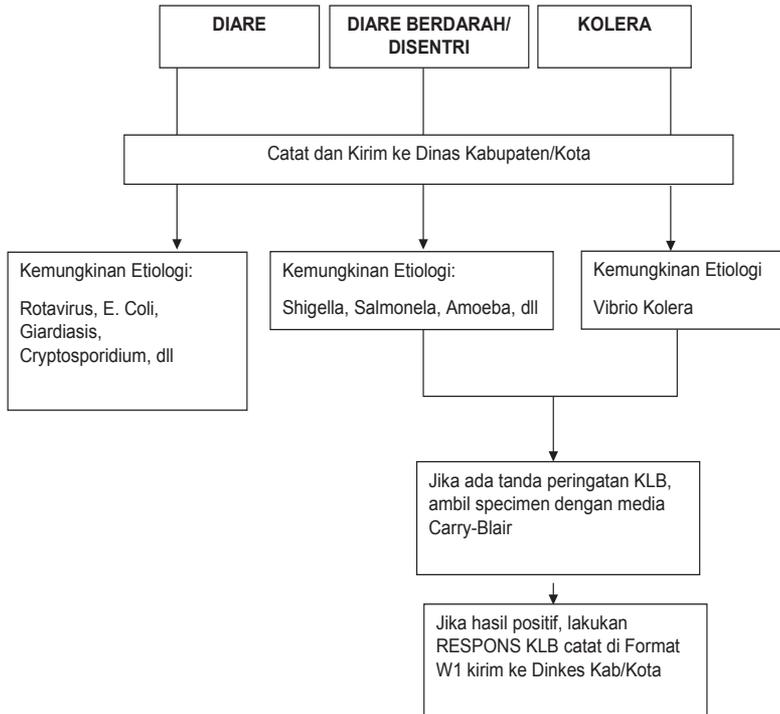
### d. Pemeriksaan Laboratorium Hasil pemeriksaan laboratorium dikirim oleh laboratorium pemeriksa ke Ditjen P2P melalui PHEOC untuk diteruskan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan rumah sakit.



6. Refrensi/Literature:  
Pedoman Deteksi Hanta Virus

# ALGORITMA DIAGNOSIS PENYAKIT DAN RESPON

## A. ALGORITMA DIARE AKUT, DIARE BERDARAH/ DISENTRI DAN KOLERA



**ALGORITMA RESPONS KLB DIARE, DIARE  
BERDARAH/DISENTRI DAN KOLERA**

**Respons Tatalaksana Kasus:**

1. Lakukan pengobatan terhadap pasien berupa tatalaksana pencegahan dehidrasi dan pemberian antibiotika secara selektif sesuai dengan etiologi.
2. Rujuk pasien ke RS apabila diperlukan penanganan lebih lanjut untuk suspek kolera, isolasi pasien di RS.
3. Pengambilan sample tinja (untuk kasus diare berdarah dan suspek kolera) dan kirim ke laboratorium provinsi

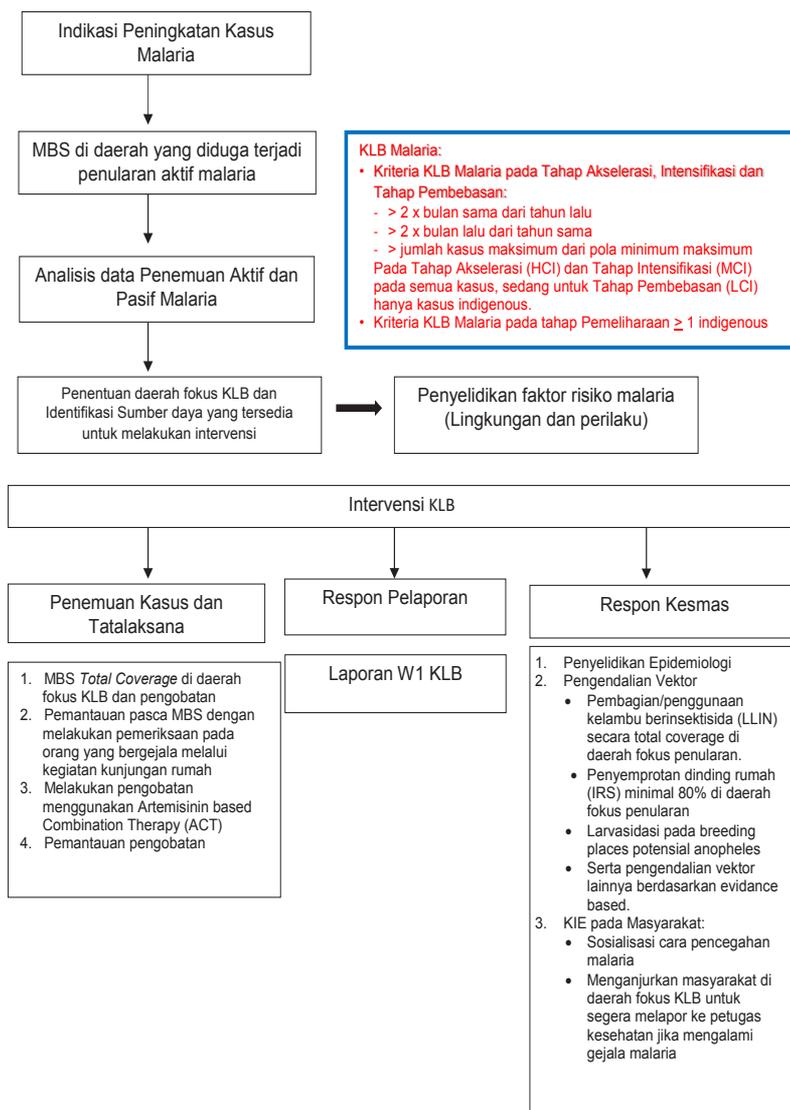
**Respons Pelaporan  
Register:**

1. Kirim laporan W1 ke Dinkes Kabupaten/Kota.
2. Untuk suspek kolera: laporan langsung ke Dinkes Kabupaten/Kota dan koordinasi dengan Dinkes Provinsi.

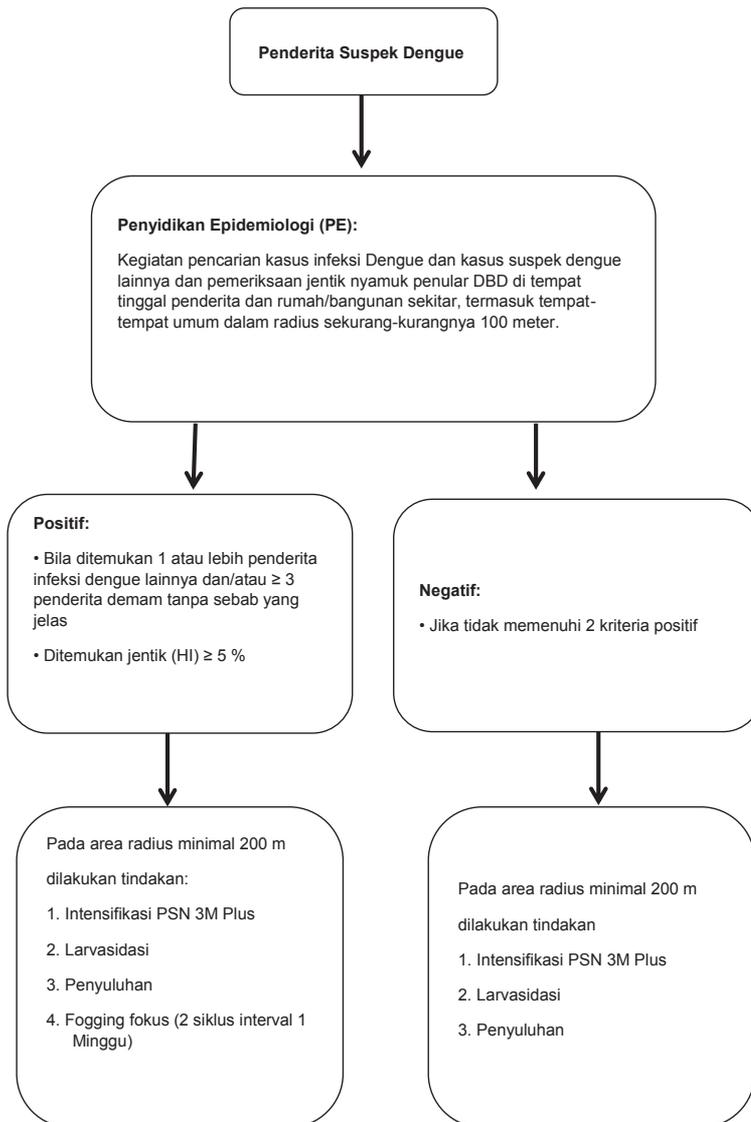
**Respons Kesehatan  
Masyarakat:**

1. Lakukan Penyelidikan Epidemiologi.
2. Surveilans Intensif
3. Pengambilan, penyimpanan, pengemasan dan pengiriman spesimen ke laboratorium.
4. Menyiapkan logistik (oralit, zinc, obat yang sesuai dengan program pengendalian penyakit diare)
5. Melakukan inspeksi kesehatan lingkungan dan air serta menjamin tersedianya sumber air bersih
6. Pengamatan dan pengendalian terhadap kasus dan faktor risiko
7. Penyuluhan masyarakat tentang PHBS meliputi:
  - Cuci tangan dengan sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyusui, sesudah BAB, dan sesudah menceboki anak.
  - Membersihkan bahan makanan sebelum di masak.
  - Memberikan desinfektan (kaporisasi) pada sumber air diduga tercemar.

## B. ALGORITMA MALARIA



## C. ALGORITMA SUSPEK DENGUE



## ALGORITMA RESPON KLB DBD

### Respon Tatalaksana Kasus:

1. Tirah baring selama demam
2. Pemberian antipiretik
3. Kompres hangat,
4. Beri minum yang banyak,
5. Bila terjadi kejang (jaga lidah agar tidak tergigit, longgarkan pakaian, tidak memberikan apapun lewat mulut selama kejang)
6. Rujuk ke Rumah Sakit bila panas tidak turun dalam 2 hari atau keadaan tambah memburuk
7. Penderita DBD derajat 1 dan 2 *Dengue dengan warning sign* dapat dirawat di puskesmas yang mempunyai fasilitas perawatan dan laboratorium memadai (mampu memeriksa Trombosit, Hematokrit, Lekosit, Hemaglobin)
8. DBD derajat 3 dan 4 *Severe Dengue* harus segera dirujuk ke Rumah Sakit.

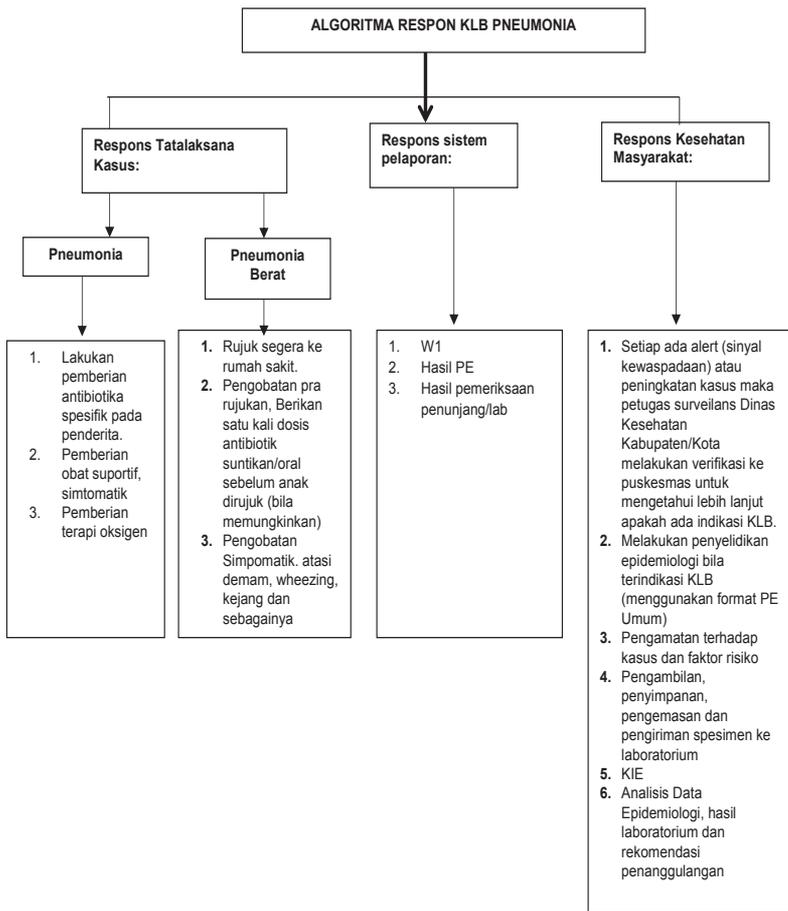
### Respon sistem pelaporan:

1. W1
2. Hasil PE (kasus dan vektor)
3. Hasil pemeriksaan penunjang/lab

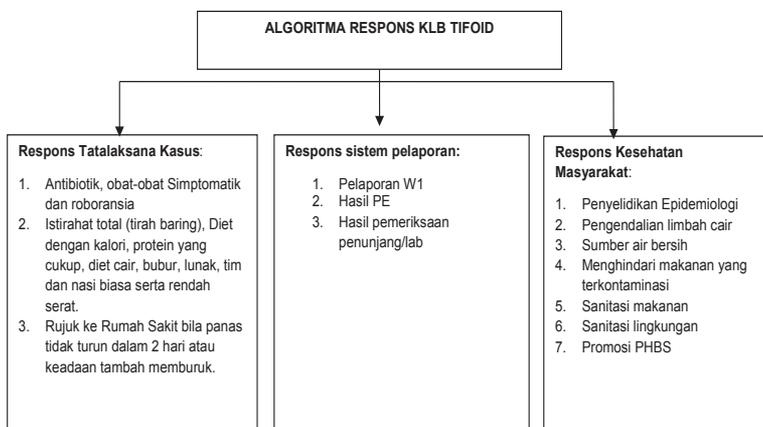
### Respon Kes Masyarakat:

1. Pembentukan posko KLB
2. Pengendalian vektor:
  - a. PSN 3M Plus serentak, menyeluruh, berkualitas dan berkesinambungan seminggu sekali
  - b. Fogging fokus 2 siklus, interval 1 minggu
  - c. Larvasida
3. Peningkatan kegiatan surveilans kasus dan vektor
4. Penyuluhan di pemukiman, TTU (Tempat-tempat Umum), TTI (Tempat-tempat Institusi),
5. Advokasi kepada pemangku kebijakan dan penyanggah dana agar proaktif dalam mendukung kegiatan penanggulangan DBD
6. Koordinasi lintas sektor dan pemberdayaan masyarakat
7. Pengumpulan dan pemeriksaan spesimen

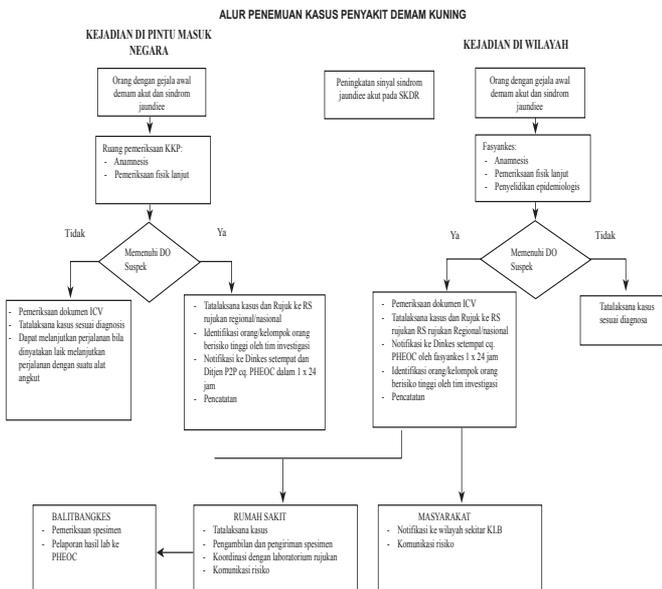
## D. ALGORITMA PNEUMONIA



## E. ALGORITMA SUSPEK DEMAM TIFOID

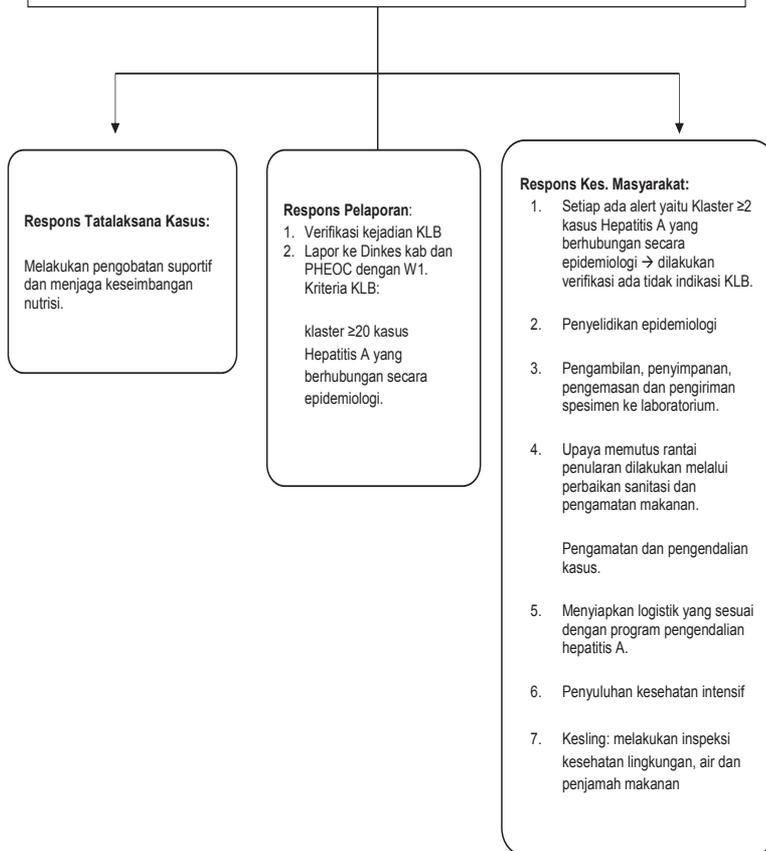


## E. ALGORITMA SINDROM JAUNDICE AKUT

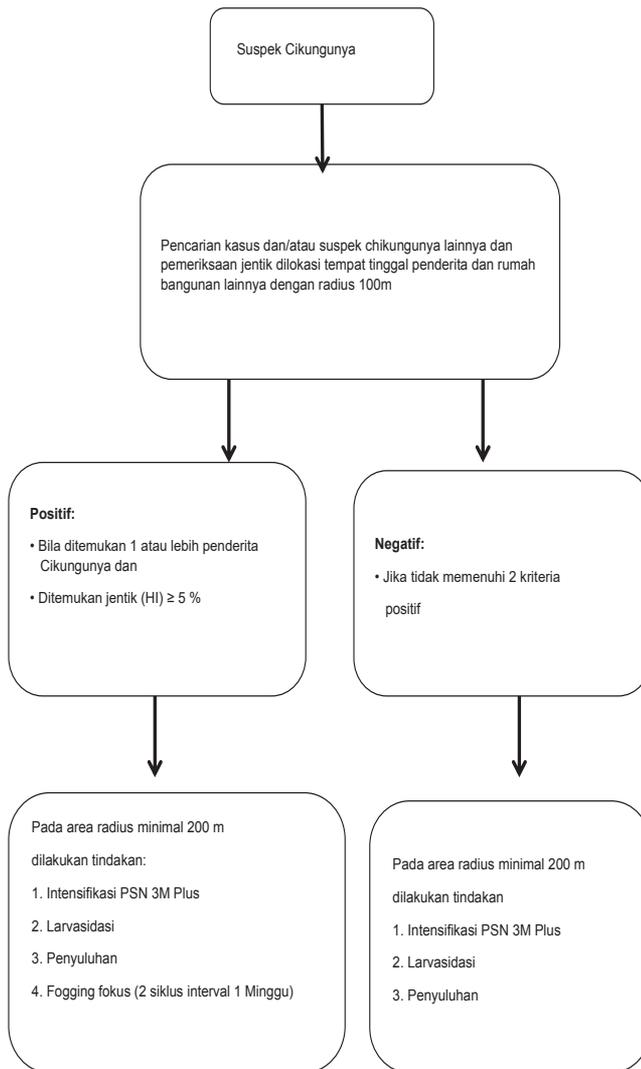


Gambar 2.1 Alur Penemuan Kasus Penyakit Demam Kuning

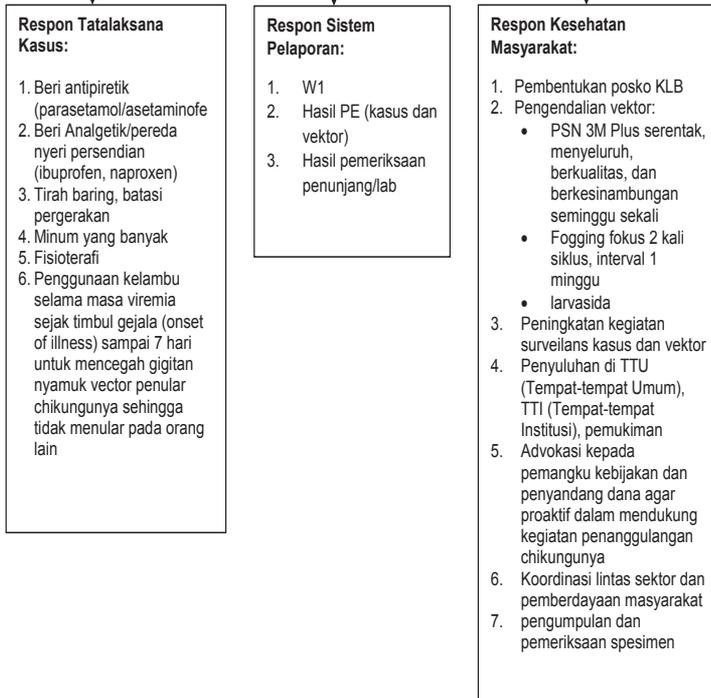
## ALGORITMA RESPON KLB SINDROM JAUNDICE AKUT (HEPATITIS A)



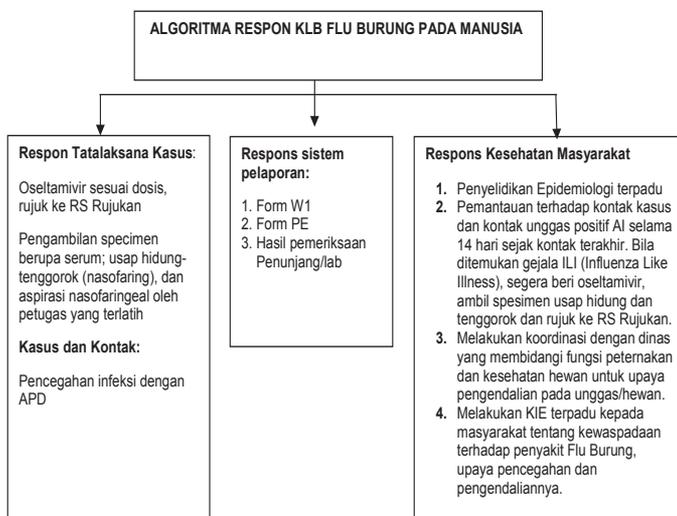
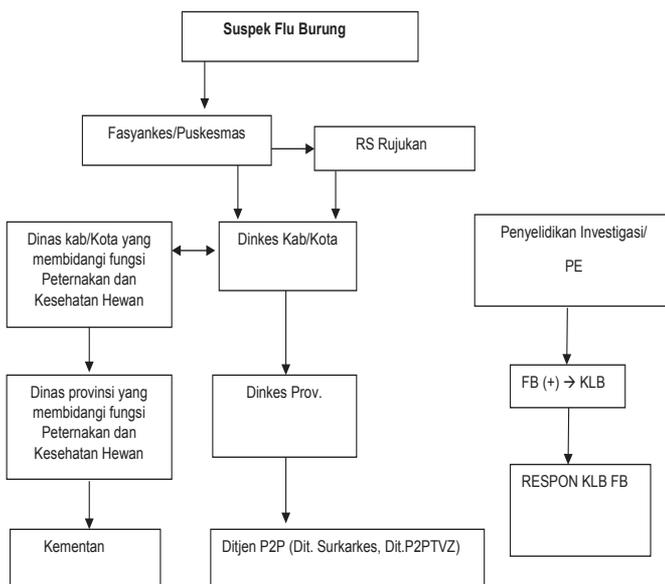
## G. ALGORITMA SUSPEK CHIKUNGUNYA



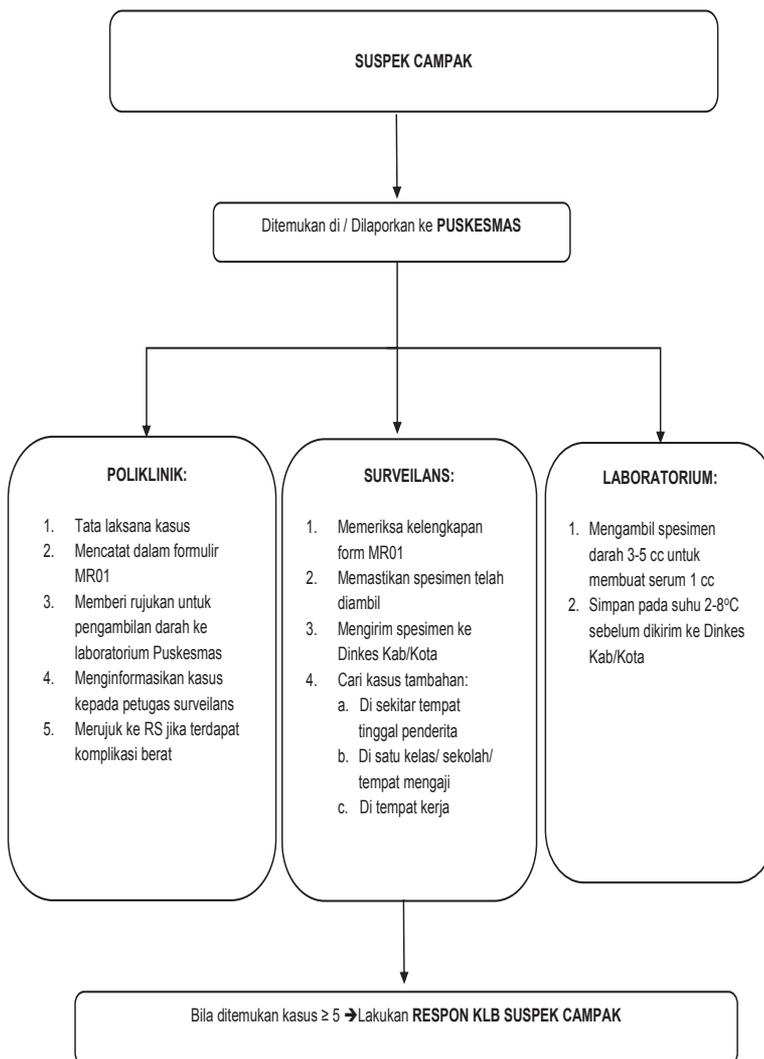
## ALGORITMA RESPON CHIKUNGUNYA



## H. ALGORITMA SUSPEK FLU BURUNG PADA MANUSIA



## I. ALGORITMA SUSPEK CAMPAK



## ALGORITMA RESPON KLB SUSPEK CAMPAK

### Respon Tata Laksana Kasus:

1. Isolasi jika di rumah sakit sebaiknya di ruangan bertekanan negative
2. Edukasi kebersihan tangan
3. Pengobatan simptomatis (untuk kasus tanpa komplikasi)
4. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada kasus sesuai dengan usia dan pada populasi balita berisiko sekitar lokasi KLB
5. Pengobatan kasus dengan komplikasi: dianjurkan untuk berobat ke Puskesmas atau fasilitas kesehatan lain dan diberikan obat yang disesuaikan dengan jenis komplikasi.
6. Segera rujuk ke RS bila keadaan umum memburuk, antara lain jika terdapat salah satu gejala di bawah ini:
  - Anak tampak lemas
  - Kesadaran menurun
  - Nafas cepat atau susah bernafas
  - Diare berat yang menunjukkan gejala dehidrasi, tidak mau minum
  - Nadi cepat,
  - Mulut merah (mukositis) dan semua makanan dimuntahkan.
  - Kejang
  - Mata nyeri dan penglihatan kabur

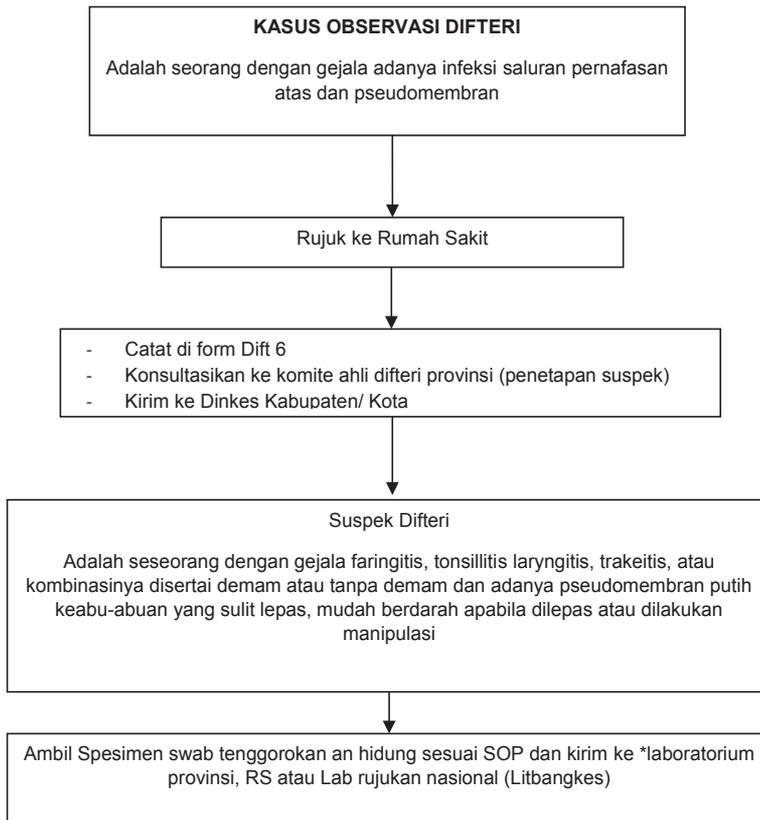
### Respon Sistem Pelaporan:

1. Kronologi kasus (sakit).
2. Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
3. Keadaan umum penderita.
4. Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
5. Form notifikasi penyakit (EBS)

### Respon Kesehatan Masyarakat:

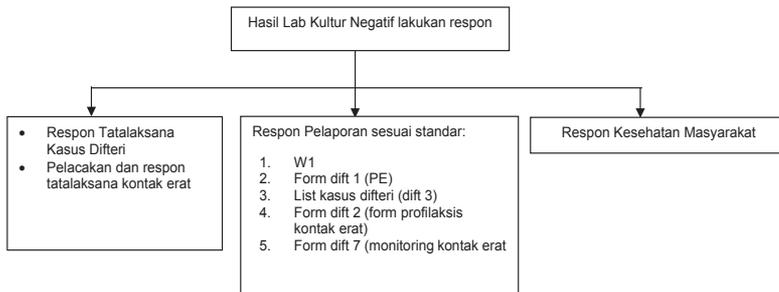
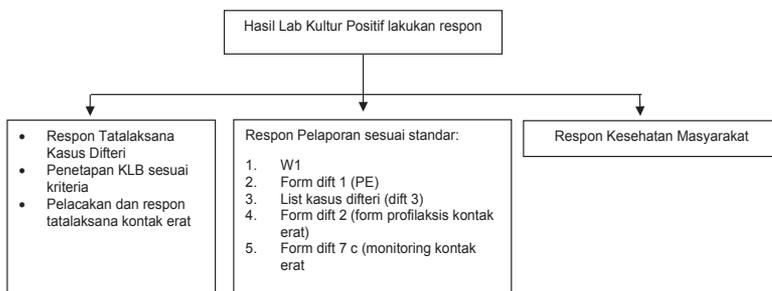
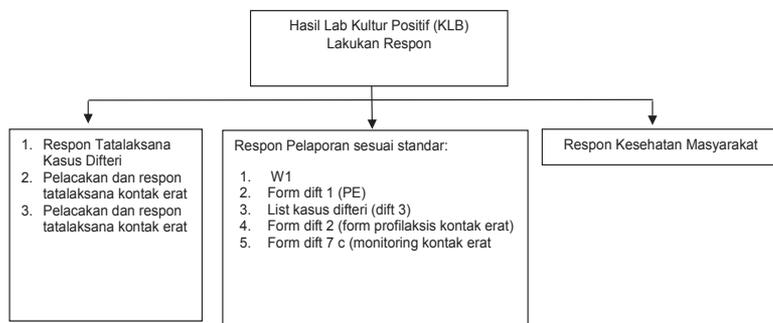
1. Lakukan Penyelidikan Epidemiologi menyeluruh (*Fully Investigated*)
2. Melaksanakan kegiatan imunisasi tambahan campak-rubela dalam rangka penanggulangan KLB (Outbreak Response Immunization atau ORI).
3. Penentuan wilayah sekitar yang berisiko tinggi dilakukan dengan melakukan analisa terhadap kriteria wilayah, akses terhadap layanan imunisasi, trend cakupan imunisasi campak-rubela serta performa surveilans.
4. Melaksanakan RCA (Rapid Convenience Assessment) atau survei cepat status imunisasi pada wilayah lokasi dilaksanakannya ORI
5. Meningkatkan dan menjaga cakupan imunisasi campak-rubela dosis 1 bagi bayi usia 9 bulan, dosis 2 bagi anak usia 18 bulan dan BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah) bagi anak usia sekolah dasar/madrasah kelas 1 minimal 95% dan merata. di wilayah terjangkit dan wilayah sekitar yang berisiko tinggi, melalui upaya-upaya penguatan imunisasi rutin.
6. Surveilans ketat untuk mendeteksi adanya kasus tambahan. Petugas surveilans melaporkan secara rutin setiap ada kasus suspek campak melalui SKDR dan laporan rutin mingguan surveilans PD3I (menggunakan Form MR01)
7. KIE kepada kasus, keluarga dan masyarakat tentang bahaya penyakit campak serta pentingnya imunisasi dan gizi seimbang
8. Pemberian makanan tambahan

## J. ALGORITMA SUSPEK DIFTERI



\* Laboratorium provinsi dan Rumah Sakit yang bisa melakukan pemeriksaan sampel secara kultur dan sesuai standar

## RESPON KLB DIFTERI



## ALGORITMA SUSPEK DIFTERI

### Respon tatalaksana kasus:

1. Kasus difteri dirawat di ruang isolasi (terpisah dengan kasus lain).
2. Pengambilan specimen dilakukan pada hari pertama dan kedua untuk penegakan diagnose.
3. Pemberian Anti Difteri Serum (ADS) dan antibiotic **tanpa menunggu hasil laboratorium** (kultur baik swab/ apus tenggorok).
4. Pemberian ADS (anti difteri serum) sesuai dengan standar.
5. Perawatan suportif termasuk trakeostomi, observasi jantung dan lain-lain.
6. Apabila klinis kasus setelah terapi baik maka dapat pulang tanpa menunggu hasil kultur laboratorium
7. Setelah pulang kasus tetap meneruskan antibiotic sampai 14 hari dan membatasi kontak erat dengan orang lain hingga pengobatan antibiotik diselesaikan
8. Semua kasus yang mendapatkan ADS harus diimunisasi lengkap 3 kali setelah 4-6 minggu dari saat ADS diberikan
9. Apabila diagnosis akhir bukan difteri tetap berikan imunisasi sesuai status imunisasi kasus.

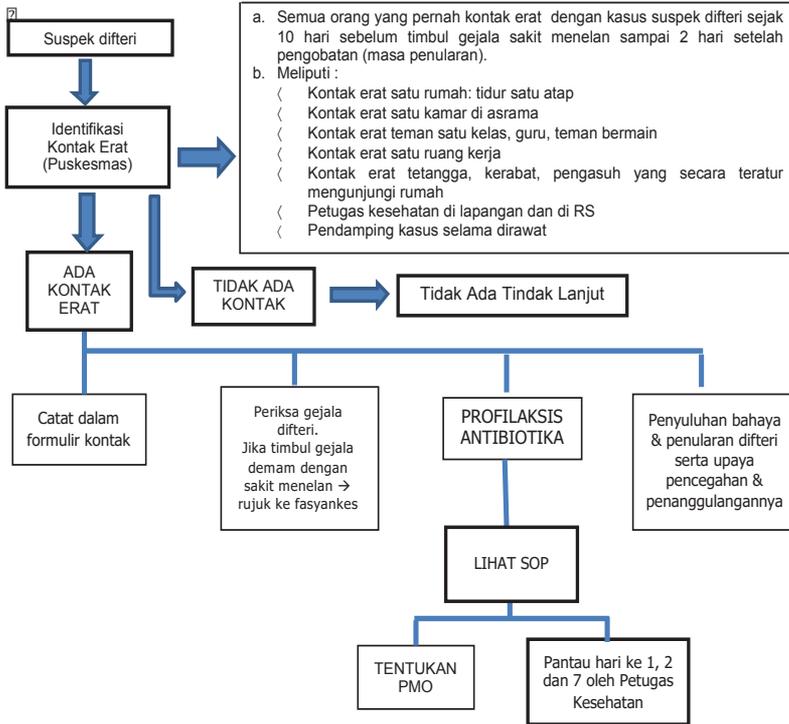
### Respon pelaporan sesuai standar:

1. Form dift 1 (PE)
2. List kasus difteri (dift 3)
3. Form dift 2 (Form profilaksis kontak erat)
4. Form dift 4 (Pengiriman sampel)
5. Form dift 5 (Notifikasi RS)
6. Form Dift 6 (Verifikasi Komli)
7. Form dift 7 c (monitoring kontak erat)
8. Form 8 (Hasil laboratorium)
9. Form Monev

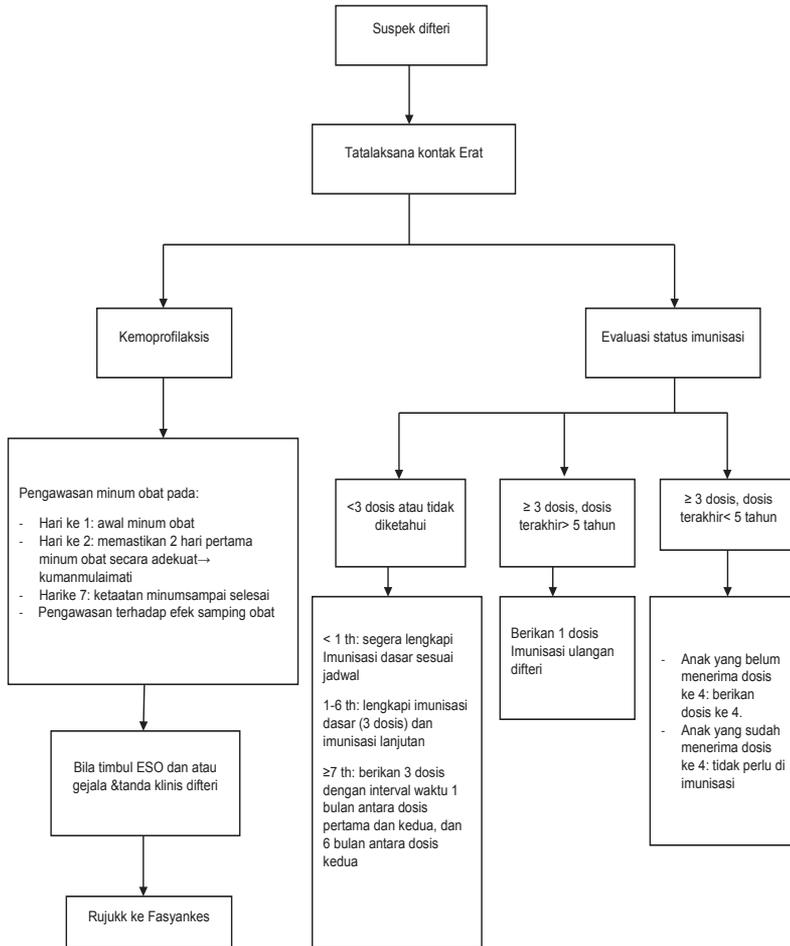
### Respon Kesehatan Masyarakat:

1. Lakukan pencarian atau pelacakan kontak erat (lihat bagan pelacakan kontak erat)
2. Lakukan tatalaksana kontak erat sesuai standar (lihat bagan tatalaksana kontak erat)
3. ORI dilaksanakan setelah dilakukan kajian epidemiologi
4. Luas wilayah ORI adalah satu (1) kab/kotta tetapi jika tidak memungkinkan karena sesuatu hal maka ORI minimal dilakukan satu (1) kecamatan
5. Jadwal ORI 3 kali dengan interval 0-1-6 bulan, tanpa mempertimbangkan cakupan imunisasi di wilayah KLB
6. Usia berdasarkan kajian epidemiologi dan jenis vaksin yang digunakan tergantung kelompok umur.
7. Cakupan ORI 90%
8. Meningkatkan cakupan rutin pada bayi, batita, dan anak-anak sekolah 95%
9. Edukasi tentang difteri dan pencegahannya terhadap masyarakat:
  - Pengenalan tanda awal
  - Segera ke pelayanan kesehatan bila ada tanda dan gejala nyeri tenggorok, serta menggunakan masker baik keluarga maupun kasus dan mengurangi kontak erat dengan orang lain
  - Jika masyarakat menduga mempunyai gejala difteri, sarankan kemana harus dirujuk.
  - Melakukan kebersihan diri yaitu mencuci tangan bagi setiap yang mengunjungi kasus/pasien maupun keluarga
  - Keluarga pasien disarankan berkonsultasi kepada petugas kesehatan untuk mendapatkan imunisasi di Puskesmas atau pelayanan Imunisasi lainnya dan jelaskan pentingnya Imunisasi rutin lengkap untuk mencegah difteri

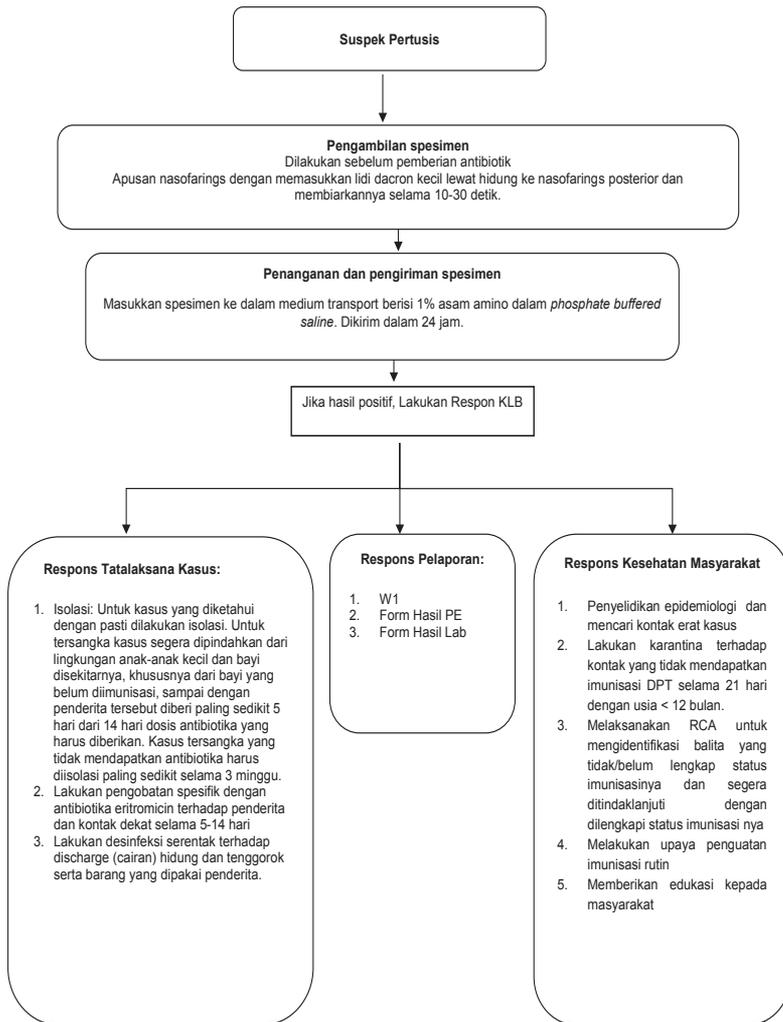
## ALUR PELACAKAN KONTAK ERAT



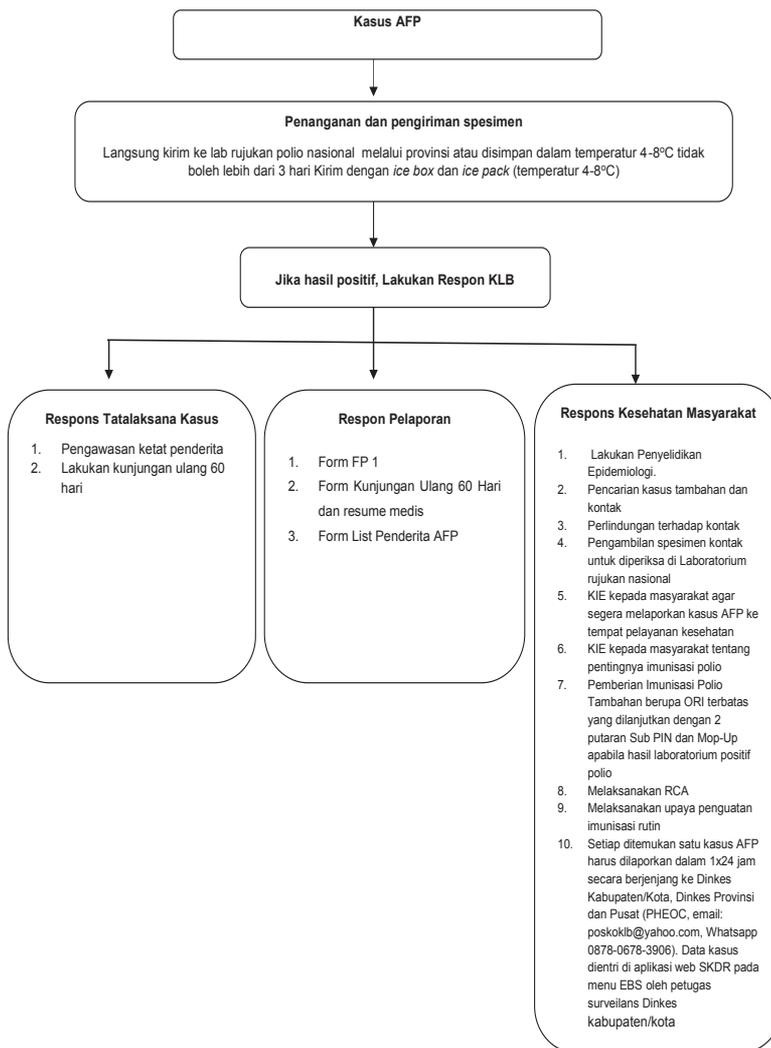
## Tatalaksana Kontak Erat Suspek Difteri



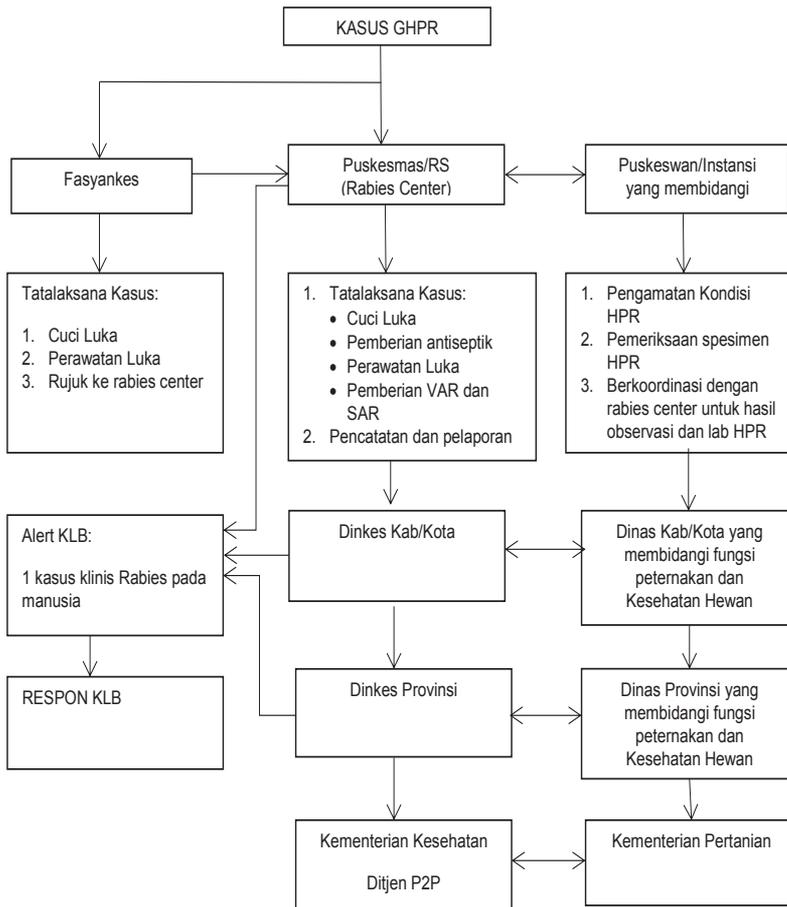
## K. ALGORITMA SUSPEK PERTUSSIS

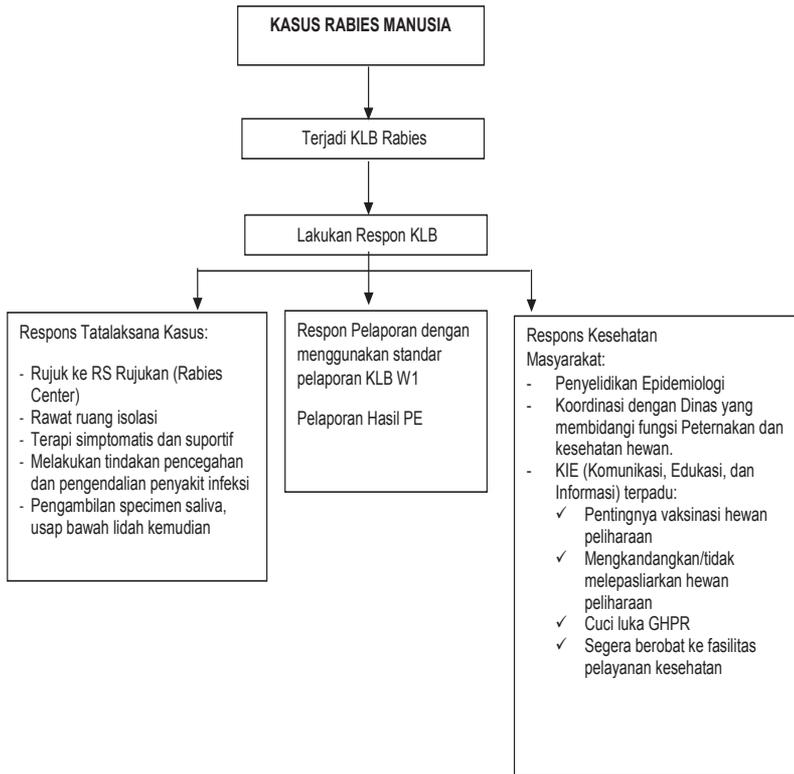


## L. ALGORITMA AFP (LUMPUH LAYUH MENDADAK)

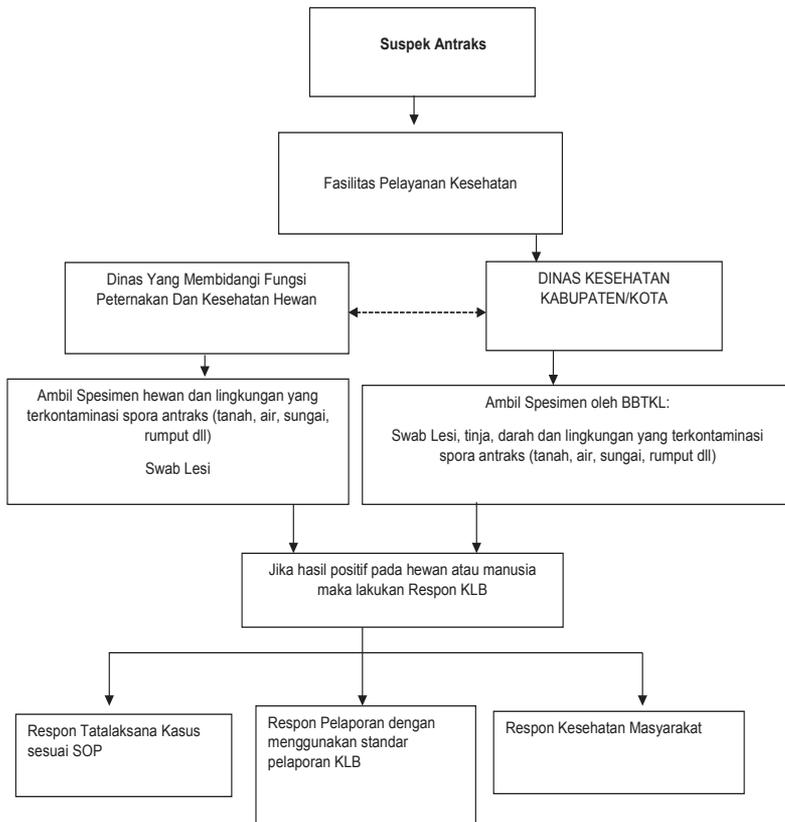


## M. ALGORITMA KASUS GIGITAN HEWAN PENULAR RABIES

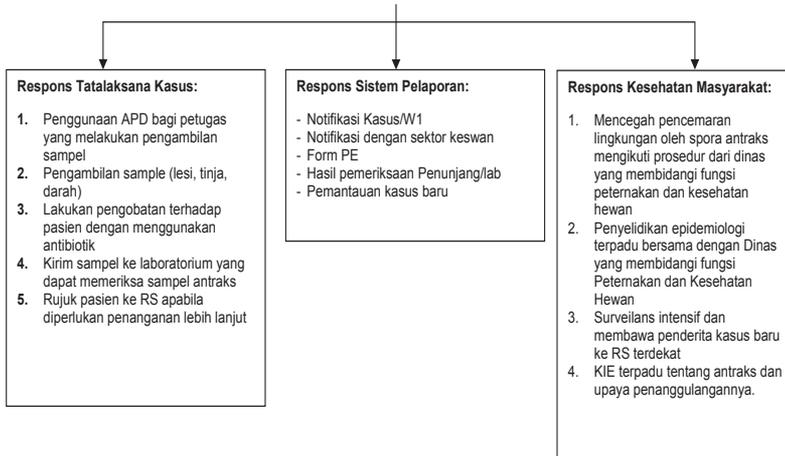




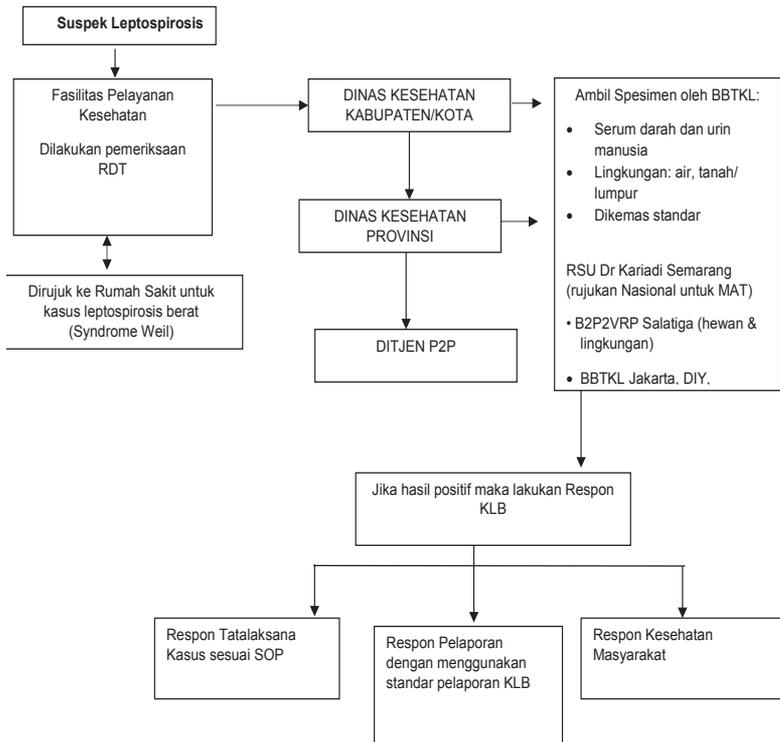
## N. ALGORITMA SUSPEK ANTRAKS



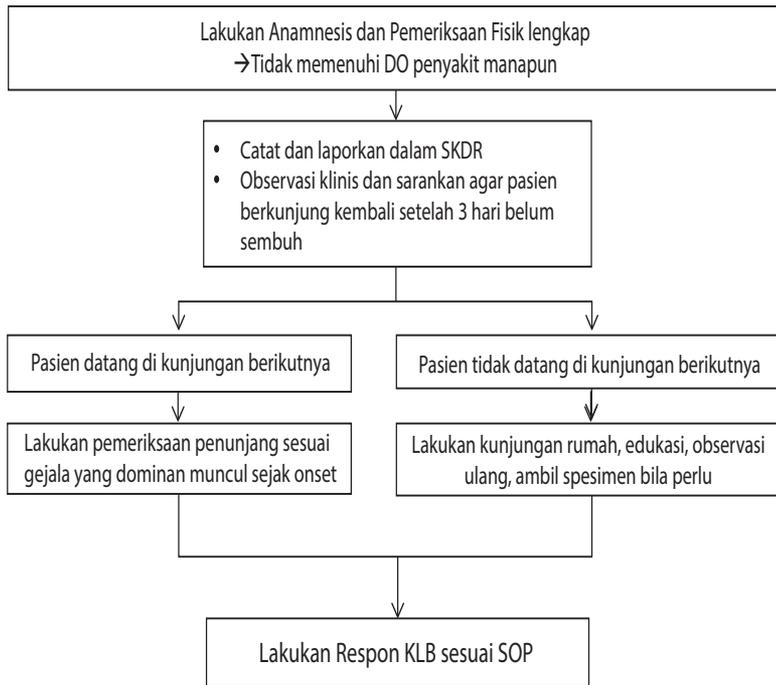
## ALGORITMA RESPON KLB ANTRAKS



## O. ALGORITMA SUSPEK LEPTOSPIROSIS



## P. ALGORITMA KLASTER PENYAKIT YANG TIDAK LAZIM



## ALGORITMA KLUSTER PENYAKIT YANG TIDAK LAZIM

### Respon tatalaksana kasus:

- Lakukan identifikasi gejala atau sindrom yang terjadi
- Lakukan identifikasi periode awal timbulnya gejala sampai menimbulkan kematian untuk mengetahui perkiraan masa inkubasi dari suatu penyakit
- Lakukan pengambilan sample dan pemeriksaan laboratorium berdasarkan gejala yang terjadi

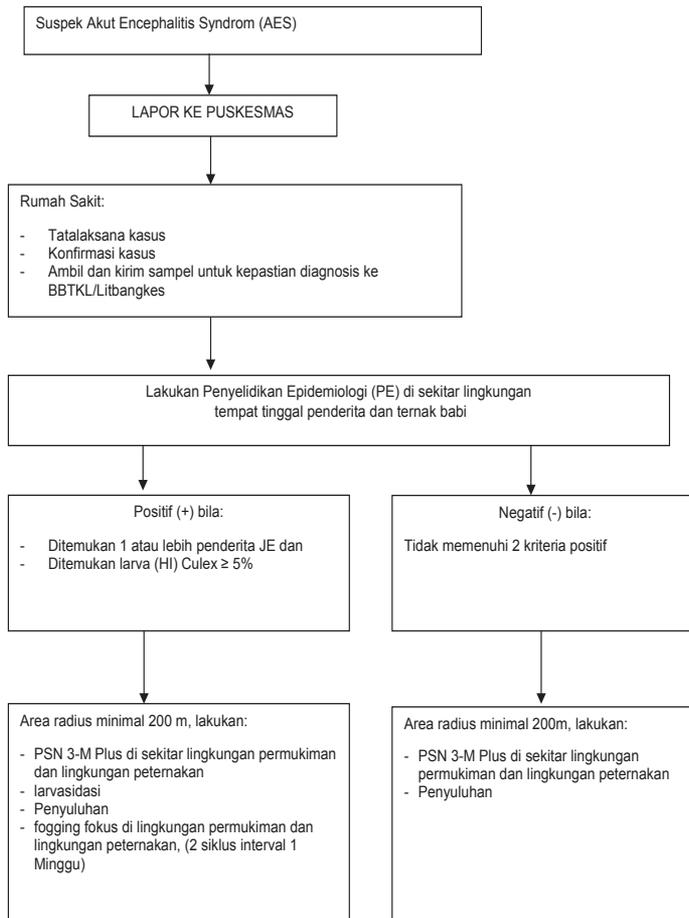
### Respon sistem pelaporan:

- W1
- Hasil pemeriksaan penunjang/lab

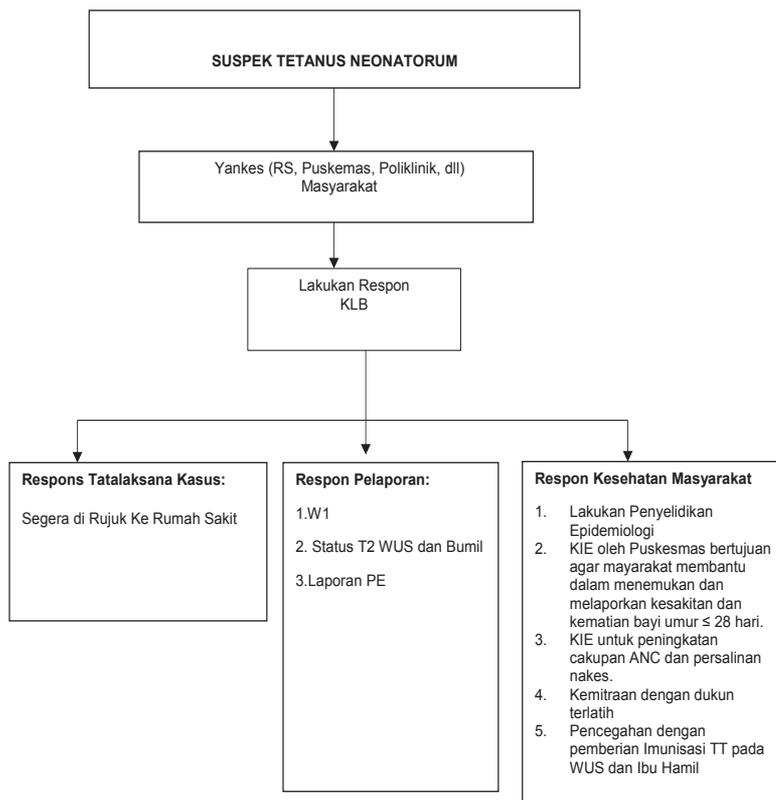
### Respons Kes. Masyarakat:

- Penyelidikan Epidemiologi (gunakan format PE Umum)
- Melakukan kerjasama dengan unit pelayanan kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium) terhadap kemungkinan ditemukannya kasus dengan gejala yang sama dengan penyakit yang sedang dihadapi
- Melakukan penyuluhan kepada masyarakat tentang bagaimana menyikapi apabila ada keluarga atau masyarakat yang mengalami gejala penyakit yang sama dengan yang dialami oleh sekelompok masyarakat
- Melakukan penyuluhan tentang upaya pencegahan yang harus dilakukan

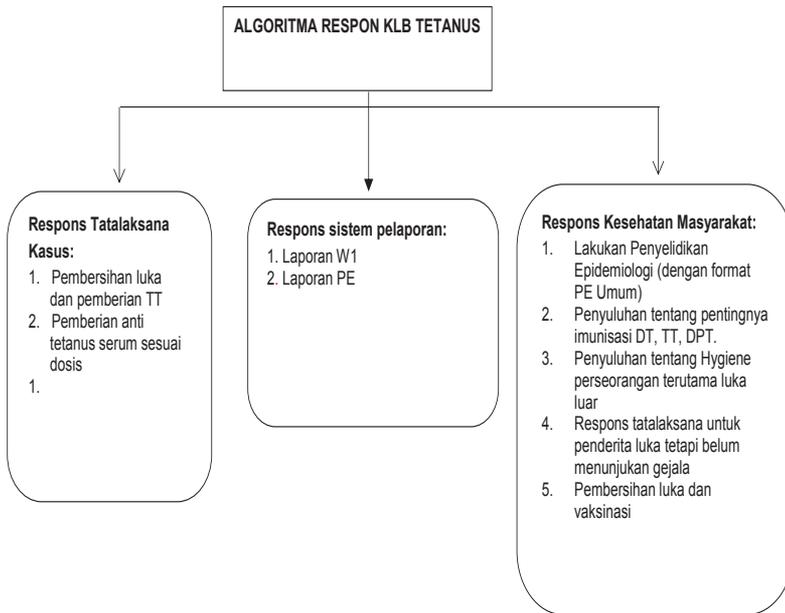
## Q. ALGORITMA SUSPEK MENINGITIS/ENSEFALITIS



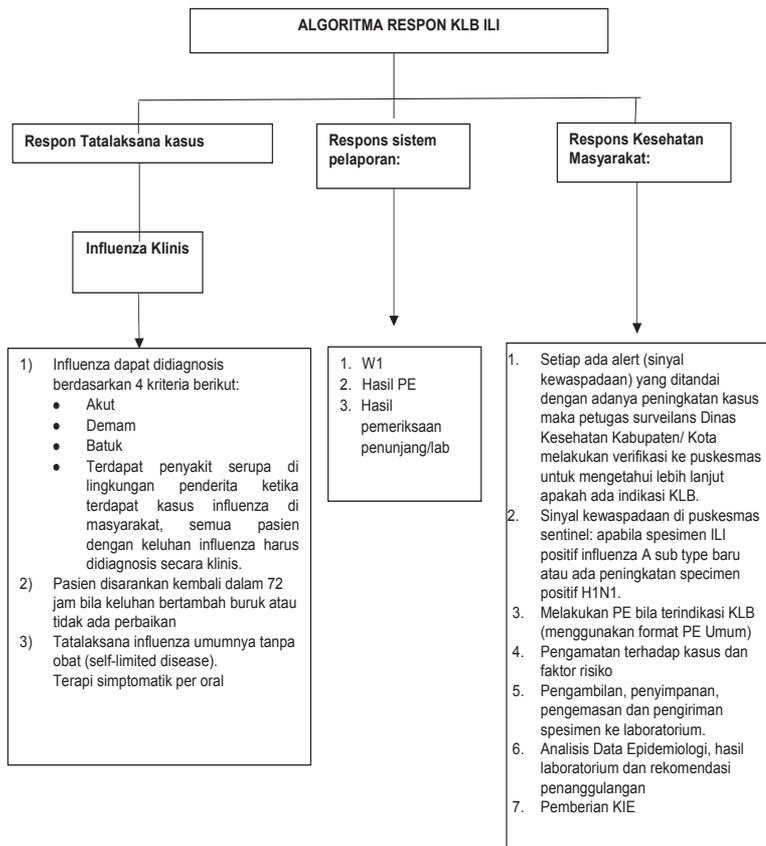
## R. ALGORITMA SUSPEK TETANUS NEONATORUM

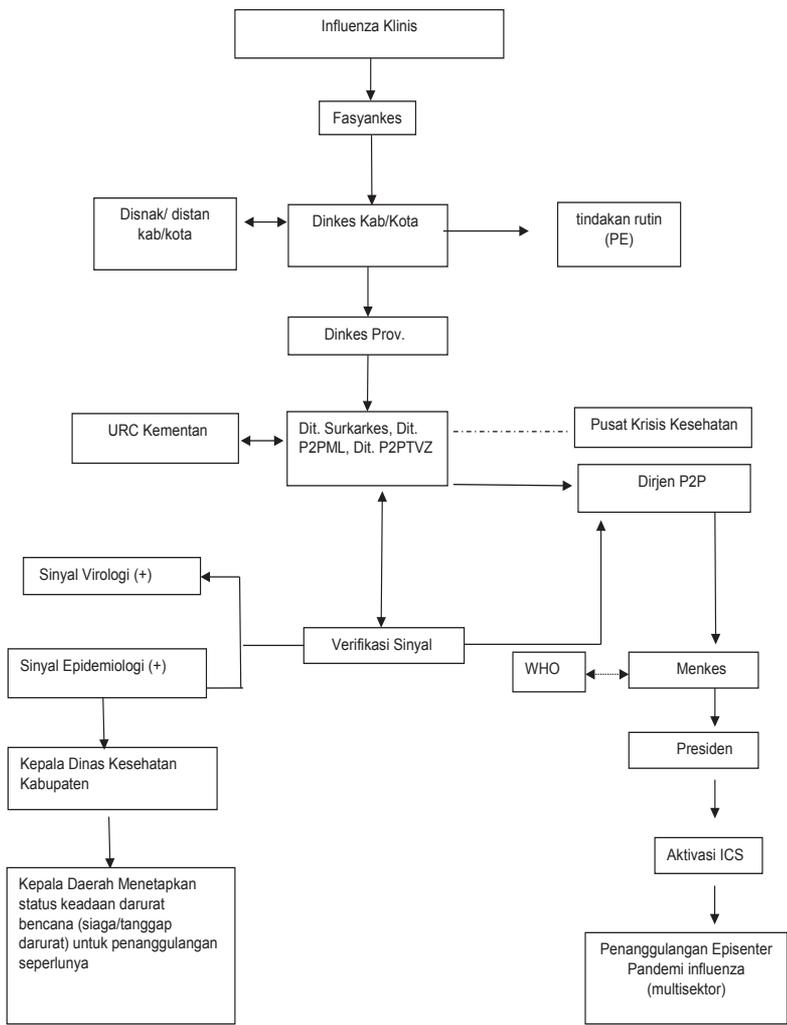


## S. ALGORITMA SUSPEK TETANUS

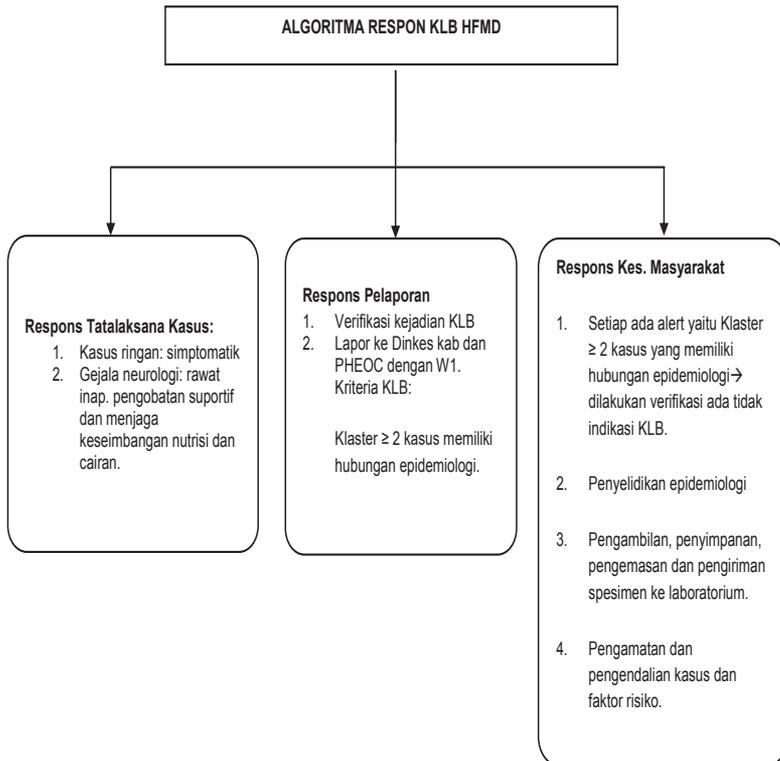


## T. ALGORITMA ILI (*INFLUENZA LIKE ILLNESS*)



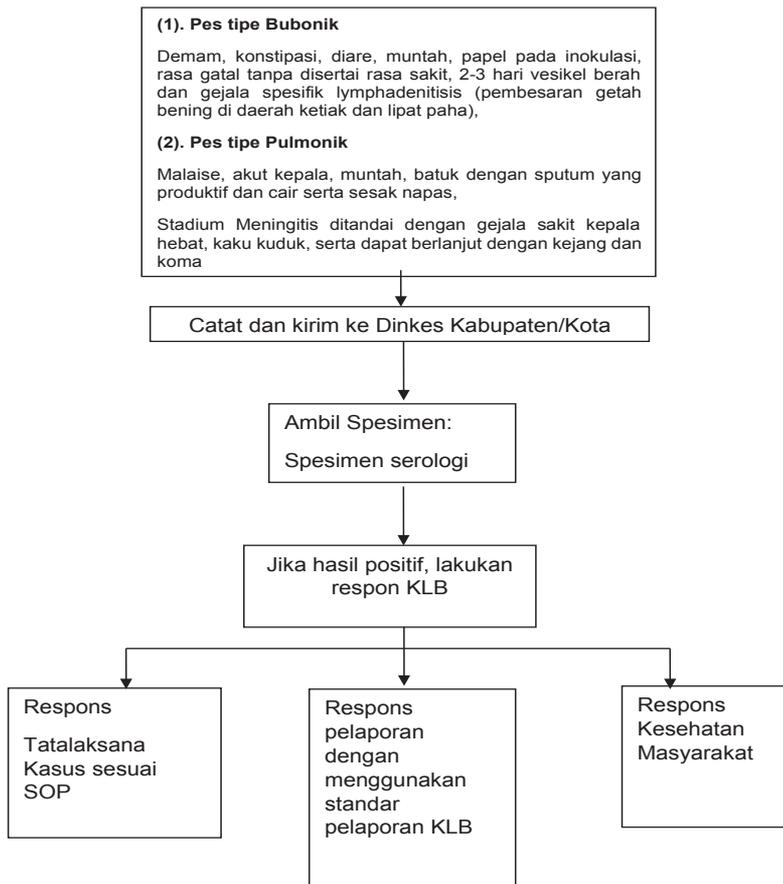


## U. ALGORITMA SUSPEK HFMD



# ALGORITMA DIAGNOSIS PENYAKIT POTENSIAL KLB LAINNYA

## 1. PENYAKIT PES



## RESPONS KLB PES

### Respons tatalaksana kasus:

1. Bila ditemukan pasien tersangka Pes maka lakukan pengambilan specimen (darah, bubo atau sputum) untuk konfirmasi laboratorium
2. Kirim sampel ke laboratorium rujukan BLK Yogyakarta
3. Lakukan isolasi dan pengobatan terhadap pasien Pes.
4. Memberikan profilaksis pada seluruh kontak penderita Pes
5. Rujuk pasien ke RS apabila diperlukan penanganan lebih lanjut

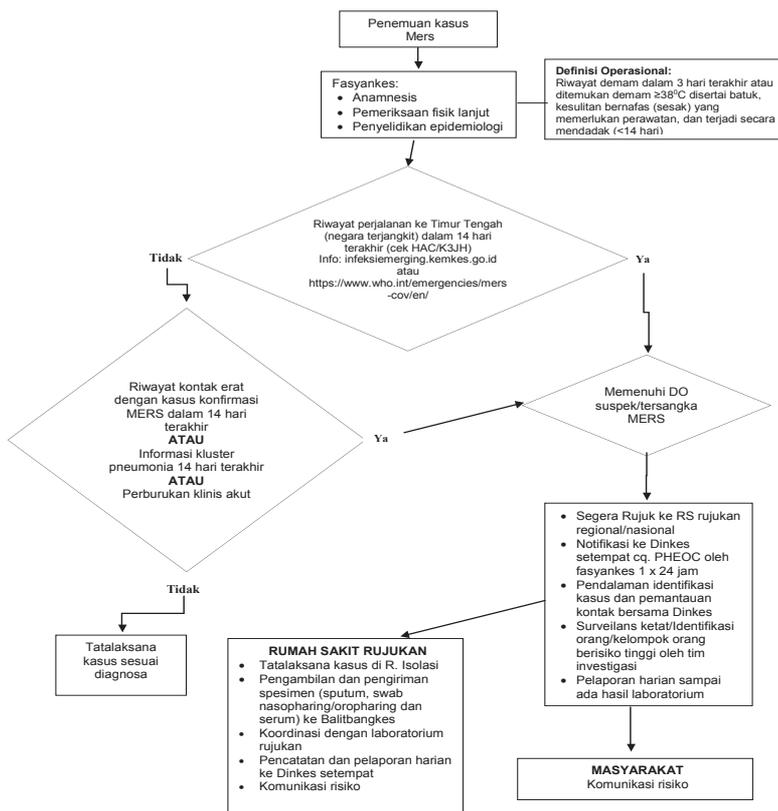
### Respons sistem pelaporan:

1. W1
2. Hasil pemeriksaan penunjang/lab

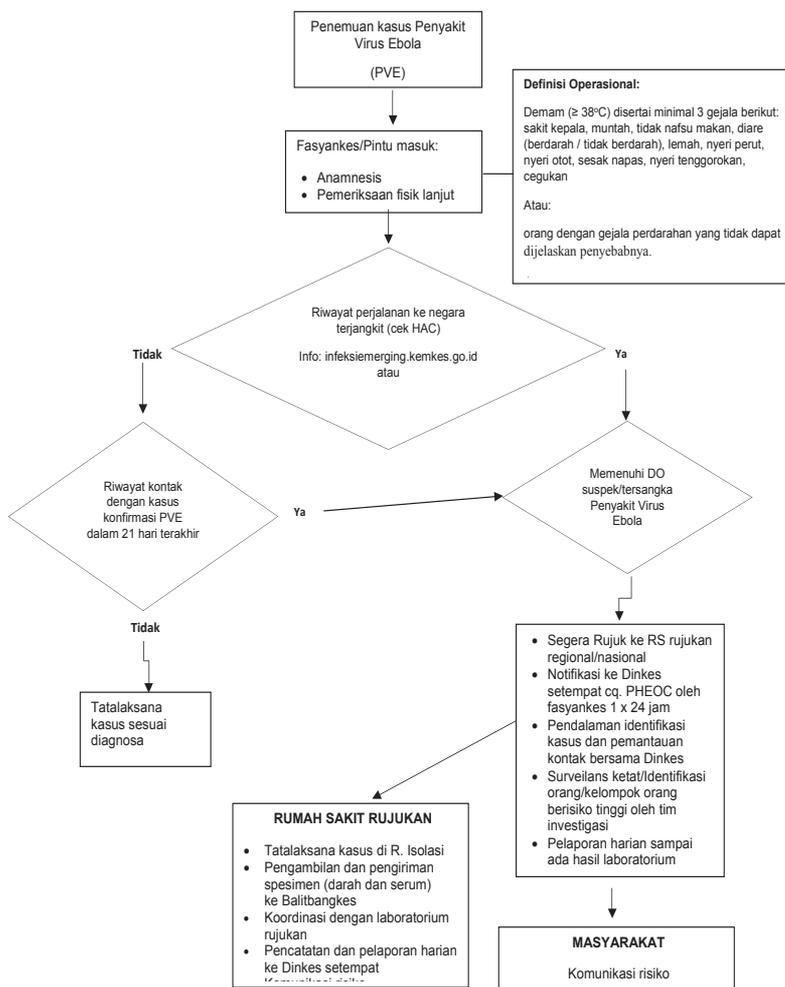
### Respons Kesehatan Masyarakat:

1. Surveilans aktif dan pasif di wilayah-wilayah pengamatan pes baik terhadap manusia, hewan pengerat (tikus) dan pinjal.
2. Penyelidikan Epidemiologi
3. Melakukan upaya pengendalian faktor risiko pes yaitu pengendalian tikus dan pinjal serta perbaikan ventilasi rumah.
4. Melakukan isolasi penderita pes dan karantina wilayah terbatas bila ditemukan kasus pes paru
5. Melakukan pemantauan kontak penderita pes.
6. Penyuluhan masyarakat tentang pes dan upaya penanggulangannya

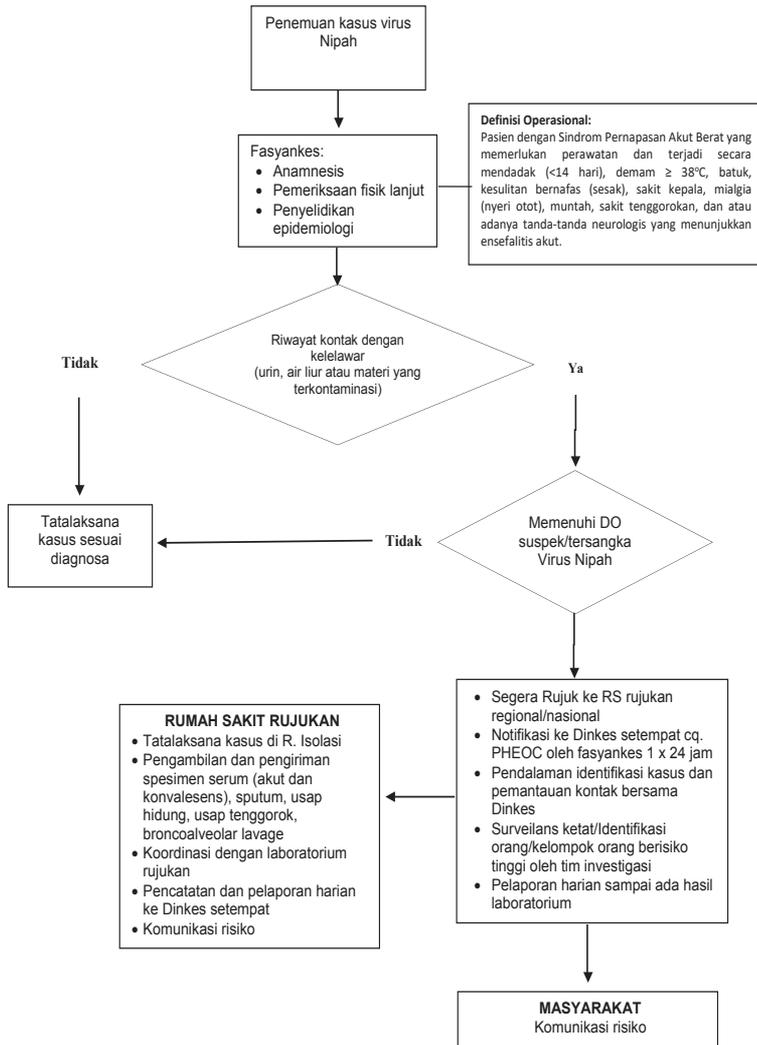
## 2. PENYAKIT MERS



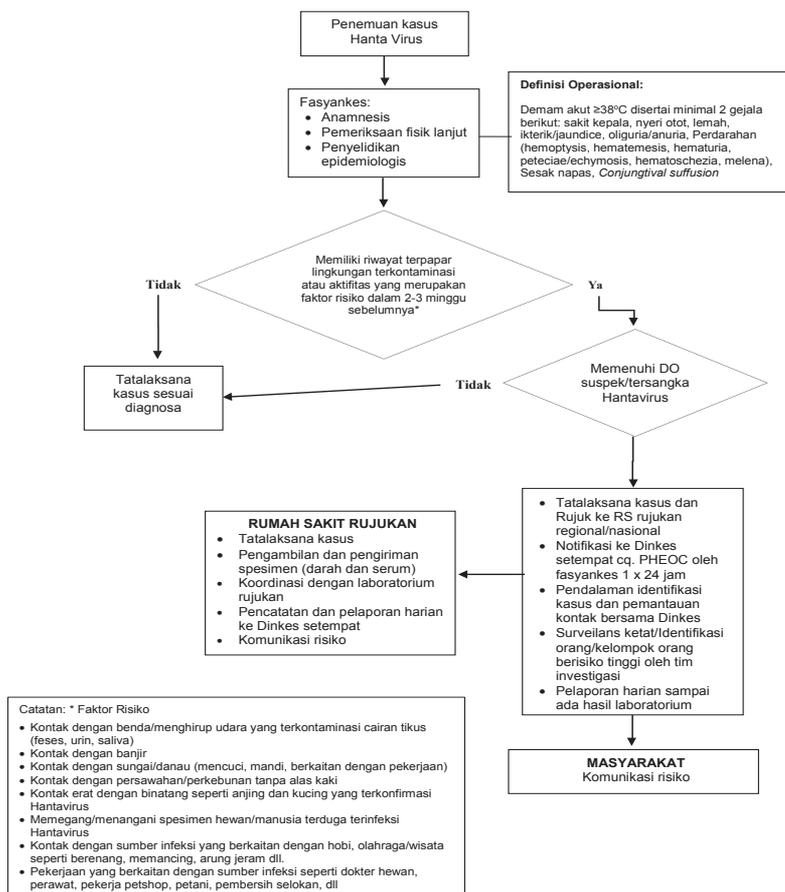
### 3. PENYAKIT VIRUS EBOLA (PVE)



## 4. PENYAKIT VIRUS NIPAH



## 5. PENYAKIT HANTA VIRUS



## DAFTAR PUSTAKA

1. Pedoman Tata Laksana Diare, Kemenkes Tahun 2017
2. Permenkes No.658 Tahun 2009 tentang Jejaring Laboratorium Diagnosis Penyakit *Infeksi New-Emerging dan Re-Emerging*
3. Kepmenkes No 293/2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia
4. Kepmenkes No.556/2019 Tentang PNPK Tatalaksana Malaria
5. Buku Saku Tatalaksana Kasus Malaria, Kemenkes Tahun 2020
6. Permenkes RI No. 5 Tahun 2013 Tentang Pedoman Tata Laksana Malaria
7. Petunjuk Teknis Penyelidikan Epidemiologi Malaria dan Pemetaan Wilayah Fokus (daerah eliminasi dan pemeliharaan), Tahun 2017
8. Buku Saku Tatalaksana Kasus Malaria, Kemenkes Tahun 2011
9. Pedoman Teknis Jejaring dan Pemantapan Mutu Laboratorium Malaria, Kemenkes Tahun 2017
10. Surveilans dan Sistem Informasi Malaria, Kemenkes Tahun 2014
11. Pedoman Manajemen Malaria, Kemenkes Tahun 2015
12. Pedoman Pencegahan dan Penegndalian DBD di Indonesia, Kemenkes Tahun 2017
13. Epidemiologi Demam Berdarah di Indonesia, A.Arsunan Arsin, 2013
14. Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020, WHO Tahun 2012
15. Permenkes no 50 tahun 2017 tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan
16. Persyaratan Kesehatan Untuk Vektor Dan Binatang Pembawa Penyakit Serta Pengendaliannya

17. Dengue, Guideline for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control, WHO 2009
18. Comprehensive Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever, WHO 2011
19. Handbook for Clinical Management of Dengue, WHO 2012
20. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Dengue pada Dewasa, Tahun 2021
21. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Dengue pada Anak dan, Remaja, Tahun 2021
22. Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian ISPA, Kemenkes Tahun 2016
23. Tatalaksana Pneumonia Balita di Fasyankes Tingkat Pertama, Kemenkes Tahun 2017
24. Pedoman Tata Laksana Diare, Kemenkes Tahun 2017
25. Pedoman Tatalaksana Demam Tifoid, Kemenkes Tahun 2014
26. Permenkes Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Penyelenggaraan Perizinan Usaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan
27. Pedoman Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Berpotensi Wabah Dalam Mendukung SKDR, Kemkes Tahun 2014
28. Pedoman pencegahan dan pengendalian Demam Chikungunya Di Indonesia Tahun 2017
29. *Guideline for Prevention and Control of Chikungunya*. WHO 2009
30. *Guidelines on Clinical Management of Chikungunya Fever*, WHO 2008
31. Pedoman Penanggulangan Flu Burung, Kemenkes, Tahun 2017
32. Pedoman Surveilans Campak-Rubela, Kemenkes Tahun 2019
33. Surveillance Guide for Vaccine-Preventable Diseases in the WHO South-East Asia Region. September 2017. Module-1: Measles and Rubella. WHO-SEARO

34. Kemenkes RI, Buku Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit Menular dan Keracunan Pangan (Pedoman Epidemiologi Penyakit), 2017.
35. Pedoman Surveilans dan Penanggulangan Difteri, Kemenkes Tahun 2019
36. WHO 2018: Diphtheria
37. CDC: Expand access investigation New Drug (IND) application protocol: Use Diphtheria Antitoxin (DAT) for Suspected Diphtheria Cases versi no.8 tahun 2020
38. Vaccine Preventable Diseases in the WHO South- East Asia Region tahun 2017
39. Paul A Offit, Stanley Plotkin, Walter Orenstein in Vaccines edisi ke 7, 6 juni, 2017
40. WHO: Immunological basis for immunization, modul 2 update th 2009
41. WHO: combined DT Vaccines, 30 september 2014
42. Mandell, Douglas and Bennet edisi ke 9, 29 augustus 2019
43. Vaccine Preventable Diseases Surveillance Standard Pertussis, WHO 2018
44. Pedoman Surveilans AFP, Kemkes Tahun 2012
45. Surveilans Polio Lingkungan, Kemkes Tahun 2018
46. Buku saku petunjuk teknis penatalaksanaan kasus gigitan hewan penular rabies di Indonesia, Kemkes Tahun 2016
47. Petunjuk teknis surveilans epidemiologi rabies pada manusia di Indonesia, Kemkes Tahun 2017
48. Buku Petunjuk Teknis Rabies Center, Kemkes Tahun 2017
49. Petunjuk Teknis Surveilans Epidemiologi Rabies Pada Manusia Di Indonesia, Kemkes Tahun 2017
50. Buku saku petunjuk teknis penatalaksanaan kasus gigitan hewan penular rabies di Indonesia, Kemkes Tahun 2016
51. Pedoman penanggulangan rabies pada manusia, Kemkes Tahun 2020

52. Buku petunjuk teknis rabies center, Kemkes Tahun 2020
53. *World health organization (WHO). 2008. OIE, WHO, FAO: Anthrax in humans and animals, 4th edition. ISBN 9789241547536.*
54. *Vladimir Savransky, Boris Ionin, Joshua Reece, 2020. Current Status and Trends in Prophylaxis and Management of Anthrax Disease. Emergent BioSolutions Inc., 300 Professional Drive, Gaithersburg, MD 20879, USA.*
55. *CDC MMWR recommendation and report, 2015. Clinical Framework and Medical Countermeasure Use During an Anthrax Mass-Casualty Incident. US department of health and human services. Vol 64 No 4 (<http://www.cdc.gov/mmwr/cme/conted.html>)*
56. Petunjuk teknis Pencegahan dan Pengendalian Antraks , Kemkes RI Tahun 2017
57. Petunjuk Teknis Pengendalian Leptospirosis, Kemenkes Tahun 2017
58. Informal Expert Consultation on Surveillance, Diagnostic and Risk Reduction of Leptospirosis, WHO 2009
59. Pedoman Tata Laksana Diare Dit.P2PML,Ditjen P2P, Kemenkes Tahun 2017
60. Pedoman Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Berpotensi Wabah dalam mendukung SKDR, Kemenkes Tahun 2014
61. Buku Pedoman SKDR, Kemenkes Tahun 2012
62. Buku Pedoman Penyelidikan Epidemiologi KLB, Kemenkes Tahun 2017
63. Panduan dan Respon Penyakit Meningitis Meningokokus, Kemenkes Tahun 2019
64. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Japanese Encephalitis, Kemenkes Tahun 2017
65. Petunjuk Teknis Sistem Surveilans Sentinel Arbovirosis (S3A), Kemenkes Tahun 2018
66. *WHO. Neonatal neonates Vaccine-preventable diseases Surveillance standard.*

67. *World Health Organization. Tetanus vaccines: WHO Position Paper – February 2017. Wkly Epidemiol Rec. 2017;92(6):53– 76 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254582/1/WER9206.pdf?ua=1>).*
2. *World Health Organization. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. Geneva: World Health Organization; 2016*
68. *World Health Organization. Field manual for neonatal tetanus elimination. Geneva: World Health Organization; 1999 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83323/1/WHO\\_V-B\\_99.14\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83323/1/WHO_V-B_99.14_eng.pdf)).* 6. *World Health Organization. Guidelines for investigating suspected cases of neonatal tetanus. Geneva: World Health Organization; 1993 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61474/1/WHO\\_EPI\\_TRAM\\_93.3.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61474/1/WHO_EPI_TRAM_93.3.pdf)).* 7. *World Health Organization. Report of the SAGE Working Group on maternal and neonatal tetanus elimination and broader tetanus prevention. Geneva: World Health Organization; 2016*
69. *Stroh G, Birmingham M. Protocol for assessing neonatal tetanus mortality in the community using a combination of cluster and lot quality assurance sampling: field test version. Geneva: World Health Organization; 2002*
70. *UNICEF, UNFPA & WHO. Achieving and sustaining maternal and neonatal elimination: strategic plan 2012–2015. Geneva: World Health Organization; 2011*
71. *Vaccine Preventable Diseases Surveillance Standard Tetanus, WHO 2018*
72. *Buku Pegangan Pelaksanaan surveilans epidemiologi dan Virologi ILI di Puskesmas, tahun 2015 Kemenkes*
73. *Global Epidemiological Surveillance Standards for Influenza, WHO Tahun 2014*
74. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian ISPA, Tahun 2016 Kemenkes*
75. *Guide To Clinical Management And Public Health Response For HFMD, WHO 2011*

76. Pedoman pemeriksaan laboratorium penyakit berpotensi wabah dalam mendukung sistem kewaspadaan dini dan respon, Kemenkes, 2014
77. Pedoman Pengendalian Pes Nasional masih dalam proses review untuk update, demikian pula dengan pedoman pes global)
78. Petunjuk Teknis Pengendalian Pes. Kemenkes 2014
79. Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi Penyakit Virus Ebola, Kemenkes RI, 2019.
80. Pedoman Nipah Virus, WHO
81. Pedoman Deteksi Hanta Virus

# DAFTAR LAMPIRAN

## Lampiran 1

### RINGKASAN DEFINISI OPERASIONAL PENYAKIT SKDR

Kode SMS	PENYAKIT	DEFINISI	MASA INKUBASI	KRITERIA KLB	NILAI AMBANG BATAS
A	Diare Akut	BAB yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (pada umumnya 3 kali atau lebih per hari dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari 7 hari)	1-3 hari	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya
B	Malaria	penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit plasmodium yang dapat ditandai dengan antara lain demam menggigil, anemia dan hepatosplenomegali, penyakit ini secara alami ditularkan melalui gigitan nyamuk anopheles betina	12-30 hari	Fase Pemberantasan dan Pre-eliminasi: peningkatan kasus 2 kali dari periode sebelumnya Eliminasi dan Pemeliharaan: Jika ditemukan 1 kasus indigenous	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya
C	Tersangka Dengue	Tinggal/berpergian ke daerah endemis dengue mengalami demam dan minimal 2 kriteria sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mual muntah</li> <li>• ruam</li> <li>• nyeri perut</li> <li>• uji tourniquet positif</li> <li>• leukopenia</li> <li>• warning sign apapun: nyeri abdomen, muntah persisten, perdarahan mukosa, letargi, irritable, pembesaran hepar lebih dari 2 cm, klinis penumpukan cairan (edema, efusi, ascites)).</li> </ul>	4-7 hari	Untuk KLB DBD: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya</li> <li>• Sebelumnya tidak ada kasus</li> <li>• Peningkatan kematian &gt;50%</li> </ul> Untuk tersangka dengue tidak ada kriteria KLB	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya
D	Pneumonia	infeksi saluran napas bawah akut yang ditandai dengan demam, gejala saluran napas (misalnya batuk), dan adanya bukti keterlibatan jaringan/parenkim paru melalui pemeriksaan fisik yaitu napas cepat, retraksi dada/ Tarikan	1-14 hari	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya

		Dinding Dada bagian bawah Kedalam (TDDK) dan gambaran infiltrat pada pemeriksaan radiologi (rontgen dada/ thoraks)			
E	Diare Berdarah/ Disentri	Diare dengan darah dan lendir dalam tinja dapat disertai dengan adanya tenesmus. Disentri berat adalah disentri yang disertai dengan komplikasi.	1-4 hari	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya
F	Tersangka Demam Tifoid	Penyakit yang disebabkan oleh kuman Salmonella typhi, dengan gejala demam naik turun, gangguan pencernaan, dan kadang disertai gangguan kesadaran.	7-14 hari	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya
G	Sindrom Jaundice Akut	Kumpulan gejala yang terdiri dari kulit dan sklera berwarna kuning dan urine berwarna gelap yang timbul secara mendadak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk sindrom jaundice: &lt;14 hari</li> <li>• Untuk hepatitis A: 10-50 hari, rata-rata 28 hari</li> </ul>	klaster ≥20 kasus Hepatitis A yang berhubungan secara epidemiologi	Klaster ≥2 kasus Hepatitis A yang berhubungan secara epidemiologi
H	Tersangka Chikungunya	Penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus Chikungunya (CHIKV) yang ditularkan melalui gigitan nyamuk (Arthropodborne virus/ mosquito-borne virus) ditandai demam mendadak > 38,5°C dan nyeri persendian hebat (severe arthralgia) dan atau dapat disertai ruam (rash)	3-7 hari	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya
J	Tersangka Flu Burung	Seseorang dengan ILI disertai riwayat kontak unggas sakit atau mati mendadak atau produk unggas dalam 7 hari terakhir ATAU Seseorang dengan ILI disertai leukopenia dan gambaran pneumonia yang cepat memburuk pada serial foto toraks.	1-7 hari	1 kasus konfirmasi laboratorium	1 kasus tersangka flu burung*
K	Tersangka Campak	setiap kasus dengan gejala demam dan ruam makulopapular.	7-18 hari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KLB Suspek Campak: 5 atau lebih kasus suspek campak dalam waktu 4 minggu berturut-turut dan ada hubungan epidemiologi</li> <li>• KLB Campak Pasti/ Konfirmasi: Apabila hasil lab minimum 2 spesimen positif IgM Campak dari hasil pemeriksaan kasus pada KLB Suspek Campak ATAU hasil</li> </ul>	1 kasus tersangka campak

				pemeriksaan kasus pada CBMS ditemukan minimum 2 spesimen positif campak dan ada hubungan epidemiologi	
L	Tersangka Difteri	Gejala faringitis, tonsilitis, laringitis, trakeitis, atau kombinasinya disertai demam atau tanpa demam dan adanya pseudomembran putih keabuan yang sulit lepas, mudah berdarah apa bila dilepas atau dilakukan manipulasi.	1-10 hari	1 kasus tersangka difteri dengan hasil lab konfirm kultur positif atau mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus kultur positif	1 kasus tersangka difteri
M	Tersangka Pertussis	Batuk lebih dari 2 minggu disertai minimal satu gejala di bawah ini: <ul style="list-style-type: none"> <li>• batuk yang khas (terus-menerus/ paroxysmal)</li> <li>• napas dengan bunyi “whoop”</li> <li>• muntah setelah batuk tanpa sebab yang lain</li> <li>• untuk anak usia &lt;1 tahun: henti napas dengan atau tanpa sianosis (bibir kebiruan)</li> </ul>	9-10 hari	1 kasus tersangka pertussis dengan hasil lab konfirm positif atau mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus positif	1 kasus tersangka pertussis
N	AFP (Lumpuh Layuh Mendadak)	Kasus lumpuh layuh (flaccid paralysis), mendadak (acute), bukan disebabkan oleh ruda paksa/ trauma pada anak <15 tahun..	1-14 hari	1 kasus konfirm polio	1 kasus AFP
P	Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies	Kasus gigitan hewan (anjing, kucing, monyet, atau hewan berdarah panas lainnya) yang dapat menularkan rabies pada manusia.	2-8 minggu	1 kasus <i>lyssa</i> (kematian karena rabies)	Peningkatan 2 kali kasus GHPR tanpa diganggu (provokasi)
Q	Tersangka Antraks	(1). <b>Antraks Kulit (<i>Cutaneous Anthrax</i>)</b> ; awalnya makula kecil kemerahan, papula gatal dan tidak nyeri, pada inokulasi, dalam waktu 2-3 hari papula berkembang menjadi vesikel hemoragik. Lesi menjadi nekrosis atau mengalami ulserasi, kemudian membentuk kerak hitam dan kering (Eschar) (patognomonik) yang disertai bengkak (non pitting oedema) di sekelilingnya. Antraks kulit dapat disertai gejala sistemik seperti demam, sakit kepala dan pembengkakan kelenjar limfe regional. (2). <b>Antraks Saluran Pencernaan (<i>Gastrointestinal Anthrax</i>)</b> ; Rasa sakit perut hebat, mual, muntah, tidak nafsu makan, demam, konstipasi, gastroenteritis akut	Antraks Kulit: 1- 5 hari  Antraks Saluran Pencernaan: 2-5 hari	Daerah bebas antraks: <ul style="list-style-type: none"> <li>• KLB terjadi bila ditemukan 1 kasus positif antraks</li> </ul> Daerah endemis antraks: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila ada peningkatan kasus antraks dari periode waktu sebelumnya</li> </ul>	Daerah bebas antraks: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat 1 kasus suspek antraks pada manusia</li> <li>• Terdapat hewan ternak sakit/mati mendadak yang mengeluarkan darah dari lubang hidung, mulut, kuping, dan dubur.</li> </ul> Daerah endemis antraks: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan suspek antraks pada manusia</li> <li>• Terdapat hewan ternak sakit/mati</li> </ul>

		<p>kadang disertai darah, hematemesis, pembesaran kelenjar limfe daerah inguinal, perut membesar dan keras, asites dan oedem scrotum, melena.</p> <p>(3). <b>Antraks Saluran Nafas (Inhalational Anthrax)</b>; Gejala klinis antraks saluran nafas sesuai dengan tanda-tanda bronchitis. Dalam waktu 2-4 hari gejala semakin berkembang dengan gangguan respirasi berat, demam, sianosis, dispnue, stridor, keringat berlebihan, detak jantung meningkat, nadi lemah dan cepat. Kematian biasanya terjadi 2-3 hari setelah gejala klinis timbul.</p> <p>(4). <b>Antraks Meningitis</b> merupakan komplikasi (perkembangan klinis yang serius) dari salah satu 3 bentuk antraks (kulit, saluran pencernaan dan saluran nafas), dengan gambaran klinis demam, nyeri kepala hebat, kejang, kaku kuduk, dan penurunan kesadaran. Mortalitas hampir 100%.</p>	Antraks Paru-Paru: 1-5 hari		mendadak yang mengeluarkan darah dari lubang hidung, mulut, kuping dan dubur.
R	Tersangka Leptospirosis	Demam akut $\geq 38,5^\circ$ atau riwayat demam dalam 7 hari terakhir, dengan atau tanpa sakit kepala disertai nyeri otot, malaise, dengan atau tanpa conjunctival suffusion (radang pada konjungtiva), disertai riwayat kontak dengan lingkungan yang terkontaminasi urine tikus yang mengandung bakteri leptospira (daerah banjir, persawahan, selokan dan lain-lain)	3-7 hari	Sesuai kriteria KLB di Permenkes 1501 Tahun 2010	Pada daerah yang rentan terular leptospira
S	Tersangka Kolera	Diare terus menerus, cair seperti air cucian beras, tanpa sakit perut, disertai mual dan muntah di awal penyakit	2 jam – 5 hari	1 kasus konfirmasi kolera	1 kasus tersangka kolera
T	Klaster Penyakit yang tidak lazim	Didapatkan dua atau lebih kasus/ kematian yang memiliki hubungan epidemiologi dengan gejala sama di dalam satu kelompok masyarakat/ desa tidak lazim dalam satu periode waktu yang sama ( $\pm 7$ hari), yang tidak dapat dimasukkan ke dalam definisi kasus penyakit yang lain dan belum diketahui etiologinya	$\pm 7$ hari	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya	2 atau lebih kasus klaster penyakit yang tidak lazim

U	Tersangka Meningitis /Ensefalitis	Sakit kepala, kaku kuduk, kadang disertai penurunan kesadaran dan muntah. Pada anak <1 tahun, kasus suspek meningitis terjadi bila adanya demam disertai dengan ubun-ubun besar yang menonjol		1 kasus KLB bila belum pernah ditemukan	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya
	Japanese Encephalitis	Acute Encephalitis Syndrome (AES) adalah keadaan seseorang pada semua golongan umur yang secara mendadak menunjukkan gejala demam dan perubahan status mental, termasuk confusion (bingung), disorientasi, koma, atau kesulitan bicara, dan/atau adanya kejang (tidak termasuk kejang demam sederhana) disertai gejala awal meningkatnya iritabilitas, somnolen (mengantuk), atau tingkah laku abnormal yang lebih menonjol dibandingkan dengan penyakit demam lainnya.			
V	Tersangka Tetanus Neonatorum	Bayi lahir hidup dapat menangis dan menetek selama 2 hari pertama, kemudian mulut mencucu (trismus) sehingga sulit menetek disertai kejang rangsang, yang dapat terjadi sejak umur 3 - 28 hari.	3-28 hari	1 kasus KLB	1 kasus tersangka TN
W	Tersangka Tetanus	Orang yang berusia lebih dari 28 hari dengan minimal satu gejala akut yaitu: a. Trismus (lock jaw) b. Spasme pada otot wajah (Risus Sardonicus) c. Kontraksi dan kekejangan otot umum	3-12 hari	1 kasus kematian	1 kasus tersangka tetanus
Y	ILI ( <i>Influenza Like illness</i> )	Penderita dengan demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (pengukuran suhu pada saat pasien datang ke Puskesmas), dan disertai batuk. Gejala tidak lebih dari 10 hari.			
Z	Tersangka HFMD ( <i>Hand, Foot, Mouth Disease</i> )	Demam $38-39^{\circ}\text{C}$ dalam 3-7 hari, nyeri telan, nafsu makan turun, muncul vesikel di rongga mulut dan atau ruam di telapak tangan, kaki dan bokong. Biasanya terjadi pada anak dibawah 10 tahun.	3-7 hari	Klaster $\geq 2$ kasus dalam satu institusi yang memiliki hubungan epidemiologi	Peningkatan kasus 2 kali (cluster) dari periode waktu sebelumnya Atau Klaster $\geq 2$ kasus dalam satu institusi yang memiliki hubungan epidemiologi

X	Total Kunjungan	Jumlah kunjungan pasien yang datang berobat dan terdaftar di fasilitas kesehatan (puskesmas atau pusku)			
---	-----------------	---	--	--	--

## Lampiran 2

### FORMAT LAPORAN MINGGUAN (W2)

Unit Pelapor : .....  
Kecamatan : .....  
Kabupaten/Kota : .....

Periode pelaporan dari Minggu tanggal ...../...../..... sampai Sabtu tanggal ...../...../..... Minggu Epidemiologi ke: .....

KODE SMS	PENYAKIT	JMLH KASUS BARU*	JMLH KEMATIAN	JMLH DIPERIKSA LAB**
A	Diare Akut			
B	Malaria Konfirmasi			
C	Suspek Demam Dengue			
D	Pneumonia			
E	Diare Berdarah ATAU Disentri			
F	Suspek Demam Tifoid			
G	Sindrom Jaundis Akut			
H	Suspek Chikungunya			
J	Suspek Flu Burung pada Manusia			
K	Suspek Campak			
L	Suspek Difteri			
M	Suspek Pertussis			
N	AFP (Lumpuh Layuh Mendadak)			
P	Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies			
Q	Suspek Antraks			
R	Suspek Leptospirosis			
S	Suspek Kolera			
T	Klaster Penyakit yang tidak lazim			
U	Suspek Meningitis/Ensefalitis			
V	Suspek Tetanus Neonatorum			
W	Suspek Tetanus			
Y	ILI ( <i>Influenza Like Illness</i> )			
Z	Suspek HFMD			
X	<b>TOTAL (JUMLAH KUNJUNGAN)**</b>			

\* Total jumlah kasus (Positif, Negatif, Pending) dengan pemeriksaan specimen di laboratorium

\*\* adalah jumlah seluruh kunjungan pada minggu ini di unit pelayanan kesehatan

### Lampiran 3

#### DAFTAR PENYAKIT ATAU KEJADIAN YANG WAJIB DILAPORKAN SEGERA (<24 JAM) KE DINAS KESEHATAN

Jika anda menemukan penyakit dibawah ini segera hubungi dinas kesehatan kabupaten/ kota

- Tersangka Kolera
- Tersangka Flu Burung pada Manusia
- AFP (Lumpuh Layuh Akut)
- Tersangka Difteri
- Tersangka Pes
- Tersangka Leptospirosis
- Tersangka MersCov
- Malaria (khusus daerah non endemis)
- DBD
- Meningitis/Encefalitis
- Tetanus Neonatorum
- Keracunan Makanan
- Tersangka Antraks
- Rabies
- Gigitan Hewan Penular Rabies
- Kluster Penyakit yang Tidak Diketahui
- Kematian karena penyakit menular
- Tersangka COVID-19

DR. \_\_\_\_\_

TELEPON : \_\_\_\_\_

Jika telepon tidak dapat dihubungi, anda dapat menghubungi telepon kantor dinas kesehatan pada bagian seksi surveilans

**Ingat masing-masing kasus diatas sangat penting untuk segera dilakukan penatalaksanaan kasusnya**

## Lampiran 4

### INFORMASI PENTING TENTANG RUMOR ATAU KEJADIAN

Jika anda mendapatkan telepon tentang kejadian atau kasus penyakit potensial KLB, lakukan klarifikasi terhadap hal-hal sebagai berikut:

1. Jumlah Kasus
2. Jumlah Kematian
3. Jumlah Kasus Yang Dirawat Di Rumah Sakit
4. Identifikasi Kasus Berdasarkan Orang, Tempat, Dan Waktu Kejadian
5. Kapan Waktu Awal Kejadian
6. Identifikasi Gejala Utama Yang Timbul
7. Langkah-Langkah Yang Telah Dilakukan
8. Spesimen Apa Yang Telah Diambil Dan Dikirim Ke Laboratorium
9. Sumber Informasi
10. Mobilisasi Tim Gerak Cepat

Informasikan hal tersebut diatas kepada petugas surveilans dinas kesehatan Provinsi

TELEPON:.....

## Lampiran 5

### LEMBARAN RUJUKAN SPESIMEN

<b>Format Permintaan Pemeriksaan Spesimen KLB</b>	
Nomor Epidemiologi:	Nama Lengkap Pasien:
Jenis Kelamin: L / P	Alamat Pasien:
Umur:	
Dokter/ Pemeriksa:	
<b>Informasi Klinis Yang Penting</b>	<b>Diagnosa Klinis/ Diagnosa Sementara</b>
Tanggal Mulai Gejala:	Antibiotik yang telah diberikan:
Jenis Spesimen:	Tanggal dan Jam Pengambilan Spesimen:  Tanggal dan Jam Pengiriman Spesimen:
Permintaan pemeriksaan:	Nama & Alamat Pengirim (RS/ Puskesmas)  Nomor Telepon: