

DOKUMEN
RENCANA KONTIGENSI
RESPON MENGHADAPI
KEDARURATAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI PLB SOTA KABUPATEN MERAUKE



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT
KANTOR KESEHATAN PELABUHAN KELAS III MERAUKE
TAHUN 2018

KATA PENGANTAR

PLBN Sota adalah salah satu pintu masuk negara Indonesia diharapkan harus mampu mencegah penyebaran penyakit baik keluar maupun masuk melalui PLBDN Sota. Hal ini mengingat Indonesia sebagai negara anggota harus melaksanakan kesepakatan Dunia yang tertuang dalam IHR 2005 tersebut termasuk persyaratan kemampuan utama di Pintu Masuk Negara sebagai mana dalam Lampiran 1 IHR 2005. Kemampuan utama di pintu masuk negara meliputi kemampuan dalam kondisi rutin setiap saat dan kemampuan merespon dalam kondisi Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Secara Global (*Public Health Emergency of International Concern / PHEIC*).

Sehubungan persyaratan tersebut maka PLBDN Sota telah menyusun dokumen Rencana Kontijensi Respon Menghadapi Kemungkinan *Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)* di PLBN Sota. Dokumen Rencana Kontijensi ini merupakan bentuk kesiap siagaan PLBN Sota yang disusun bersama oleh lintas sektor di lingkungan PLBN Sota.

Dokumen Rencana Kontijensi akan selalu di update sesuai perkembangan situasi. Diharapkan dengan mengacu pada dokumen ini bisa dilakukan pemantapan di lingkungan PLBN Sota melalui pelatihan, table top dan bila memungkinkan simulasi fungsional maupun lapangan. Disamping itu, pemantapan juga dilaksanakan dengan penyediaan kebutuhan sumber daya sebagaimana yang direncanakan dalam rencana kontijensi tersebut.

Sota, 24 November 2018

An. Bupati Merauke
Sekretaris Daerah



Drs. Daniel Pauta
NIP. 196006081984101005

DAFTAR ISI

BAB 1 PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG.....	1
B. SITUASI KEDARURATAN KESEHATAN MASYARAKAT (KKM).....	3
C. MAKSUD DAN TUJUAN.....	5
D. RUANG LINGKUP.....	5
E. DASAR HUKUM.....	6
F. PENGERTIAN.....	7

BAB II GAMBARAN UMUM

A. BAHAYA / ANCAMAN KEDARURATAN MASYARAKAT (KKM).....	11
B. KONDISI SOSIAL BUDAYA.....	12
C. KONDISI PEREKONOMIAN.....	13
D. SUMBER DAYA KESEHATAN.....	14
E. DISTRIBUSI PELINTAS BATAS SOTA.....	14
F. JENIS PENYAKIT YANG MENIMBULKAN KKM.....	15
1. POLIOMELITIS.....	15
2. MERS – CoV.....	16
3. PENYAKIT VIRUS EBOLA.....	17
4. FLU BURUNG (H5N1, H5N6, H7N9, H9N2, H7N4).....	18
5. DEMAM KUNING.....	20
6. DEMAM LASSA.....	21
7. LISTERIOSIS.....	22
8. NIPAH VIRUS.....	23
G. KERENTANAN.....	23
H. KAPASITAS / KEMAMPUAN.....	24

BAB III KEBIJAKAN DAN STRATEGI PENANGGULANGAN

A. KEBIJAKAN.....	26
B. STRATEGI.....	26

BAB IV PERAN DAN TANGGUNGJAWAB UNIT KERJA ATAU LEMBAGA

A. STRUKTUR ORGANISASI.....	28
B. PERAN DARI MASING - MASING BIDANG.....	31
C. PERAN MASING – MASING INSTANSI.....	32

BAB V KEGIATAN UTAMA PENANGGULANGAN

A. MANAJEMEN DAN KOORDINASI	34
B. TIM GERAK CEPAT	34
C. PUBLIC AWARENESS AND COMMUNITY ENGAGEMENT	34
D. PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN	35
E. MANAJEMEN KASUS DAN PENGAMANAN KEMATIAN	36
F. SURVEILANSN EPIDEMIOLOGI	36
G. PENELUSUSAN KONTAK	36
H. LABORATORIUM	37
I. PENINGKATAN KEWASPADAAN DI PINTU – PINTU MASUK	37

BAB VI RENCANA OPERASI

A. TAHAP PERSIAPAN	38
B. TAHAP PELAKSANAAN	39

BAB VI RENCANA OPERASI

A. PUBLIC AREA	42
B. NON PUBLIC ARE	42
C. KOMANDAN LAPANGAN DI NON PUBLIC AREA	43
D. SARANA DI NON PUBLIC AREA	43
E. STANDART ASRAMA KARANTINA	43
F. PEMENUHAN SUMBER DAYA	43

BAB VII. PENUTUP

PENANDATANGANAN KESEPAKATAN DOKUMEN RENCANA KONTIJENSI
 PENANGGULANGAN KEDARURATAN KESEHATAN MASYARAKAT (KKM)
 DI POS LINTAS BATAS (PLB) SOTA
 KANTOR KESEHATAN PELABUHAN MERAUKE
 SABTU, 24 NOVEMBER 2018

NO	NAMA INSTANSI	TANDA TANGAN
1	Sekretaris Daerah Kab. Merauke	
2	Bagian Pengelola Perbatasan Kab. Merauke	
3	Kantor Kesehatan Pelabuhan Merauke	
4	Dinas Kesehatan Kab. Merauke	
5	RSUD Kab. Merauke	
6	Kantor Imigrasi Kelas II Merauke	
7	Kantor Bea dan Cukai Merauke	
8	Kapolsek Sota	
9	Danramil Sota	
10	Karantina Hewan, Defektif Imithan   W.frtJ	
11	Stasiun Karantina Ikan, Pengendalian Mutu, dan Keamanan Hasil Perikanan Merauke	
12	Kepala Distrik Ulilin	
13	Satgas Pamtas RI-PNG	

Merauke, 24 November 2018
 An. Bupati Merauke
 Sekretaris Daerah

Ors. Daniel Pauta
 NIP.196006081984101005

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada bulan Mei 2012, sidang *World Health Assembly* (WHA) mendeklarasikan bahwa pencapaian eradikasi polio merupakan kedaruratan kesehatan masyarakat global dan menetapkan agar Direktur Jenderal WHO menyusun strategi eradikasi polio yang komprehensif. Dokumen Rencana Strategis 2013-2018 dan Inisiatif Pencapaian Eradikasi Polio Global, telah disetujui oleh Badan Eksekutif WHO pada Januari 2013. Dalam rencana strategis tersebut dibutuhkan komitmen global bahwa setiap negara perlu melaksanakan tahapan-tahapan yaitu Pekan Imunisasi Nasional (PIN) Polio, penggantian dari *trivalent oral polio vaccine* (tOPV) menjadi *bivalent oral polio vaccine* (bOPV), introduksi *Inactivated Polio Vaccine* (IPV), dan penarikan seluruh vaksin polio oral (OPV).

Penarikan OPV harus dilaksanakan untuk mencegah risiko munculnya kasus polio yang disebabkan oleh virus polio Sabin. Fase pertama dari penarikan OPV adalah penggantian dari *trivalent oral polio vaccine* (tOPV) yang mengandung antigen virus polio tipe 1, 2, dan 3, menjadi *bivalent oral polio vaccine* (bOPV) yang hanya mengandung virus polio tipe 1 dan 3. Penggunaan tOPV memberikan dampak positif yaitu telah berhasil diberadikasinya virus polio liar tipe 2, dengan kasus terakhir di dunia (virus polio liar tipe 2) ditemukan tahun 1999. Virus polio liar yang masih bersirkulasi sampai tahun 2015 adalah virus polio liar tipe 1, sedangkan tipe 3 terakhir ditemukan pada 2012.

Disamping upaya imunisasi sebagaimana tersebut diatas, Indonesia juga menerapkan surveilans AFP dan virus polio secara ketat. Berdasarkan sistem ini, maka pada Maret 2005, teridentifikasi seorang anak di Kecamatan Ginjaya, Kabupaten Sukabumi, Jawa Barat menderita kelumpuhan yang terbukti dalam tinjanya ditemukan virus polio liar yang diperkirakan berasal (impor) dari Afrika Barat (mirip dengan tipe virus di Nigeria), dan pada Juni 2005, teridentifikasi adanya anak di Madura, Jawa Timur, menderita kelumpuhan yang disebabkan virus polio cVDPV (*circulating Vaccine Derived Poliovirus*). Virus polio ini kemudian menyebar dengan cepat di sepanjang Jawa dan Sumatera, jumlah penderita polio seluruhnya 305 kasus polio (virus polio Sukabumi) dan 45 kasus polio cVDPV Madura. Penanggulangan penyebaran polio ini segera dilakukan, terutama dengan terselenggaranya Pekan Imunisasi Nasional (polio) sebanyak lima kali dan sub Pin di beberapa Provinsi berisiko tinggi, dan akhirnya penyebaran polio ini dapat dihentikan. Virus polio (liar) terakhir ditemukan di Nanggroe Aceh Darussalam

pada April 2006. Dengan mencermati kejadian tersebut diatas, dan sampai saat ini masih terdapat virus polio di beberapa negara di dunia, maka transmisi virus polio di setiap wilayah Indonesia dapat terjadi kembali dan oleh karena itu perlu adanya kesiapsiagaan yang tinggi. Untuk maksud tersebut perlu disusun pedoman penanggulangan KLB/Wabah polio.

Polio merupakan penyakit yang sangat menular, terutama menyerang anak – anak di bawah 5 tahun. Sejalan komitmen global, Indonesia telah menjadikan program eradikasi polio sebagai salah satu prioritas Nasional. Pada bulan July 2018 Badan Kesehatan dunia menginformasikan terjadinya KLB Polio (cVDVP) di Papua New Guinie (PNG) sampai bulan Oktober 2018 ditemukan 18 kasus konfirmasi di 7 Provinsi.

Provinsi Papua dengan Geografis berbatasan langsung dengan PNG merupakan daerah risiko tinggi masuknya kasus polio, sehingga simulasi table top exercise perlu dilakukan di Kabupaten Merauke secara khusus Wilayah Kerja Kantor Kesehatan pelabuhan Merauke di Pos Lintas Batas Darat Negara Sota.

A. Situasi Kedaruratan kesehatan Masyarakat (KKM)

Dalam pertemuan Majelis Kesehatan Dunia tahun 2005 telah merekomendasikan untuk merevisi *International Health Regulation (IHR)* 1969. Rekomendasi tersebut ditindaklanjuti oleh WHO dengan merevisi IHR 1969 menjadi IHR revisi 2005. Tujuan IHR (2005): Mencegah, melindungi dan menanggulangi terhadap penyebaran penyakit antar negara tanpa pembatasan perjalanan dan perdagangan yang tidak perlu. Inti dari amanat IHR (2005) ialah setiap negara harus mampu mendeteksi secara dini sejak di masyarakat dan mampu segera merespon semua kejadian yang berpotensi Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKM) / *Public Health Emergency Of International Concern (PHEIC)* tersebut, disamping itu pada pintu masuk harus mampu mengatasi penyebaran semua penyakit/kejadian yang berpotensi KKM/PHEIC.

Penanggulangan KKM/PHEIC kemungkinan besar memerlukan respon cepat yang koordinasi dan kerjasama secara internasional. Oleh karena itu dalam IHR 2005 antara lain menyebutkan bahwa setiap Negara anggota diharapkan melaporkan setiap kejadian yang kemungkinan menjadi "Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKM) / *Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)*".

Beberapa kemampuan yang harus terpenuhi sebagaimana dalam lampiran 1 IHR 2005 adalah kemampuan deteksi dini dan respon cepat terhadap semua kejadian yang berpotensi menimbulkan KKM/PHEIC yang dimulai dari mulai dari puskesmas/masyarakat sampai tingkat pusat. Selain itu setiap negara anggota juga

diharapkan meningkatkan kemampuan di pintu masuk (bandara, pelabuhan dan lintas batas negara) dalam komunikasi dan koordinasi, kondisi rutin maupun kemampuan merespon adanya potensi KKM/PHEIC.

Pada lampiran 1b IHR 2005 antara lain menyebutkan bentuk kemampuan merespon kondisi KKM/PHEIC atau kondisi berpotensi KKM/PHEIC pintu masuk Negara antara lain adanya rencana kontijensi menghadapi kejadian KKM/PHEIC. Kemampuan untuk menyelenggarakan penanggulangan dengan melakukan pelatihan atau simulasi secara rutin untuk meningkatkan kesiapan dan kemampuan petugas.

IHR menjawab perkembangan situasi global penyakit infeksi emerging yang semakin menunjukkan peningkatan trend baik dari segi jumlah kasus maupun kelompok/ jenis penyakit infeksi emerging.

Sejak tahun 2012 sampai akhir 2016 kasus MERS mencapai 1.864 kasus dengan 659 kasus kematian (WHO, 2016). KLB besar yang terjadi ditemukan di Arab Saudi, United Arab Emirates, dan Republik Korea. Hingga akhir September 2018 dilaporkan kasus MERS meningkat menjadi 2.254 kasus dengan 800 kasus kematian (CFR 35,48%) di 27 negara. Mayoritas negara yang melaporkan kasus MERS pada manusia yakni Arab Saudi dengan 1.870 kasus (WHO, 2018). Kasus diidentifikasi dengan riwayat perjalanan ke Timur Tengah dan ada riwayat kontak dengan unta/orang yang terinfeksi.

Pada 1 Agustus 2018 Republik Demokratik Kongo melaporkan kasus Ebola setelah di tahun 2017 dinyatakan berakhir oleh WHO. Diawali dengan Provinsi Kivu Utara dimana terjadi 26 kasus demam disertai perdarahan yang akut dengan 20 kasus kematian, setelah dikonfirmasi dengan laboratorium 4 dari 6 spesimen darah positif virus Ebola. Sampai dengan 2 Oktober 2018, kasus kumulatif berjumlah 162 kasus dimana 130 merupakan kasus konfirmasi dan 32 kasus probable. Dengan 34 kematian dimana 27 kasus merupakan kasus probable dengan 7 merupakan kasus konfirmasi.

Kasus penyakit infeksi emerging yang masih juga mendapat perhatian dunia seperti Nipah Virus yang tahun 2018 dilaporkan di negara bagian di India dengan 19 kasus (18 kasus konfirmasi dan 1 kasus suspek yang meninggal namun belum sempat diambil sampelnya) dengan 17 kematian. Kasus Demam Lassa yang dilaporkan hingga 30 September 2018 sebanyak 2.623 kasus suspek di beberapa negara bagian Nigeria dengan 514 kasus konfirmasi dengan 144 kematian.

Pandemi flu burung (H5N6) yang dilaporkan di tahun 2018 di Cina sebanyak 3 kasus, H7N9 dilaporkan di Cina sebanyak 2 kasus konfirmasi tahun 2018. Tahun 2018 kasus Flu Burung (H9N2) juga dilaporkan di Cina sebanyak 4 kasus dan H7N4 sebanyak 1 kasus. Kasus Polio yang dilaporkan sejak 2017 – 2018 total kasus polio menjadi 192 kasus di Afghanistan sebanyak 29 kasus WPV1, Pakistan 12 kasus WPV1, Kongo 37 kasus cVDPV2, Nigeria 14 kasus cVDPV2, Somalia 4 kasus cVDPV2, 74

kasus di Arab Syria, dan PNG 18 kasus cVDVP1, cVDVPV jenis kombinasi 2 dan 3 sebanyak 1 kasus di Somalia.

Pada tahun 2014 Indonesia menyatakan implementasi secara penuh IHR 2005 di Indonesia. Beberapa pencapaian kapasitas inti (core capacities) khususnya di pintu masuk negara perlu terus dijaga dan ditingkatkan dengan melibatkan peran lintas sektor terkait, sehingga dukungan dalam tindakan penanggulangan dapat maksimal diberikan. Kapasitas inti yang diharapkan pada suatu negara khususnya di pintu masuk negara adalah kemampuan secara rutin mencegah, mendeteksi, dan merespon kejadian kedaruratan kesehatan masyarakat yang meresahkan dunia dengan menyusun dan mengaktifkan rencana kontijensi. Di Indonesia sendiri untuk kasus KKM belum ditemukan di tahun 2018, hanya beberapa kasus seperti Zika ditemukan 1 kasus di Jambi tahun 2013, kasus konfirmasi MERS di Indonesia sebanyak 2 kasus di tahun 2013, Flu Burung (H5N1) di tahun 2015- 2017 sebanyak 199 kasus dengan 167 kematian (CFR 83,9%) (Suber PHE Open P3P, 2018).

Pos Lintas Batas Darat Negara (PLBDN) Sota merupakan salah satu dari 2 (dua) PLBDN yang merupakan wilayah kerja Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Merauke. Meskipun PLBDN Sota masih menjadi pelintasan batas darat yang tradisional dimana belum terdapat pembatasan resmi dengan negara Papua New Guinea (PNG) namun perbatasan Sota menjadi salah satu tempat yang umumnya dilewati oleh pelintas batas dari PNG. Selain perbatasan Sota masih banyak jalan masuk yang belum diawasi oleh petugas. Dengan munculnya 1 kasus Poliomieltitis di PNG tipe cVDVP1 di provinsi Morobe maka perlu ditingkatkan kemampuan petugas di perbatasan secara rutin dalam mendeteksi, mencegah dan merespon kejadian di pintu masuk khususnya di PLBDN Sota.

Sehubungan dengan hal tersebut maka pada tahun 2018 akan dilaksanakan table top exercise penanggulangan KKM di PLBDN Sota dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor yang berada di PLBDN Sota. Pelaksanaan table top exercise dilaksanakan berdasarkan draft rencana kontijensi yang telah disusun dan bersifat fleksibel sesuai dengan perkembangan situasi KKM yang terjadi.

B. Maksud dan Tujuan

Maksud penyusunan Dokumen Rencana Kontinjensi adalah sebagai berikut:

1. Menyusun dokumen yang akan menjadi protokol darurat penanggulangan KKM yang disebabkan oleh penyebaran penyakit sesuai dengan kriteria dan kondisi yang sudah ditetapkan bersama.
2. Menetapkan skenario dan pembagian tugas fungsi seluruh stake holders terkait dalam penanggulangan KKM dalam dokumen rencana kontijensi.

Tujuan dilakukan penyusunan dokumen rencana kontijensi penanggulangan KKM di PLBDN Sota adalah sebagai berikut:

1. Terselenggaranya penanganan Kedaruratan kesehatan masyarakat secara terencana, terpadu, terkoordinasi dan menyeluruh dengan pemanfaatan sumber daya yang tersedia dalam rangka memberikan perlindungan kepada masyarakat dari ancaman, risiko dan dampak KKM sebagai bentuk kesiapsiagaan dalam menanggulangi kejadian kedaruratan kesehatan masyarakat.
2. Tersedianya instrumen kesiapsiagaan, deteksi dini dan respon cepat dalam hal mencegah masuk dan keluarnya penyakit berpotensi KLB/Wabah/PHEIC yang akan melalui perbatasan Sota.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup rencana kontijensi KKM meliputi:

1. Seluruh kegiatan pengawasan dan tindakan terhadap lalu lintas orang, barang dan alat angkut, termasuk pelaksanaan surveilans kewaspadaan dini dalam rangka penanggulangan KLB/Wabah/KKM di PLBDN Sota.

Kegiatan pengawasan terbagi 2 (dua) yaitu:

a) Pengawasan Keberangkatan

Pengawasan keberangkatan dilakukan bila KLB/Wabah/KKM berasal dari wilayah sekitar pintu masuk PLBDN Sota dalam wilayah negara kesatuan Republik Indonesia. Pengawasan dilakukan terhadap lalu lintas orang, barang dan alat angkut darat yang datang dari wilayah Indonesia yang terpapar KLB/Wabah/KKM yang akan melalui pintu keberangkatan PLBDN Sota.

b) Pengawasan Kedatangan

Pengawasan kedatangan dilakukan bila KLB/Wabah/KKM berasal dari wilayah internasional atau dari negara terjangkit atau wilayah terpapar KLB/Wabah/KKM. Pengawasan dilakukan terhadap lalu lintas orang, barang dan alat angkut yang akan melalui pintu kedatangan PLBDN Sota.

2. Kegiatan-kegiatan yang dirancang untuk menghadapi kemungkinan terjadinya Kedaruratan, antara lain:

- a. Data/informasi (termasuk sumber daya) dari berbagai unsur (pemerintah dan non-pemerintah)
- b. Pembagian peran dan tanggung jawab antar sektor
- c. Proyeksi kebutuhan lintas sektor
- d. Identifikasi, inventarisasi dan penyiapan sumber daya dari setiap sektor
- e. Pemecahan masalah berdasarkan kesepakatan-kesepakatan

- f. Komitmen/kesepakatan untuk melakukan peninjauan kembali/kaji ulang rencana kontinjensi, jika tidak terjadi Kedaruratan
- g. Skenario pada rencon digunakan sebagai dasar dilaksanakannya gladi

D. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2006 tentang Kepabeanan
3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
4. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
6. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2011 tentang Keimigrasian
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
8. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kejarantinaan Kesehatan
9. PP Nomor 40 Tahun 1989 tentang KLB/ Wabah Penyakit Menular
10. PP Nomor 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular
11. PP Nomor 22 tahun 2008 tentang Pendanaan dan Pengelolaan Bantuan Bencana
12. PP Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana
13. Perpres Nomor 2 Tahun 2015 tentang RPJMN Tahun 2015-2019
14. Permenkes Nomor. 1501 Tahun 2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang Dapat Menimbulkan Wabah
15. Permenkes Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan
16. Permenkes Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular
17. Permenkes Nomor 59 Tahun 2016 tentang Pembebasan biaya pasien penyakit infeksi emerging tertentu
18. Kepmenkes Nomor 612 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan pada Penanggulangan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Yang Meresahkan Dunia
19. *International Health Regulations (2005)*
20. *Petunjuk Tekhnis wabah Polio* Kementerian Kesehatan republik Indonesia

E. Pengertian - Pengertian

1. Aktivasi

Mengaktifkan dokumen (rencana kontinjensi) sebagai pedoman/acuan dalam penanganan darurat.

2. Bahaya

Suatu situasi, kondisi, atau karakteristik biologis, geografis, sosial, ekonomi, politik, budaya dan teknologi suatu masyarakat di suatu wilayah untuk jangka waktu tertentu yang berpotensi menimbulkan korban dan kerusakan.

3. Bahaya Berisiko Tinggi

Jenis ancaman/bahaya yang akan dijadikan dasar perencanaan kontinjensi dinilai melalui probabilitas (kemungkinan terjadinya bencana) dan dampak (kerusakan/kerugian yang timbul akibat situasi kedaruratan).

4. Bencana

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam atau mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis.

5. Bencana Non-alam.

Bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa non alam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit.

6. Dokumen Kebijakan Kedaruratan/ Rencana Kontinjensi

Suatu proses rencana ke depan, dalam keadaan yang tidak menentu, dimana skenario dan tujuan disepakati, tindakan teknis dan manajerial ditetapkan, dan sistem tanggapan dan pengerahan potensi disetujui bersama untuk mencegah, atau menanggulangi secara lebih baik dalam situasi darurat atau kritis. Melalui perencanaan kontinjensi, akibat dari ketidak-pastian dapat diminimalisir melalui pengembangan skenario dan asumsi proyeksi kebutuhan untuk tanggap darurat.

7. Dokumen kesiapsiagaan kedaruratan kesehatan masyarakat.

Merupakan dokumen yang dipersamakan dengan rencana kontinjensi atau protokol darurat yang merupakan kesepakatan dari semua pihak terkait dan menggambarkan proses penanggulangan terhadap suatu kondisi darurat kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh penyakit, kimia, radio nuklir maupun keamanan pangan baik di wilayah maupun di pintu masuk. Dokumen kesiapsiagaan ini mengacu ke kebijakan teknis operasional, menggambarkan siapa mengerjakan apa, komando oleh siapa, struktur organisasi pelaksana, dan dukungan sumber daya.

8. Deaktivasi

Kembali dari kondisi darurat kesiapsiagaan ke kondisi normal dan memetik manfaat yang dapat diambil dari perencanaan kontinjensi.

9. Formalisasi

Proses penetapan rencana kontinjensi yang disusun secara lintas sektor menjadi dokumen resmi yang disahkan/ditandatangani oleh pejabat yang berwenang.

10. Kapasitas

kemampuan daerah untuk melakukan tindakan pengurangan tingkat ancaman dan tingkat kerugian akibat bencana.

11. Kesiapsiagaan

Serangkaian upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta langkah-langkah secara berhasil-guna dan berdaya-guna.

12. Kontinjensi

Suatu keadaan atau situasi yang diperkirakan akan segera terjadi, tetapi mungkin juga tidak akan terjadi.

13. Kedaruratan

Suatu keadaan yang mengancam nyawa individu dan kelompok masyarakat luas sehingga menyebabkan ketidakberdayaan yang memerlukan respons intervensi sesegera mungkin guna menghindari kematian atau kecacatan serta kerusakan lingkungan.

14. Kedaruratan kesehatan masyarakat (KKM).

Kejadian kesehatan masyarakat yang bersifat luar biasa dengan ditandai penyebaran penyakit menular dan/atau kejadian yang disebabkan oleh radiasi nuklir, pencemaran biologi, dan kontaminasi kimia (NUBIKA), dan pangan yang menimbulkan bahaya kesehatan dan berpotensi menyebar lintas wilayah atau lintas negara.

15. Kejadian Luar Biasa (KLB).

Adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah.

16. Manajemen Kedaruratan

Seluruh kegiatan yang meliputi aspek perencanaan dan penanggulangan kedaruratan, pada menjelang, saat dan sesudah terjadi keadaan darurat, yang mencakup kesiapsiagaan, tanggap darurat dan pemulihan darurat.

17. Penentuan Kejadian

Proses menentukan satu ancaman yang akan dijadikan dasar dalam perencanaan kontinjensi.

18. Perencanaan Sektoral

Merencanakan kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan kebutuhan dan sumberdaya yang tersedia di sektor-sektor untuk tanggap darurat dengan mengacu pada standar minimum.

19. Rencana Kontijensi

Suatu proses identifikasi dan penyusunan rencana yang didasarkan pada keadaan kontijensi atau yang belum tentu tersebut. Suatu rencana kontijensi mungkin tidak selalu pernah diaktifkan, jika keadaan yang diperkirakan tidak terjadi.

20. Skenario

Membuat gambaran kejadian secara jelas dan rinci tentang bencana yang diperkirakan akan terjadi meliputi lokasi, waktu dan dampak bencana.

21. Standar Pelayanan Minimum

Suatu penetapan tingkatan terendah yang harus dicapai pada masing-masing bidang/sektor dan berfungsi sebagai tolok ukur untuk perencanaan program, mengukur dampak program atau proses dan akuntabilitas.

22. Sinkronisasi/Harmonisasi

Proses mensinkronisasika hasil perencanaan sektoral untuk memperoleh kesepakatan-kesepakatan melalui rapat koordinasi.

23. Operasi Tanggap Darurat

Kegiatan-kegiatan dalam tanggap darurat yang dilakukan oleh sekelompok orang/ instansi/ organisasi yang bekerja dalam kelompok/ tim.

24. Pemulihan Darurat

Proses pemulihan segera kondisi masyarakat yang terkena bencana, dengan memfungsikan kembali prasarana dan sarana pada kondisi semula dengan memperbaiki prasarana dan pelayanan dasar.

25. Peralihan

Tindakan yang harus dilakukan setelah rencana kontinjensi tersusun, baik terjadi bencana atau tidak terjadi bencana.

26. Tanggap Darurat

Upaya yang dilakukan segera pada saat kejadian bencana untuk menanggulangi dampak yang ditimbulkan, terutama berupa penyelamatan korban dan harta benda, evakuasi dan pengungsian.

27. Virus Polio

adalah Virus yang termasuk dalam golongan Human Enterovirus yang bereplikasi di usus dan dikeluarkan melalui tinja. Virus polio yang ditemukan dapat berupa virus polio vaksin/sabin, Virus polio liar/WPV (*Wild Poliovirus*) dan VDPV (*Vaccine Derived Poliovirus*).

BAB II GAMBARAN UMUM

A. Bahaya / Ancaman Kedaruratan Kesehatan Masyarakat (KKM)

Kabupaten Merauke merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Papua dengan ibu kotanya Jayapura. Jumlah penduduk sebanyak 278.200 jiwa, sedangkan luasnya kurang lebih 44.791,63 km². Kabupaten Merauke memiliki 20 Distrik (kecamatan) dengan 11 kelurahan dan 179 Desa. (<https://meraukekab.go.id/statistik/2016/03/29/>). Secara astronomis Kabupaten Merauke terletak pada koordinat 137° – 141° BT dan 50 – 9° lintang selatan yang berbatasan dengan :

- Sebelah timur berbatasan dengan negara Papua New Guinea
- Sebelah barat berbatasan dengan Laut Arafuru
- Sebelah selatan berbatasan dengan Laut Arafuru
- Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Mappi dan Kabupaten Boven Digoel.



Gambar 1. Denah Kabupaten Merauke

Kawasan perbatasan adalah bagian dari wilayah negara yang terletak pada sisi dalam sepanjang batas wilayah Indonesia dengan negara lain, dalam hal batas wilayah negara di darat, kawasan perbatasan berada di kecamatan (Pasal 1 angka 6 UU Nomor 43 Tahun 2008 tentang Wilayah Negara). PLBDN Sota merupakan salah satu pintu masuk utama di perbatasan antara Negara Republik Indonesia dengan Negara Republik Papua New Guinea yang dasar pembentukannya berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Merauke Nomor 5 tahun 2002 tanggal 14 Desember 2002. Letak Geografis Sota Distrik Sota terletak antara 1400.60'–1410.00' Bujur Timur dan 80.0'–80.67' Lintang Selatan. Distrik Sota

memiliki luas 2600,54 km² atau 6,07 persen dari luas wilayah Kabupaten Merauke. Distrik Sota memiliki 5 Kampung. Kampung Sota merupakan wilayah yang terluas, yaitu mencapai 698,13 km² atau 26,85 persen, sedangkan Kampung yang merupakan wilayah terkecil dengan luas wilayah 375,88 km² atau 14,45 persen dari luas wilayah Distrik Sota. Jumlah penduduk Distrik Sota tahun 2017 sebanyak 3.272 jiwa sedangkan jumlah penduduk yang paling banyak di Distrik Sota yaitu kampung sota yaitu 1.460 jiwa yang terdiri dari 765 jiwa laki – laki dan perempuan sebanyak 695 jiwa dan penduduk yang paling sedikit di Distrik Sota terdapat di Kampung Rawa Biru sebanyak 263 Jiwa yang terdiri dari laki – laki sebanyak 128 jiwa dan perempuan sebanyak 140 jiwa. Luas wilayah Distrik Sota 2.843,21 km². (<https://meraukekab.go.id/data/statistik/2018/03/2017>) Produksi unggulan dari PLBDN Sota seperti padi, umbi-umbian, sayur-sayuran, dan buah-buahan dan produksi perkebunan penghasil minyak kayu putih.

Terdapat 5 distrik di wilayah perbatasan yaitu distrik Naukenjerai, Merauke, Sota, Elikobel, dan Ulin. Secara administratif PLBDN Sota berbatasan dengan:

- Sebelah Barat : Distrik Tanah Miring dan Distrik Jagebob
- Sebelah Timur : Negara PNG
- Sebelah Utara : Distrik Elikobel
- Sebelah Selatan : Distrik Merauke

B. Kondisi Sosial Budaya

Masyarakat Distrik Sota dalam kesehariannya lebih banyak berinteraksi dengan masyarakat dari Negara PNG di perbatasan, karena secara geografis kampung Sota adalah daerah terdekat dari Distrik Morhead PNG. Dari segi kultur dan budaya masih terdapat persamaan karena masih adanya hubungan kekerabatan antara Masyarakat asli Distrik Sota dengan masyarakat Distrik Morhead di PNG. Dengan adanya hubungan kekerabatan tersebut sehingga masyarakat yang ada di Distrik Sota dan Distrik Morhead mempunyai kegiatan rutin yang setiap tahun dilaksanakan. Kegiatan tersebut dilaksanakan secara bergantian tempat antara kedua distrik yaitu di Negara PNG dan di Indonesia. Di Sota, jangan pernah membayangkan ketegangan khas perbatasan. Misalnya yang kerap terdengar di tapal batas darat antara Indonesia yang lain. Yang tersaji sehari-hari justru harmoni antara warga dua negara. Puluhan warga kedua negara melintasi batas tiap hari.

Kebetulan, banyak warga Sota dan Morehead yang memang masih satu fam (marga) atau terhitung keluarga. Antar kedua wilayah, jarang sekali terdengar adanya pertikaian karena berebut wilayah. Atau gesekan antar kedua Negara yang tidak berkenan ada warga negara asing yang turut menikmati fasilitas.

C. Kondisi Perekonomian

Kondisi perekonomian masyarakat Sota Mayoritas berprofesi sebagai petani, pengrajin, Pegawai Negeri Sipil dan pedagang. Perekonomian masyarakat Sota di pengaruhi oleh perekonomian masyarakat perbatasan yang ada dekat dengan Sota. Sebagian besar warga berada dalam strata ekonomi menengah, jika di bandingkan dengan skala perekonomian yang ada di masyarakat . Secara Ekonomi Masyarakat Desa Sota pola perekonomiannya mayoritas petani. Lahan sawah di Distrik Sota pada tahun 2017 memiliki pengairan dengan cara non irigasi sebesar 19,00 hektar. Lahan selain sawah yang terluas adalah lahan ladang/huma sebesar 87 ha dan lahan yang sementara tidak diusahakan sebesar 667 hektar. Pada tahun 2017 luas panen padi Ladang di Distrik Sota sebesar 7,50 hektar dan luas panen padi ladang sebesar 6,50 hektar dengan produksi 22,04 Ton. Selain padi terdapat pula tanaman pangan jagung, kedelai, kacang tanah, kacang hijau, ubi kayu, dan ubi jalar. Dari tanaman-tanaman tersebut yang memiliki luas panen terbesar adalah ubi kayu dan ubi jalar masing-masing seluas 43 hektar. Dari kelompok tanaman sayuran, Kubis/Kol merupakan produksi tanaman terbesar dengan jumlah 8 217 ton dan cabe dengan jumlah 64 ton, tomat 166 ton. Tidak hanya tanaman pangan dan tanaman sayuran yang ada di Distrik Sota, tetapi juga tanaman perkebunan. Ubi Jalar merupakan tanaman perkebunan terbanyak di kampung Sota. Dengan luas lahan 43 hektar mampu memproduksi 774,00 Ton. Untuk tanaman perkebunan, Karet merupakan produksi terbanyak dengan luas tanam sebesar 213 Ha dengan produksi 48,31 ton. Kemiri dengan luas tanam 60 ha dengan produksi 31 ton. Sedangkan Jahe dengan luas tanam 21,10 Ha dengan produksi 23 ton. Selain petani ada juga yang pedagang seperti buka warung, kedai, kebutuhan pokok, untuk sarana perdagangan di distrik sota hanya ada kios dan warung. Jumlah kios ada sebanyak 54 kios, sedangkan jumlah warung ada 16 warung, masyarakat Sota lebih banyak berdagang ke di pasar tradisional yang ada di perbatasan. Faktor yang menyebabkan masyarakat lebih memilih berdagang di perbatasan di karenakan masalah harga. Dengan kondisi perekonomian masyarakat Indonesia di perbatasan Sota lebih maju dari Negara PNG dan jarak tempuh yang lebih dekat dari Distrik Morhead ke Sota sehingga masyarakat PNG lebih memilih untuk melakukan transaksi jual beli di Sota dari pada di Negaranya sendiri.

D. Sumber Daya Kesehatan

Tabel 1.1

Data Sarana Kesehatan Terkait Penanggulangan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat di Distrik Sota Kabupaten Merauke sekitarnya

Tahun 2018

No	Kampung	RSU	Puskesmas	Puskesmas Pembantu	Polindes/Poskesdes
1	Sota	0	1	0	0
	Erambu	0	0	1	0
	Rawa Biru	0	0	1	0
	Yanggandur	0	0	1	0
	Toray	0	0	1	0

Sumber data :

Tabel 1.2

Distribusi Data Jumlah Tenaga Kesehatan Lembaga/Instansi terkait Penanggulangan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat kecamatan Sota Tahun 2018

Instansi/Lembaga	Jenis Tenaga	Jumlah
Puskesmas	Dokter umum	2
	Dokter gigi	1
	Perawat	10
	Perawat gigi	0
	Bidan	2
	Gizi	1
	Analisis	0
	Administrasi umum	2
	Apoteker	1
	Sarjana Kesehatan Masyarakat	1
	Sanitarian	1
KKP wilker Sota	Dokter	1
	Sarjana Kesehatan Lingkungan	1
	Sarjana Kesehatan Masyarakat	1

E. Fasilitas Umum, Sarana dan Prasarana

Sarana yang berada di perbatasan seperti puskesmas berjumlah 1 unit, lembaga adat sebanyak 2 lembaga (Kanum dan Yeinand), sarana pendidikan Paud, TK, SD-SMA/SMK, prasarana tempat ibadah, pos Pamtas, kepolisian, koramil, tempat pelayanan publik seperti Kantor Distrik, Balai Kampung, Kantor Kesehatan Pelabuhan, Kantor Bea Cukai, Imigrasi, Karantina Ikan, Karantina Pertanian.



Sumber : Laporan bulanan seksi PKSE, 2015 - 2017

Dengan melihat data di atas, serta gambaran umum lokasi dan posisi yang strategis dari PLBDN Sota sebagai pintu masuk/keluar internasional maka potensi terjadinya ancaman kedaruratan kesehatan masyarakat melalui PLBDN Sota sangat tinggi.

Beberapa penyakit yang dapat menjadi ancaman kesehatan masyarakat dan dapat menimbulkan situasi darurat kesehatan adalah:

1. Poliomyelitis

- Poliomyelitis adalah penyakit serius yang disebabkan oleh infeksi salah satu dari tiga jenis virus polio paling banyak menyerang anak – anak umur di bawah 5 tahun.
- Gejala yang dapat ditimbulkan seperti nyeri otot parah dan/ atau kelemahan, hilangnya refleks, anggota badan jadi lunglai dan mengendur (lumpuh-layu/ Accute Flaccid Paralysis).
- Penyebab virus polio
- Cara penularan melalui makanan, air, tangan yang terkontaminasi dengan kotoran (tinja penderita) atau sekresi tenggorokan/hidung dari orang yang

terinfeksi kemudian masuk ke mulut orang yang sehat, risiko penularan rendah pada kontaminasi air/ makanan.

- Masa inkubasi: 3 – 6 hari dan kelumpuhan terjadi dalam waktu 7 – 21 hari
- Situasi Global:
 - Total kasus kumulatif tahun 2018 sebanyak 74 kasus yang terdiri atas 15 kasus WPV1 di Afganistan, 4 kasus WPV1 di Pakistan, 15 kasus cVDPV2 di Republik Demokratik Kongo, 14 kasus cVDPV1 di Papua New Guinea.
 - Jumlah kumulatif kasus polio tahun 2017 hingga tahun 2018 sebanyak 192 kasus dengan rincian sebagai berikut: Kasus Polio di Negara endemis sebanyak 55 kasus, dengan rincian jenis WPV1 sebanyak 41 kasus (Pakistan 12 kasus dan Afganistan 29 kasus) dan cVDPV2 sebanyak 14 kasus di Nigeria. Adapun kasus polio di negara non endemis sebanyak 137 kasus, dengan rincian jenis cVDPV1 sebanyak 14 kasus di Papua New Guinea, jenis cVDPV2 sebanyak 37 kasus di Republik Demokratik Kongo, 74 kasus di Republik Arab Syria dan cVDPV jenis kombinasi 2 dan 3 sebanyak 1 kasus di Somalia (Subdit PRE, Kementerian RI Laporan Minggu XL Pengamatan Penyakit Infeksi Emerging 8 Oktober 2018)

- Situasi di Indonesia : Nihil

2. MERS – CoV

- Middle East Respiratory Syndrome – Corona Virus adalah: penyakit sindrom pernapasan yang disebabkan oleh virus corona yang menyerang saluran pernapasan mulai dari yang ringan sampai yang berat.
- Gejala: Demam $> 38^{\circ}\text{C}$, Batuk, sesak nafas, bersifat akut dan biasanya pasien mempunyai penyakit komorbid.
- Cara penularan: melalui percikan dahak pada saat pasien batuk atau bersin, dan secara tidak langsung melalui kontak dengan benda yang terkontaminasi.
- Masa inkubasi: 2 – 14 Hari.
- Situasi Global:
 - Kumulatif kasus MERS sejak September 2012 – September 2018 sebanyak 2.254 kasus dengan 800 kasus kematian (CFR 35.48%) di 27 negara. Mayoritas kasus yang dilaporkan dari Arab Saudi yaitu 1.870 kasus.
 - Negara yang melaporkan kasus MERS pada tahun 2018 adalah Saudi Arabia (119 kasus/ 57 kematian), Malaysia (1 kasus/ 0 kematian), Oman (1 kasus/ 0 kematian), dan United Arab Emirates (1 kasus/ 0 kematian), Republik Korea (1 kasus / 0 kematian), dan United Kingdom (1 kasus/ 0 kematian).
- Situasi di Indonesia:
 - Kasus Konfirmasi

Kumulatif kasus sejak tahun 2013 sebanyak 2 orang. Satu orang merupakan jamaah umroh yang sakit saat berada di Arab namun, dirawat dan pulang kembali ke Indonesia setelah sembuh. Kasus kedua merupakan tenaga kerja Indonesia yang sakit MERS kemudian meninggal dan dimakamkan di Arab.

- Kasus Terduga MERS

Kumulatif kasus sejak tahun 2013 sampai 24 September 2018 sebanyak 518 kasus dengan rincian 513 kasus negatif MERS dan 5 kasus tidak dapat diambil spesimen.

(Subdit PHE, Kemenkes RI, Laporan Minggu XI, Pengamatan Penyakit Infeksi Emerging 8 Oktober 2018)

3. Penyakit Virus Ebola (PVE)

- Penyakit Virus Ebola (PVE) adalah penyakit menular berbahaya pada manusia yang disebabkan oleh virus Ebola.
- KLB pertama terjadi di Afrika tengah, tahun 2014 – 2016 terjadi di Afrika Barat
Gejala : influenza, demam $> 38^{\circ}\text{C}$, lemah, myalgia, diare, edema, confusion, petechiae, conjungtivitis
- Cara Penularan: kontak dengan cairan tubuh dari hewan, manusia yang terinfeksi
- Masa Inkubasi : 2 – 21 Hari
- Situasi Global
 - Sebanyak 28.616 kasus Ebola telah dilaporkan di Guinea, Liberia dan Sierra Leone, dan Nigeria dengan 11.310 kematian. (CFR 50%)
 - Tanggal 2 Juli 2017, WHO mendeklarasikan berakhirnya KLB Ebola di Kongo.
 - Dilaporkan hingga 2 Oktober 2018, total dilaporkan sebanyak 162 kasus EVD (130 kasus konfirmasi dan 32 kasus probable) dengan 106 kematian (74 kematian dari kasus konfirmasi dan 32 dari kasus probable). Dilaporkan 19 kasus pada petugas kesehatan (18 kasus konfirmasi dan 1 kasus probable dengan tiga kematian). Keseluruhan kasus berasal dari sepuluh Zona Kesehatan di Provinsi Kivu Utara dan Provinsi Ituri, yaitu Zona Kesehatan Mabalako (69 kasus konfirmasi, 21 kasus probable, 65 kematian dan 8 kasus suspek), Beni (38 kasus konfirmasi, 5 kasus probable, 29 kematian dan 7 kasus suspek), Butembo (7 kasus konfirmasi, 2 kasus probable dengan 5 kematian), Oicha (2 kasus konfirmasi, 1 kasus probable dengan 1 kematian), Musienene (1 kasus probable dengan 1 kematian), Masereka (1 kasus konfirmasi dengan 1 kematian), Kalunguta (1 kasus konfirmasi tanpa kematian), Mandima (9 kasus konfirmasi, 2 kasus

probable, dan 3 kematian dengan 1 kasus suspek). Tchomia (2 kasus konfirmasi, 1 kematian, dan satu kasus suspek), dan Komanda (1 kasus konfirmasi tanpa kematian). Hingga 30 September 2018 sebanyak 1.463 kontak berada dalam pemantauan.

- o Adanya krisis kemanusiaan dan buruknya keamanan di sebelah utara Provinsi Kivu ini membuat respon terhadap *outbreak* PVE menjadi lebih sulit. Jalur penghubung (jalur udara, perairan, ataupun darat) antara wilayah terjangkit dengan negara tetangga DRC (berbatasan dengan Uganda, Rwanda dan South Sudan) menjadi salah satu potensi penyebaran PVE tingkat regional, mengingat adanya pergerakan pengungsi dari DRC menuju beberapa negara tetangga. WHO menilai risiko penyebaran PVE saat ini tergolong tinggi pada level nasional dan regional, dan tergolong rendah di level global. (Subdit PHE, Kemerkes RI, Laporan Minggu XL Pengamatan Penyakit Infeksi Emerging 8 Oktober 2018)

- Situasi di Indonesia : Nihil.

4. Flu Burung A (H5N1, H5N6, H7N9, H9N2, H7N4)

- Penyakit avian Influenza atau lebih dikenal dengan flu burung pertama kali dilaporkan pada tahun 1878 sebagai wabah yang menjangkiti burung dan ayam di Italia. Pada tahun 1901 Centanini dan Savonucci berhasil mengidentifikasi organism mikro yang menjadi penyebab penyakit tersebut, baru di tahun 1955 Schafer dapat menunjukkan ciri-ciri organism tersebut sebagai virus Influenza A.
- Penyakit flu burung disebabkan oleh virus Influenza, menyebabkan penyakit saluran pernapasan akut. Virus ini merupakan famili orthomyxoviridae dengan subtype A, B atau C. Namun virus Influenza yang dapat menyebabkan infeksi pada manusia adalah subtype A dan B, infeksi influenza A mengakibatkan risiko yang lebih tinggi dan berpotensi menjadi epidemic dan pandemic. Virus influenza A terdiri dari Hemagglutinin (H) dan Neuramidase (N), kedua huruf ini digunakan sebagai identifikasi kode subtype flu burung yang banyak jenisnya.
- Pada tahun 1997, virus avian H5N1 yang rendah patogenitasnya beradaptasi menjadi strain yang lebih pathogen, yang mengakibatkan kematian burung-burung dalam waktu 48 jam. Virus ini menyebar ke seluruh Asia, menginfeksi berbagai spesies unggas (baik domestik maupun liar) di Indonesia, Cina, Jepang, Laos, Korea Selatan dan negara-negara lain.
- Flu burung pada unggas di Indonesia diperkirakan mulai muncul akhir Agustus 2003, tetapi Departemen Pertanian RI menyatakan bahwa flu burung

telah mneyrang ternak ayam di Indonesia pada tanggal 25 Januari 2004, dengan kematian ayam sebanyak kurang lebih 11 juta ekor.

- Virus ini dapat menular melalui udara ataupun kontak dengan makanan, minuman, dan sentuhan. Namun virus mati dalam suhu tinggi dan dapat bertahan hidup dengan suhu dingin.
- Gejala umum yang dapat terjadi adalah demam tinggi, keluhan batus sesak dan mengeluarkan lendir bening dari hidung, sakit tenggorokan, diare, muntah, peradangan paru, kematian dengancepat jika tidka segera diatasi.
- Masa inkubasi pada manusia sekitar 1-3 hari. Masa infeksi 1 hari sebelum 3-5 haris sesudah timbul gejala. Pada anak dapat mencapai 21 hari.
- Cara penularan flu burung dari hewan ke manusia terjadi jika manusia telah menghirup udara yang mengandung viru fli burung atau kontak langsung dengan unggas yang terinfeksi flu burung.

a) H5N1

- Situasi global

Kumulatif kasus Influenza A(H5N1) sejak tahun 2003 sampai 2018 sebanyak 860 kasus dengan 454 kasus kematian (CFR 53 %) yang dilaporkan dari 16 negara. Pada tahun 2018 belum ada kasus yang dilaporkan. (Subdit PIE, Kemenkes RI, Laporan Minggu XL Pengamatan Penyakit Infeksi Emerging 8 Oktober 2018).

- Situasi di Indonesia

Kasus konfirmasi :

Kumulatif kasus A(H5N1) sejak tahun 2005 sampai 17 September 2018 sebanyak 200 kasus dengan 168 kematian (CFR 83,9 %). (Subdit PIE, Kemenkes RI, Laporan Minggu XL Pengamatan Penyakit Infeksi Emerging 8 Oktober 2018).

Kasus pada minggu ini : NIHIL

b) H5N6

- Situasi global

Tahun 2018 dilaporkan 3 kasus konfirmasi A(H5N6) di Cina.

Kumulatif kasus A (H5N6) sejak tahun 2014 sampai 28 Agustus 2018 sebanyak 20 kasus dengan 6 kematian (CFR 28,57%) di negara Cina

- Situasi di Indonesia : NIHIL

c) H7N9

- Situasi global

Tahun 2018 dilaporkan dua kasus konfirmasi A(H7N9) di Cina.

Kumulatif kasus flu burung A (H7N9) sejak tahun 2013 sampai 30 Juli 2018 dilaporkan sebanyak 1.567 kasus konfirmasi dengan 615

kematian (CFR 39,2%) (WHO - *Avian Influenza Weekly Update* No. 656, 28 September 2018).

- Situasi di Indonesia : NIHIL

d) **H9N2**

- Situasi Global

Tahun 2018 dilaporkan empat kasus A(H9N2) di Cina.

Kumulatif kasus flu burung A(H9N2) sejak Desember 2013 hingga 27 September 2018 sebanyak 20 kasus di Cina. (WHO - *Avian Influenza Weekly Update* No. 656, 28 September 2018)

- Situasi di Indonesia : NIHIL

e) **H7N4**

- Situasi global

Sejak 14 Februari 2018 dilaporkan 1 kasus konfirmasi flu burung A (H7N4) dari Cina, dan sampai tanggal 27 September 2018 belum ada kasus baru yang dilaporkan lagi. (WHO - *Avian Influenza Weekly Update* No. 656, 28 September 2018).

- Situasi di Indonesia : NIHIL

5. Demam Kuning

- Demam Kuning adalah penyakit sistemik akut yang disebabkan Arbovirus, genus *Flavivirus* yang ditularkan oleh nyamuk yang terinfeksi virus tersebut (terutama nyamuk *Aedes aegypti*, tetapi dapat pula oleh spesies lain)
- Gejalanya meliputi demam, mual, nyeri dan dapat berlanjut ke fase beracun/toksik yang terjadi setelah itu, ditandai dengan kerusakan hati dengan jaundice/ikterik atau kulit menjadi berwarna kuning, gagal ginjal, meningitis dan dapat menyebabkan kematian.
- Penyebab: Arbovirus dalam genus *flavivirus*
- Cara Penularan: Melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* yang terinfeksi virus
- Masa Inkubasi : 3 – 6 hari
- WHO memperkirakan bahwa demam kuning mengakibatkan 200.000 korban sakit dan 30.000 kematian setiap tahunnya di daerah berpenduduk tanpa vaksin sekitar 90% infeksi terjadi di Afrika
- Situasi Global
 - Sejak Januari 2016 sampai dengan 13 Maret 2017, 7 Negara dan territorial bagian Amerika melaporkan kasus konfirmasi Demam Kuning antara lain: Bolivia, Brazil, Kolumbia, ekuador, Guyana, Perancis, Peru dan Suriname. Di Brazil sejak 1 Juli 2017 sampai 24 April 2018, ada 1.218 kasus konfirmasi di Brasil demam kuning dengan 364 kematian (CFR 30%).

Semua kasus konfirmasi Brasil dikaitkan dengan tipe *sylvatic* tanpa bukti transmisi yang terkait dengan tipe perkotaan.

Pada 24 April, 19 konfirmasi dilaporkan terjadi pada pelaku perjalanan yang belum divaksinasi dimana 3 diantaranya terdeteksi di Brasil, dan 16 dilaporkan dari Argentina, Prancis, Jerman, Belanda, Rumania, Swiss, dan Inggris.

- Penyakit Demam Kuning saat ini juga aktif di Nigeria yang di konfirmasi di 11 negara bagian (Kwara, Kogi, Kano, Zamfara, Kebi, Nasarawa, Niger, Katsina, Edo, Ekiti, dan Rivers). Sejak 12 September 2017 sampai 23 September 2018, total kasus di Nigeria adalah 3.010 kasus suspek dengan 2.864 sampel darah yang dikumpulkan dan diuji di laboratorium Nigeria. Dari sampel darah yang diuji di laboratorium Nigeria, dari 138 sampel yang diperiksa didapatkan hasil 47 positif, 77 sampel negatif, dan 14 sampel sedang diperiksa oleh IP Dakar. Total kematian adalah 51 kematian dari total kasus dan 10 kematian dari total kasus konfirmasi (CFR 7.9%). (Subdit P-E, Kemenkes RI, Laporan Minggu XI, Pengamatan Penyakit Infeksi Emerging 8 Oktober 2018)
- Situasi di Indonesia : Nihil

6. Demam Lassa

- Demam berdarah Lassa adalah demam yang disebabkan virus Lassa, merupakan golongan Arbovirus dengan genus arenavirus dan family arenaviridae.
- Demam berdarah Lassa juga dapat ditularkan dari satu orang ke orang yang lain, melalui kontak udara, cairan tubuh seperti urin atau semen. Masa inkubasi 6-21 hari.
- Virus Lassa dapat menginfeksi hampir setiap jaringan dalam tubuh manusia. Dimulai dari mukosa, usus paru-paru dan system urin kemudian berkembang ke system vaskuler.
- Vektor pembawa penyakit ini adalah tikus dari genus *Mastomys* atau tikus multimammate. *Mastomys* yang terinfeksi virus ini umumnya tidak menjadi sakit. Tetapi mereka melepaskan virus dalam kotoran mereka berupa urin dan tinja. Manusia biasanya terinfeksi virus Lassa dari paparan kotoran tikus *Mastomys* yang terinfeksi, dengan cara kontak/paparan langsung dengan kotoran tersebut, misalnya dengan menyentuh kotoran yang terinfeksi, makanan yang terkontaminasi kotoran *Mastomys*, inhalasi, kontak dengan kulit yang luka selaput lendir. Virus lassa juga dapat menyebar antar manusia melalui kontak langsung dengan darah, urin, feses atau cairan tubuh lainnya dari seorang dengan demam berdarah Lassa.

- Gejala dari penyakit ini umumnya dimulai dengan demam, kelemahan umum, dan malaise, kemudai diikuti dengan sakit kepala, sakit tenggorokan, nyeri otot, nyeri dada, mual, muntah dan diare, dan batuk. Keadaan lebih lanjut akan timbul cairan dalam rongga paru, perdarahan dari mulut, hidung, vagian atau saluran pencernaan, hipotensi, dan proteinuri. Pada tahap akhir dapat terjadi syok, kejang, tremor, disorientasi dan koma.

- Situasi Global

Sejak 1 Januari sampai 30 September 2018 dilaporkan sebanyak 2.623 kasus suspek dari 22 negara bagian (Edo, Ondo, Bauchi, Nasarawa, Ebonyi, Anambra, Benue, Kogi, Imo, Plateau, Lagos, Taraba, Delta, Osun, Rivers, FCT, Gombe, Ekiti, Kaduna, Abia, Adamawa and Enugu). Dari kasus tersebut terdapat 514 kasus konfirmasi dengan 144 kematian (CFR 26.3%), 10 probable, dan 2.098 negatif. Tiga negara yang melaporkan 82% dari kasus konfirmasi demam lassa adalah negara Edo (46%), Ondo (23%), dan Ebonyi (13%). Sejak wabah terdapat 39 petugas kesehatan terinfeksi demam lassa yang tersebar di 7 negara bagian (Ebonyi, Edo, Kogi, Nasarawa, Ondo, Taraba dan Abia) dengan 10 kematian. Terdapat 7.524 kontak erat yang telah diidentifikasi: 193 (2,6%) masih di lakukan pengamatan, 7.175 (95,6%) telah dilakukan pengamatan selama 21 hari, 15 (0,2%) hilang pengamatan. Sebanyak 95 (1,4%) kontak simptomatis telah diidentifikasi dan 35 orang (0,5%) diantaranya dinyatakan positif.

(Subdit PIE, Kemenkes RI, Laporan Minggu XI, Pengamatan Penyakit Infeksi Emerging 8 Oktober 2018).

Dilaporkan empat kasus confirm tambahan yang terjadi di Edo (3 kasus) dan Bauchi (1 kasus).

- Situasi di Indonesia : NIHIL

7. Listeriosis

- Listeriosis adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Listeria monocytogenes* dan menyebar melalui pangan yang terkontaminasi (*foodborne disease*)

- Situasi Global

Saat ini sedang terjadi KLB di tiga wilayah yaitu:

1. Australia: Sejak 26 Januari 2018 – 20 Maret 2018 dilaporkan 19 orang terinfeksi bakteri *Listeria*, dengan 6 kematian. Tersebar di New South Wales (6), Victoria (8), Queensland (4) dan Tasmania (1). Hasil investigasi bersama antara otoritas kesehatan dan otoritas pangan New South Wales (NSW) menunjukkan bahwa sumber infeksi adalah melon kuning (rock melon) yang dibudidayakan perusahaan pertanian di Nericon

Distrik Riverina NSW, namun belum diketahui dengan pasti titik sumber kontaminasi pada rantai penyediaan melon kuning.

Untuk mengurangi risiko WHO menyarankan untuk mencuci semua buah dan sayuran sebelum dikonsumsi. (Event information WHO, 9 April 2018)

2. Afrika Selatan: Sejak 1 Januari 2017 sampai 14 Agustus 2018, dilaporkan 1.060 kasus konfirmasi dengan 216 kematian dari semua provinsi di Afrika Selatan. Sebagian besar kasus telah dilaporkan dari Provinsi Gauteng (57,9%) diikuti Western Cape (12,8%) dan KwaZulu-Natal (7,8%). Tanggal 3 September 2018, wabah *Listeriosis* di Afrika Selatan dinyatakan berakhir. (Media Statement On *Listeriosis*, 3 September 2018).
 3. Europe Union Sejak 2015 sampai 15 Juni 2018 terdapat 47 kasus dengan 9 kematian (CFR = 19%) yang dilaporkan dari 5 negara anggota Europe Union yaitu Austria, Denmark, Finland, Sweden dan UK. Sumber infeksi diketahui berasal dari jagung beku atau *frozen mix vegetables* yang didalamnya terdapat jagung yang diproduksi di Hungary.
- Situasi di Indonesia : NIHIL

8. Nipah Virus

- Situasi Global

Nipah virus di India dilaporkan dari dua wilayah dari Kabupaten Kerala yaitu Kozhikode dan Malappuram. Sebanyak 19 kasus (18 kasus konfirmasi dan 1 kasus suspek yang meninggal namun belum sempat diambil sampelnya) 17 kasus diantaranya meninggal. Outbreak kali ini dilokalisasi di dua wilayah Kerala yaitu Kozhikode dan Mallapuram. Tidak ada kasus kematian baru yang dilaporkan sejak 1 Juni 2018. Pada 30 Juli 2018 dilaporkan adanya penularan dari manusia ke manusia di Kerala (WHO Event Update, 7 Agustus 2018).

Nipah virus merupakan penyakit zoonosis dengan angka kematian yang tinggi (40% - 70%) khususnya di wilayah Asia Tenggara. Namun, hal tersebut dipengaruhi oleh kemampuan dan kesiapsiagaan dalam menghadapi nipah virus. Penularan dari manusia ke manusia sangat terbatas, biasanya terjadi pada anggota keluarga dan tenaga kesehatan yang tidak terlindungi dengan aman melakukan kontak langsung dengan pasien. (Buddi PIE, Kemendes RI, Laporan Minggu

XL Pengamatan Penyakit Infeksi Emerging 8 Oktober 2018)

- Situasi di Indonesia : NIHIL

F. Kerentanan

Jenis ancaman yang dapat diidentifikasi kemungkinan terjadi melalui wilayah pLBDN Sota dapat ditampilkan pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Penilaian Bahaya

N	Jenis Ancaman KKM	P	R
	Poliomielitis	5	4
	Zika	4	4
	Yellow Fever	2	5
	Pes	3	3
	Ebola	3	2
	Kolera	3	2
	Listeriosis	3	3
	MERS CoV	3	4

Keterangan :

P : Probabilitas/ Kemungkinan terjadinya KKM

R: Dampak (Risiko kematian/ kesakitan/ kerugian ekonomi, dan lain- lain) yang mungkin terjadi.

Matrik 1.
Skala Bahaya



KET : Jenis penyakit yang menjadi ancaman atau berbahaya adalah :

Poliomielitis

Setelah dilakukan penilaian bahaya dengan membandingkan kemungkinan / probabilitas suatu penyakit terjadi dan risiko yang ditimbulkan, maka dapat dilihat bahwa Poliomieltitis adalah penyakit yang sangat berpeluang terjadi. Untuk itu penyusunan renkon akan mengarah ke tatalaksana kasus tersebut.

A. Kapasitas / Kemampuan

Terkait dengan kewaspadaan terhadap ancaman kedaruratan kesehatan masyarakat yang meresahkan dunia, perlu adanya kapasitas sebagaimana yang disyaratkan oleh WHO dalam *International Health Regulation 2005*, yaitu:

1. Komunikasi dan Koordinasi
2. Rutin
 - a. Menyediakan akses ke (i) pelayanan medis yang tepat termasuk fasilitas diagnostik yang terjangkau sehingga memungkinkan segera dilakukan penilaian dan penanganan penumpang yang sakit, dengan staf, alat dan ruang yang memadai.
 - b. Menyediakan akses untuk peralatan dan petugas untuk mengangkut penumpang sakit ke fasilitas kesehatan yang tepat.
 - c. Menyediakan petugas yang terlatih untuk inspeksi alat angkut.
 - d. Memastikan lingkungan yang aman untuk penumpang menggunakan fasilitas pintu masuk, termasuk penyediaan air minum, rumah makan, fasilitas catering pesawat, wc umum, fasilitas penanganan limbah cair dan padat yang benar, dan risiko potensial lainnya, dengan melakukan program pemantauan secara tepat, jumlah yang memadai personil yang terlatih
 - e. Menyediakan sepanjang memungkinkan suatu program pelatihan personil untuk penanggulangan vektor dan reservoirnya didalam dan disekitar pintu masuk.
 - f. Kapasitas khusus sesuai dengan tipe pintu masuk: PLBDN
3. Kemampuan Merespon (Public Health Emergency of International Concern) PHEIC/KKM
 - a. Untuk memberikan respon yang tepat terhadap kejadian kedaruratan kesehatan masyarakat dengan membangun dan memelihara rencana kontijensi kedaruratan kesehatan masyarakat, termasuk untuk koordinator dan kontak person pada pintu masuk, lintas program dan lintas sektor.
 - b. Untuk melakukan penilaian dan perawatan terhadap penumpang atau binatang yang terkena dengan melakukan pengaturan bersama petugas medis lokal dan dokter hewan setempat untuk isolasi, pengobatan dan pelayanan pendukung yang mungkin diperlukan.
 - c. Menyediakan ruangan yang tepat, terpisah dengan pelintas batas lain, untuk wawancara tersangka atau pelintas yang terjangkit.
 - d. Melaksanakan tindakan yang direkomendasikan untuk disinfeksi, deratisasi, desinfeksi, dekontaminasi atau lainnya terhadap barang yang dibawa disuatu lokasi/tempat yang khusus diperuntukkan dan dilengkapi peralatan khusus untuk keperluan ini.

- e. Untuk menerapkan pemeriksaan pada kedatangan dan keberangkatan pelintas batas.
- f. untuk menyediakan akses untuk peralatan khusus dan petugas yang telah terlatih menggunakan perlindungan personal/alat pelindung diri yang sesuai, merujuk pelintas batas yang kemungkinan membawa infeksi atau kontaminasi

BAB III

KEBIJAKAN DAN STRATEGI PENANGGULANGAN

Penanggulangan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat (KKM) merupakan tanggung jawab pemerintah daerah untuk melindungi masyarakat dari penularan penyakit, memberikan pengobatan dan penanganan kepada masyarakat yang tertular. Untuk itu diperlukan adanya kebijakan dan strategi yang mengacu kepada peraturan perundangan, kaidah keilmuan, nilai-nilai universal, dan budaya yang selanjutnya dituangkan dalam dokumen rencana kontinjensi.

A. Kebijakan

1. Upaya penanggulangan mengacu kepada petunjuk teknis pencegahan dan pengendalian penyakit secara nasional dan menyesuaikan dengan kebijakan pelaksanaan di daerah
2. Keterlibatan LSM/bantuan pemerintah dalam penanggulangan KKM harus dikoordinasikan secara berjenjang.

B. Strategi

1. Mobilisasi tenaga mengutamakan ketersediaan di daerah, bantuan dari daerah lain dilakukan jika kemampuan di daerah dianggap tidak mampu memenuhi kebutuhan dalam upaya penanggulangan.
2. Rujukan kasus ke RSUD Merauke.
3. RSUD menyediakan ruangan khusus untuk tatalaksana kasus, pada jumlah kasus yang banyak, maka jika diperlukan pasien lainnya dapat dialih rawat ke RS lainnya (RSAL dan RS Bunda Pengharapan).
 - a. Mekanisme operasional, mekanisme "Komando dan Koordinasi lintas sektor dikendalikan Bagian Pengelola Perbatasan" di Perbatasan Sota yang dipimpin oleh Bagian Pengelola Perbatasan sebagai Koordinator umum. Sedangkan sebagai penanggung jawab teknis adalah Kepala KKP.
 - b. Jenis pengawasan/ respon/ penanggulangan :
pengawasan pelintas batas dilakukan di kantor bersama (KKP, Imigrasi, Bea Cukai, Karantina Ikan dan Karantina Pertanian) yang ada di PLB Sota.
 - c. Langkah pengawasan/respon terhadap sasaran (alat angkut darat berikut muatannya, orang/masyarakat Perbatasan Sota terdiri 3 (tiga) langkah :
 1. Langkah I : Pemeriksaan pelintas batas untuk menentukan tingkat risikonya
 2. Langkah II : Analisa untuk menentukan intervensinya
 3. Langkah III : Tindakan Intervensi
5. Respon Teknis Penanggulangan/Standar Operasional Prosedur (SOP)

Mengingat bahwa kejadian PHEIC/KKM disebabkan oleh berbagai penyakit menular, dan oleh berbagai kejadian Nuklir, Bioterrorisme dan Kimia (Nubika) maka:

- a. Teknis (SOP) pengawasan/respon dalam penanggulangannya berbeda.
 - b. Tugas tingkat pusat untuk menetapkan petunjuk teknis (SOP) terhadap PHEIC/KKM yang sedang terjadi .
 - c. Petunjuk teknis (SOP) yang ditetapkan Tingkat pusat harus menjadi acuan di seluruh Indonesia.
 - d. SOP yang ditetapkan tersebut, dilakukan secara cermat, efektif sehingga meminimalkan hambatan terhadap arus lalu lintas alat angkut, barang dan orang tentu dengan memperhatikan berbagai pertimbangan termasuk rekomendasi dari WHO .
6. Substansi Respon Teknis Penanggulangan PHEIC dari Pusat , yaitu :
- a. Penjelasan PHEIC yang sedang terjadi meliputi jenis PHEIC , besarnya ancaman: Accident Rate/Angka Kejadian, kecepatan penularan dan Case Fatality Rate (CFR)/Tingkat Kematian.
 - b. Perkembangan terakhir epidemiologis secara global maupun nasional.
Perkembangan epidemiologi secara nasional :Yaitu pengamatan secara terus menerus apakah suatu ancaman PHEIC/KKM yang terjadi berasal dari dalam negeri atau dari luar negeri Kejadian berpotensi PHEIC/KKM Dari luar negeri yang masuk Negara Indonesia :
 - a) Belum ada kasus
 - b) Sudah ada tetapi masih di PoE
 - c) Sudah ada di masyarakat tetap masih terlokalisir
 - d) Kasus sudah menyebar .ad.a) s/d d) masing-masing berbeda teknis penanggulangannya
 - c. Teknis Deteksi dan intervensi, meliputi :
 - a) Penentuan kelompok resiko yang akan dideteksi
 - b) Teknis mendeteksi (metodologi dan alat yang digunakan)
 - c) Klasifikasi hasil deteksi (klasifikasi tingkat risiko)
 - d) Penentuan tindakan /intervensi terhadap masing-masing klasifikasi
 - e) Teknis tindakan/intervensi (metodologi dan alat yang digunakan)
 - f) Penjelasan tentang dukungan kebutuhan operasional
7. Kegiatan penanggulangan berdasarkan tahapan :
- a. Tahap Persiapan
Persiapan sudah dilaksanakan sejak lama, dimulai dengan penyusunan rencana kontijensi yang dilanjutkan dengan table top dan simulasi adalah bagian dari persiapan. Tetapi persiapan yang dimaksud dalam tahap ini adalah persiapan yang dilakukan setelah ada instruksi untuk melakukan persiapan dari National Focal Point IHR Indonesia (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit &

Penyehatan Lingkungan – Kementerian Kesehatan RI / Dirjen PP dan PL (Kemenkes RI) karena memperhatikan di suatu daerah/negara sedang terjadi PHEIC atau kejadian yang berpotensi PHEIC/KKM. Tahap persiapan meliputi : Koordinasi, Penyusunan Rencana Operasional, Pemenuhan Kebutuhan Operasional.

1. Koordinasi.

Dengan adanya Surat Edaran dari Kementerian Kesehatan RI Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit No. SR 02.01/1285/2018 tanggal 20 Agustus 2018 tentang Antisipasi penyebaran Polio dari Papua New Guinea, maka segera Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Merauke dan Koordinator Wilayah Kerja Perbatasan Sota, menindaklanjuti dengan melakukan koordinasi bersama Badan Nasional Pengelola Perbatasan Sota (sebagai koordinator), dan lintas sektor terkait di Perbatasan Sota serta pemerintah Kabupaten Merauke, dalam rangka mengambil langkah-langkah yang berkaitan dengan penanggulangan KLB/Wabah/KKM dan mengacu pada rencana Kontijensi yang telah disusun, antara lain melakukan rapat koordinasi dalam rangka persiapan penanggulangannya.

2. Kolaborasi.

Kolaborasi KKP Merauke dengan lintas sektor yang ada di PLBDN Sota dilaksanakan dengan berpedoman pada rencana kontijensi yang telah disusun bersama. Pelaksanaan kolaborasi KKP bersama lintas sektor baik dalam uraian peran masing-masing instansi dan juga dalam hal pemenuhan kebutuhan tenaga, sarana prasarana, logistik, dan biaya.

3. Komunikasi

Pada pelaksanaan penanggulangan KKM di suatu wilayah komunikasi harus tetap berjalan baik dengan lintas sektor, baik sebelum penanganan KKM sampai setelah kasus KKM dinyatakan berakhir.

b. Tahap Pelaksanaan.

Dilaksanakan setelah ada instruksi penanggulangan PHEIC/KKM dari pemerintah (pusat) dan dilaksanakan sesuai dengan SOP penanggulangan KKM. Pelaksanaan berupa pengawasan pelintas batas di Kantor bersama. Pengawasan dilakukan pada semua pelintas batas baik dari PNG maupun sebaliknya. Tujuan dilakukan pengawasan untuk mencegah penyebaran penyakit baik dari luar negeri(PNG) atau dari Negara Indonesia ke PNG.

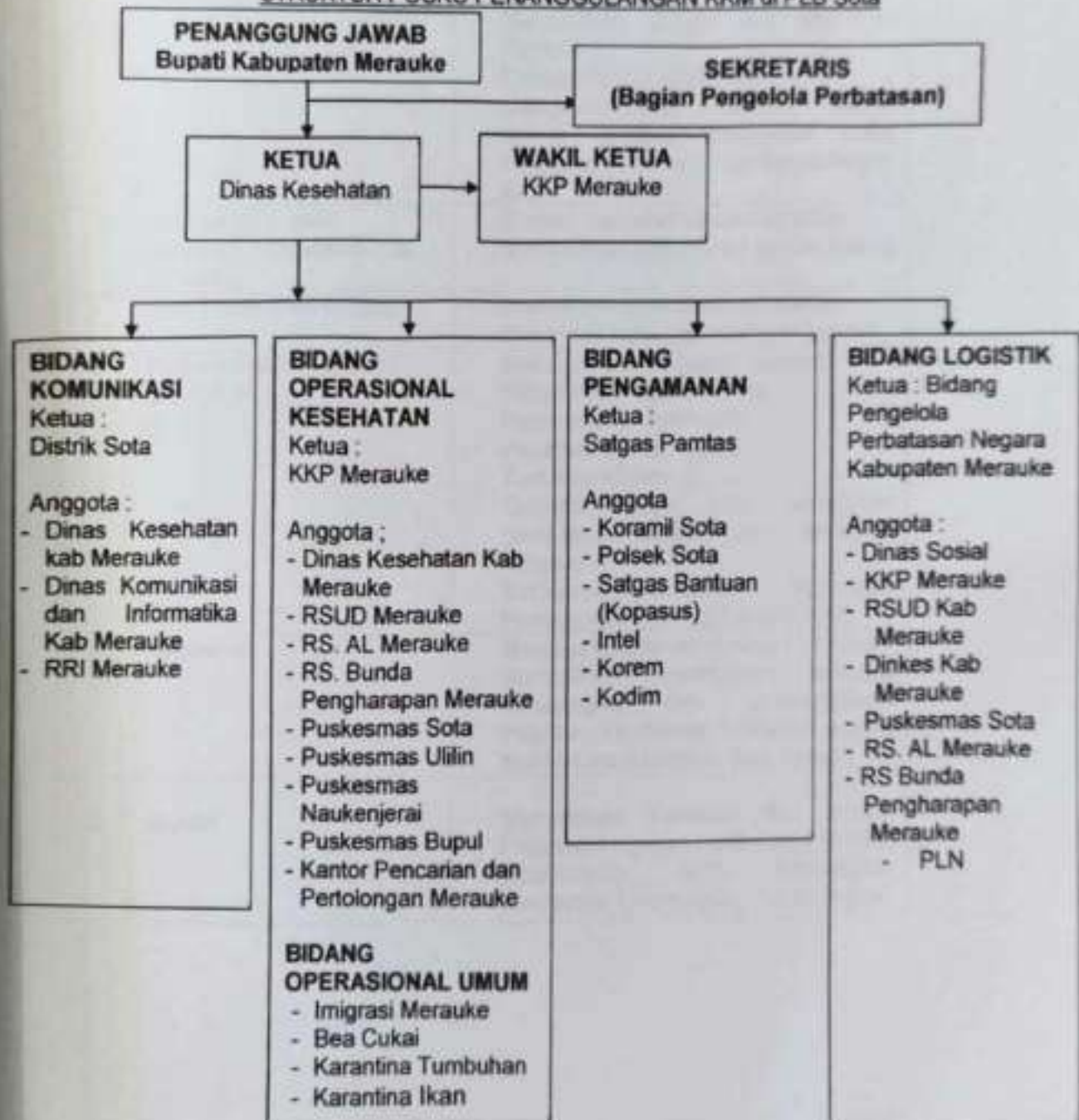
c. Tahap Evaluasi paska pelaksanaan

Dilaksanakan setelah Bupati mendapatkan laporan dari koordinator lapangan dan koordinator teknis bahwa situasi kedaruratan kesehatan masyarakat sudah kembali normal.

BAB IV PERAN DAN TANGGUNG JAWAB UNIT KERJA ATAU LEMBAGA

Penanggulangan KLB/Wabah/KKM di PLBDN Sota berada di bawah komando Bagian Pengelola Perbatasan Nasional Kabupaten Merauke yang telah dibentuk di PLBDN Sota. Pengelola PLBDN Sota sebagai koordinator Posko KLB/Wabah/KKM merupakan penanggung jawab operasional, sedangkan Kepala KKP adalah penanggung jawab teknis penanggulangan.

STRUKTUR POSKO PENANGGULANGAN KKM di PLB Sota



Mengingat KLB/Wabah/KKM adalah merupakan kejadian yang berisiko sangat tinggi maka perlu ditanggulangi secara dini dan tepat dengan kesiapan dukungan operasional dan sumber daya (orang, perbekalan dan teknologi) yang memadai.

Instansi yang terkait pada jejaring kerja dalam penanggulangan KLB/Wabah/ KKM di wilayah PLBDN Sota adalah sebagai berikut:

Peran dari masing-masing Bidang adalah sebagai berikut :

No	Bidang	Tugas dan Kapasitas
1	Penanggung jawab (Bupati Kab Merauke)	- Mengkoordinir Operasional Umum di PLB Sota - Menyatakan aktivasi dan deaktivasi Renkon - Mengaktifkan Posko KKM - Menginstruksikan kepada jajaran sesuai rencana kontinjensi untuk melakukan upaya penanggulangan KKM
2	Sekretariat (Bagian Pengelola Perbatasan Kab Merauke)	- Sumber data dan laporan kejadian - Memfasilitasi Kebutuhan semua bidang
3	Komunikasi (Distrik Sota)	- Sentral Informasi tentang kejadian - Mengelola data Informasi dan Humas
4	Operasional (Kesehatan) dan Umum	- Mengkoordinir Kegiatan Operasi - Penyelidikan Epidemiologi - Pemeriksaan kesehatan - Penatalaksanaan kasus - Tindakan rujukan - Tindakan lanjut yang diperlukan (termasuk isolasi dan karantina wilayah) - Surveilans kesehatan lingkungan - Penanggulangan KLB/Wabah/KKM
5	Keamanan	- Menjaga keamanan di Area PLB Sota - Melakukan Pemeriksaan terhadap Kedatangan dan Keberangkatan Pelintas, Kendaraan termasuk barang bawaannya (Identitas, asal, tujuan)
6	Logistik	- Menyiapkan Fasilitas dan sarana Prasarana rujukan (Ambulance PHEIC, Obat-obatan, APD, Resusitator, Kendaraan Operasional, Tenda Isolasi)

Peran dari masing-masing instansi adalah sebagai berikut:

No	INSTANSI/UNIT KERJA/LEMBAGA	TUGAS DAN KAPASITAS
1	Bagian Pengelola Perbatasan Kabupaten Merauke	- Koordinator Operasional Umum di Perbatasan
2	Satgas Pamtas RI-PNG, Koramil 1707-16/Sota, Dansatgas Ban, Tim Intel Korem 174/ATW, Unit Intel Kodim 1707/Merauke	- Menjaga keamanan di pintu perbatasan - Menyatakan bahwa pintu perbatasan ditutup sementara berdasarkan komando dari Dankolaops (Komandan Komando Pelaksana Operasi) Pengamanan Perbatasan RI-PNG
3	Kepolisian Resort Merauke	- Menjaga Keamanan Masyarakat - Pengawasan suspek sampai ke Rumah Sakit
4	Kantor Kesehatan Pelabuhan Merauke	- Sebagai penanggung jawab teknis penanggulangan KLB/Wabah/KKM di pintu masuk Perbatasan Sota dan mempersiapkan TGC KKP Merauke
5	Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke	- Penanggung jawab kesehatan wilayah, membantu mempersiapkan logistic, SDM (Tim Gerak Cepat) dan melakukan koordinasi dengan seluruh stake holder terkait - Memfasilitasi pengiriman specimen/ sampel ke BBLK Surabaya
6	RSUD Kabupaten Merauke, RSAL, RS Bunda Pengharapan	- Fasilitas rujukan suspek KKM, tatalaksana kasus dan fasilitas ruangan isolasi - Fasilitas Pengambilan Spesimen
7	Bea Dan Cukai	- Sebagai pemeriksa barang di lokasi khusus dan berkoordinasi dengan KKP jika ada barang bawaan suspek KLB/Wabah/KKM
8	Imigrasi	- Sebagai pemeriksa dokumen perjalanan dan pemulangan serta pemeriksaan pas pelintas di tempat khusus, dan bila diperlukan tindakan penolakan penumpang/pelintas atas permintaan dari KKP
9	Puskesmas Sota	- Menyediakan tim medis untuk membantu tatalaksana kasus KKM dan atas koordinasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke, serta menyediakan petugas promkes dalam memberikan penyuluhan kesehatan.

10	Badan Karantina Pertanian Kelas II Merauke (WKP Merauke)	- Sebagai pemeriksa terhadap bawaan (yang berkaitan dengan tumbuhan dan hewan) penumpang suspek
11	Stasiun Karantina Ikan, Pengendalian Mutu, dan Keamanan Hasil Perikanan Merauke Sota	- Sebagai pemeriksa terhadap bawaan (yang berkaitan dengan ikan)
12	Dinas Perhubungan	- Sebagai penanggung jawab dan mengatur arus kendaraan yang akan melewati perbatasan
13	Dinas Komunikasi dan Informatika Kabupaten Merauke dan RRI Merauke	- Fasilitasi Alat Komunikasi Cepat. - Membantu menyediakan personil yang memberikan informasi kepada masyarakat atas situasi yang terjadi
14	Distrik Sota	- Sebagai koordinator di wilayah Distrik
15	BPBD (Badan Penanggulangan Bencana Daerah)	- Sebagai pelaksana dalam mengkaji cepat bencana dan dampak bencana pada saat tanggap darurat
16	Tagana, Badan Pencarian dan Pertolongan	- Mengevakuasi suspek kontak

BAB V. KEGIATAN UTAMA PENANGGULANGAN

A. Manajemen dan Koordinasi

Dalam kegiatan penanggulangan KKM, perlu adanya manajemen kedaruratan dan koordinasi antara lintas sektor terkait, yang dibangun demi adanya kesepahaman dalam bertindak, sebagaimana yang disyaratkan dalam IHR 2005 dalam kemampuan/kapasitas inti yang harus dimiliki baik dalam keadaan rutin maupun dalam situasi terjadinya PHEIC/KKM.

Sistem manajemen dan koordinasi dibangun berdasarkan kesepakatan bersama dengan memperhatikan struktur posko/rencana operasional yang dibuat saat penyusunan rencana kontijensi.

B. Tim Gerak Cepat (TGC)

Ketika suatu kejadian KKM berlangsung diperlukan kecepatan dan ketepatan dalam mengambil tindakan, terutama ketika melayani korban dalam hal ini adalah pasien yang diduga tertular dan kontak kasus sehingga perlu menggerakkan Tim Gerak Cepat (TGC). Tim gerak cepat adalah tim yang bekerja pada saat KLB/PHEIC/KKM. Tim ini terdiri atas unsur kesehatan maupun non kesehatan yang akan menunjang kegiatan gerak cepat, tim gerak cepat sebelumnya sudah dipersiapkan dengan pelatihan keterampilan yang diperlukan. TGC merupakan petugas terlatih sesuai bidangnya yang ada di PLBDN Sota dan juga tim respon cepat lainnya yang ada di daerah seperti di RS, Puskesmas dan sebagainya.

Kegiatan yang dilaksanakan oleh tim respon cepat antara lain melakukan pemisahan pelaku perjalanan, mewawancarai orang yang terjangkit atau tersangka, melakukan penatalaksanaan kasus dan kontak, melakukan evakuasi orang yang terjangkit ke ruangan khusus yang disediakan untuk pelintas batas yang dicurigai mengarah ke kasus KKM di PLBDN Sota.

C. Public Awareness and Community Engagement / Kesadaran Dan Keterlibatan Masyarakat / Peran Masyarakat.

Memberikan informasi kepada masyarakat tentang kedaruratan kesehatan yang sedang terjadi dalam rangka meningkatkan kesadaran dan keterlibatan masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangannya merupakan bagian yang tidak terlepas dalam rencana kegiatan utama penanggulangan kedaruratan

kesehatan masyarakat di PLBDN Sota maupun di episenter/wilayah. Dimana ketika terjadi kedaruratan kesehatan masyarakat, tentu yang akan menjadi korban dan mengalami kerugian adalah masyarakat itu sendiri sehingga manajemen penanganan kegawatdaruratan sangat diperlukan keterlibatan dan peran masyarakat. Peranan dari rencana kontijensi ini adalah pada bagian komunikasi dimana dapat berperan aktif memberikan informasi yang akurat tentang situasi yang terjadi sehingga menimbulkan kenyamanan dalam lingkungan masyarakat khususnya di area PLBDN Sota. Penyebaran informasi dilaksanakan dalam bentuk komunikasi risiko yang diarahkan kepada masyarakat dan pihak-pihak lain yang berisiko terjangkit PHEIC agar melalui komunikasi risiko tersebut masyarakat dapat mengetahui cara menghindari KKM yang sedang berjangkit dan/atau dapat terlibat atau bekerja sama dengan pihak terkait dalam kegiatan pencegahan dan penanggulangan sesuai kapasitasnya.

D. Pencegahan dan Penanggulangan

Idealnya kegiatan pencegahan dilakukan sebelum kejadian luar biasa penyakit/KKM terjadi yang tujuannya adalah untuk mencegah masuk dan keluarnya penyakit. Namun kegiatan pencegahan dapat pula dilaksanakan dalam konteks penanggulangan KLB/KKM yang bertujuan untuk menurunkan angka insiden kesakitan maupun kematian serta melokalisir perluasan penyebarannya. Penanggulangan KLB/KKM adalah kegiatan yang dilaksanakan untuk menangani penderita, mencegah perluasan KLB/KKM, mencegah timbulnya penderita atau kematian baru pada suatu KLB/KKM yang sedang terjadi. Penanggulangan KLB dikenal dengan nama Sistem Kewaspadaan Dini (SKD-KLB), yang dapat diartikan sebagai suatu upaya pencegahan dan penanggulangan KLB secara dini dengan melakukan kegiatan untuk mengantisipasi KLB. Kegiatan yang dilakukan berupa pengamatan yang sistematis dan terus-menerus yang mendukung sikap tanggap/waspada yang cepat dan tepat terhadap adanya suatu perubahan status kesehatan masyarakat. Apabila terjadi KLB/KKM, maka salah satu bentuk kegiatan penanggulangannya adalah dengan melaksanakan Penyidikan KLB/KKM. Tujuan umum Penyidikan KLB/KKM yaitu mencegah meluasnya kejadian (penanggulangan) dan mencegah terulangnya KLB/KKM dimasa yang akan datang (pengendalian). Sedangkan tujuan khusus Penyidikan KLB/KKM yaitu diagnosis kasus yang terjadi dan mengidentifikasi penyebab penyakit, memastikan bahwa keadaan tersebut merupakan KLB/PHEIC, mengidentifikasi sumber dan cara penularan,

mengidentifikasi keadaan yang menyebabkan KLB/KKM, dan mengidentifikasi populasi yang rentan atau daerah yang beresiko akan terjadi KLB/KKM.

E. Manajemen Kasus dan Pengamanan Kematian

Kejadian PHEIC/KKM yang disebabkan oleh penyakit yang berbeda akan berpengaruh pada manajemen dan pengamanan kematian yang berbeda pula. Dalam kegiatan penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat, yang juga perlu diperhitungkan adalah bagaimana manajemen atau SOP dalam penanganan terhadap kasus dan juga terhadap korban meninggal, sehingga dapat dilakukan perawatan yang baik, dan juga dapat menghindarkan risiko penularan penyakit yang lebih besar lagi. Hal ini dapat didukung dengan ketersediaan ruangan wawancara, ruangan isolasi sebagai tempat perawatan sementara, tempat jenazah dan car wash di PLBDN Sota.

F. Surveilans Epidemiologi

Kegiatan surveilans epidemiologi yang dilakukan dalam penanggulangan kasus KKM di PLBDN Sota bertujuan untuk mencegah penyebaran kasus KKM dari luar ke wilayah/episenter maupun sebaliknya dari wilayah/episenter ke luar. Untuk mencapai tujuan tersebut kegiatan surveilans dilakukan berupa penelusuran kontak ketika dugaan telah terjadinya penularan penyakit dan telah ada hubungan antara suspek dengan orang sekitarnya seperti petugas yang melayani dan masyarakat yang ditemui. Untuk itu diperlukan peran dari petugas surveilans baik di PLBDN Sota, Puskesmas, Dinas Kesehatan, RS dan Pemerintah daerah. Kegiatan yang dilakukan berupa:

- Surveilans di pintu masuk
- Surveilans di wilayah
- Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB jejaring Kerja Surveilans.

G. Penelusuran Kontak

Penelusuran kontak diperlukan ketika dugaan telah terjadinya penularan penyakit dan telah ada hubungan antara suspek dengan orang disekitarnya seperti petugas kesehatan yang melayani, petugas lainnya, masyarakat yang ditemui, dan sebagainya