



## **Modul Pelatihan Dasar 1**

**Kebijakan Penyelenggaraan  
Sistem Kewaspadaan Dini  
Kejadian Luar Biasa (KLB)**



## Tim Penyusun

### **Koordinator Pembuatan Modul**

- dr. Likke Prawidya Putri, MPH

### **Penyusun:**

#### **Subdirektorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Dit. Surveilans dan Karantina Kesehatan**

- Lia Septiana SKM, M.Kes
- Edy Purwanto, SKM, M.Kes
- Eka Muhiriyah, S.Pd, MKM

#### **Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FKMK UGM**

- Dr. dr. Hanevi Djasri, MARS, FISQua
- dr. Muhammad Hardhantyo MPH, Ph.D, FRSPH
- Eva Tirtabayu Hasri S.Kep., MPH
- dr. Bernadeta Rachela A

#### **Centre of Disease Control (CDC)**

- drg. Catharina Yekti Praptiningsih, M.Epid
- Amalya, SKM, MSc.PH

#### **World Health Organization (WHO)**

- dr. Endang Widuri Wulandari, M.Epid
- Ubadillah, S.Si

#### **Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Ciloto**

- Wawan Wahyudin, S.Si, Apt.MM

## Daftar Isi

Modul Kebijakan Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB) .....**Error!**  
**Bookmark not defined.**

Tim Penyusun.....	2
I. Deskripsi Singkat.....	4
II. Tujuan Pembelajaran.....	4
III. Materi Pokok dan Sub Materi Pokok .....	5
IV. Metode.....	5
V. Media dan Alat Bantu .....	5
VI. Langkah-langkah Kegiatan Pembelajaran .....	5
VII. Uraian Materi.....	6
A. Sistem kewaspadaan Dini dan KLB di lingkup internasional.....	6
1. International Health Regulation.....	6
2. GHSA (Global Health Security Agenda) .....	12
3. NAPHS (National Action Plan for Health Security) .....	15
B. Sistem Kewaspadaan Dini KLB di Indonesia.....	20
VIII. Rangkuman .....	29
IX. Referensi.....	29

# **Modul Mata Pelatihan Dasar 1. Kebijakan Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB)**

## **I. Deskripsi Singkat**

Mata pelatihan ini membahas tentang sistem kewaspadaan dini KLB di lingkup internasional dan lingkup nasional, serta bagaimana dampaknya pada pelaksanaan sistem kewaspadaan dini KLB di tingkat kabupaten/kota.

Untuk memenuhi International Health Regulation (IHR) dalam mencegah penyebaran penyakit lintas negara, negara-negara yang berpartisipasi (negara mitra) perlu memiliki beberapa kapasitas inti minimal dalam sistem pendeteksian dini penyakit yang berpotensi kedaruratan kesehatan global untuk mencegah penyebaran penyakit lintas negara. Namun demikian, banyak negara yang masih kesulitan dalam memenuhi kapasitas minimal tersebut, sehingga dibentuklah Global Health Security Agenda (GHSA) sebagai wadah bagi negara-negara yang saling mendukung tercapainya kapasitas untuk pemenuhan IHR. Salah satu kegiatan GHSA yaitu penilaian eksternal terhadap indikator pemenuhan IHR, yang menghasilkan rekomendasi aksi yang perlu diambil oleh pemerintah. Rekomendasi tersebut tertuang dalam National Action Plan for Health Security (NAPHS).

Secara singkat, sistem kewaspadaan dini KLB yang saat ini dilaksanakan di Indonesia merupakan bagian dari upaya untuk memenuhi ketentuan IHR, sehingga dapat mendukung tercapainya keamanan kesehatan global.

## **II. Tujuan Pembelajaran**

### **A. Hasil Belajar**

Setelah mengikuti mata pelatihan ini peserta mampu memahami kebijakan penyelenggaraan sistem kewaspadaan dini dan KLB.

### **B. Indikator Hasil Belajar**

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta dapat menjelaskan sistem kewaspadaan dini dan KLB di lingkup internasional; dan sistem kewaspadaan dini dan KLB di lingkup nasional.

### III. Materi Pokok dan Sub Materi Pokok

Materi pokok dan Sub materi pokok dalam Kebijakan Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa adalah:

- A. Sistem kewaspadaan dini dan KLB di lingkup internasional
  1. IHR (International Health Regulation)
  2. GHSA (Global Health Security Agenda)
  3. NAPHS (National Action Plan for Health Security)
- B. Sistem kewaspadaan dini dan KLB di lingkup nasional
  1. Kebijakan teknis terkait kewaspadaan dini dan KLB

### IV. Metode

Metode pembelajaran dalam modul ini yaitu: Ceramah dan tanya Jawab

### V. Media dan Alat Bantu

Media dan Alat bantu dalam modul ini yaitu:

- Buku Modul
- Bahan tayang
- Komputer atau laptop dengan akses internet
- LCD
- Internet

### VI. Langkah-langkah Kegiatan Pembelajaran

1. Fasilitator mempersiapkan materi dan laptop. Mengingatkan peserta untuk membawa laptop.
2. Fasilitator memperkenalkan diri dan mengkondisikan situasi peserta pelatihan untuk dapat menerima materi pembelajaran
3. Fasilitator mempresentasikan materi Sistem kewaspadaan dini dan KLB di lingkup internasional dan nasional dengan metode ceramah, tanya jawab, (35 menit):
  - a. Latar belakang sistem kewaspadaan dini dan KLB di lingkup internasional, seperti halnya yang tercantum dalam:

- 1) IHR
  - 2) GHSA
  - 3) NAPHS
- b. Kebijakan nasional terkait kewaspadaan dini dan KLB
- 1) Permenkes 949 / 2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB)
  - 2) Inpres No 4 / 2019 tentang (
  - 3) PP No 2 / 2018 tentang SPM
4. Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya jika ada materi yang belum jelas (10 menit)
5. Fasilitator menutup.

## VII. Uraian Materi

### A. Sistem kewaspadaan Dini dan KLB di lingkup internasional

Sistem kewaspadaan dini dan kejadian luar biasa merupakan diciptakan untuk mencegah penyebaran penyakit sedini mungkin. Di lingkup global, terdapat 3 pedoman utama terkait sistem kewaspadaan dini.

#### 1. International Health Regulation

International Health Regulation (IHR) merupakan instrumen hukum internasional yang mengikat 194 negara di dunia, termasuk semua negara anggota Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization / WHO), termasuk Indonesia. IHR ditetapkan pada tahun 2005 pada acara WHA (*World Health Assembly*) ke-58. IHR bertujuan untuk **mencegah, melindungi, mengendalikan, dan memberikan respons** terhadap penyebaran penyakit lintas negara dengan melakukan **tindakan-tindakan yang sesuai dalam lingkup risiko kesehatan masyarakat** yang dihadapi **tanpa menimbulkan gangguan yang berarti bagi lalu lintas dan perdagangan internasional**. Indonesia menjadi Negara Anggota IHR (2005) semenjak tahun 2007.

Pada dasarnya, IHR merupakan perjanjian internasional karena melalui 3 tahapan yakni perundingan, penandatanganan dan pengesahan dalam pembentukannya,

sehingga negara-negara yang setuju untuk bergabung wajib mematuhi. Negara-negara yang menyetujui IHR tersebut diharuskan untuk segera memberi tahu WHO apabila terdapat kejadian penyakit yang berat yang berpotensi untuk tersebar lintas negara yang disebut dengan kedaruratan kesehatan masyarakat yang meresahkan dunia atau KKM-MD (*public health emergency of international concern / PHEIC*).

Terdapat 4 (empat) kriteria keputusan yang digunakan untuk menilai kejadian kesehatan masyarakat:

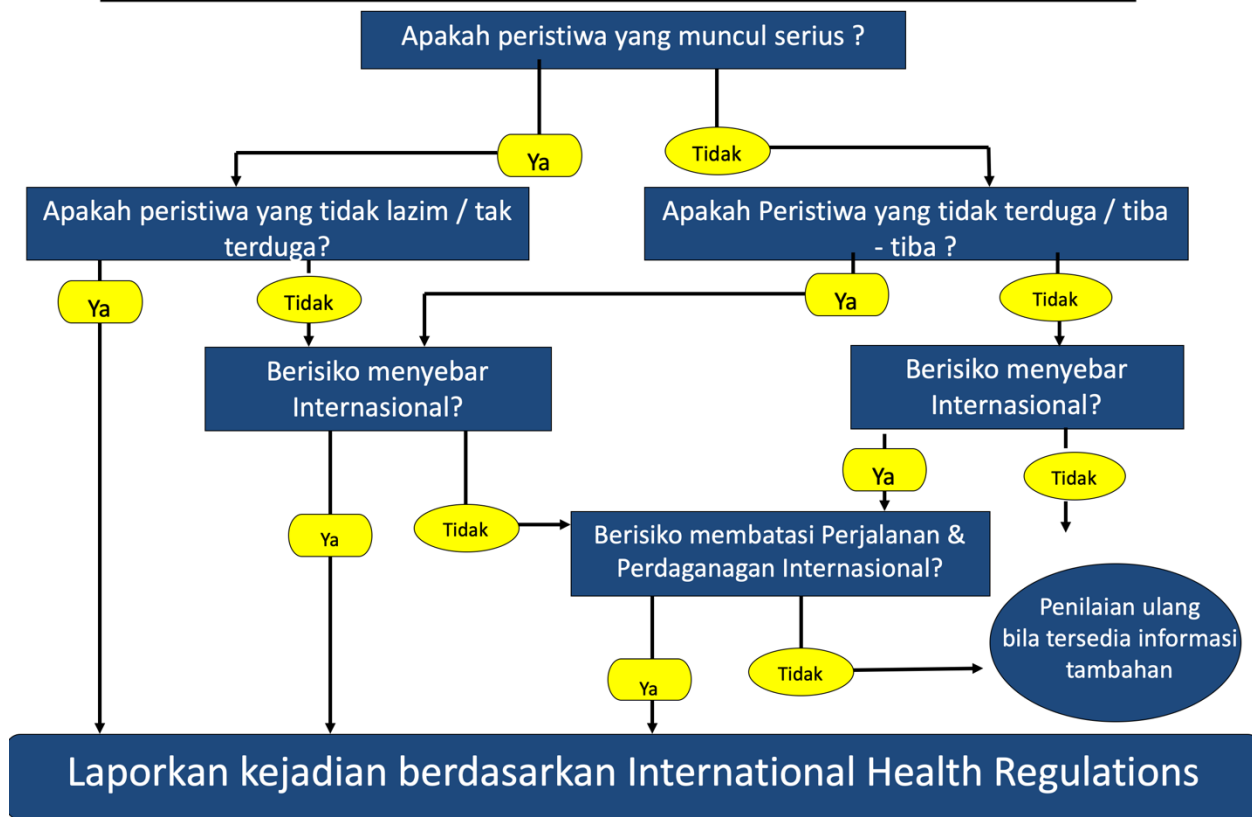
1. Apakah dampak kesehatan masyarakat dari peristiwa ini berpotensi serius?
2. Apakah peristiwa ini tidak lazim atau tidak terduga?
3. Apakah ada potensi penyebaran internasional?
4. Apakah ada potensi pembatasan perjalanan dan perdagangan?

Jika 2 dari 4 kriteria terpenuhi, negara-negara yang bergabung diwajibkan untuk melaporkan kepada WHO dalam waktu 24 jam.

Dalam algoritma IHR, 4 kasus berikut: penyakit cacar, poliomyelitis karena virus polio liar, influenza pada manusia yang disebabkan oleh sub-tipe virus baru, Severe acute respiratory syndrome (SARS), dianggap tidak lazim atau tidak terduga serta dapat memiliki dampak kesehatan masyarakat yang serius. Oleh karena itu, 4 kasus tersebut wajib dilaporkan kepada WHO dalam waktu 24 jam.

Pemberitahuan segera ini memungkinkan WHO untuk memandu respons global secara cepat yang terkoordinasi terhadap peristiwa semacam itu dan meminimalkan gangguan yang tidak perlu dalam lalu lintas atau perdagangan internasional. Dalam hal pelaporan ke WHO, negara pelapor tidak perlu mengetahui apa penyebab atau sumber wabah, karena fokus dari pelaporan adalah deteksi dini dan memungkinkan respons kesehatan masyarakat yang sesegera mungkin sebelum penyebaran lintas negara terjadi, atau setidaknya meminimalkan dampak global wabah. Yang berwenang untuk memutuskan apakah satu peristiwa termasuk KKM-MD adalah Direktorat Jenderal WHO.

## Peristiwa yang terdeteksi oleh sistem surveilans nasional



Gambar 1. Algoritma penilaian KKM-MD

*International Health Regulations (IHR)* mengamanatkan kepada setiap negara-negara anggota untuk memiliki Kapasitas Inti (*Core Capacity*) antara lain;

1. Legislasi dan Kebijakan,
2. Koordinasi,
3. Surveilans,
4. Kesiapsiagaan,
5. Respons,
6. Komunikasi Risiko,
7. Sumber Daya Manusia
8. Laboratorium.



Secara mendetil, terdapat 2 kelompok Kapasitas Inti Minimal, yaitu aspek-aspek yang perlu dipenuhi oleh suatu negara, meliputi:

1. Kapasitas Inti Kegiatan Surveilans dan Respons pada Otoritas Kesehatan Masyarakat

a. Tingkat Masyarakat / Pelayanan Kesehatan Primer

- i. **mendeteksi peristiwa**, meliputi penyakit atau kematian, yang terjadi di atas level yang diharapkan dalam waktu dan tempat tertentu di semua wilayah dari negara yang bergabung; dan
- ii. segera **melaporkan** semua informasi penting yang tersedia ke fasilitas pelayanan kesehatan yang berwenang. Di tingkat masyarakat, peristiwa harus dilaporkan ke fasilitas pelayanan kesehatan setempat atau petugas kesehatan yang berwenang (misalnya: Puskesmas, petugas surveilans Puskesmas). Sedangkan di tingkat Pelayanan Kesehatan Primer, peristiwa perlu dilaporkan kepada otoritas kesehatan masyarakat tingkat menengah (Dinas Kesehatan Provinsi / Kabupaten / Kota) atau tingkat pusat. Adapun informasi utama yang perlu dicantumkan sekurang-kurangnya meliputi hal-hal berikut: deskripsi klinis, hasil laboratorium, sumber dan jenis risiko, jumlah kasus dan kematian manusia, kondisi yang mempengaruhi penyebaran penyakit dan tindakan kesehatan yang dilakukan; dan
- iii. segera menerapkan **penanggulangan pendahuluan**.

b. Tingkat Menengah (Provinsi, Kabupaten/Kota)

- i. **mengkonfirmasi status** dari peristiwa dilaporkan dan untuk mendukung atau menerapkan tindakan pengendalian tambahan;
- ii. **menilai** peristiwa dilaporkan dengan segera, dan, jika dianggap mendesak, melaporkan semua informasi penting ke tingkat nasional. Kriteria untuk peristiwa yang mendesak meliputi: dampak kesehatan masyarakat yang serius dan/atau tidak lazim atau tidak terduga dengan potensi penyebaran yang tinggi.

c. Tingkat Nasional

- i. Penilaian dan notifikasi

1. Menilai semua laporan peristiwa mendesak dalam waktu 48 jam; dan
2. Melakukan notifikasi kepada WHO melalui Focal Point IHR Nasional saat penilaian menunjukkan bahwa peristiwa tersebut perlu dilaporkan

ii. Respons Kesehatan Masyarakat

1. menentukan dengan cepat **tindakan pengendalian** yang diperlukan untuk mencegah penyebaran domestik dan internasional
2. memberikan **dukungan melalui staf yang ahli, analisis laboratorium** terhadap sampel (di dalam negeri atau melalui pusat-pusat kerja sama) dan **bantuan logistik** yang diperlukan (misalnya peralatan, suplai dan transportasi);
3. memberikan **bantuan on-site** sebagaimana diperlukan untuk melengkapi penyelidikan di tingkat lokal;
4. **memfasilitasi kontak operasional langsung dengan petugas kesehatan** di tingkat pusat dan pejabat lainnya untuk menyetujui dengan cepat dan menerapkan tindakan penahanan dan pengendalian;
5. memfasilitasi **kontak langsung dengan kementerian / Lembaga pemerintah** terkait lainnya;
6. memfasilitasi **kontak langsung dengan rumah sakit, klinik, bandara, pelabuhan, perbatasan, laboratorium, dan area utama lainnya** untuk diseminasi informasi dan rekomendasi yang diterima dari WHO mengenai peristiwa yang terjadi di negara-negara yang menyetujui IHR, menggunakan sarana komunikasi yang paling efisien yang tersedia
7. menetapkan, mengoperasikan dan memastikan keberlanjutan **rencana tanggap darurat kesehatan masyarakat di tingkat nasional**, termasuk pembentukan tim multidisiplin/multisektoral untuk menanggapi peristiwa yang mungkin merupakan PHEIC; dan

8. memastikan **ketersediaan hal-hal tersebut di atas 24 jam** dalam sehari.

2. Kapasitas Inti Bandara, Pelabuhan, dan Perbatasan yang ditentukan

a. Kapasitas inti rutin

- i. menyediakan akses ke (i) layanan medis yang sesuai, termasuk fasilitas diagnostik yang ditempatkan sedemikian rupa sehingga memungkinkan penilaian dan perawatan yang cepat terhadap wisatawan yang sakit, dan (ii) staf, peralatan, dan tempat yang memadai;
- ii. menyediakan akses ke peralatan dan personel untuk pengangkutan wisatawan yang sakit ke fasilitas medis yang sesuai;
- iii. menyediakan personel terlatih untuk pemeriksaan alat angkut;
- iv. memastikan lingkungan yang aman bagi wisatawan yang menggunakan fasilitas di titik masuk, termasuk persediaan air minum, tempat makan, fasilitas katering penerbangan, toilet umum, layanan pembuangan limbah padat dan cair yang sesuai, dan area potensi berisiko lainnya, dengan melakukan inspeksi yang relevan;
- v. menyediakan program dan personel terlatih se-efektif mungkin untuk pengendalian vektor dan reservoir di dalam dan di dekat titik masuk.

b. Kapasitas inti dalam kedaruratan PHEIC

- i. memberikan **respons terhadap kedaruratan** kesehatan masyarakat yang tepat dengan menetapkan dan memastikan keberlangsungan rencana kontingensi, meliputi penunjukan koordinator dan *contact point* di titik masuk yang relevan, serta di otoritas kesehatan masyarakat dan lembaga terkait lainnya;
- ii. menyelenggarakan penilaian dan perawatan bagi wisatawan atau hewan yang terdampak dengan **mengkoordinasikan fasilitas medis dan veteriner setempat** untuk isolasi, perawatan dan layanan dukungan lainnya yang diperlukan;

- iii. menyediakan **ruang yang layak**, terpisah dari wisatawan lain, untuk mewawancarai suspek atau orang yang terdampak;
- iv. menyelenggarakan **penilaian dan karantina** wisatawan yang menjadi suspek, sedapat mungkin di fasilitas yang jauh dari titik masuk;
- v. **menerapkan langkah-langkah yang direkomendasikan** untuk pembasmian *insect*, menghilangkan racun, mendisinfeksi, mendekontaminasi atau dengan cara lain memperlakukan bagasi, kargo, peti kemas, alat angkut, barang atau paket pos termasuk, bila sesuai, di lokasi yang khusus ditunjuk dan dilengkapi untuk tujuan ini;
- vi. menerapkan **kontrol masuk atau keluar** untuk wisatawan yang tiba dan berangkat; dan
- vii. **menyediakan akses ke peralatan khusus** yang ditentukan, dan personel terlatih yang dilengkapi dengan alat perlindungan diri yang sesuai, untuk memindahkan wisatawan yang mungkin terinfeksi atau terkontaminasi.

Dengan memenuhi kapasitas inti tersebut, diharapkan setiap negara dapat membangun sistem kewaspadaan dini nasional yang efektif.

## 2. GHSA (Global Health Security Agenda)

Global Health Security Agenda (GHSA) merupakan inisiatif global yang diluncurkan pada 2014 berupa forum kerjasama antar negara yang bersifat terbuka dan sukarela. Yang melatarbelakangi lahirnya GHSA adalah kecenderungan peningkatan terjadinya ancaman kesehatan global sejak *outbreak* SARS di Asia pada tahun 2003, antara lain: flu burung/avian influenza (H5N1) tahun 2004, flu babi/swine influenza (H1N1) tahun 2009 (dideklarasikan WHO sebagai pandemi pertama kalinya di abad ke21), Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) tahun 2012- 2013, Ebola tahun 2014, Zika tahun 2015, dan SARS-Cov-2 (Covid-19) di tahun 2020-2021. Untuk meningkatkan pencegahan penyebaran penyakit lintas negara yang lebih solid, perlu mendukung negara-negara yang menyetujui IHR untuk dapat melaksanakan IHR secara penuh.

GHSA bertujuan untuk memperkuat kapasitas negara-negara dalam penanganan ancaman penyakit menular dan kesehatan global. GHSA melibatkan *multi-stakeholders*, bersifat multi-sektoral serta di dukung badan-badan dunia di bawah PBB, antara lain: *World Health Organisation (WHO)*, *Food and Agriculture Organisation (FAO)*, dan *World Organisation for Animal Health (OIE)*. Saat ini terdapat lebih dari 70 negara, organisasi internasional, organisasi non-pemerintah, dan perusahaan sektor swasta yang tergabung dalam GHSA. Awalnya GHSA hanya ditetapkan untuk dilaksanakan selama 5 tahun (2014-2019), tetapi Deklarasi Kampala memandatkan GHSA untuk dilanjutkan sampai dengan 2024 dengan mengusung Framework GHSA 2024 sebagai pedoman utama pelaksanaannya.

GHSA mengusung visi “Dunia yang aman dan terlindungi dari ancaman kesehatan global yang ditimbulkan oleh penyakit menular, baik yang alami, disengaja, atau tidak disengaja”. Untuk mewujudkan visi tersebut, GHSA 2024 akan memfasilitasi integrasi multisektoral dan multistakeholder yang efektif untuk mencapai hasil yang berkelanjutan dan terukur menuju target bersama untuk keamanan kesehatan global. GHSA memiliki prinsip inti: Kepemilikan negara, Inklusivitas, Efektivitas biaya, Tanggung jawab bersama, Transparansi, Multisektoral, Kemajuan dan dampak yang terukur, Keberlanjutan, Kemitraan, dan Proaktif.

Anggota GHSA diharapkan diharapkan menunjukkan komitmen nyata untuk meningkatkan keamanan kesehatan global melalui tindakan di tingkat nasional, regional, dan/atau global, serta berkolaborasi dengan actor kebijakan lainnya. Komitmen nyata ini dapat meliputi:

- memimpin atau berpartisipasi dalam Gugus Tugas dan/atau kelompok kerja Paket Aksi;
- melakukan, dan/atau mempublikasikan penilaian keamanan kesehatan dan/atau Rencana Aksi Nasional untuk Keamanan Kesehatan
- mendukung peningkatan kapasitas keamanan kesehatan secara nasional atau di negara mitra, melalui pembiayaan, bantuan teknis, penelitian, advokasi atau kegiatan lainnya; dan

- memimpin upaya kolaboratif regional atau lainnya yang memajukan keamanan kesehatan global.

Keterlibatan anggota GHSA dalam menunjukkan komitmen, melakukan pelaporan, dan partisipasi dalam struktur GHSA (misalnya: Gugus Tugas atau *task force* dan kelompok kerja Paket Aksi atau *action package*), dan pertemuan-pertemuan sangat penting untuk pencapaian tujuan GHSA. Indonesia sendiri termasuk salah satu negara yang aktif berkontribusi dalam GHSA, diantaranya menjadi anggota Tim Pengarah (Steering Group) bersama 9 negara lainnya, anggota Troika (2014-2018), menjadi negara *leading* untuk *zoonotic disease action package* dan negara *contributing* untuk *action package antimicrobial resistance, biosafety and biosecurity*, dan *real-time surveillance*. Indonesia juga menjadi Ketua Tim Pengarah GHSA pada tahun 2016.

Seperti yang telah disebutkan di atas, keterlibatan dalam Paket Aksi merupakan salah satu komitmen nyata yang dilakukan oleh negara mitra GHSA. Tujuan dari Paket Aksi adalah untuk memfasilitasi kolaborasi regional dan global dalam rangka memenuhi saasaran GHSA. Adanya kelompok kerja Paket Aksi diharapkan memfokuskan diskusi internasional pada aksi-aksi yang spesifik dan terkoordinasi; memformulasikan strategi terukur yang dapat diadopsi oleh negara-negara mitra untuk mempercepat, memantau dan melaporkan kemajuan GHSA; dan menyediakan mekanisme di mana negara dapat membuat komitmen khusus dan mengambil peran kepemimpinan di GHSA.

Secara teknis, terdapat 11 paket aksi yang menjadi prioritas GHSA, yaitu 1) Penanggulangan resistensi antimikroba (Anti Microbial Resistance / AMR); 2) Pengendalian penyakit Zoonotik; 3) Biosafety dan Biosecurity; 4) Imunisasi; 5) Penguatan Sistem Laboratorium Nasional; 6) Surveilans; 7) Pelaporan; 8) Penguatan SDM; 9) Penguatan pusat penanganan kegawatdaruratan; 10) kerangka hukum dan respons cepat multisektoral; dan 11) mobilisasi bantuan dan tenaga medis.

Salah satu kontribusi GHSA pada peningkatan kewaspadaan pada peristiwa PHEIC yaitu dengan dibentuknya *Joint External Evaluation* (JEE). Joint External Evaluation (JEE) adalah sebuah koordinasi sukarela, kolaboratif, multisektoral untuk menilai core

capacities (kapasitas inti) suatu negara dalam rangka mencegah, mendeteksi, dan respon cepat terhadap risiko kesehatan masyarakat. Sampai dengan tahun 2015, penilaian IHR hanya menggunakan *self-assessment*, yang memungkinkan adanya penilaian yang tidak obyektif. Dalam hal ini, GHSA pada tahun 2015 menyusun *Country Assessment Tool* yang merupakan penilaian terhadap kapasitas dalam 11 Paket Aksi dengan melibatkan tidak hanya *internal assessor* tetapi juga *external assessor*. *Assessment tool* dimaksud kemudian diadopsi oleh WHO menjadi JEE pada tahun 2016, yang merupakan gabungan dari 8 kapasitas inti IHR dan 11 Action Package GHSA. Dengan adanya JEE, negara-negara mitra GHSA mengidentifikasi hal-hal kritis dan darurat dalam sistem kesehatan untuk menentukan prioritas dalam membuat suatu sistem kewaspadaan dan respon.

Pada bulan November 2017, dilaksanakan Joint External Evaluation (JEE) oleh tim eksternal WHO untuk menilai kapasitas inti Indonesia dalam mencegah, mendeteksi dan merespons ancaman kesehatan masyarakat sesuai IHR (2005). Sebagai salah satu rekomendasi JEE, terbitlah Instruksi Presiden Nomor 4/2019 tentang Peningkatan Kemampuan dalam Mencegah, Mendeteksi, dan Merespons Wabah Penyakit, Pandemi Global, dan Kedaruratan Nuklir, Biologi, dan Kimia. Adanya Inpres ini melibatkan berbagai Kementerian / Lembaga di bawah koordinasi Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan dan Menteri Koordinator Bidang Politik, Hukum, dan Keamanan, serta Menteri Kesehatan sebagai Ketua Umum. Selain itu pemerintah Indonesia telah meluncurkan National Action Plan for Health Security (NAPHS) 2020-2024. Dengan adanya GHSA dan NAPHS, secara langsung maupun tidak langsung meningkatkan komitmen pemerintah pusat, termasuk dalam hal pendanaan, dalam mendukung elemen-elemen yang terlibat dalam sistem kewaspadaan dini dan KLB.

### **3. NAPHS (National Action Plan for Health Security)**

National Action Plan for Health Security (NAPHS) atau rencana aksi nasional ketahanan kesehatan bertujuan menyamakan pemahaman semua pemangku kepentingan dalam mencegah, mendeteksi dan merespon kedaruratan kesehatan masyarakat.

Visi dari NAPHS 2020 - 2024 adalah untuk mendukung secara aktif upaya global dalam mencegah, mendeteksi dan merespons potensi pandemi akibat agen biologi, kimia dan radio-nuklir. Untuk mencapai visi tersebut, perlu memperkuat kapasitas nasional dalam mencegah, mendeteksi dan merespons Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKM-MD) serta melakukan kerjasama dengan lembaga internasional dan organisasi masyarakat dalam menghadapi KKM-MD.

Dalam mendukung pencapaian visi dan implementasi visi, maka Indonesia perlu:

- a. Melaksanakan advokasi untuk menyamakan pemahaman semua pemangku kepentingan dalam mencegah, mendeteksi dan merespons kedaruratan kesehatan masyarakat
- b. Menyusun dokumen National Action Plan for Health Security (NAPHS) yang komprehensif
- c. Melakukan kerjasama dengan WHO, FAO, OIE, WB dan GHSA

Dalam NAPHS tercantum target-target pelaksanaan program yang menjadi prioritas dalam waktu 2020-2024 yang terbagi dalam Area Teknis atau *Technical Area* (TA). Beberapa TA yang berkaitan dengan lingkup pelatihan ini yakni penguatan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) berbasis aplikasi meliputi: *real-time surveillance*, dan *workforce development*.



**Tabel 1. Target, rekomendasi JEE, dan kegiatan prioritas di sub-nasional terkait sistem kewaspadaan dini dan KLB dalam NAPHS**

	Target	Rekomendasi JEE	Kegiatan Prioritas (terkait sub-nasional)
Real-time Surveillance	Memperkuat dasar dari sistem surveilans <i>indicator- and event-based</i> yang mampu mendeteksi kejadian penting bagi kesehatan masyarakat, kesehatan hewan, dan ketahanan kesehatan; peningkatan komunikasi dan kolaborasi lintas sektor dan antara tingkat otoritas terkait dengan surveilans kejadian-kejadian yang memiliki signifikansi kesehatan masyarakat; peningkatan kapasitas nasional dan provinsi/ kabupaten/ kota untuk menganalisis dan menghubungkan data dari dan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advokasi dan mendorong unit pemerintah daerah untuk berkomitmen dalam implementasi berkelanjutan dan pendanaan yang memadai untuk program pengawasan</li> <li>• Melatih staf kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten dan memberikan kursus pelatihan penyegaran, untuk memperkuat surveilans di sub-nasional, dan untuk membangun surveilans di daerah yang belum memiliki sistem (terutama untuk sektor satwa liar)</li> <li>• Membangun mekanisme untuk berbagi data surveilans antara</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan kapasitas untuk EWARS dan <i>Event-based</i> surveilans di tingkat provinsi (34 provinsi)</li> <li>• Meningkatkan kapasitas untuk EWARS di laboratorium dan rumah sakit</li> <li>• Advokasi pada pembuat kebijakan di provinsi</li> <li>• Kegiatan advokasi tentang kebijakan Emerging Infectious Disease (EID) di tingkat sub-nasional</li> <li>• Pengembangan laporan mingguan dan instrument Analisa risiko tentang EID</li> <li>• Meningkatkan kapasitas SDM dalam deteksi dan laporan melalui SIKHNAS di provinsi, dan kabupaten/kota</li> <li>• Meningkatkan kemampuan SDM dalam manajemen di provinsi dan kabupaten/kota</li> </ul>

	antara sistem surveilans real-time yang diperkuat,; dan kemajuan dalam memenuhi persyaratan kapasitas inti untuk surveilans sesuai dengan standar IHR dan OIE	sektor manusia dan hewan di tingkat nasional, yang kemudian dapat diadopsi di tingkat provinsi dan kabupaten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromic sureilans di Puskesmas/ sub-nasional untuk EID</li> </ul>
Workforce Development	<p>Negara anggota harus memiliki tenaga kesehatan yang terampil dan kompeten untuk surveilans dan respons kesehatan masyarakat yang berkelanjutan dan fungsional di semua tingkat sistem kesehatan dan implementasi IHR yang efektif (2005).</p> <p>Tenaga kerja termasuk dokter, kesehatan hewan atau dokter hewan, ahli biostatistik, ilmuwan laboratorium, profesional pertanian / peternakan, dengan target</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan posisi fungsional diisi dengan personel yang berkualifikasi yang telah dilatih dengan tepat</li> <li>• Memastikan bahwa tenaga kerja veteriner di tingkat lapangan cukup untuk melakukan inspeksi sebelum dan sesudah kematian di ruma jagal, dan kegiatan surveilans dan pengendalian kesehatan hewan, sesuai dengan standar internasional</li> <li>• Memberikan insentif yang sesuai bagi pekerja kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan kapasitas untuk Kepala Departemen mengenai epidemiologi terapan dalam pengambilan keputusan dan kurikulum pelatihan untuk Kepala Dinas Kesehatan</li> <li>• Pelatihan epidemiologi terapan dalam pelatihan mirip garis depan di FKTP</li> </ul>

	<p>optimal dari satu ahli epidemiologi lapangan terlatih (atau setara) per 200.000 populasi, yang secara sistematis dapat bekerja sama untuk memenuhi kompetensi inti IHR dan PVS yang relevan</p>	<p>manusia dan hewan untuk ditugaskan di pos tingkat lokal dan ke daerah-daerah terpencil</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Memperkuat hubungan dengan akademisi dan mitra internasional, untuk memastikan bahwa kualitas pelatihan epidemiologi yang diterapkan memenuhi standar global</li></ul>	
--	--	--	--

## B. Sistem Kewaspadaan Dini KLB di Indonesia

Di lingkup nasional, Sistem Kewaspadaan Dini KLB diatur dalam beberapa peraturan, yang isinya merupakan realisasi di lingkup nasional dari peraturan-peraturan yang tertulis dalam IHR, kegiatan-kegiatan utama terkait GHSA dan NAPHS. Beberapa peraturan nasional terkait yaitu:

1. Undang-undang No. 6 Tahun 1984 tentang wabah penyakit menular. Peraturan ini memberikan informasi mengenai definisi serta hal-hal yang perlu dilakukan terkait peristiwa wabah penyakit menular.
2. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Peraturan ini menjelaskan kewajiban dan wewenang pemerintah dalam menetapkan dan mengumumkan penyakit-penyakit yang berpotensi menular dalam waktu yang singkat, serta melakukan langkah-langkah yang diperlukan.
3. Undang-Undang No. 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan. Peraturan ini menjelaskan mengenai definisi, kegiatan, dan wewenang pemerintah serta pihak-pihak yang terkait dalam karantina untuk kepentingan kesehatan masyarakat.
4. Permenkes No. 949/Menkes/SK/VIII/ 2004 mengenai pedoman penyelenggaraan sistem kewaspadaan dini kejadian luar biasa (SKD-KLB). Peraturan ini memberikan informasi secara rinci mengenai definisi operasional, unit-unit yang terlibat, dan kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh masing-masing unit terkait SKD-KLB.
5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1501/Menkes/Per/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangan. Peraturan ini merinci jenis-jenis penyakit menular yang berpotensi menimbulkan wabah, serta upaya penanggulangannya yang melibatkan otoritas kesehatan dari semua tingkat.
6. Peraturan Menteri Kesehatan No. 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular. Peraturan ini mengatur mengenai tatalaksana penyakit menular.
7. Peraturan Pemerintah 2/2018 tentang standar pelayanan minimal. Dalam peraturan ini, dicantumkan bahwa pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kejadian luar biasa

provinsi termasuk salah satu pelayanan dasar yang dinilai dalam standar pelayanan minimal.

8. Instruksi Presiden 4/2019 tentang peningkatan kemampuan dalam mencegah, mendeteksi, dan merespons wabah penyakit, pandemic global, dan kedaruratan nuklir, biologi, dan kimia. Instruksi presiden ini memberikan arahan pihak-pihak mana saja di tingkat nasional dan sub-nasional yang berperan, serta peran dari masing-masing pihak dalam rangka meningkatkan kemampuan ketahanan nasional dalam menghadapi kedaruratan kesehatan masyarakat.
9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan. Peraturan ini merupakan dasar dari pelaksanaan surveilans kesehatan dan respons.

Berdasarkan permenkes 949/2004, Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya data meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, sedangkan wabah adalah berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka. Perbedaan utama wabah dan KLB yaitu wabah mencakup wilayah yang lebih luas, jumlah kasus yang lebih besar, waktu yang lebih lama, serta dampak yang lebih berat. Baik KLB maupun wabah penyakit tidak hanya dapat mengakibatkan terjadinya peningkatan kesakitan dan kematian yang tinggi, tetapi juga dampak pada pariwisata, ekonomi dan sosial. KLB merupakan gejala awal akan terjadinya wabah, oleh karena itu, penentuan KLB memegang peran penting sebagai langkah awal untuk mencegah terjadinya wabah. Penanganan KLB membutuhkan keterlibatan berbagai pihak. Kejadian KLB atau berpotensi KLB perlu dideteksi sedini mungkin diikuti oleh tindakan yang cepat dan tepat, sehingga dapat mencegah terjadinya dampak yang kesehatan maupun non-kesehatan yang besar.

Sistem Kewaspadaan Dini KLB merupakan kewaspadaan terhadap penyakit-penyakit berpotensi KLB beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya dengan

menerapkan teknologi surveilans epidemiologi dan dimanfaatkan untuk meningkatkan sikap tanggap kesiapsiagaan, upaya-upaya pencegahan dan tindakan penanggulangan kejadian luar biasa yang cepat dan tepat. Pihak-pihak yang terlibat dalam SKD-KLB yaitu Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, Kantor Kesehatan Pelabuhan, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium, Klinik dan Masyarakat. Untuk semua unit tersebut, kecuali masyarakat, wajib menyelenggarakan SKD-KLB dengan membentuk unit pelaksana yang bersifat fungsional atau struktural.

Kegiatan operasional SKD-KLB berbeda-beda pada masing-masing otoritas kesehatan masyarakat. Namun, secara umum, inti kegiatan operasional ini meliputi kajian epidemiologi, peringatan kewaspadaan dini KLB, dan peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan sarana kesehatan pemerintah dan masyarakat terhadap kemungkinan terjadinya KLB. Uraian berikut menggambarkan tugas dan wewenang dari masing-masing otoritas kesehatan dan pihak yang terlibat dalam SKD-KLB.

### **1. Masyarakat**

Masyarakat merupakan titik awal yang penting dalam pendeteksian terjadinya KLB, karena mereka-lah yang dapat mengetahui adanya kasus suspek, terutama apabila kasus tersebut tidak berkunjung ke fasilitas kesehatan. Masyarakat diharapkan untuk memiliki kesiapsiagaan menghadapi KLB hal identifikasi penderita, melaporkan adanya dugaan KLB ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau Puskesmas setempat, melaksanakan tatalaksana awal apabila menemukan kasus, serta upaya pencegahan penularan lebih luas. Masyarakat juga diharapkan dapat berperan dalam memantau perkembangan penyakit berpotensi KLB.

## MASYARAKAT

### Kewaspadaan dan Kesiapsiagaan terhadap KLB

- 1) Peningkatan pemantauan perubahan kondisi rentan KLB
- 2) Peningkatan pemantauan perkembangan penyakit berpotensi KLB, dan melaporkan dugaan KLB ke Dinkes Kabupaten/Kota atau Puskesmas setempat
- 3) Melaksanakan penyuluhan kewaspadaan KLB di masyarakat
- 4) Kesiapsiagaan menghadapi KLB, terutama identifikasi penderita, pengenalan tatalaksana kasus dan rujukan, pencegahan dan perbaikan kondisi rentan

*Gambar 2. Peran Masyarakat dalam Sistem Kewaspadaan Dini KLB*

## 2. Klinik

Klinik berperan dalam kewaspadaan dan kesiapsiagaan terhadap KLB dalam hal melaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau Puskesmas setempat apabila menemukan penyakit berpotensi KLB dari pasien yang berobat, turut memantau perubahan kondisi rentan KLB dan mendorong kewaspadaan KLB di tengah-tengah masyarakat.

## KLINIK

### Kewaspadaan dan Kesiapsiagaan terhadap KLB

- 1) Pemantauan perkembangan penyakit berpotensi KLB dari pasien, serta melaporkan adanya dugaan KLB ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau Puskesmas setempat
- 2) Melaksanakan penyuluhan dan mendorong kewaspadaan KLB di Klinik dan masyarakat.
- 3) Menyiapkan tenaga, obat-obatan, laboratorium, tempat perawatan

*Gambar 3. Peran Klinik dalam Sistem Kewaspadaan Dini KLB*

### 3. Laboratorium

Sama halnya dengan klinik, laboratorium berperan dalam kesiapsiagaan terhadap KLB dengan melaporkan adanya penyakit berpotensi KLB ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tertentu berdasarkan hasil spesimen yang diperiksa. Selain itu, laboratorium juga berperan dalam melakukan kajian epidemiologi dengan mengumpulkan dan mengolah data pemeriksaan laboratorium dari penyakit berpotensi KLB, serta sesegera mungkin memberikan peringatan kewaspadaan dini KLB kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terkait. Laboratorium juga diharapkan untuk meningkatkan kegiatan surveilans untuk deteksi dini serta melakukan penyelidikan lebih luas terhadap dugaan adanya KLB di lingkungan laboratorium. Tugas dari laboratorium yang lain yaitu melaksanakan penyuluhan, dan menyiapkan tim penyelidikan KLB di laboratorium sebagai bagian dari tim penyelidikan dan penanggulangan KLB Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.



### 4. Rumah Sakit

Rumah sakit berperan dalam mengumpulkan dan mengolah data kesakitan dan kematian penyakit berpotensi KLB di lingkup rumah sakit, melakukan kajian epidemiologi serta kajian kemampuan rumah sakit dalam melaksanakan SKD-KLB. Rumah sakit perlu



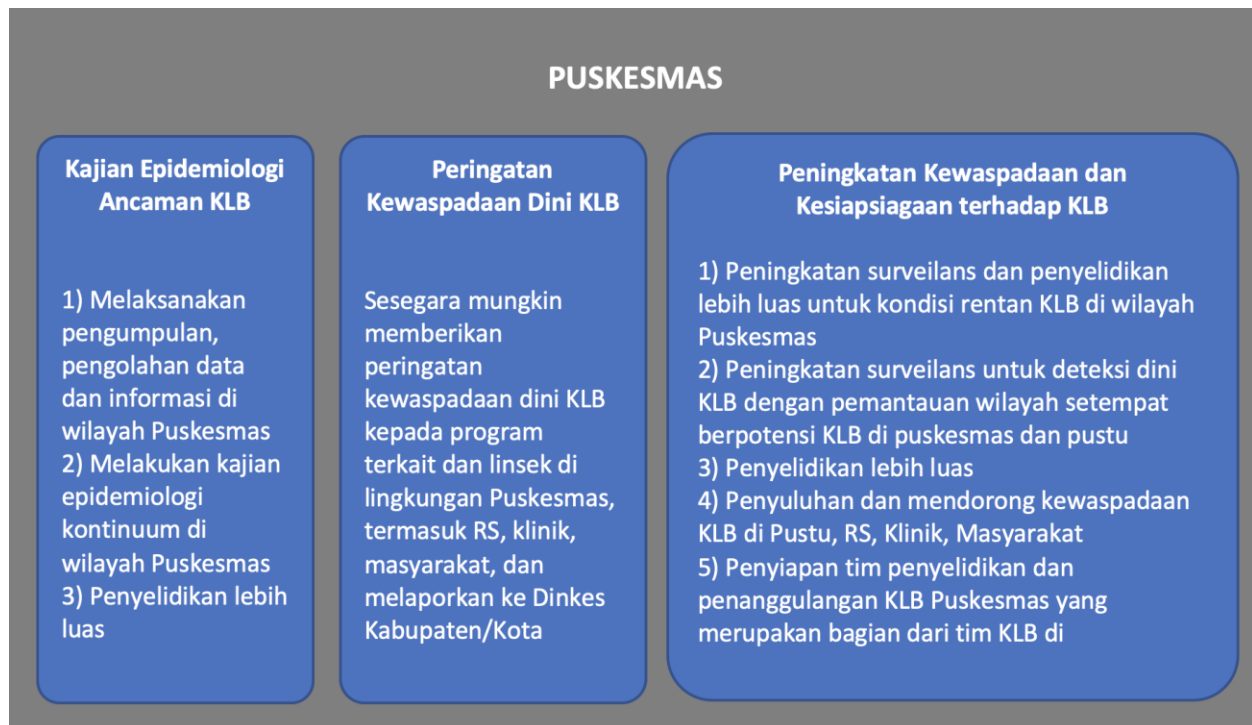
melapor sesegera mungkin ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota apabila ada dugaan KLB. Rumah sakit juga bertanggung jawab untuk menyuluh dan mendorong kewaspadaan petugas dan pengunjung tentang adanya KLB. Dalam kesiapsiagaan menghadapi KLB, Rumah Sakit bertanggung jawab menyiapkan tim penyelidikan yang merupakan bagian dari tim Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.



*Gambar 4. Peran Rumah Sakit dalam Sistem Kewaspadaan Dini KLB*

## 5. Puskesmas

Tugas Puskesmas identik dengan rumah sakit, hanya saja Puskesmas melakukan pengumpulan, pengolahan, penyelidikan lebih luas di wilayah cakupannya, meliputi dari puskesmas pembantu, klinik, dan masyarakat. Adanya dugaan KLB tersebut kemudian perlu dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, kemudian ke Rumah Sakit, klinik, masyarakat, serta sektor terkait di wilayah cakupan Puskesmas. Sama halnya dengan laboratorium dan Rumah Sakit, Puskesmas bertanggung jawab menyiapkan tim penyelidikan yang merupakan bagian dari tim penyelidikan dan penanggulangan KLB Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

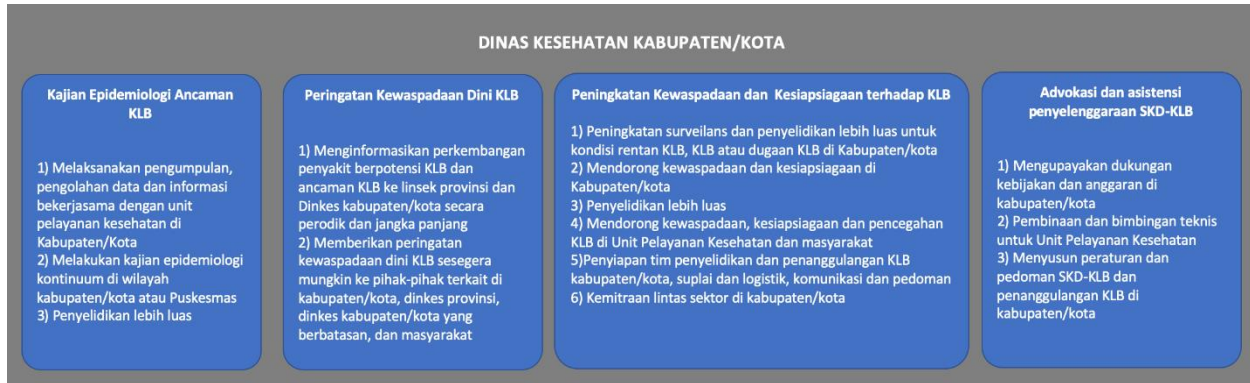


*Gambar 5. Peran Puskesmas dalam Sistem Kewaspadaan Dini KLB*

## 6. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengumpulkan dan mengolah data dan informasi penyakit berpotensi KLB dan kondisi rentan KLB dari Puskesmas, Rumah Sakit, dan Laboratorium, Klinik, Kantor Kesehatan Pelabuhan (bila terdapat di wilayahnya), serta masyarakat di wilayahnya. Dalam hal adanya penyakit berpotensi KLB, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu memberikan peringatan kewaspadaan dini sesegera mungkin kepada program terkait di lingkup Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sektor terkait, unit-unit pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang berbatasan, dan masyarakat. Permenkes 1501/2010 lebih lanjut menguraikan bahwa kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berwenang menetapkan daerah dalam keadaan KLB. Pendanaan untuk kegiatan terkait penanggulangan KLB dibebankan pada anggaran pemerintah daerah, namun apabila tidak sanggup, dapat mengajukan permintaan bantuan kepada pemerintah pusat atau pemerintah daerah lainnya. Di

samping 3 fungsi utama yang sama dengan Puskesmas, Rumah Sakit, dan Laboratorium, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan advokasi kepada pihak-pihak terkait di Kabupaten/Kota dan memberikan bimbingan teknis penyelenggaraan SKD-KLB di unit-unit pelayanan kesehatan di bawahnya.



Gambar 6. Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Sistem Kewaspadaan Dini KLB

## 7. Dinas Kesehatan Provinsi

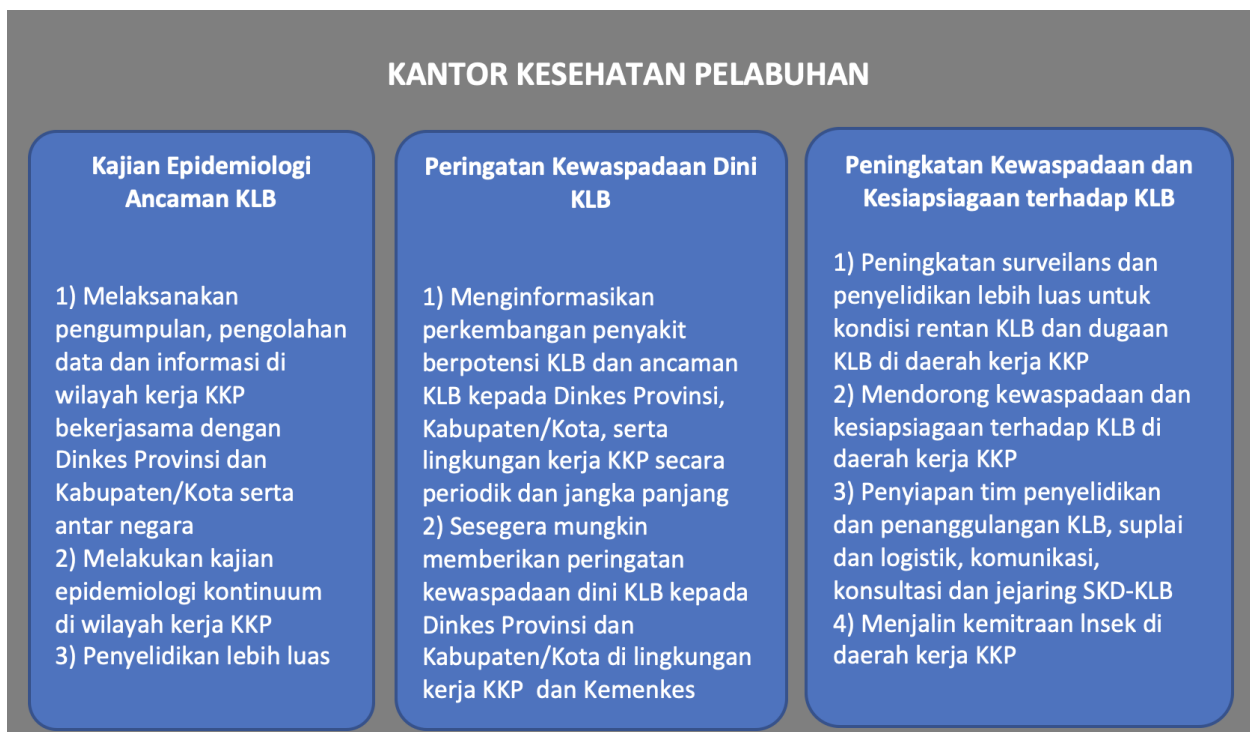
Dinas Kesehatan Provinsi memiliki peran yang serupa dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota hanya berbeda lingkup wilayah. Dinas Kesehatan Provinsi melaporkan informasi penyakit berpotensi KLB kepada Kementerian Kesehatan. Dalam hal Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tidak menetapkan daerah dalam keadaan KLB, Dinas Kesehatan Provinsi dapat menetapkan hal tersebut.



Gambar 7. Peran Dinas Kesehatan Provinsi dalam Sistem Kewaspadaan Dini KLB

## 8. Kantor Kesehatan Pelabuhan

Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) berperan mengumpulkan dan mengolah data dan informasi penyakit berpotensi KLB dan kondisi rentan KLB di wilayah kerjanya dengan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dalam hal terjadi ancaman KLB, KKP perlu melaporkan sesegera mungkin kepada Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, serta Kementerian Kesehatan. KKP juga berperan dalam menyuapkan tim penyelidikan dan penanggulangan KLB, cadangan obat, sarana penunjang penyelidikan dan penanggulangan KLB, penyediaan media komunikasi dan konsultasi, serta jejaring SKD-KLB.



Gambar 8. Peran Kantor Kesehatan Pelabuhan dalam Sistem Kewaspadaan Dini KLB

## 9. Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan memegang kewenangan puncak dalam penyelenggaraan SKD-KLB di Indonesia. Di samping fungsi-fungsi utama yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kementerian Kesehatan juga berperan dalam mengembangkan teknologi terkait SKD-KLB, menentukan peraturan perundangan di tingkat nasional, serta mengembangkan SKD-KLB Darurat. Dalam hal

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ataupun Dinas Kesehatan Provinsi tidak menetapkan wilayahnya dalam keadaan KLB, Kemenkes berwenang menetapkan hal tersebut.



Gambar 9. Peran Kementerian Kesehatan dalam Sistem Kewaspadaan Dini KLB

## VIII. Rangkuman

Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) berfungsi mendeteksi adanya peristiwa rentan KLB dan KLB itu sendiri. Sistem ini dibangun guna memenuhi kapasitas minimal dalam memenuhi IHR. Sesuai yang digariskan di IHR, SKD-KLB melibatkan Kementerian Kesehatan di tingkat nasional, KKP, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di tingkat menengah, serta Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium, Klinik, dan masyarakat di tingkat masyarakat dan pelayanan primer. Masing-masing memiliki peran tersendiri dalam SKD-KLB.

## IX. Referensi

- International Health Regulation 2005
- Global Health Security Agenda Framework 2024
- National Action Plan of Health Security 2020-2024
- Permenkes 949/Menkes/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan SDK-KLB
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 1501/Menkes/Per/X/2010