



PEDOMAN KERJA PUSKESMAS KLASTER IV PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR DAN KESEHATAN LINGKUNGAN

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
2024

ISBN

Kata Pengantar Menteri Kesehatan

2

Indonesia Emas 2045 adalah visi besar yang menekankan pada pembangunan berkelanjutan, kesejahteraan masyarakat, dan kualitas hidup yang lebih baik. Dalam konteks kesehatan, fokus utama adalah memastikan akses layanan kesehatan berkualitas bagi seluruh Masyarakat. Dalam rangka mendukung visi Indonesia Emas 2045, Kementerian Kesehatan mempersembahkan **Pedoman Kerja Puskesmas**.

Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer saat ini menjadi bagian penting dan paling dekat di masyarakat dimana fokus kita adalah menjaga orang tetap sehat, bukan mengobati orang yang sakit. Dengan Kesehatan yang terjaga, maka masyarakat akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan produktif.

Peran puskesmas menjadi sangat penting dalam mencegah permasalahan kesehatan dengan tanggung jawab untuk menggerakkan masyarakat dalam menjaga dan mempertahankan kesehatan mereka, serta melakukan pencegahan penyakit melalui skrining dini dan cakupan imunisasi yang lebih baik. Dengan demikian, Puskesmas menjadi garda terdepan dalam mencegah dan mengurangi beban penyakit di tengah masyarakat.

Pada bulan Agustus 2023, Kementerian Kesehatan secara resmi meluncurkan program Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP). Program ini menyasar bahwa transformasi kesehatan dapat dilaksanakan dengan lebih cepat dan efektif. Melalui integrasi ini, seluruh Puskesmas diharapkan mampu meningkatkan layanan kesehatan yang lebih terkoordinasi, komprehensif, dan berfokus pada kebutuhan masyarakat.

Pedoman ini disusun sebagai acuan praktis bagi seluruh petugas kesehatan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu. Dengan adanya pedoman ini, diharapkan semua pihak dapat melaksanakan tugasnya dengan lebih terarah dan efisien dalam mengedepankan pelayanan yang berkualitas, terintegrasi, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Saya berharap buku ini dapat menjadi penyemangat bagi semua petugas di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu di semua wilayah baik desa, kota, perbatasan, maupun pegunungan.

Sebagai penutup, mari kita ingat bahwa setiap halaman dalam buku pedoman ini merupakan langkah kita bersama dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Terima kasih atas dedikasi dan kerja keras semua pihak. Mari kita wujudkan pelayanan kesehatan yang lebih baik demi Indonesia yang lebih sehat.

Jakarta, Oktober 2024

Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Budi Gunadi Sadikin



Budi Gunadi Sadikin
Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Kata Pengantar

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga **Pedoman Kerja Puskesmas** dapat terselesaikan. Pedoman ini digunakan sebagai panduan bagi Puskesmas dalam mengimplementasikan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.

Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) merupakan upaya untuk menata dan mengoordinasikan berbagai pelayanan kesehatan primer dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan berdasarkan siklus hidup bagi perseorangan, keluarga dan masyarakat. ILP bertujuan untuk mendekatkan akses dan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif pada setiap fase kehidupan secara komprehensif dan berkualitas bagi Masyarakat.

Pedoman Kerja ini diharapkan dapat mempermudah Puskesmas melaksanakan tugas dan fungsinya memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat. Pedoman ini terdiri dari lima buku berdasarkan Tata kelola Pelayanan Kesehatan primer di Puskesmas yang diselenggarakan secara terintegrasi melalui sistem klaster, yaitu:

1. Buku 1: Manajemen Puskesmas;
2. Buku 2: Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak;
3. Buku 3: Pelayanan Kesehatan Usia Dewasa dan Lansia;
4. Buku 4: Penanggulangan Penyakit Menular dan Kesehatan Lingkungan;
5. Buku 5: Lintas Klaster.

Akhir kata, ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini dan dapat diterapkan sesuai tujuan penyusunannya.

Jakarta, Oktober 2024

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

dr. Maria Endang Sumiwi, MPH



dr. Maria Endang Sumiwi, MPH
Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat



DAFTAR ISI

Bab P – Penanggulangan Penyakit Menular

1. [Surveilans](#)
 - a. [Surveilans Kewaspadaan Dini - KLB](#)
 - b. [Penyelidikan dan penanggulangan](#)
 - c. [Surveilans Eliminasi dan Eradikasi](#)
2. Penyakit Menular Langsung
 - a. [TBC](#)
 - b. [Frambusia](#)
 - c. [Kusta](#)
 - d. [HIV](#)
 - e. [Diare](#)
 - f. [Hepatitis](#)
 - g. [COVID-19](#)

Bab P – Penanggulangan Penyakit Menular

3. PD3I
 - a. [Campak](#)
 - b. [Polio](#)
 - c. [Difteri](#)
 - d. [Tetanus](#)
4. Penyakit Tular Vektor
 - a. [DBD](#)
 - b. [Malaria](#)
 - c. [Filariasis](#)
5. Binatang Tular Penyakit
 - a. [Rabies](#)
 - b. [Antraks](#)
 - c. [Leptospirosis](#)



DAFTAR ISI

Bab Q – Kesehatan Lingkungan

1. Ruang lingkup Penyelenggaraan Penyehatan Lingkungan
2. Peran Tenaga dalam Pengawasan Lingkungan
3. Penyehatan Lingkungan
 - a) Alur Kerja Penyehatan Lingkungan
 - b) Lingkungan dan Media Lingkungan
 - c) Pendataan Lingkungan
 - d) Pengawasan Lingkungan Oleh Puskesmas
 - e) Langkah – langkah pengawasan Lingkungan
 - 1) Analisa risiko
 - 2) Perlindungan lingkungan/media lingkungan
 - 3) Perlindungan kesehatan masyarakat
 - 4) Peningkatan kualitas lingkungan
 - 5) Pengelolaan limbah
 - 6) Pengendalian vector dan BPP

Bab Q – Kesehatan Lingkungan

3. Upaya Penyehatan pada setiap media lingkungan
 - a) Upaya penyehatan air
 - b) Upaya penyehatan udara
 - c) Upaya penyehatan tanah
 - d) Upaya penyehatan pangan
 - e) Upaya penyehatan sarana & bangunan
 - f) Pengendalian vektor
4. Upaya Penyehatan per Media Lingkungan
 - a) Pengawasan TFU
 - b) Pengawasan TPP
5. STBM
6. Limbah
7. Konseling
 - a) Kegiatan pelayanan kesehatan lingkungan puskesmas
 - b) Langkah – langkah konseling per penyakit (Bagan konseling)



DAFTAR ISI

Bab S - PWS

1. [Konsep](#)
2. [Penyakit Menular](#)
 - a) [Penyakit Menular Langsung](#)
 - a. [TBC](#)
 - b. [Frambusia](#)
 - c. [Kusta](#)
 - d. [HIV](#)
 - e. [Diare dan penyakit perut lainnya](#)
 - f. [Hepatitis](#)
 - g. [COVID-19](#)
 - b) [PD3I](#)
 - a. [Campak](#)
 - b. [Polio](#)
 - c. [Difteri](#)
 - d. [Tetanus](#)

Bab R – PWS

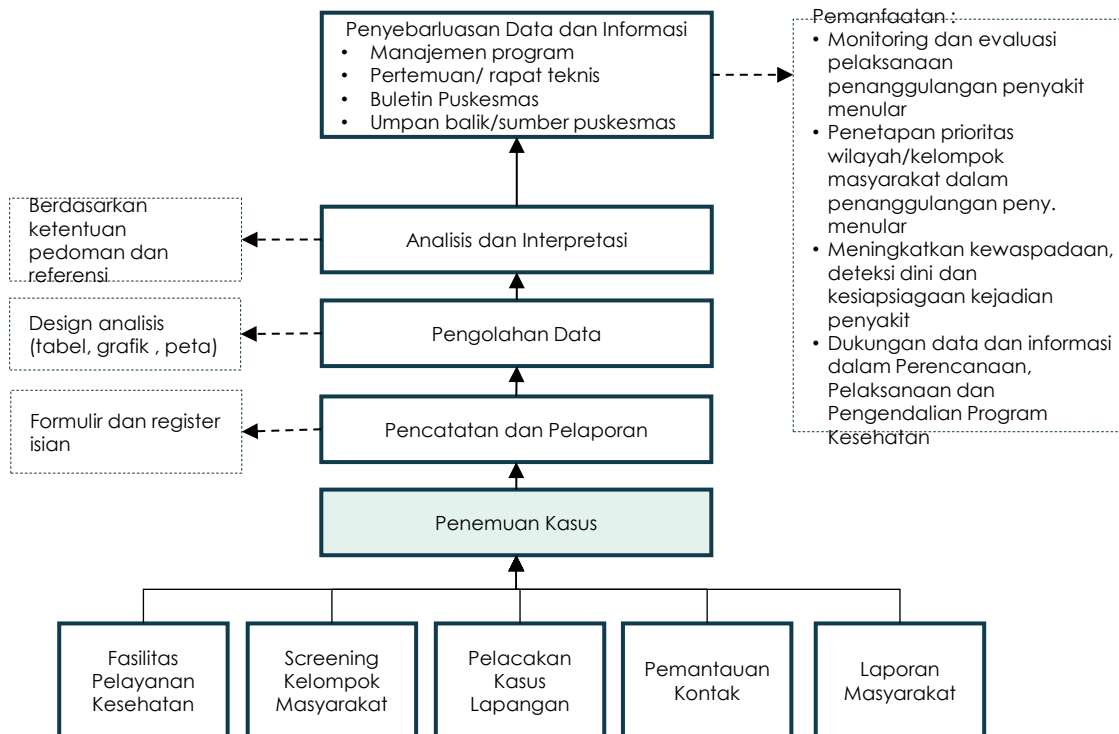
2. [Penyakit Menular](#)
 - c) [Vektor](#)
 - a. [DBD](#)
 - b. [Malaria](#)
 - c. [Filariasis](#)
 - d) [Binatang Tular Penyakit](#)
 - a. [Rabies](#)
 - b. [Antraks](#)
 - c. [Leptospirosis](#)
3. [Kesehatan Lingkungan](#)

[Bab R – Perencanaan Kegiatan Lapangan](#)



Surveilans Kesehatan

Bisnis Proses Surveilans



Definisi
merupakan kegiatan **pengamatan** secara **sistematis dan terus menerus** terhadap kejadian penyakit dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penyebaran penyakit agar dapat **digunakan untuk meningkatkan kewaspadaan dan deteksi dini** KLB penyakit menular dan **menyediakan data dan informasi** untuk mendukung **upaya penanggulangan** penyakit yang efektif dan efisien.

Ruang lingkup
Tentang proses bisnis (konsep dan tahapan pelaksanaan) kegiatan surveilans kesehatan



Please click for detailed information : [Surveilans Kesehatan](#)



Tujuan Surveilans Penyakit Menular

1. Memperoleh data dan informasi perkembangan dan sebaran kejadian penyakit menular di wilayah Puskesmas tahunan
 - a. Perkembangan jumlah dan angka kesakitan penyakit menular di wilayah Puskesmas menurut tahun penemuan
 - b. Perkembangan jumlah dan angka kesakitan penyakit menular di Puskesmas menurut wilayah dan tahun penemuan (wilayah - kelurahan, RW, RT sesuai dengan kondisi geografi, demografi dan kebutuhan surveilans di masing-masing Puskesmas)
 - c. Perkembangan jumlah dan angka kesakitan penyakit menular di Puskesmas menurut golongan umur dan tahun penemuan (golongan umur - <1 tahun, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 15-24 tahun, 25-44 tahun, 45 tahun/lebih).
 - d. Perkembangan jumlah dan angka kesakitan penyakit menular di Puskesmas menurut jenis kelamin dan tahun penemuan (jenis kelamin - laki-laki dan Perempuan)
 - e. Perkembangan jumlah dan angka kesakitan penyakit menu menular di Puskesmas menurut faktor risiko tertentu dan tahun penemuan sesuai kebutuhan program dan Puskesmas

2. Memperoleh data dan informasi perkembangan dan sebaran kejadian penyakit menular di wilayah Puskesmas bulanan
 - a. Perkembangan jumlah kasus penyakit menular di Puskesmas menurut bulan penemuan dalam 12 bulan terakhir
 - b. Perkembangan jumlah kasus penyakit menular di Puskesmas menurut wilayah dan bulan penemuan dalam 12 bulan terakhir
 - c. Perkembangan jumlah kasus penyakit menular di Puskesmas menurut faktor risiko tertentu dan bulan penemuan dalam 12 bulan terakhir (sesuai kebutuhan program dan Puskesmas)



Please click for detailed information : [Surveilans Kesehatan](#)



Langkah – langkah Surveilans Kesehatan

a) Persiapan

Sebelum dilaksanakan proses kegiatan surveilans perlu dilakukan persiapan-persiapan sebagai berikut :

- 1) Menetapkan definisi operasional kasus (setiap jenis penyakit menular)
- 2) Menetapkan sumber data (kasus)
- 3) Menetapkan variabel data yang diperlukan
- 4) Menyiapkan sistem pencatatan dan pengolahan data
- 5) Menyusun pedoman kerja surveilans penyakit menular di Puskesmas

b). Pelaksanaan

Setiap langkah kegiatan surveilans dilaksanakan secara sistematis dan terus menerus dengan selalu menjaga kualitas data sebaik-baiknya sebagai berikut :

- 1) Menemukan kasus
- 2) Mencatat, dokumentasi dan membuat laporan
- 3) Mengelola data kasus
- 4) Analisis dan interpretasi surveilans
- 5) Merumuskan rekomendasi
- 6) Menyebarkan data dan informasi surveilans

Manfaat Surveilans

1. Monitoring dan evaluasi kinerja program penanggulangan penyakit menular di wilayah Puskesmas, antara lain menurunnya risiko penularan, kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit menular
2. Menetapkan wilayah/kelompok masyarakat berisiko tinggi penularan, kesakitan, kematian dan kecacatan serta upaya penanggulangannya baik meliputi penemuan dan tatalaksana kasus, upaya pencegahan penularan dan penghentian penularan
3. Menetapkan wilayah/kelompok masyarakat yang memerlukan peningkatan surveilans, baik surveilans penyakit menular tahunan/bulanan, sistem kewaspadaan dini kejadian/KLB penyakit menular dan respon (SKDR), serta monitoring kinerja program penanggulangan penyakit menular



Please click for detailed information : [Surveilans Kesehatan](#)



Surveilans Kewaspadaan Dini dan Respon Penyakit Potensial KLB/Wabah



- SKD-KLB merupakan system pemantauan untuk kewaspadaan terhadap kejadian/penyakit yang berpotensi menyebabkan KLB/ wabah dengan disertai pemantauan faktor – faktor risiko.
- Kewaspadaan dini penyakit potensi KLB akan menangkap sinyal potensi KLB dari berbagai sumber antara lain data kenaikan kasus di faskes, rumor/media, dan data factor risiko lain yang mempengaruhi kejadian penyakit.
- **Daftar Penyakit** yang masuk dalam **SKD-KLB** serta **Definisi Operasional** masing masing penyakit dapat di akses melalui link berikut : [Daftar & DO Penyakit SKD-KLB](#)



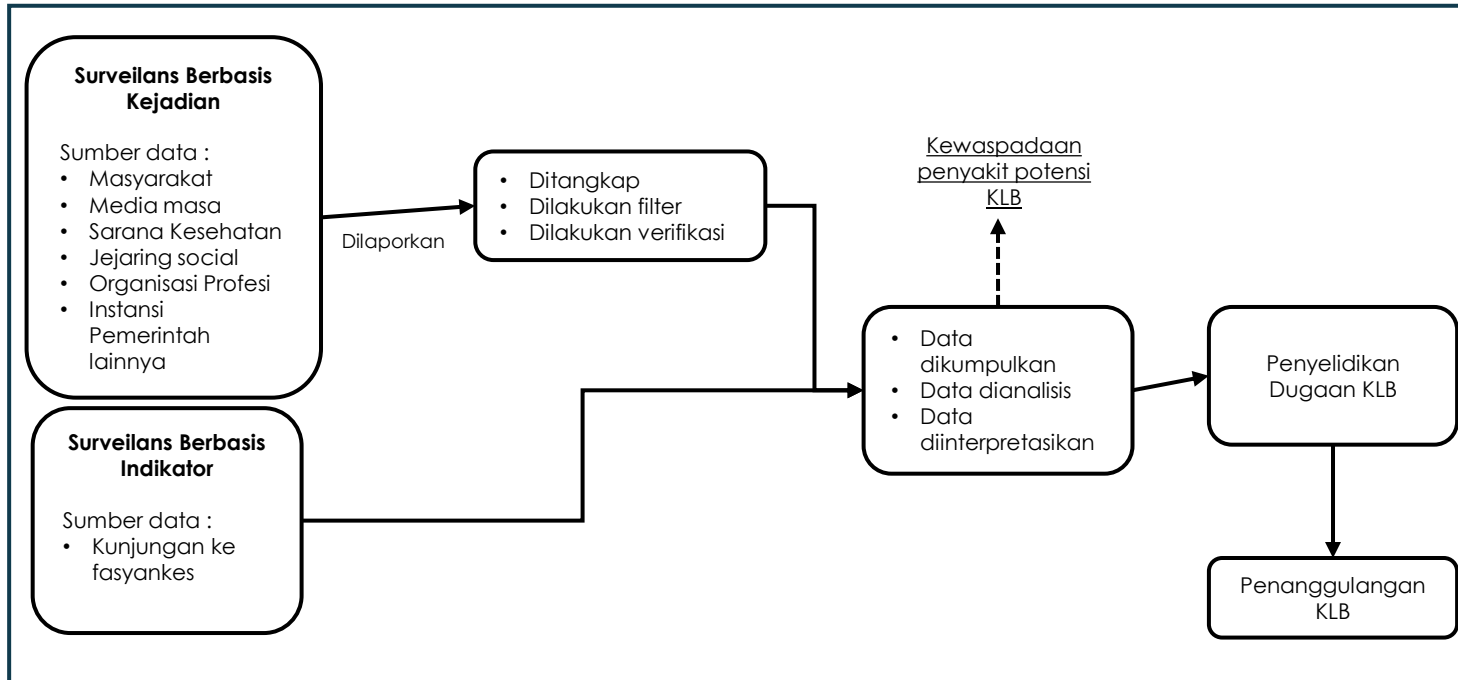
Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)

Tujuan Surveilans SKD-KLB :

1. Mengidentifikasi (terus menerus) adanya ancaman KLB.
2. Terselenggaranya peringatan kewaspadaan terhadap kemungkinan terjadinya KLB.
3. Terselenggaranya kesiapsiagaan menghadapi kemungkinan terjadinya KLB
4. Terdeteksi secara dini adanya kondisi rentan KLB
5. Terdeteksi secara dini adanya KLB
6. Terselenggaranya penyelidikan dugaan adanya KLB
7. Terselenggaranya upaya pencegahan terhadap penyakit potensi KLB



Bisnis Proses SKD-KLB



Catatan :

- Surveilans Berbasis Kejadian (EBS) : data individu
- Waktu Pelaporan : saat kejadian
- Surveilans Berbasis Indikator (IBS) : data agregat
- Waktu Pelaporan : mingguan

Ruang Lingkup :

1. Pelaksanaan SKD-KLB
2. Identifikasi ancaman KLB
Terdiri atas identifikasi Riwayat KLB, Identifikasi Faktor Risiko (kerentanan masyarakat, kerentanan lingkungan, kerentanan pelayanan kesehatan, ancaman penyebaran penyakit potensi KLB di daerah lain/tetangga dan sumber data lainnya), Melakukan identifikasi pola penyakit potensi KLB
3. Peringatan kewaspadaan
4. Melaksanakan kewaspadaan
Terdiri atas kegiatan dalam rangka deteksi dini rentan KLB, deteksi dini KLB & Alert, deteksi dini berdasarkan laporan masyarakat, rumor dan penyelidikan awal.
5. Kesiapsiagaan
6. Upaya pencegahannya.



Perbedaan EBS dan IBS

Event – Based Surveillance	Indicator – Based Surveillance
Deteksi cepat, laporan, konfirmasi, penilaian kejadian kesehatan masyarakat termasuk <ul style="list-style-type: none">• Klaster penyakit• Rumor kematian yang tidak dapat dijelaskan	Pelaporan kasus penyakit secara rutin termasuk : <ul style="list-style-type: none">• Notifiable disease surveillance system• Surveilans sentinel• Surveilans berbasis lab
Biasanya <ul style="list-style-type: none">• Laporan segera	Biasanya <ul style="list-style-type: none">• Basis perawatan kesehatan masyarakat• Laporan mingguan dan bulanan
Sumber data EBS dapat berasal dari media (cetak, elektronik, digital) masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kesehatan.	Sumber data SKDR berasal dari laporan puskesmas dan jaringan (pustu, pusling dan bidan praktik) serta jejaring, RS serta Laboratorium Kesmas

- Detail perbedaan EBS dan IBS dapat diakses melalui link berikut : [perbedaan EBS dan IBS](#)

- Langkah - langkah pelaporan ataupun edit EBS dan IBS di SKDR Web dapat diakses melalui link berikut : [cara pelaporan EBS & IBS](#)



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



RENTAN KLB (1) DETEKSI DINI KONDISI RENTAN KLB

Kondisi rentan KLB merupakan kondisi yang dapat mendorong (faktor risiko) terjadinya KLB antara lain

- a. Riwayat adanya KLB di desa/RW tertentu yang saat analisis belum adanya perubahan signifikan faktor—faktor yang menyebabkan terjadinya KLB
- b. Upaya penanggulangan di desa/RW tertentu kurang berhasil, sehingga memberi peluang terjadinya KLB, contoh : cakupan imunisasi rendah pada KLB campak, ABJ rendah pada KLB dengue, termasuk belum baiknya upaya pelayanan pengobatan di desa tsb, contoh jarang dikunjungi petugas kesehatan, masih belum tercapainya ketersediaan air bersih dan jamban keluarga , dsb
- c. Kondisi lingkungan yang tidak mendukung, termasuk perilaku penduduk dan musim yang berisiko mudahna penularan penyakit

Setiap pembahasan ancaman KLB, kewaspadaan KLB dan penanggulangan KLB, kondisi rentan KLB ini akan selalu menjadi perhatian karena pengaruhnya yang besar terhadap risiko munculnya KLB



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)

RENTAN KLB (2) PENCATATAN DAN PELAPORAN DATA KLB

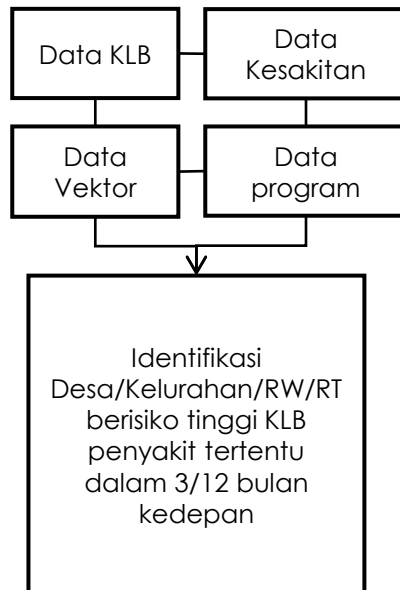
1. Setiap awal bulan berikut, Puskesmas menghimpun semua laporan Penyelidikan dan Penanggulangan KLB yang sudah dinyatakan selesai oleh Puskesmas dalam satu bulan terakhir
2. Data KLB tersebut dicatat dalam formulir Laporan Bulanan Data KLB

Data KLB Puskesmas Maju, 2024																
Kode KLB	Desa	Penyakit	Waktu KLB		Jumlah kasus					Jumlah meninggal					Populasi rentan	
			Mulai	Akhir	L	P	<5	5-14	>14	L	P	<5	5-14	>14		
001	Mojo1	Campak	12/3	12/4	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	120

3. Secara periodic mingguan pada hari senin-selasa petugas surveilans melaporkan data agregat suspek penyakit potensial KLB yang diambil dari data register Puskesmas dan laporan dari jejaring puskesmas melalui web SKDR online atau secara Whatsapp/SMS pada nomor telpon yang sudah ditentukan (IBS)
4. Secara periodik harian jika menemukan kasus-kasus tertentu yang harus dilaporkan dalam waktu <24 jam, diharapkan melakukan pelaporan melalui web SKDR (EBS), Pelaporan ini diutamakan untuk Puskesmas yang telah menggunakan Web SKDR.
5. Untuk keperluan identifikasi ancaman KLB, maka data KLB selama minimal 3 tahun terakhir diidentifikasi jenis penyakit, desa dan besaran kasus/meninggal KLB KLB yang terjadi di Puskesmas dan secara periodik 3 bulanan bersama data lainnya yang terakit ditetapkan desa-desa berisiko KLB setiap jenis penyakit yang ada



RENTAN KLB (3) DATA KESAKITAN/KEMATIAN DATA CAPAIAN KINERJA PROGRAM DATA LINGKUNGAN/MUSIM



Pada [Surveilans Penyakit Menular](#) diperoleh data dan informasi perkembangan penyakit dan sebarannya menurut wilayah dan kelompok umur dalam beberapa tahun terakhir

Pada [Surveilans vektor](#) diperoleh data besarnya risiko penularan penyakit/KLB menurut wilayah (monitoring ABJ, monitoring habitat vektor penular malaria/reseptif), dsb, termasuk monitoring musim

Pada upaya penanggulangan penyakit menular diperoleh data capaian kinerja program menurut wilayah sesuai dengan masing-masing indikator kinerja program)

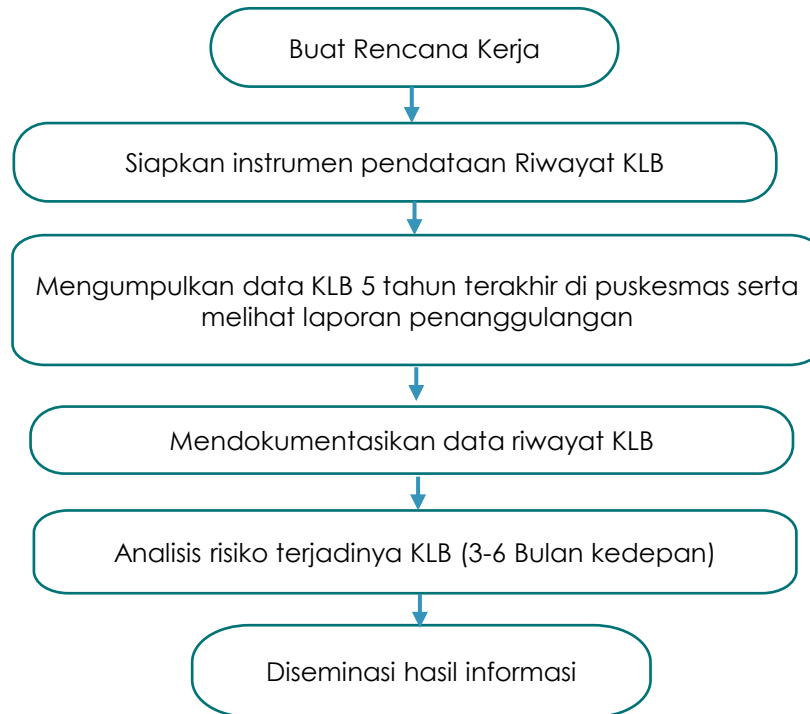
[Data KLB](#) dan semua data tersebut digunakan untuk menetapkan adanya desa/kelurahan/RW/RT berisiko tinggi penularan penyakit/KLB dan tindakan yang perlu dilakukan





Identifikasi Riwayat KLB

Langkah - langkah :



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)

- Wilayah atau kelompok masyarakat yang sering mengalami KLB menunjukkan adanya kerentanan wilayah dan dapat terjadi KLB kembali dimasa yang akan datang, terutama jika program penanggulangan KLB tidak tercapai.
- Adanya Riwayat KLB menunjukkan jika suatu wilayah memiliki risiko baik dari sisi manusia, agent maupun lingkungan.
- Riwayat KLB meliputi tempat dan tanggal kejadian, jenis KLB, frekuensi KLB, jumlah Kasus dan Kematian, periode KLB dan lain sebagainya



Identifikasi Faktor Risiko KLB

No	Kegiatan kewaspadaan	Sumber
1	Riwayat KLB	Laporan KLB dan hasil penyelidikan
2	Pola Penyakit (tren penyakit, mortalitas, morbiditas) *lihat kriteria KLB	Data surveilans penyakit
3	Faktor Risiko	
	a. Kerentanan masyarakat (ex/: status gizi, imunisasi dan aktivitas yg dapat meningkatkan risiko	- Data cakupan program - Profil wilayah
	b. Kerentanan lingkungan	Data lingkungan pemukiman dan perilaku, pertanian, meteorologi dan geofisika
	c. Kerentanan pelayanan kesehatan	Profil Puskesmas
	d. Adanya ancaman penyebaran penyakit potensi KLB dari daerah lain/ tetangga	Data Surveilans penyakit
	e. Sumber data lain dalam jejaring surveilans epidemiologi	- Informasi masyarakat sbg laporan kewaspadaan KLB - Sistem Peringatan Dini KLB di RS

Penilaian Faktor Risiko :

- Kerentanan Masyarakat
- Kerentanan Lingkungan
- Kerentanan Pelayanan Kesehatan
- Ancaman penyebaran penyakit potensi KLB di daerah lain/tetangga
- Sumber data lain dalam jejaring epidemiologi



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



Identifikasi Ancaman KLB

Bisnis Proses Surveilans Kesehatan

Langkah - langkah Surveilans Kesehatan

Bisnis Proses Surveilans Penyakit Menular

Bisnis Proses Surveilans Eliminasi & Eradikasi

Surveilans SKD-KLB

Bisnis Proses Surveilans SKD-KLB

Kondisi Rentan KLB

Peringatan & Tindakan Kewaspadaan KLB

Deteksi Dini KLB

Perbedaan EBS dan IBS

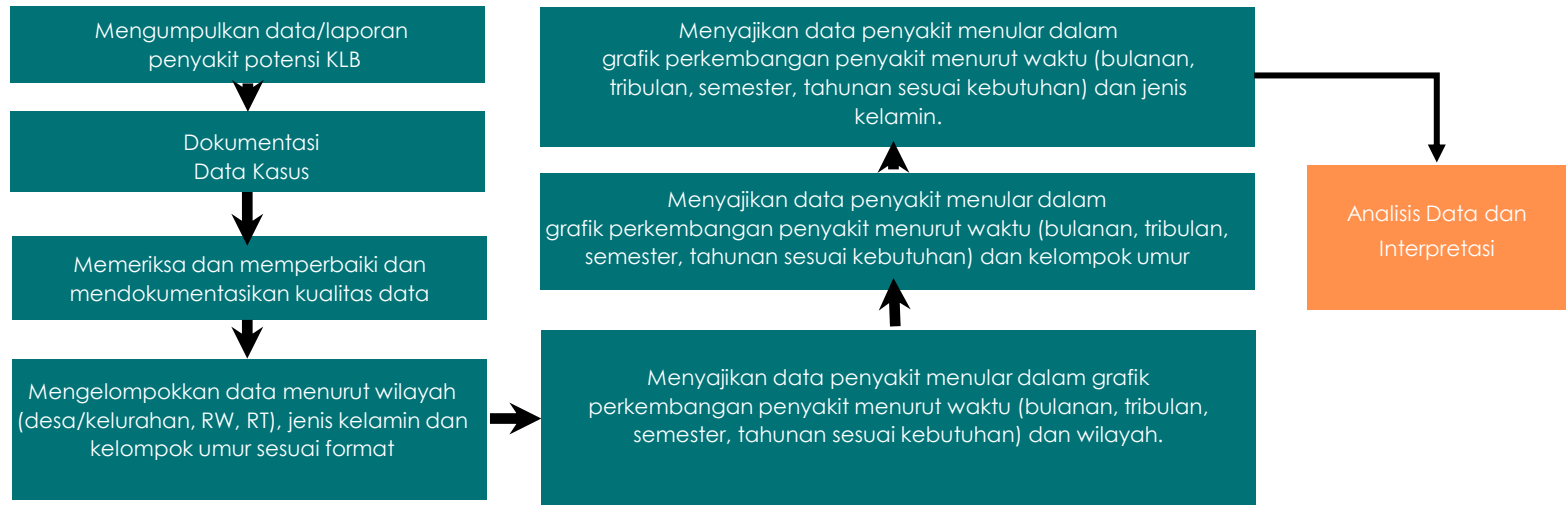
Kesiapsiagaan KLB, Laporan KLB dari masy, Rumor & Alert

Identifikasi Pola Penyakit KLB

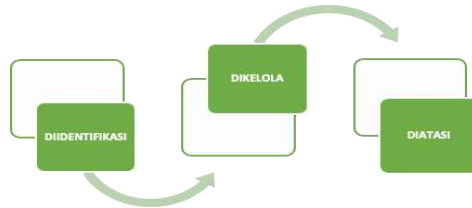
Tujuan :

Menggambarkan dan memetakan pola penyakit – penyakit potensi KLB di suatu wilayah kerja yang digunakan sebagai dasar kewaspadaan dan kesiapsiagaan terhadap kemungkinan kejadian KLB.

Langkah - langkah :



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



Tahapan melihat peringatan kewaspadaan awal :

- a. **Deteksi Awal**
 - Pemantauan dan analisis berdasarkan Riwayat KLB, Kerentanan (masyarakat, lingkungan dan layanan kesehatan)
 - Pemantauan data dari fasilitas kesehatan termasuk laboratorium pada penyakit potensi KLB serta analisa
 - Identifikasi gejala dan tanda-tanda penyakit yang tidak biasa atau melebihi ambang batas normal.
- b. **Pelaporan Awal**
 - Lakukan pelaporan cepat kepada pihak berwenang terkait kesehatan (dinas kesehatan, pusat pengendalian penyakit, dll.).
 - Gunakan sistem pelaporan yang sudah ada untuk melaporkan kasus yang dicurigai.
- c. **Investigasi Awal**
- d. **Laporan Hasil Investigasi awal**

Pengertian :

Kewaspadaan merupakan kesatuan kegiatan deteksi dini terhadap penyakit dan masalah kesehatan berpotensi Kejadian Luar Biasa beserta factor – factor yang mempengaruhinya, diikuti peningkatan sikap tanggap kesiagapan, upaya – upaya pencegahan dan tindakan penanggulangan yang cepat dan tepat melalui kegiatan surveilans



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



Melaksanakan Kewaspadaan

Nilai Ambang Batas Dalam Sistem

No	Penyakit	Nilai Ambang
1	Diare Akut	Peningkatan Kasus
2	Malaria terkonfirmasi	Peningkatan Kasus
3	Tersangka demam dengue	Peningkatan Kasus
4	Pneumonia	Peningkatan Kasus
5	Diare berdarah atau disentri	Peningkatan Kasus
6	Tersangka demam tifoid	Peningkatan Kasus
7	Sindrom Jaundis Akut	≥ 2 kasus hepatitis berhub secara epidemiologi
8	Tersangka Chikungunya	Peningkatan Kasus
9	Tersangka Flu Burung Pada Manusia	1 Kasus
10	Tersangka Campak	1 Kasus
11	Tersangka Difteri	1 Kasus
12	Tersangka Pertusis	1 Kasus
13	Acute Flaccid Paralysis	1 Kasus
14	Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies	1 Kasus
15	Tersangka Antraks	1 Kasus
16	Tersangka Leptospirosis	1 Kasus
17	Tersangka Kolera	1 Kasus
18	Klaster Penyakit Yang Tidak Lazim	2 atau lebih kasus klaster penyakit
19	Tersangka Meningitis	2x dari periode sebelumnya
20	Tersangka Tetanus Neonatorum	1 Kasus
21	Tersangka Tetanus	1 Kasus
22	Influenza Like Illness (ILI)	Peningkatan Kasus
23	Tersangka Hand Foot Mouth Disease (HFMD)	1 Kasus



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)

ALERT :

Respon Alert yang dihendaki dalam SKDR adalah waktu 24 jam

- Ketika dipuskesmas menemukan kasus yang menemukan kasus dengan nilai ambang batas wajib melakukan kegiatan penyelidikan epidemiologi



PERINGATAN KEWASPADAAN KLB

Pengertian :

Peringatan kewaspadaan dini KLB merupakan pemberian informasi adanya ancaman KLB pada suatu daerah dalam periode tertentu

Tujuan :

Mendorong adanya peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan terhadap KLB di unit pelayanan (puskesmas) dan program terkait serta peningkatan kewaspadaan masyarakat perorangan dan kelompok

Manfaat :

- Deteksi Dini Penyakit
- ResponCepat
- Pencegahan Penyebaran
- Perlindungan Masyarakat
- Kesiapan System Kesehatan
- Peningkatan Kesadaran Masyarakat



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



PERINGATAN KEWASPADAAN KLB

1. Secara periodik 1-3 bulanan dan tahunan, SKDKLB menyampaikan laporan pada pimpinan tentang “ancaman” atau “peningkatan risiko “ terjadinya KLB dalam pertemuan rutin Puskesmas atau pertemuan khusus yang diadakan untuk tujuan tersebut :

Risiko KLB di wilayah Puskesmas Maju bulan Juli-Agustus 2024							
Jenis Penyakit	Desa/RW/R T	Frek dalam 3 tahun	Jumlah kasus	Jumlah meninggal	Capaian program	lingkungan	Tindakan
Campak	Mojo1/001	3 kali	12	1	Imn neg	Neg/jauh	
Dengue	Banyak desa	8 kali	48	0	ABJ neg	Padat	

2. Meminta pada pertemuan agar kewaspadaan ditingkatkan sesuai dengan jenis penyakitnya. Secara umum tindakan kewaspadaan dan respon :
 - a. Segera melakukan upaya pencegahan dengan mempercepat capaian upaya program penanggulangan penyakit menular pada wilayah berisiko KLB
 - b. Semua petugas dan fasilitas pelayanan serta surveilans meningkatkan sistem deteksi dini penyakit potensi KLB pada wilayah-wilayah berisiko
 - c. Pemberdayakan masyarakat dalam penemuan kasus dan tindakan pencegahan oleh warga
 - d. Penyelidikan /penanggulangan indikasi KLB sampai berhentinya penularan atau Kembali normal



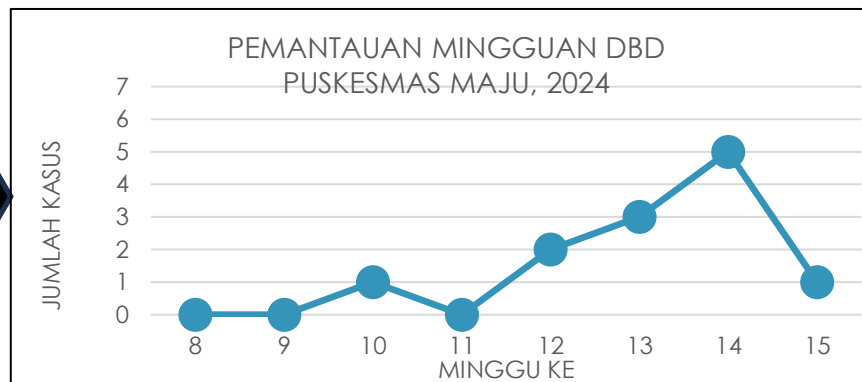


PERINGATAN KEWASPADAAN KLB

1. Peringatan kewaspadaan dini KLB ditandai dengan adanya munculnya sinyal potensi KLB pada SKDR
2. Sinyal di SKDR dihasilkan dari : data peningkatan jumlah kasus di faskes atau adanya informasi yang didapat dari masyarakat baik rumor ataupun media

Contoh :

PEMANTAUAN MINGGUAN DENGUE PUSKESMAS MAJU 2024								
	MINGGU KE							
RW	8	9	10	11	12	13	14	15
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	1	1	0	3	0
3	0	0	1	0	1	3	2	0
4	0	0	0	0	0	0	0	1
JML	0	0	1	0	2	4	5	1



Pembahasan

- Terjadi peningkatan jumlah kasus dengue di Puskesmas Maju sejak Minggu ke 10-15. Segera dilakukan penyelidikan, dan penanggulangan, terutama di RW 3 dan RW 2
- Surveilans kasus dilakukan pada wilayah RW 2 dan 3 dengan ketat, sampai 4 minggu tidak ada kasus dengue lagi



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



TINDAKAN KEWASPADAAN KLB

Mengingatkan setiap petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan meningkatkan kepekaannya kemungkinan adanya peningkatan kasus atau adanya KLB, terutama pada wilayah-wilayah berisiko penularan /KLB

1. Tempelkan tabel “Peringatan Kewaspadaan KLB” pada laporan terakhir di klinik dan fasilitas pelayanan lainnya
2. Setiap pengunjung pelayanan perlu ditanyakan kemungkinan adanya peningkatan jumlah kasus penyakit tertentu atau penyakit dengan gejala sama, terutama pada wilayah desa.RW berisiko KLB
3. Setiap petugas di fasilitas pelayanan kesehatan perlu mewaspadaai kemungkinan adanya peningkatan jumlah kasus penyakit menular tertentu diantara pasien yang berobat, terutama pasien-pasien yang berasal dari wilayah desa/RW berisiko KLB.
4. Meningkatkan sistem deteksi dini KLB dengan menerapkan pemantauan mingguan KLB/wabah dan sistem deteksi dini kondisi rentan, terutama pada wilayah desa/kelurahan/RW berisiko KLB
5. Apabila ada dugaan atau indikasi terjadinya KLB, diinformasikan pada petugas surveilans untuk dilakukan konfirmasi dalam register penyakit menular atau data mingguan wabah dan lapangan
6. Apabila terdapat KLB, segera dilakukan tindakan penanggulangan
7. Monitoring pelaksanaan tindakan kewaspadaan KLB dan sampaikan upan balik kepada setiap pelaksana kegiatan





DETEKSI DINI KLB (basis indikator) Pemantauan Mingguan Wabah/SKDR di Puskesmas (1)

Langkah Pelaksanaan

1. [Pendataan Kasus dan Kematian Penyakit potensi KLB yang ditetapkan Puskesmas \(Pemantauan Mingguan Wabah 1\)](#)
2. [Penyajian data Pemantauan Mingguan Wabah setiap jenis penyakit potensi KLB \(tabel dan grafik\)](#)
3. [Analisis mingguan untuk mendeteksi dini adanya dugaan adanya KLB penyakit](#)
4. [Rencana peningkatan tindakan kewaspadaan KLB](#)
5. [Laporan pada pimpinan dan tim penanggulangan serta semua jejaring surveilans terkait agar dapat ditindaklanjuti](#)

Tujuan :

Mendeteksi dini adanya indikasi/dugaan KLB penyakit menular dan keracunan di setiap desa/kelurahan, RW/RT di wilayah Puskesmas agar dapat dilakukan penyelidikan lebih lanjut dan tindakan kewaspadaan yang diperlukan, termasuk tindakan penanggulangan KLB atau kondisi yang dapat mengarah terjadinya KLB.



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



DETEKSI DINI KLB (basis indikator) Pemantauan Mingguan Wabah/SKDR di Puskesmas (2)

1. Pendataan.

Setiap hari Senin minggu berikutnya, secara periodik, Puskesmas menghimpun jumlah kasus yang ditemukan dan tercatat dalam Register Penyakit Menular (masing-masing jenis penyakit) dari semua fasilitas pelayanan jejaring surveilans (Puskesmas, Puskesmas Pembantu, rumah sakit dan pos kesehatan desa) : jumlah kasus dan jumlah meninggal menurut desa/RW/RT dan direkam dalam tabel Pemantauan Mingguan Wabah 1 :

Pemantauan Mingguan Wabah 1 Puskesmas Maju Tahun 2024					
Desa/Kel RW/RT	Minggu	Diare akut	AFP	Campak konfirmasi	Dengue konfirmasi
Mojo1/001	12	12/0	1/0	0/0	2/0
Mojo1/002	12	22/0	0/0	1/0	0/0
Mojo1/001	11	20/0	0/0	0/0	0/0



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



DETEKSI DINI KLB (basis indikator) Pemantauan Mingguan Wabah/SKDR di Puskesmas (3)

2. Penyajian Data.
Hari Selasa, berdasarkan data Pemantauan Mingguan Wabah 1, dibuat Pemantauan Mingguan Wabah 2 agar dapat dilakukan analisis dugaan adanya KLB penyakit menular tertentu pada minggu saat analisis ini

Pemantauan Mingguan Wabah 1 Puskesmas Maju															
Desa/Kel RW/RT	Penyakit	Minggu Ke Tahun 2024 (kasus/meninggal)													
		12	13	14	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26
Mojo/001	campak	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	0/0
Mojo/002	campak	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	0/0	0/0	1/0
Kiyo/001	campak	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1
Kiyo/002	campak	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
JUMLAH	campak	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0

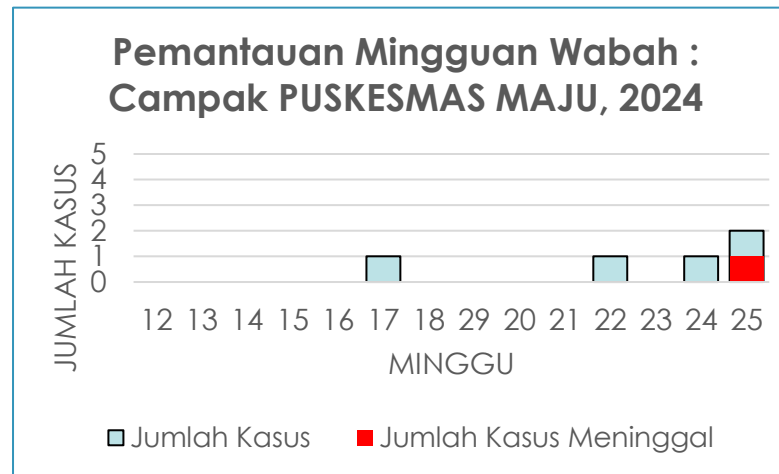


Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



DETEKSI DINI KLB (basis indikator) Pemantauan Mingguan Wabah/SKDR di Puskesmas (4)

3. Analisis. Agar mudah dianalisis, maka data tersebut ditampilkan dalam Grafik Pemantauan Mingguan Wabah



- a. Berdasarkan grafik, terdapat indikasi adanya penularan setempat /KLB campak karena terdapat kluster campak dalam periode 4 minggu berturut-turut.
- b. Tetapi berdasarkan data per desa, masing-masing kasus campak terjadi di 4 desa berbeda, sehingga belum ada indikasi adanya penularan setempat/KLB
- c. Bagaimanapun juga, adanya kasus campak mendorong dilakukan peningkatan cakupan imunisasi campak rutin atau imunisasi kejar

4. Tindakan kewaspadaan dan respon penyelidikan dan penanggulangan yang sesuai



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



DETEKSI DINI KLB (basis indikator) Pemantauan Mingguan Wabah/SKDR di Puskesmas (5)

5. Tabel dan grafik serta pemantauan mingguan wabah setiap jenis penyakit yang menjadi perhatian Puskesmas pada minggu tersebut dan analisis singkatnya serta rencana tindakan yang perlu dilakukan disampaikan pada pimpinan Puskesmas dan diinformasikan sekaligus sebagai umpan balik pada :

- Petugas-petugas Puskesmas,
- Puskesmas Pembantu,
- Pos kesehatan desa dan
- Rumah sakit terkait dengan penyakit terkait

Pemantauan Mingguan Wabah 1 Puskesmas Maju		Minggu Ke Tahun 2024 (kasus/meninggal)													
Desa/Kel RW/RT	Penyakit	12	13	14	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26
		Mojo/001	campak	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	0/0
Mojo/002	campak	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	0/0	0/0	1/0
Kiyo/001	campak	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1
Kiyo/002	campak	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
JUMLAH	campak	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



KESIAPSIAGAAN MENGHADAPI KEMUNGKINAN KLB

Kesiapsiagaan menghadapi KLB

1. Ketersediaan tenaga yang siap menghadapi KLB
2. Sarana penunjang laboratorium
3. Ketersediaan pelayanan pasien, obat, alat diagnostik, sarana komunikasi dan transportasi
4. Anggaran biaya yang dapat digunakan saat ada KLB .
5. Daftar tenaga ahli yang menjadi tempat berkonsultasi,
6. Referensi, pedoman, petunjuk teknis yang dibutuhkan
7. Tim penanggulangan KLB
8. Kerjasama tim kabupaten/kota dan lainnya
9. Formulir pencatatan dan pelaporan (mudah diakses dan dapat mendukung upaya penanggulangan yang sedang dilaksanakan : analisis)

- Tenaga yang siap menghadapi KLB telah mempelajari pedoman setiap jenis KLB dan berlatih atau memiliki jam terbang (praktek) melaksanakan penyelidikan dan penanggulangan KLB dalam tim.
- Tenaga diharapkan antara lain dokter, perawat, epidemiolog kesehatan, sanitarian, entomology kesehatan serta tenaga lain sesuai dengan jenis dan kebutuhan penyelidikan dan penanggulangan KLB



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#)



LAPORAN ADANYA KLB OLEH MASYARAKAT

- Orang seringkali mengetahui adanya kejadian yang dianggap luar biasa baik karena jumlah kasus banyak, banyak yang sakit berat dan meninggal, atau kondisi menimbulkan kekhawatiran kesehatan warga pada suatu daerah atau Lokasi tertentu.
- Kejadian tersebut dilaporkan ke Puskesmas sebagai laporan adanya KLB oleh masyarakat, dengan isi laporan (disiapkan formular isiannya oleh Puskesmas) :

LAPORAN DUGAAN ADANYA KLB WILAYAH PUSKESMAS MAJU		
Nama Pelapor	:	
Alamat/HP pelapor	:	
Data KEJADIAN		
Jenis Penyakit	:	
Gejala	:	
Alamat kejadian	:	
tanggal dan periode kejadian	:	
Jumlah penderita/meninggal	:	

Daftar Orang yang diinformasikan dan diminta melaporkan adanya dugaan KLB di tempatnya :

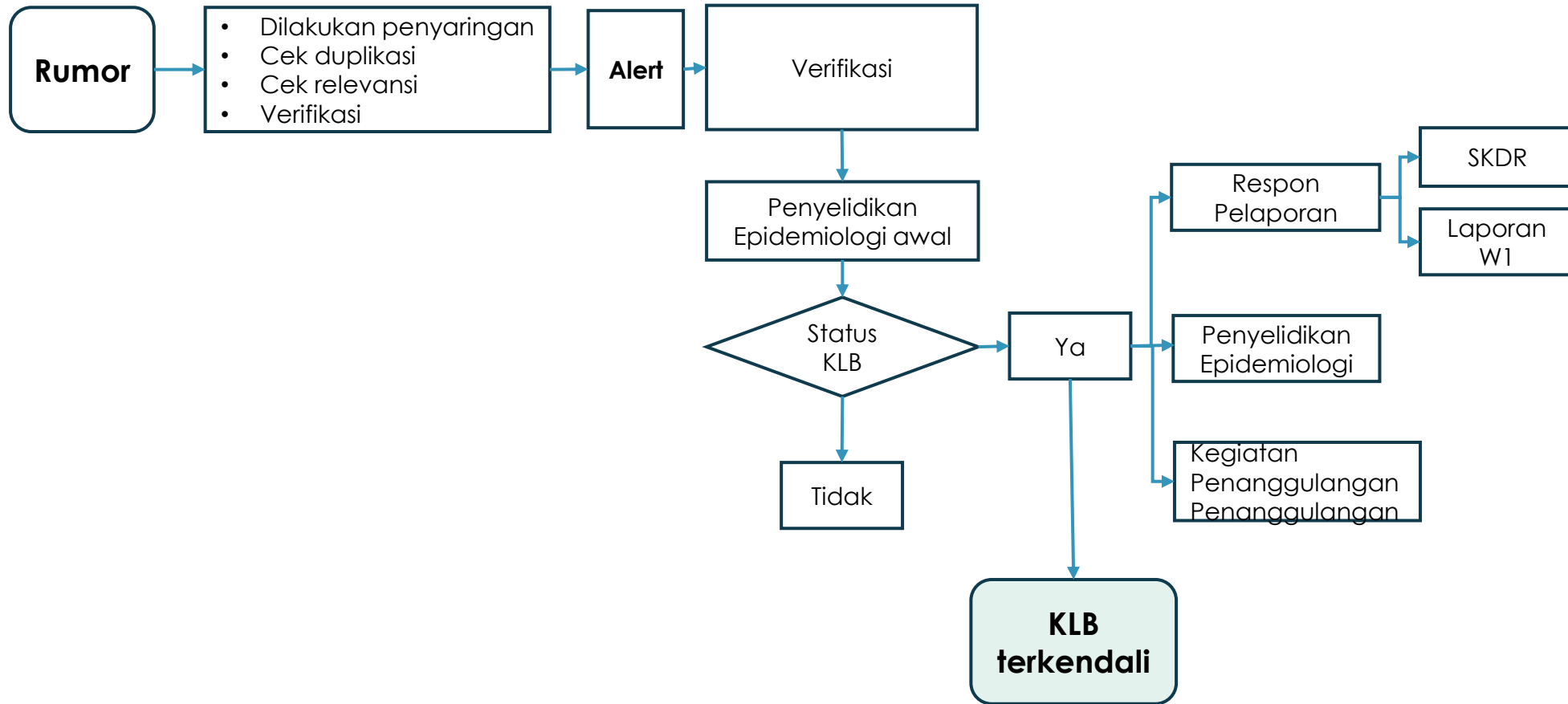
1. Kepala desa/lurah/RW/RT
2. Kepala fasilitas pelayanan kesehatan
3. Kepala sekolah, perusahaan, dsb
4. Nakoda kapal, Pilot, dsb
5. Setiap orang yang diperkirakan mengetahui adanya dugaan KLB

Setiap laporan dikonfirmasi Puskesmas ([lihat rumor dan Alert](#))



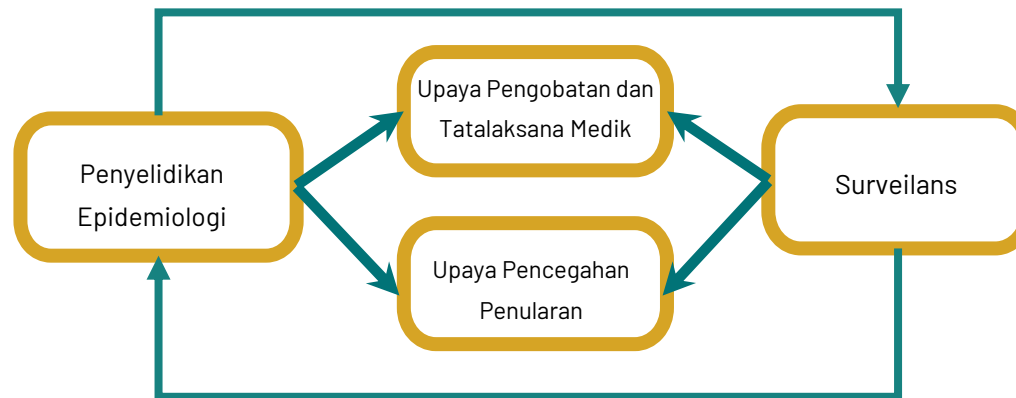


Surveilans SKD-KLB





Penyelidikan Epidemiologi



Waktu pelaksanaan penyelidikan KLB :

- Pada saat pertama kali mendapat informasi adanya KLB atau adanya dugaan KLB
- Penyelidikan perkembangan KLB atau penyelidikan KLB lanjutan
- Penyelidikan KLB untuk mendapatkan data epidemiologi KLB atau penelitian lainnya yang dilaksanakan sesudah KLB berakhir

Definisi

- Merupakan kegiatan yang dilaksanakan pada suatu KLB atau adanya dugaan adanya KLB untuk memastikan adanya KLB, mengetahui penyebab, gambaran epidemiologi, sumber-sumber penyebaran dan faktor-faktor yang mempengaruhinya serta menetapkan cara-cara penanggulangan yang efektif dan efisien

Tujuan

- Mendukung upaya penanggulangan KLB yang sedang terjadi.
- Mendapatkan data epidemiologi sebagai sumber data surveilans dan kewaspadaan dini KLB
- Kebutuhan program kesehatan, misalnya mengetahui efikasi vaksin, dampak imunisasi, menguji strategi penanggulangan malaria, dan sebagainya



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Penyelidikan Epidemiologi

Penyelidikan Epidemiologi

Apabila terdapat KLB atau dugaan adanya KLB maka Puskesmas segera melakukan penyelidikan epidemiologi untuk : **menetapkan adanya KLB ; mengetahui penyebab (etiologi) KLB ; mengetahui gambaran epidemiologi (deskriptif) dan besar masalah KLB, dan tujuan lainnya agar dapat segera dilakukan penanggulangan yang efektif dan efisien.**

Di Puskesmas, penyelidikan epidemiologi **dapat dilakukan diluar keadaan KLB**, antara lain untuk mengetahui penyebab (etiologi) kejadian kesehatan masyarakat, mengetahui gambaran epidemiologi (deskriptif) dan besar masalah kejadian kesehatan masyarakat dan tujuan lainnya sesuai kebutuhan



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)

- Penyelidikan epidemiologi **dapat dilakukan sendiri atau oleh tim penyelidikan** yang memiliki kompetensi sebagai tenaga epidemiolog kesehatan, dokter, perawat, sanitarian dan laboratorium serta tenaga lain yang dibutuhkan
- **Sebelum** kegiatan penyelidikan epidemiologi dimulai **wajib menyusun rencana kegiatan dan kemudian** dibuat laporan hasil penyelidikan kepada pimpinan Puskesmas



Jenis Penyelidikan Epidemiologi

Jenis Penyelidikan Epidemiologi

1. Penyelidikan Awal

Serangkaian kegiatan yang dilakukan pasca adanya laporan masyarakat terkait dugaan KLB, hasil pemantauan SKDR yang terkonfirmasi alertnya serta adanya rumor yang bertujuan dalam rangka konfirmasi, verifikasi dan validasi kejadian untuk dapat ditetapkan Kejadian Luar Biasa

2. Penyelidikan Lanjutan

- Penyelidikan Epidemiologi lanjutan merupakan kegiatan yang **dilakukan pasca terdeteksinya kejadian luar biasa ataupun terdeteksinya kondisi rentan KLB** yang bertujuan untuk mencari kasus tambahan dalam rangka mendukung upaya-upaya penanggulangan suatu KLB yang sedang berlangsung, dan atau untuk mendapatkan data epidemiologi serta gambaran pelaksanaan upaya-upaya penanggulangan KLB yang dimanfaatkan sebagai bahan referensi dalam penanggulangan KLB di masa yang akan datang
- Penyelidikan Epidemiologi tidak perlu menunggu statement KLB dari otoritas terkait. Khususnya penyelidikan dalam rangka melihat dugaan KLB

Output Penyelidikan Epidemiologi

- Memastikan KLB dengan membandingkan data kasus yang ada pada periode KLB sesuai kriteria yang ditetapkan
- Gambaran klinis kasus dan gejala
- Hasil pemeriksaan laboratorium
- Etiologi atau etiologi pada diagnosa banding
- Kurva epidemi
- Gambaran informasi epidemiologi (orang, tempat dan waktu)
- Gambaran epidemiologi berdasarkan variable risiko yg terkait dengan sumber KLB dan cara penyebaran
- Pembahasan temuan penting, termasuk sumber dan cara penyebaran kasus KLB
- iPembahasan terkait kondisi KLB saat PE, kemungkinan peningkatan, penyebaran KLB, kemungkinan berakhir



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Penyelidikan Epidemiologi

Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi

Penyelidikan epidemiologi dilaksanakan sesuai dengan metode yang diterapkan untuk setiap jenis kegiatan penyelidikan epidemiologi

1. Menetapkan KLB
2. Mengetahui agen penyebab (etiologi) kejadian kesehatan masyarakat
3. Mengetahui gambaran epidemiologi (deskriptif) kejadian kesehatan masyarakat
4. Melakukan pelacakan dan pemantauan kasus-kontak
5. Lainnya



Kriteria KLB



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Kriteria Kejadian Luar Biasa :

1. Timbulnya suatu penyakit menular tertentu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 yang sebelumnya tidak ada atau tidak dikenal pada suatu daerah
2. Peningkatan kejadian kesakitan terus menerus selama 3 (tiga) kurun waktu dalam jam, hari atau minggu berturut-turut menurut jenis penyakitnya
3. Peningkatan kejadian kesakitan dua kali atau lebih dibandingkan dengan periode sebelumnya dalam kurun waktu jam, hari atau minggu menurut jenis penyakitnya.
4. Jumlah penderita baru dalam periode waktu 1 (satu) bulan menunjukkan kenaikan dua kali/lebih dibandingkan dg angka rata-rata per bulan dalam tahun sebelumnya.
5. Rata-rata jumlah kejadian kesakitan per bulan selama 1 (satu) tahun menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan dengan rata-rata jumlah kejadian kesakitan per bulan pada tahun sebelumnya.
6. Angka kematian kasus suatu penyakit (Case Fatality Rate) dalam 1 (satu) kurun waktu tertentu menunjukkan kenaikan 50% atau lebih dibandingkan dengan angka kematian kasussuatu penyakit periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama.
7. Angka proporsi penyakit penderita baru pd satu periode menunjukkan kenaikan dua kali/lebih dibanding satu periode sebelumnya dlm kurun waktu yg sama
8. Terdapat dua orang atau lebih yang menderita sakit dengan gejala yang sama atau hampir sama setelah mengonsumsi pangan, dan berdasarkan analisis epidemiologi, pangan tersebut terbukti sebagai sumber keracunan



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)

Penetapan KLB :

- Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah
- Penetapan KLB suatu wilayah diperlukan dalam rangka mempermudah koordinasi dan optimalisasi sumber daya di bidang kesehatan (dana, tenaga, farmasi, alat alat kesehatan dll) dalam upaya penanggulangan KLB/Wabah.



Kriteria KLB

Kriteria Kejadian Luar Biasa :

Penyakit	Detail Kriteria KLB
Tersangka Flu Burung	1 kasus konfirmasi lab
Tersangka Campak	<ul style="list-style-type: none">• KLB Suspek Campak: 5 atau lebih kasus suspek campak dalam waktu 4 minggu berturut - turut dan ada hubungan epidemiologi• KLB Campak Pasti/ Konfirmasi: Apabila hasil lab minimum 2 spesimen positif IgM Campak dari hasil pemeriksaan kasus pada KLB Suspek Campak ATAU hasil pemeriksaan kasus pada CBMS ditemukan minimum 2 spesimen positif campak dan ada hubungan epidemiologi
Tersangka Difteri	1 kasus tersangka difteri dengan hasil lab konfirm kultur positif atau mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus kultur positif
Tersangka Pertusis	1 kasus tersangka pertussis dengan hasil lab konfirm positif atau mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus positif
AFP (Lumpuh Layuh Mendadak)	1 kasus konfirmasi polio
Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies	1 kasus lyssa (kematian karena rabies)
Tersangka Antraks	Daerah bebas antraks → KLB terjadi bila ditemukan 1 kasus positif antraks Daerah endemis antraks → Bila ada peningkatan kasus antraks dari periode waktu sebelumnya
Tersangka Kolera	1 kasus konfirmasi kolera
Klaster Penyakit yang tidak lazim	Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya
Tersangka Meningitis /Ensefalitis	1 kasus KLB bila belum pernah ditemukan
Tersangka Tetanus Neonatorum	1 kasus KLB
Tersangka HFMD (Hand, Foot, Mouth Disease)	Klaster ≥ 2 kasus dalam satu institusi yang memiliki hubungan epidemiologi



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Penetapan KLB

1. Menetapkan KLB

Apabila terdapat KLB atau dugaan adanya KLB maka Puskesmas segera melakukan penyelidikan epidemiologi untuk menetapkan adanya KLB oleh Puskesmas. Apabila hasil penyelidikan menetapkan adanya KLB, maka Kepala Puskesmas menerbitkan laporan KLB (24 jam) atau W1 untuk disampaikan pada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat, dan diikuti dengan tindakan penanggulangan KLB

Cara Menetapkan KLB

Setiap penyakit mempunyai langkah penetapan status KLB, secara umum, langkah penetapan KLB sebagai berikut :

1. Dilakukan oleh tim penyelidikan yang terdiri dari minimum tenaga dengan kompetensi epidemiologi kesehatan dan medik (dokter, perawat)
2. Tim penyelidikan mempelajari referensi tentang penyakit yang diduga menjadi penyebab terjadinya KLB dan upaya penanggulangannya
3. Penyelidikan penetapan KLB biasanya menggunakan data rutin (laporan mingguan KLB, register rawat jalan, dsb) dan atau diperkuat dengan melakukan penyelidikan dengan melakukan pendataan di lapangan (populasi pada sebagian wilayah KLB). Kedua data tersebut tidak boleh dicampur.

Penetapan KLB :

- a. Menetapkan KLB berdasarkan Data Rutin
- b. Menetapkan KLB berdasarkan Penyelidikan di Lapangan

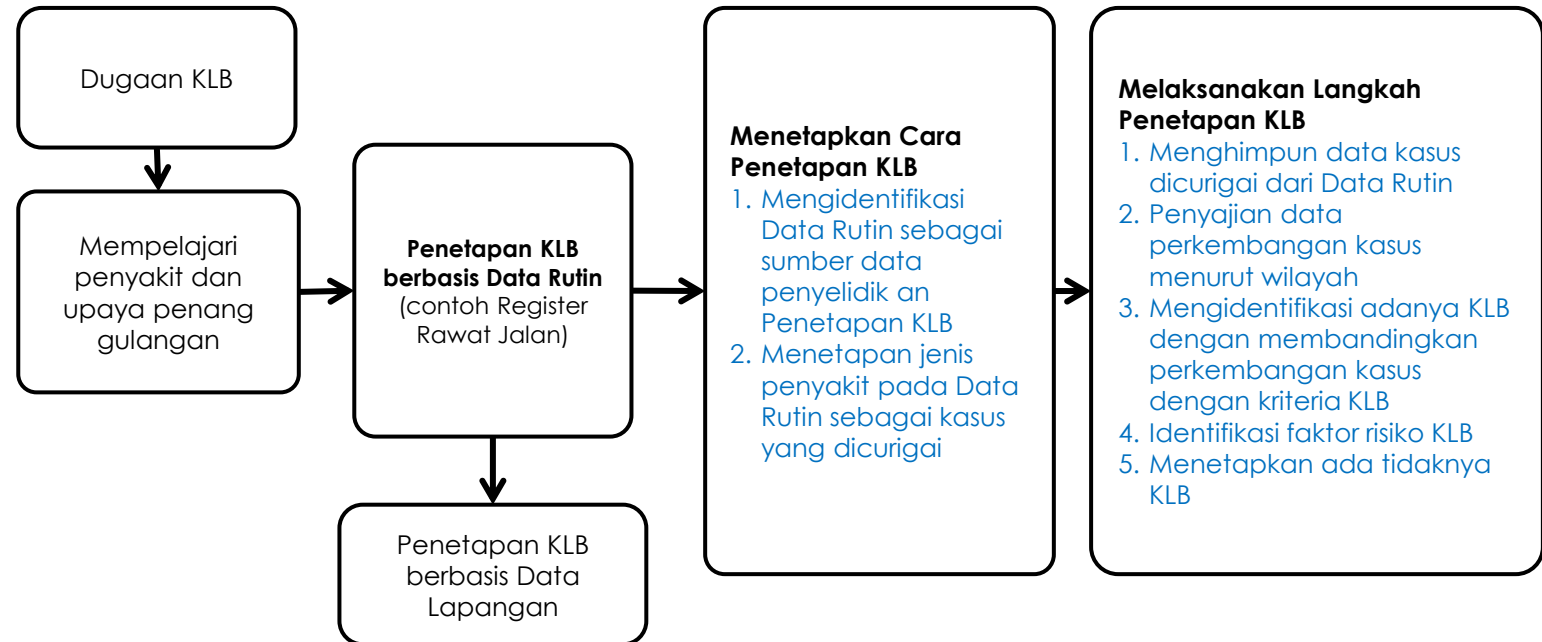


Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Penetapan KLB

Alur Kerja Penetapan Klb Berbasis Data Rutin



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Penetapan KLB

MENETAPKAN KLB Berbasis Data Rutin (1/2)

Langkah Pelaksanaan Penyelidikan Penetapan KLB dengan menggunakan Data Rutin

1. Mengidentifikasi Data Rutin yang akan digunakan sebagai sumber data penyelidikan. Contoh Data Rutin : data mingguan KLB/wabah, register rawat jalan/inap, register pemeriksaan laboratorium, dsb.
2. Menetapkan daftar penyakit pada Data Rutin yang dicurigai sebagai kasus KLB, bisa satu penyakit atau lebih. Contoh diduga ada KLB diare, maka data pada Register Rawat Jalan yang dicurigai sebagai kasus diare adalah data penyakit diare akut,
3. Membuat tabel pemantauan mingguan/harian jumlah kasus menurut desa/kelurahan/RW/RT (wilayah terkecil pemantauan yang bisa dianalisis)

Contoh Tabel

Pemantauan Kasus yang dicurigai

Interpretasi :

Terjadi KLB diare di Desa Maju2, RW 001 dan RW002 pada minggu 16-18 (saat penyelidikan)

Pemantauan Mingguan Kasus Diare Akut, Puskesmas Maju, 2024							
Desa	RW	12	15	16	17	18	19
Maju1	001	2	1	2	0	0	0
	002	4	0	0	2	3	1
Maju2	001	2	3	0	5	12	17
	002	4	0	1	2	3	1
Jumlah		12	4	4	12	17	21



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



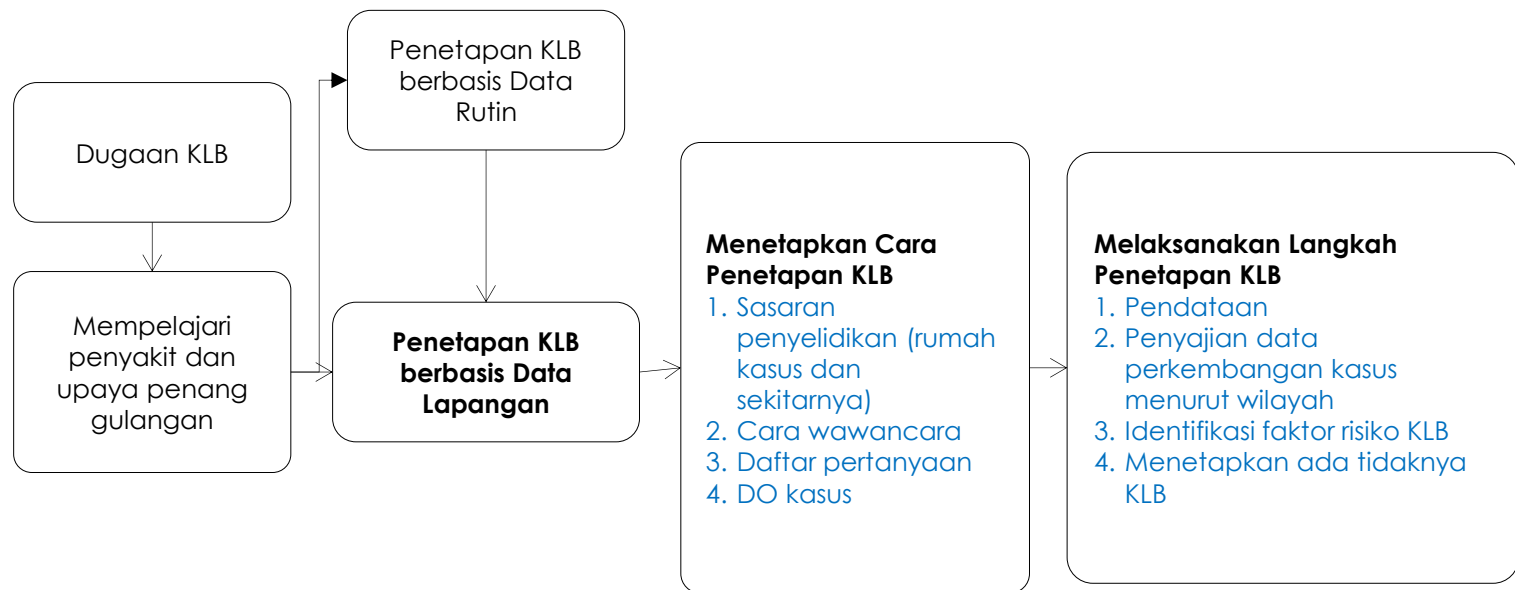
MENETAPKAN KLB Berbasis Data Rutin (2/2)

4. Berdasarkan Data Rutin tersebut dilakukan identifikasi perkembangan kasus yang memenuhi kriteria KLB dengan batas waktu dan wilayah yang spesifik sebagai wilayah berjangkit KLB.
Contoh : Sesuai kriteria KLB diketahui adanya dugaan KLB pada Desa Maju3, RW 001 dan RW 002 pada minggu 16-18, 2024 (saat penyelidikan)
5. Menidentifikasi kemungkinan adanya kondisi yang mendorong terjadinya peningkatan jumlah kasus di wilayah yang dicurigai terjadi KLB
6. Berdasarkan data tersebut, tim penyelidikan menetapkan adanya KLB dengan menjelaskan batas wilayah dan batas waktu yang spesifik.





ALUR KERJA PENETAPAN KLB BERBASIS DATA LAPANGAN



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



MENETAPKAN KLB Berbasis Data Lapangan (1/3)

Penyelidikan penetapan KLB dengan melakukan pendataan di lapangan (penyelidikan di lapangan/populasi)

1. Penyelidikan penetapan KLB menggunakan data kasus dan populasi berisiko yang diperoleh dari kunjungan dari rumah ke rumah di wilayah diduga terjadi KLB. Apabila wilayah berjangkit cukup luas, maka penyelidikan penetapan KLB dipilih pada wilayah dengan kriteria tertentu, **Contoh** : wilayah banyak kasus, wilayah dengan faktor risiko tinggi, dsb
2. Cara pelaksanaan kegiatan penyelidikan dalam rangka penetapan KLB adalah sama dengan penyelidikan lapangan untuk mendapatkan gambaran epidemiologi deskriptif KLB, hanya wilayah penyelidikan lebih terbatas.

Contoh penyelidikan untuk penetapan KLB dilakukan pada kasus dan penduduk sekitar kasus





Penetapan KLB

MENETAPKAN KLB Berbasis Data Lapangan (2/3)

Langkah Pelaksanaan Kegiatan Penyelidikan Penetapan KLB Berbasis Data Lapangan :

1. Menetapkan sasaran penyelidikan sebagai populasi berisiko KLB. Contoh Penyelidikan dilakukan pada kasus-kasus yang dilaporkan dan warga sekitarnya
2. Menetapkan cara melakukan wawancara untuk mendapatkan data kasus dan populasi berisiko. Contoh : Melakukan kunjungan rumah kasus dan rumah ke rumah sekitarnya, dengan responden kepala keluarga atau yang mewakilinya dengan menggunakan Daftar Pertanyaan Penyelidikan Penetapan KLB Diare
3. Menetapkan definisi operasional kasus. Contoh ada dugaan KLB diare, maka definisi operasional kasus adalah seseorang yang tinggal satu wilayah dengan kasus-kasus yang dicurigai menderita diare antara minggu 12-18, 2024/perkiraan waktu terjadi KLB
4. Membuat Daftar Pertanyaan Penyelidikan Penetapan KLB

Daftar Pertanyaan Penyelidikan Penetapan KLB									
Desa	RW/RT	KK	Anggota	Umur	Sex	Sakit	Tgl sakit	Gejala	Diagnosis
Maju 1	002/001	Am	Ss	26	L	T	-	-	-
			Ria	12	P	S	12/04/24	diare	Diare akut



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Penetapan KLB

MENETAPKAN KLB Berbasis Data Lapangan (3/3)

- 5. Melakukan pendataan di lapangan (kunjungan rumah kasus dan sekitarnya)
- 6. Melakukan pengolahan dan penyajian data pemantauan menurut wilayah kejadian

Pemantauan Mingguan Kasus Diare Akut, Puskesmas Maju, 2024 Berdasarkan Penyelidikan Lapangan							
Desa	RW/RT	12	15	16	17	18	19
Maju2	001/001	4	3	1	8	20	25
	002/001	5	0	2	4	3	2
Jumlah		9	3	3	12	23	27

Interpretasi

Terjadi KLB diare di Desa Maju2, RW 001/RT001 pada minggu 17-18 (saat penyelidikan)

- 7. Menetapkan **perkembangan kasus dan membandingkan dengan kriteria KLB** dengan batas waktu dan wilayah yang spesifik sebagai wilayah berjangkit KLB
- 8. Menidentifikasi kemungkinan adanya **faktor risiko** (kondisi yang mendorong terjadinya peningkatan jumlah kasus di wilayah yang dicurigai terjadi KLB) (bisa dilakukan wawancara/observasi di lapangan)
- 9. Berdasarkan data tersebut, tim penyelidikan **menetapkan adanya KLB** dengan menjelaskan batas wilayah dan batas waktu yang spesifik.



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Penetapan Etiologi KLB

2. MENETAPKAN DIAGNOSIS (ETIOLOGI) KLB (1/5)

- Pada kejadian kesehatan yang terjadi di tengah-tengah populasi dapat ditentukan penyebab terjadinya kejadian tersebut. Kejadian kesehatan masyarakat bisa masih dalam batas-batas normal, atau sudah berada pada kondisi KLB
- Metode penetapan diagnosis (etiologi) kejadian kesehatan masyarakat/KLB yang dibahas pada pedoman ini bersifat umum, diterapkan sesuai kondisi dan diharapkan Puskesmas selalu menerapkan metode terbaik.

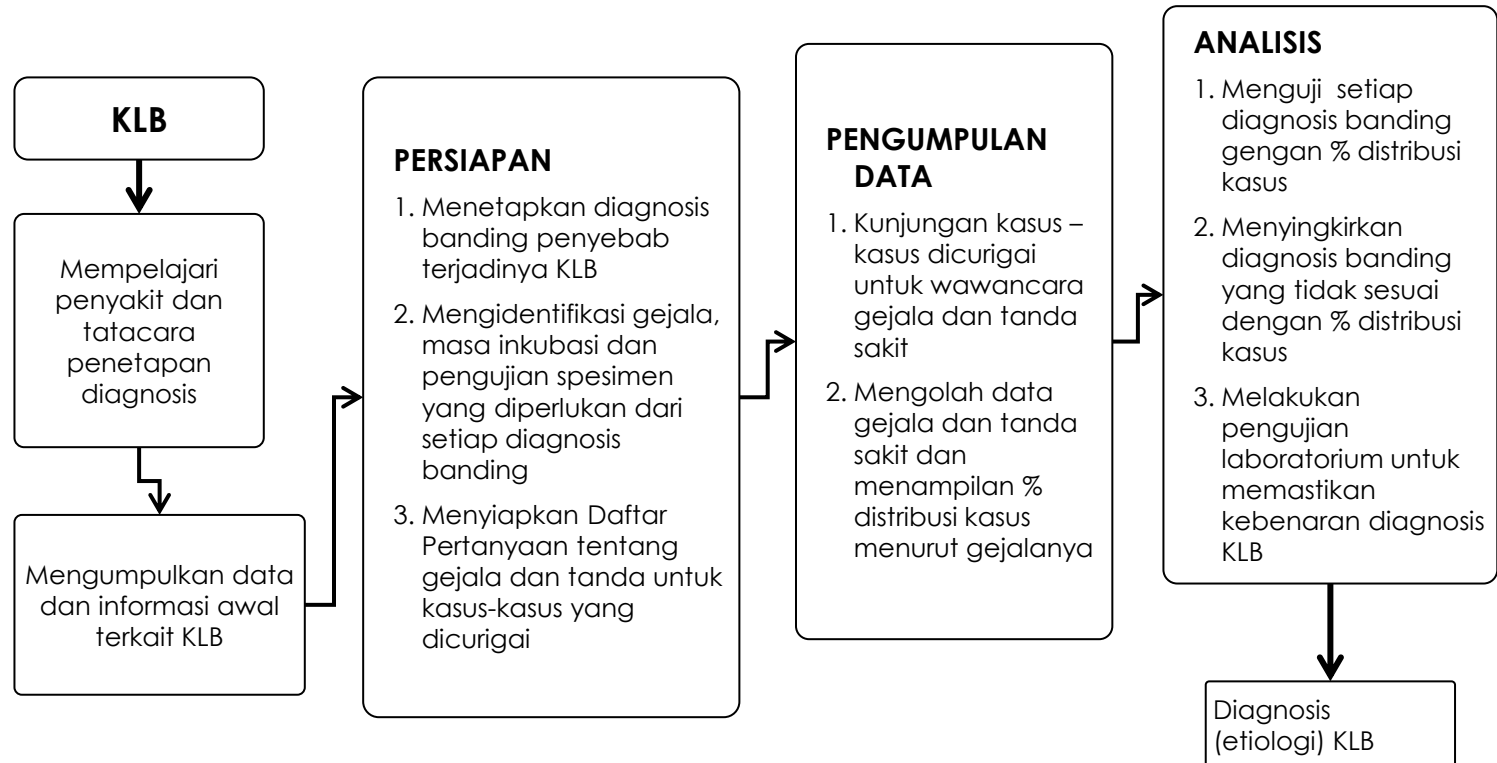
Penetapan Diagnosis (Etiologi).

1. Dilakukan oleh tim penyelidikan yang terdiri dari minimum tenaga dengan kompetensi epidemiologi kesehatan dan medik (dokter, perawat)
2. Tim penyelidikan mempelajari referensi tentang penyakit yang diduga menjadi penyebab terjadinya kejadian kesehatan masyarakat/KLB





Penetapan Etiologi KLB





Penetapan Etiologi KLB

MENETAPKAN DIAGNOSIS (ETIOLOGI) KLB (3/5)

Langkah Pelaksanaan Penetapan Diagnosis (etiologi) KLB sebagai berikut :

1. **Mengumpulkan data dan informasi tentang KLB** berdasarkan pemberitaan, laporan, wawancara beberapa kasus yang dicurigai untuk mendapatkan gambaran awal dugaan KLB
2. Menetapkan dugaan penyakit penyebab KLB (diagnosis etiologi KLB) dan **diagnosis banding**. Diskusikan dengan dokter yang merawat pasien KLB. Contoh dugaan terjadi peningkatan kasus diare di antara anak murid sekolah SMP 12, tim penyelidikan menyepakati dugaan penyebab (diagnosis banding) adalah kolera, disentri baksiler dan disentri amuba
3. Mengidentifikasi **gejala-gejala dari setiap diagnosis banding**, masa inkubasi dan pemeriksaan laboratorium diperlukan

Diagnosis Banding	Diare	Diare berdarah	Diare lendir	Diare cucian beras/bau	Sakit perut	Demam	Masa inkubasi	Laboratorium
Kolera	VVV	-	-	Cucian beras	-	-	3-7 hari	V.cholerae
D.baksiler	VV	VV	V	busuk	Kram	VVV	1-3 hari	Bacciler
D. amuba	V	V	VV	anyir	Mules	V		protooa

4. Membuat **Daftar Pertanyaan Gejala** Kasus-Kasus Diare dicurigai

Nama	Umur	LP	Tgl sakit	Diare	Diare berdarah	Diare lendir	Diare cucian beras/bau	Sakit perut	Demam	Lab



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Penetapan Etiologi KLB

MENETAPKAN DIAGNOSIS (ETIOLOGI) KLB (4/5)

5. Melakukan [wawancara gejala](#) kasus dicurigai (sedapat mungkin 20 kasus atau lebih yang sedang dirawat) menggunakan daftar pertanyaan gejala kasus-kasus dicurigai
6. [Menghitung % distribusi gejala](#) dari kasus-kasus yang dicurigai

Distribusi Gejala 20 kasus dicurigai		
Gejala	Jumlah	%
Diare	20	100
Diare berdarah	8	40
Ddiare lendir	12	60
Diare cucian beras	0	0
Diare berbau busuk	10	50
Diare anyir	4	20
Sakit perut (kram)	16	80
Demam	18	80

Berdasarkan gambaran distribusi gejala dari kasus-kasus yang dicurigai, maka

1. diagnosis banding kolera tidak mungkin sebagai diagnosis ((etiologi)
2. Diagnosis banding d. baksiler dan d.amuba masih belum dapat disingkirkan atau masih dicurigai
3. Diajukan pemeriksaan tinja untuk memastikan diagnosis (etiologi) d.baksiler dan d.amuba

7. [Menyingkirkan yang bukan diagnosis](#) (etiologi) dari diagnosis banding
8. Melakukan [rujukan pemeriksaan spesimen](#) tinja untuk menetapkan diagnosis (etiologi) diantara diagnosis banding yang belum dapat disingkirkan



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



MENETAPKAN DIAGNOSIS (ETIOLOGI) KLB (5/5)

9. Penetapan diagnosis (etiologi) dapat juga berdasarkan seringnya penyakit-penyakit tertentu terjadi pada wilayah Puskesmas dimasa sebelumnya
10. Penetapan diagnosis (etiolog) dapat juga berdasarkan masa inkubasi dari kejadian kesehatan masyarakat/KLB yang sedang terjadi dengan menyandingkan dengan masa inkubasi dari masing-masing diagnosis banding
11. Penetapan diagnosis (etiologi) harus menunjukkan konsistensi antara penetapan diagnosis (etiologi) berdasarkan distribusi gejala dari kasus-kasus yang dicurigai dengan pemeriksaan lainnya (pemeriksaan laboratorium, masa inkubasi)





3. MENGETAHUI GAMBARAN EPIDEMIOLOGI KLB (1/4)

Gambaran epidemiologi deskriptif suatu kejadian kesehatan yang terjadi di tengah masyarakat dapat dilaksanakan sebagai berikut :

1. Menetapkan **sasaran penyelidikan** sebagai populasi berisiko pada kejadian kesehatan. Contoh Penyelidikan dilakukan pada setiap orang yang tinggal di RW002, dengan sasaran semua orang, bukan diambil sampel
2. Menetapkan **cara melakukan wawancara** untuk mendapatkan data kasus dan populasi berisiko. Contoh : Melakukan kunjungan dari rumah ke rumah, dengan responden kepala keluarga atau yang mewakilinya dengan menggunakan Daftar Pertanyaan Penyelidikan KLB Diare
3. Menetapkan **definisi operasional kasus**. Contoh kasus diare adalah seseorang yang tinggal di wilayah RW002 yang menderita sakit dengan diare encer 3 kali atau lebih dalam 24 jam antara tanggal 1 April sampai dengan saat penyelidikan. Bisa saja menggunakan definisi operasional dalam pedoman untuk masing-masing jenis penyakit
4. Menetapkan definisi operasional kasus. Contoh kasus diare adalah seseorang yang tinggal di wilayah RW002 yang menderita sakit dengan diare encer 3 kali atau lebih dalam 24 jam antara tanggal 1 April sampai dengan saat penyelidikan. Bisa saja menggunakan definisi operasional dalam pedoman untuk masing-masing jenis

Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)

Pada umumnya, gambaran epidemiologi deskriptif suatu kejadian kesehatan masyarakat meliputi :

1. perkembangan jumlah kasus menurut satuan waktu tertentu yang berguna untuk menentukan periode terjadinya kejadian kesehatan, sehingga dapat diketahui jumlah kasus selama periode kejadian kesehatan masyarakat
2. Sebaran kasus menurut satuan wilayah tertentu (desa, RW, RT), kelompok umur dan jenis kelamin, sehingga dapat diketahui sebaran kasus dan tingginya risiko penularan menurut wilayah, kelompok umur dan jenis kelamin
3. Besarnya masalah kejadian kesehatan berdasarkan jumlah kasus, perkembangan dan sebarannya, attack rate dan attack rate menurut tempata, kelompok umur dan jenis kelamin



Gambaran KLB

MENGETAHUI GAMBARAN EPIDEMIOLOGI KLB (2/4)

- Menyiapkan **daftar pertanyaan** yang dibutuhkan dalam penyelidikan. Contoh Daftar Pertanyaan Penyelidikan KLB Diare. Bisa saja menggunakan daftar pertanyaan yang ditetapkan dalam pedoman untuk masing-masing jenis penyakit

Daftar Pertanyaan Penyelidikan KLB Diare, Puskesmas Maju, 2024						
Nama Kasus	Desa/ RW/RT	Umur	Jenis kelamin	Sakit Diare (Kasus)	Tgl sakit	Status akhir
Ari	Maju1/002/001	24	L	Ya	12/04/24	
dst						

- Melaksanakan pengumpulan data dengan melakukan kunjungan dari rumah ke rumah sampai semua rumah telah dikunjungi dan dilakukan wawancara menggunakan Daftar Pertanyaan yang telah disiapkan
- Melakukan pengolahan dan penyajian data epidemiologi deskriptif dalam format kurva epidemi sebagai berikut :



KLB diare terjadi pada minggu 18-19, 2024



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Gambaran KLB

MENGETAHUI GAMBARAN EPIDEMIOLOGI KLB (3/4)

8. Berdasarkan kurva epidemi, [menetapkan waktu terjadinya KLB](#). Contoh, KLB terjadi pada minggu 18-19, 2024, dengan 32 kasus dan 3 meninggal
9. Menetapkan [tabel mingguan distribusi kasus menurut tempat](#)

Kasus Diare RW 002, Kelurahan Maju								
	Minggu Ke (Jumlah Kasus/Jumlah Meninggal)							
RT	12	13	14	15	16	17	18	19
001	0	1	2	2	0	3	12/3	17
002	3	0	1/1	0	1	1	0	3
Jumlah	3	1	3/1	2	1	4	12/3	20

- KLB terjadi pada minggu 18-19, 2024 pada RW002, RT 001
- Dengan jumlah kasus 29 kasus meninggal 3 kasus.
- Jumlah Populasi (wawancara) 512 orang, sehingga AR =5,7 per 100 orang, CFR =10 per 100 kasus

10. Dengan batas waktu KLB, dilakukan [penetapan wilayah KLB](#)



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Gambaran KLB

11. Kesimpulan (contoh)

- Terjadi KLB diare di RW 002, RT 001 pada minggu 18-19, 2024, KLB masih berlangsung
- Jumlah kasus diare 29 kasus, meninggal 3 kasus, Attack rate (AR) 5,7 per 100 populasi berisiko, CFR 10 per 100 kasus
- Risiko sakit diare tinggi pada perempuan, anak berisiko sakit lebih tinggi dan meninggal

Kasus Diare RW 002, Maju, 2024					
Jenis Kelamin	Populasi	Kasus	Meninggal	AR /100	CFR /100
Laki-laki	251	10	2	4	20
Perempuan	261	19	1	7,2	5
Jumlah	512	29	3	5,7	10

Kasus Diare RW 002, Maju, 2024					
Kelompok Umur	Populasi	Kasus	Meninggal	AR/100	CFR/100
<5 tahun	60	10	3	16,7	30
5-14 tahun	120	13	0	10,8	0
>14 tahun	332	6	0	1,8	0
Jumlah	512	29	3	5,7	10



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



4. PELACAKAN dan PEMANTAUAN KASUS

- Pelacakan Kasus-Kontak merupakan kegiatan menemukan kasus penyakit tertentu lain diantara kontak erat kasus tertentu yang sama (kasus indek). Kasus yang ditemukan merupakan kasus indeks baru yang perlu dilakukan juga pelacakan dan pemantauan kasus-kontak
- Sedang pemantauan kasus-kontak merupakan kegiatan menemukan seseorang (sehat) yang kontak dengan kasus indek (diduga tertular) dan masih dalam masa inkubasinya. Orang tersebut dipantau menjadi sakit atau tidak sampai selesainya masa inkubasi, apabila sakit, maka dia menjadi kasus indek baru yang perlu dilakukan pelacakan dan pemantauan kasus-kontak
- Pelacakan kasus-kontak biasanya diterapkan pada kasus penyakit menular langsung, seperti difteri, campak, influenza, dsb, agar segera dapat dilakukan tindakan pengobatan (sesuai jenis penyakitnya) atau tindakan isolasi agar tidak terjadi penularan pada orang lain.
- Pelacakan dan pemantauan kasus-kontak juga seringkali diterapkan untuk menemukan kasus lain, dan atau sekaligus membuktikan penularan telah berakhir, yaitu jika semua kontak yang dipantau sampai berakhirnya masa inkubasi terpanjang tidak ada satupun yang sakit.

Pelacakan dan Pemantauan Kasus-Kontak (penyakit menular langsung, seperti :

- Influenza
- Campak
- Difteri, dsb

Pelacakan Kasus

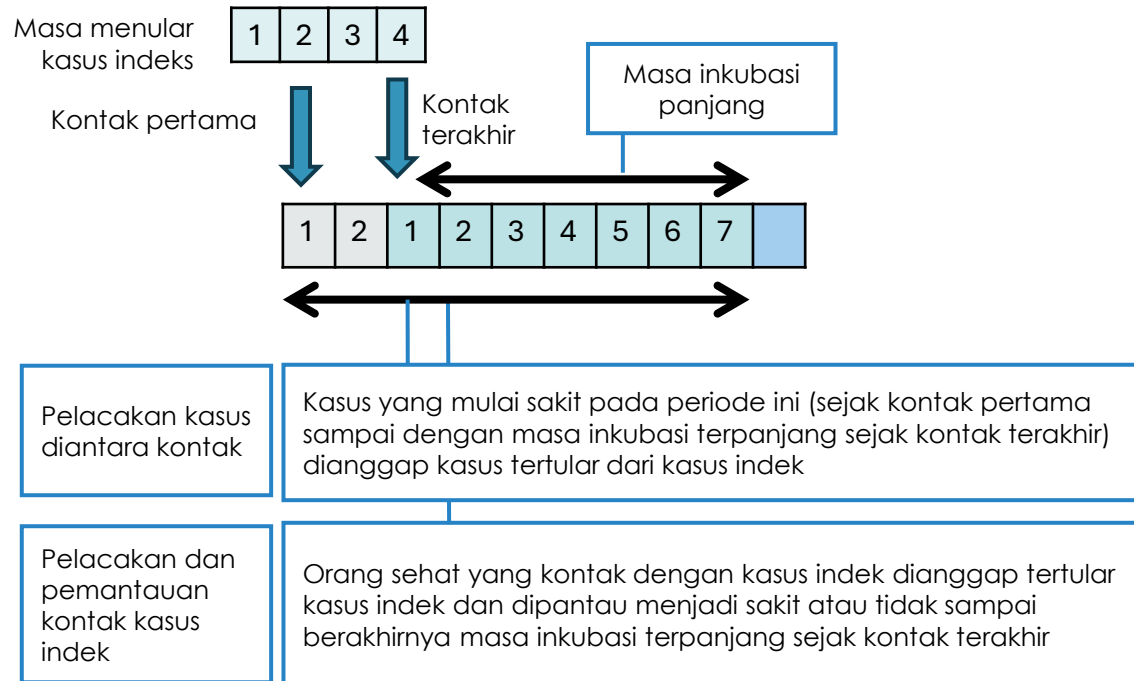
- Penyakit tular vektor/malaria, demam dengue, dsb
- Penularan lmedia lingkungan)





Pelacakan dan Pemantauan Kasus

PELACAKAN dan PEMANTAUAN KASUS

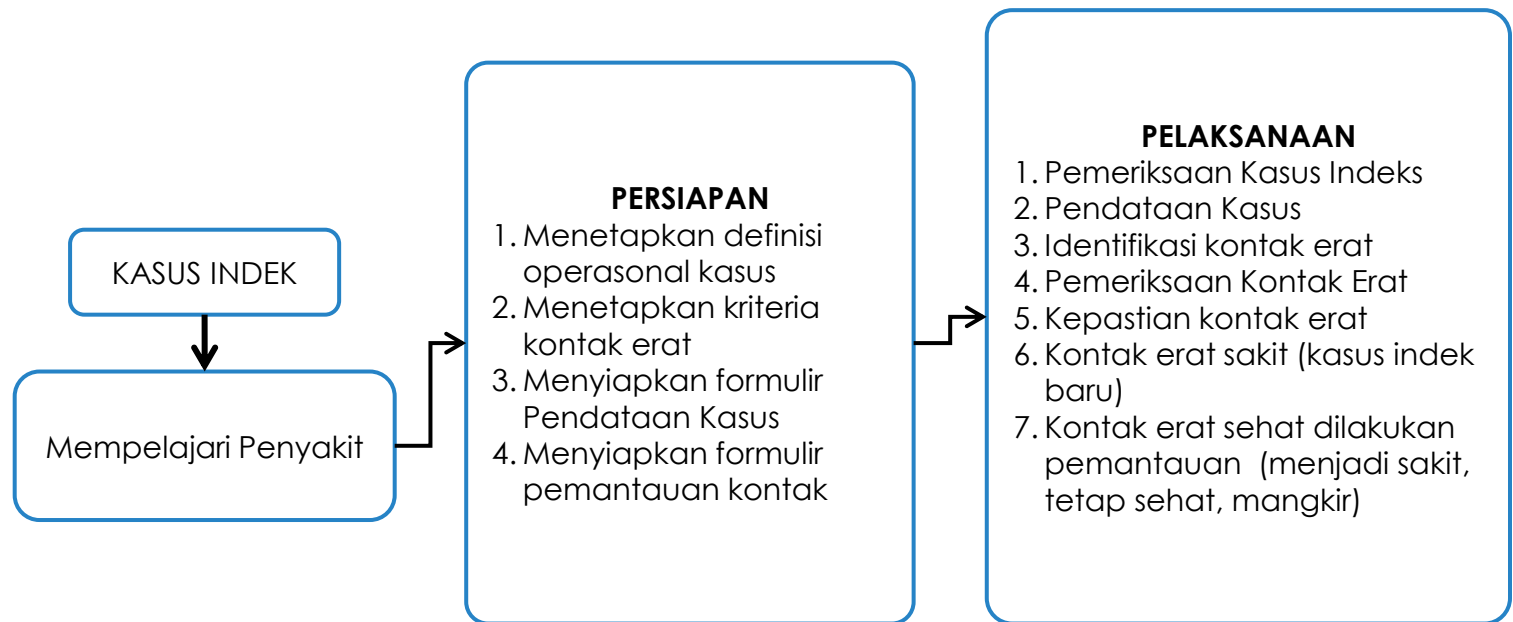


Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Pelacakan dan Pemantauan Kasus - Kontak

Alur Kerja PELACAKAN dan PEMANTAUAN KASUS-KONTAK





Pelacakan dan Pemantauan Kasus - Kontak

Langkah Pelaksanaan Pelacakan dan Pemantauan Kasus-Kontak :

1. Mempelajari gambaran klinis penyakit, masa inkubasi, cara penularan, faktor-faktor risiko penyakit, tatalaksana kasus (pengobatan, isolasi, karantina) dan cara penanggulangan penularannya.
2. Menetapkan definisi operasional kasus, termasuk penegakan diagnosisnya
3. Menetapkan kriteria orang kontak erat terhadap kasus indek (kasus yang akan dilakukan pelacakan kasus dan pemantauan kontakannya).

Contoh : kontak erat kasus diteri adalah semua orang satu rumah, satu ruang kelas, satu ruang tempat kerja dengan kasus indeks selama masa menular

4. Menyiapkan formulir Pendataan Kasus sesuai pedoman masing-masing penyakit) dan Pemantauan Kontak (lihat di lampiran). Siapkan beberapa lembar formulir Pemantauan Kontak, karena setiap kasus baru ditemukan langsung ditetapkan sebagai kasus indek baru yang segera dilakukan Pelacakan dan Pemantauan Kasus-Kontak





Pelacakan dan Pemantauan Kasus - Kontak

Contoh Formulir Pemantauan Kasus-Kontak

FORMULIR PEMANTAUAN KASUS KONTAK																			
IDENTITAS KASUS/KONTAK				TANGGAL PEMANTAUAN SELAMA MASA INKUBASI															
Kasus Indek	Kontak	HP	Tanggal Kontak	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

- Baris pertama kasus indek diisi Nama Kasus Indek dengan tanggal kontak diisi tanggal dari sampai akhir masa menular
- Baris Kedua dst, kasus indek diisi nama kasus indek, kontak diisi nama kontak, Hp kontak dan tanggal kontak diisi tanggal kontak terakhir dengan kasus indek
- Kolom Tanggal Pemantauan baris pertama ditandai kasus berada dalam masa menular
- Kolom Tanggal Pemantauan diisi hasil pemantauan kontak (S = sehat, X=selesai pemantauan sehat, M=mangkir, K=menjadi kasus)



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Pelacakan dan Pemantauan Kasus - Kontak

... lanjutan Langkah Pelaksanaan Pelacakan dan Pemantauan Kasus-Kontak

5. Mengunjungi kasus indek untuk
 - a. melakukan wawancara/pemeriksaan dengan formulir Pendataan Kasus (sesuai masing-masing jenis penyakit), termasuk pengambilan spesimen yang diperlukan dan edukasi
 - b. Mendata kontak kasus indek sesuai kriteria kontak erat (menanyakan pada kasus indek)
6. Mengunjungi kontak erat
 - a. Memastikan kesesuaian kontak erat dengan kriteria kontak
 - b. Kontak erat yang menderita sakit (sesuai definisi operasional) ditetapkan sebagai kasus indek baru, dan dilakukan Pelacakan dan Pemantauan Kasus--Kontak
 - c. Kontak erat yang sehat dilakukan pemantauan kontak selama masa inkubasi sejak kontak terakhir. Masukkan datanya dalam formulir Pemantauan Kasus-Kontak
 - d. Kontak diedukasi agar melaporkan jika menderita sakit selama masa pemantauan (selama masa inkubasi terpanjang sejak kontak terakhir dengan kasus indek)



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Pelacakan dan Pemantauan Kasus - Kontak

Contoh Formulir Pemantauan Kasus-Kontak

FORMULIR PEMANTAUAN KASUS KONTAK																			
IDENTITAS KASUS/KONTAK				TANGGAL PEMANTAUAN															
Kasus Indek	Kontak	HP	Tanggal Kontak	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Amir	x	081312345678	Masa menular																
Amir	Budi	081500021921	3/4						s	s	s	s	s	X	<sehat tidak ada indikasi tertular				
Amir	Ria	081209897627	4/4											X	< sakit, sehingga menjadi kasus indek baru				
FORMULIR PEMANTAUAN KASUS KONTAK																			
IDENTITAS KASUS/KONTAK				TANGGAL PEMANTAUAN SELAMA MASA INKUBASI															
Kasus Indek	Kontak	HP	Tanggal Kontak	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Ria	X	081209897627	9/4																



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Alat dan Bahan PE

Instrumen/Bahan Penyelidikan Epidemiologi



Formulir

[Form Penyelidikan Epidemiologi \(Umum\)](#)



Formulir

[Form Penyelidikan Epidemiologi Spesifik Penyakit](#)

Pedoman Teknis Penyelidikan Epidemiologi



Pedoman teknis

[Langkah - Langkah Penyelidikan Epidemiologi \(Umum\)](#)



Pedoman teknis

Langkah - langkah Penyelidikan Spesifik Penyakit

- [Campak](#)
- [Antraks](#)
- [Difteri](#)
- [AFP](#)
- [GHPR](#)
- [DBD](#)
- [Keracunan Makanan](#)



Please click for detailed information : [Penyelidikan Epidemiologi](#)



Penanggulangan KLB

Bisnis Proses



Pengertian

- Penanggulangan KLB adalah kegiatan yang dilaksanakan untuk menangani penderita, mencegah perluasan kejadian dan timbulnya penderita atau kematian baru pada suatu kejadian luar biasa yang sedang terjadi

Tujuan :

- Tatalaksana kasus KLB
- Menghentikan penularan

Manfaat :

- Pasien dapat segera mendapat tatalaksana sebaik-baiknya
- Upaya pencegahan segera dapat segera dilaksanakan, sehingga penularan penyakit dapat segera dihentikan atau dikendalikan



Please click for detailed information : [Penanggulangan KLB](#)



Tahapan Penanggulangan

1. Pelaksanaan penyelidikan selama periode KLB
2. Pelaksanaan surveilans selama periode KLB
 - Menemukan kasus
 - Mengetahui perkembangan dan sebaran penyakit KLB menurut wilayah dan kelompok berisiko tinggi penularan penyakit KLB
 - Mengetahui perkembangan dan sebaran keadaan faktor risiko penyakit KLB menurut wilayah
 - Monitoring keberhasilan penanggulangan KLB
3. Penatalaksanaan Penderita Penyakit KLB
Terdiri dari penemuan penderita, pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan serta upaya pencegahan penularan penyakit KLB
4. Upaya menghentikan penularan
 - Kegiatan inspeksi dan intervensi kesehatan lingkungan
 - Pemantauan dan penanggulangan vektor/binatang penular penyakit penular penyakit,
 - Imunisasi
 - Pengobatan
 - Isolasi, Karantina dan pembatasan sosial
 - Komunikasi risiko



Please click for detailed information : [Penanggulangan KLB](#)

Tindakan Penanggulangan KLB

- Melaksanakan penyelidikan awal, selama dan akhir periode KLB
- Melaksanakan surveilans selama periode KLB untuk mengetahui perkembangan penyakit dan perkembangan faktor penyebab KLB
- Melaksanakan monitoring kinerja penanggulangan
- Melaksanakan upaya penanggulangan KLB :
 - Upaya pengobatan dan perawatan penderita (kasus penyakit KLB)
 - Upaya penghentian penularan penyakit (pencegahan penularan penyakit, pengebalan kelompok berisiko penularan penyakit, pemusnahan penyebab KLB)
- Melaksanakan promosi penanggulangan program/sector terkait dan masyarakat



Algoritma Respon Penanggulangan KLB

Algoritma Respon

- Berisikan informasi terkait respon penanggulangan yang harus dilakukan baik dalam hal respon tatalaksana kasus, system pelaporan dan respon kesehatan masyarakat

Detail informasi : Klik "[Disini](#)"

Pengelompokan Respon Kesehatan Masyarakat

- Berisikan informasi terkait jenis respon kesehatan masyarakat pada 24 penyakit yang masuk dalam SKDR

Detail informasi : Klik "[Disini](#)"



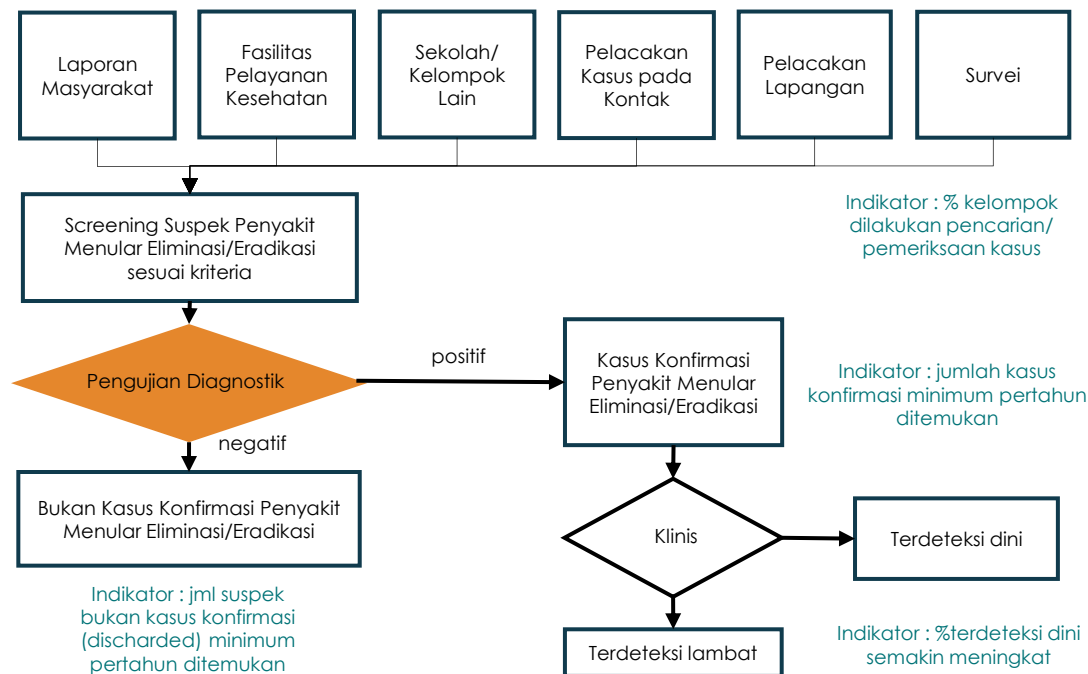
Please click for detailed information : [Penanggulangan KLB](#)



Surveilans Eliminasi dan Eradikasi

Bisnis Proses Surveilans Eliminasi & Eradikasi

Penemuan Kasus Pada Surveilans Penyakit Menular Eliminasi/ Eradikasi



Tujuan :

1. Memperoleh data dan informasi perkembangan dan sebaran kejadian penyakit menular eliminasi/eradikasi di wilayah Puskesmas tahunan
2. Memperoleh data dan informasi perkembangan dan sebaran kejadian penyakit menular eliminasi/eradikasi di wilayah Puskesmas bulanan
3. Meningkatnya kewaspadaan dini penyakit menular eliminasi/eradikasi
4. Meningkatnya deteksi dini adanya kasus/kejadian/KLB penyakit menular eliminasi/eradikasi dan tindakan penanggulangannya
5. Menentukan tingkat endemisitas penyakit menular eliminasi/eradikasi wilayah
6. Membuktikan bebas penularan penyakit menular eliminasi/eradikasi



Surveilans Eliminasi dan Eradikasi

Program eliminasi/eradikasi dibagi pada 3 kondisi dan bisa berbeda-beda daerah satu dengan daerah lainnya :

1) Masih terdapat penularan masif

Kriteria :

- Secara umum kejadian penyakit sudah jarang, tetapi ketika ada kasus akan diikuti dengan penularan setempat berkelanjutan, kasus pertama, menular ke ke kasus kedua pada lokasi setempat, kasus kedua menular ke kasus ketiga pada lokasi setempat yang sama, demikian seterusnya.
- Ini disebabkan karena kondisi lingkungan yang masih mendukung terjadinya penularan.

2) Masih terdapat kasus dengan penularan terbatas

Kriteria :

- Secara umum kejadian penyakit sudah jarang, dan ketika ada kasus tidak diikuti dengan penularan setempat berkelanjutan atau penularan hanya sangat terbatas.
- Ini disebabkan karena kondisi lingkungan yang sudah tidak mendukung terjadinya penularan dan atau kemampuan penanggulangan yang cepat.

3) Tidak ditemukan kasus dan tidak ada penularan

Kriteria :

- Tidak terdapat penularan pada wilayah luas. Pada eradikasi yang telah tercapai sepenuhnya, agen penyakit sudah tidak terdapat lagi di seluruh dunia.

Program Reduksi Penyakit Menular merupakan upaya pengurangan angka kesakitan dan/atau kematian terhadap Penyakit Menular tertentu agar secara bertahap penyakit tersebut menurun sesuai dengan sasaran dan target capaiannya

Program Eliminasi Penyakit Menular

merupakan upaya pengurangan terhadap penyakit secara berkesinambungan di wilayah tertentu sehingga angka kesakitan penyakit tersebut dapat ditekan serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat di wilayah yang bersangkutan.

Program Eradikasi Penyakit Menular

merupakan upaya menghentikan penularan atau menghilangkan jenis penyakit secara permanen penyakit tertentu di seluruh dunia



Please click for detailed information : [Surveilans Eliminasi dan Eradikasi](#)



Surveilans Eliminasi dan Eradikasi

Jenis intensifikasi surveilans penyakit menular **eliminasi/eradikasi** dapat dijelaskan dalam bahasan berikut :

1) Penemuan Semua Kasus Penyakit Menular Eliminasi/Eradikasi

- Bukti Semua Kasus Ditemukan Berdasarkan Perkiraan Jumlah Kasus .
- Bukti Semua Kasus Ditemukan Berdasarkan Perkiraan Jumlah Discarded Rate Suspek
- Menemukan semua Kasus Berdasarkan Pemeriksaan Semua Kelompok Berisiko Tinggi Penularan Penyakit Menular Eliminasi/Eradikasi
- Bukti Semua Kasus Ditemukan Berdasarkan Pelacakan dan Pemantauan Kontak

2) Deteksi Dini Penularan dan Respon Penghentian Penularan

- Pada wilayah dalam tahap eliminasi dan eradikasi telah tercapai, maka deteksi dini adanya penularan yang terjadi di setiap bagian dari wilayah tersebut dan kemampuan menghentikan penularan dengan segera merupakan kunci keberhasilan mempertahankan status eliminasi dan eradikasi tersebut, terutama apabila kasus impor masih sangat besar kemungkinan terjadi.

3) Status Endemisitas Wilayah

- Status endemisitas merupakan risiko penularan penyakit menular pada suatu wilayah, termasuk wilayah Puskesmas.
- Masing-masing program penanggulangan penyakit menular mempunyai metode penetapannya : jumlah kasus, kejadian terus menerus, ada tidaknya faktor pendukung penularan penyakit, termasuk ada tidaknya dukungan program

Please click for detailed information : [Surveilans Eliminasi dan Eradikasi](#)

Manfaat Surveilans Eliminasi & Eradikasi :

1. Monitoring dan evaluasi kinerja program penanggulangan penyakit menular di wilayah Puskesmas, antara lain menurunnya risiko penularan, kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit menular.
2. Menetapkan wilayah/kelompok masyarakat berisiko tinggi penularan, kesakitan, kematian dan kecacatan serta upaya penanggulangannya, baik meliputi penemuan dan tatalaksana kasus, upaya pencegahan penularan dan penghentian penularan
3. Menetapkan wilayah/kelompok masyarakat yang memerlukan peningkatan surveilans, baik surveilans penyakit menular tahunan/bulanan, sistem kewaspadaan dini kejadian/KLB penyakit menular dan respon (SKDR), serta monitoring kinerja program penanggulangan penyakit menular.
4. Deteksi dini kasus/kejadian penularan penyakit dan tindakan pelacakan kontak, penyelidikan dan penanggulangannya
5. Menetapkan status endemisitas dan status bebas penyakit menular setiap wilayah



Referensi

- [Kepmenkes NOMOR 1479/MENKES/SK/X/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular Dan Penyakit Tidak Menular Terpadu Menteri Kesehatan Republik Indonesia.](#)
- [Permenkes No 949/MENKES/SK/VIII/2004 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa \(KLB\)](#)
- Pedoman Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) Penyakit Potensi KLB/Wabah Edisi Revisi Tahun 2021. Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI
- Panduan Penggunaan Aplikasi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) Untuk Pelapor Penyakit Berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB)



Please click for detailed information : [Surveilans SKD-KLB](#) [Surveilans Eliminasi dan Eradikasi](#) [Penanggulangan KLB](#)

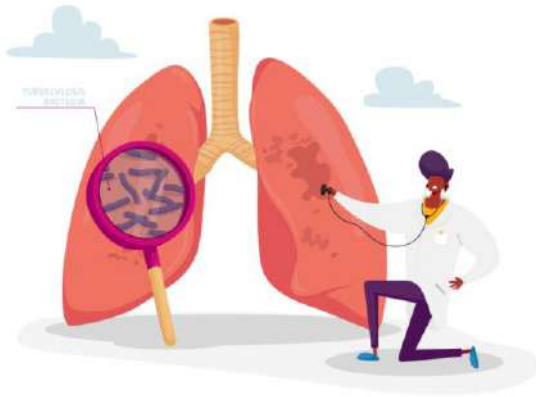


Tuberkulosis

Pedoman Kerja Puskesmas - Klaster IV



Daftar Menu



Upaya Penanggulangan
Pathway (penanggulangan TB)
Pathway (penemuan kasus)
Investigasi Kontak
Pengawasan Minum Obat
Pengawasan Kasus Mangkir
Alur pemeriksaan ILTB
Terapi Pencegahan TBC (TPT)
Surveilans
Cara melihat alert
Promosi Kesehatan
Upaya pengendalian factor risiko
Pemberian kekebalan



Upaya Penanaggulangan TBC

Berikut ini merupakan kegiatan kegiatan dalam rangka upaya Penanggulangan TBC :

Promosi Kesehatan

Surveilans TB

Pengendalian Faktor Risiko

Penemuan dan Pengendalian Kasus TBC

Pemberian Kekebalan

Pemberian Obat Pencegahan



Definisi

Penanggulangan TB adalah segala upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan, mencegah resistensi obat, mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat Tuberkulosis.

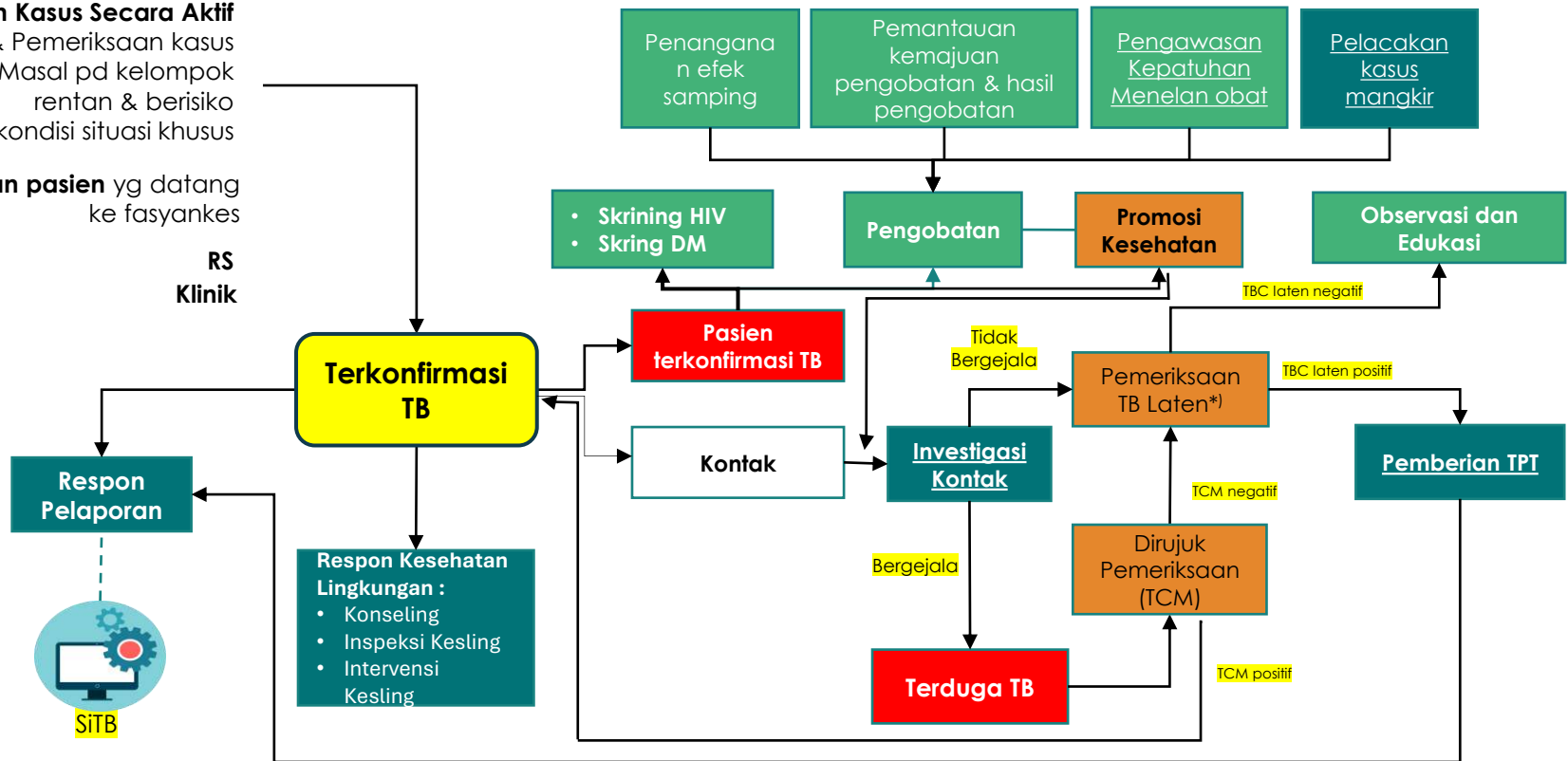


Penanggulangan TBC

Penemuan Kasus Secara Aktif
Investigasi & Pemeriksaan kasus kontak, Skrining Masal pd kelompok rentan & berisiko
Skrining pd kondisi situasi khusus

Pemeriksaan pasien yg datang ke fasyankes

RS Klinik

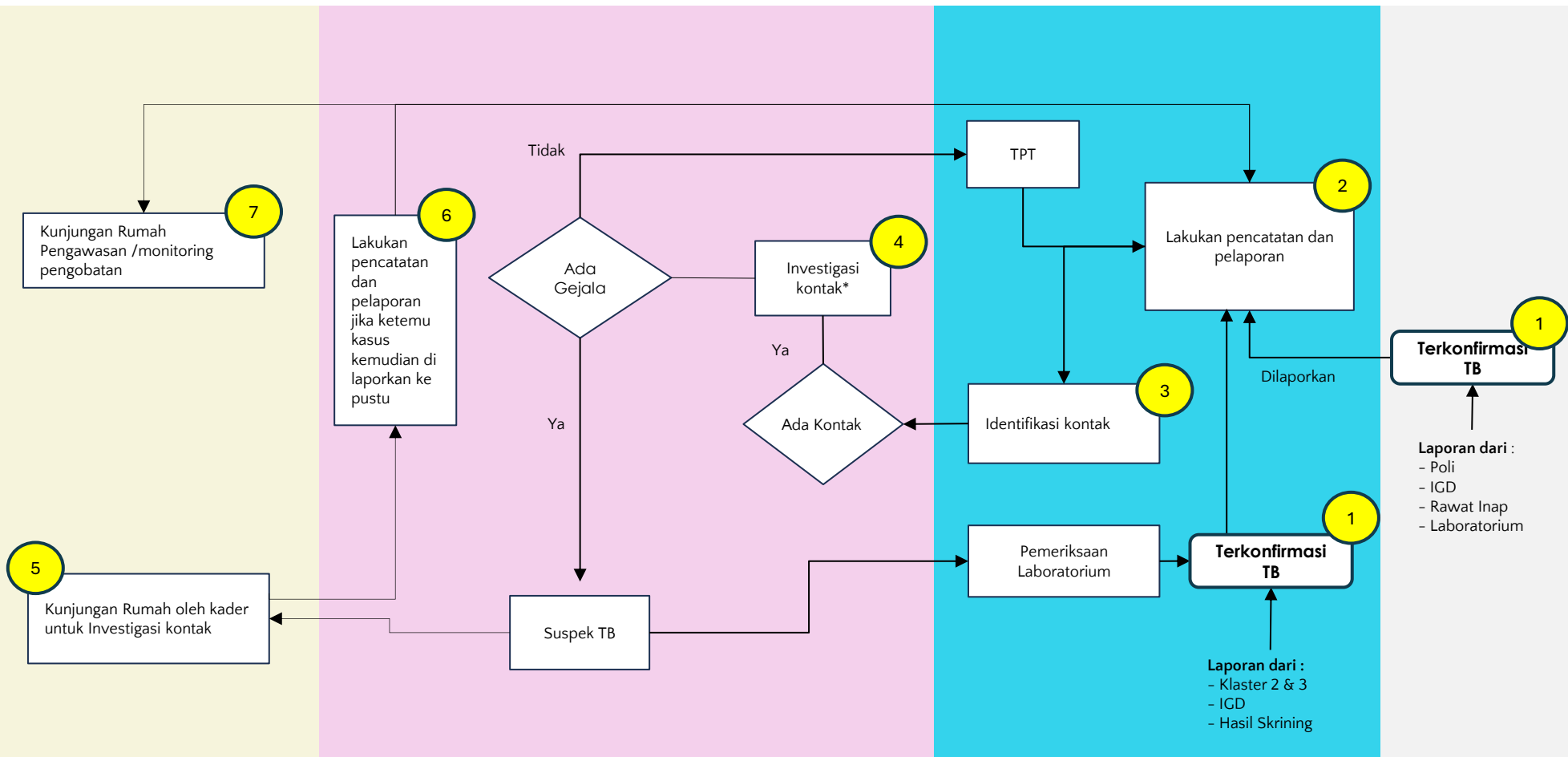


Catatan :
*Pemeriksaan Laten TB hanya untuk kontak serumah yang tidak menunjukkan gejala, usia ≥ 5 th dan kelompok risiko lain. Sedangkan kontak serumah < 5 th dan ODHIV selama tidak menunjukkan bergejala TB dapat langsung diberikan TPT



Algoritme Penemuan Kasus

- Keluarga
- Posyandu
- Pustu
- Puskesmas/FKTP
- FKTL



*Investigasi Kontak dilakukan dengan mengundang kontak serumah & kontak erat ke layanan untuk dilakukan skrining gejala
Jika invitasi kontak tidak dapat dilakukan, FKTL merujuk IK ke puskesmas domisili





Investigasi Kontak

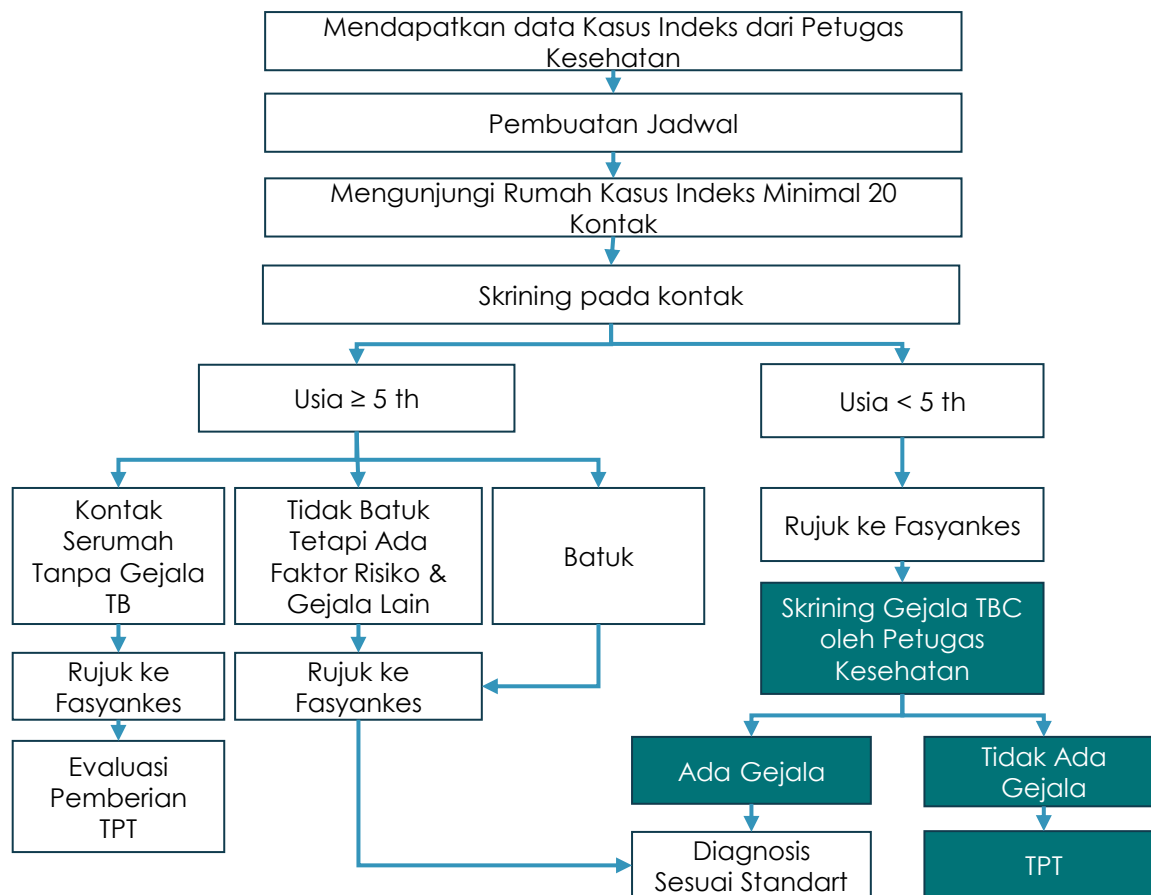
Bagan Alur Petugas Kesehatan/ Kader dalam Pelaksanaan IK (Investigasi Kontak)

*Faktor risiko :

- Remaja usia 10 -18 tahun
- Dewasa muda 19 – 25 tahun
- Lansia
- Daya tahan tubuh rendah (HIV, DM, Ibu Hamil, Malnutrisi, Kanker, Imunosupresan, Dialisis, Kortikosteroid, Persiapan Transplan)

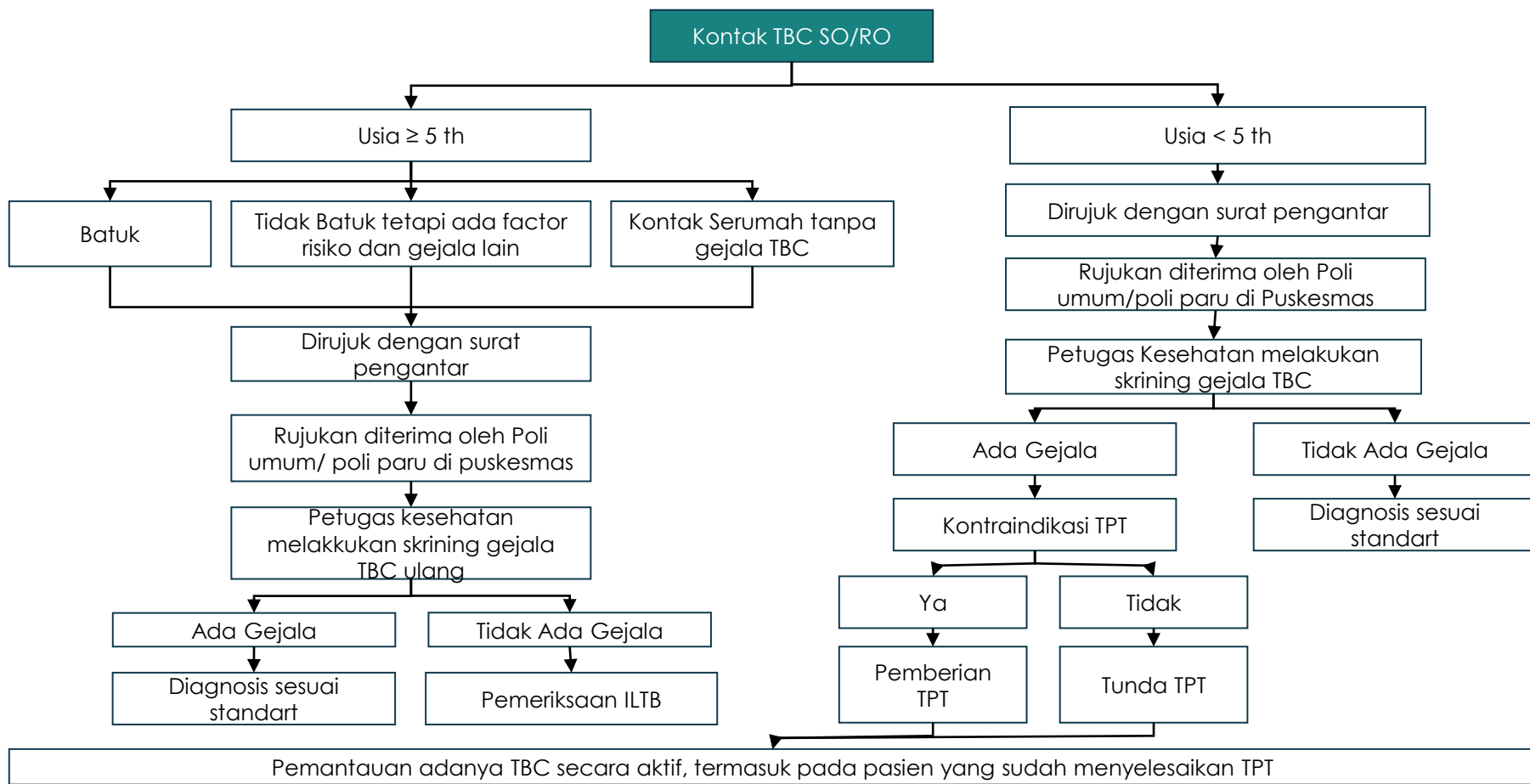
Keterangan

-  : dilakukan oleh kader
-  : dilakukan oleh petugas kesehatan





Alur Rujukan Investigasi Kontak





Pengawasan Minum Obat



- Dilakukan oleh : tenaga kesehatan (nakes), kerabat/keluarga pasien, ataupun orang dari komunitas yang menjadi pendamping pengobatan pasien
- Pengawasan dapat dilakukan melalui Video daring real time seperti melalui aplikasi telepon video.
- Definisi Operasional Patuh Berobat ialah pasien mengkonsumsi >90% obat-obatannya dengan pengawasan langsung oleh pengawas menelan obat (PMO)





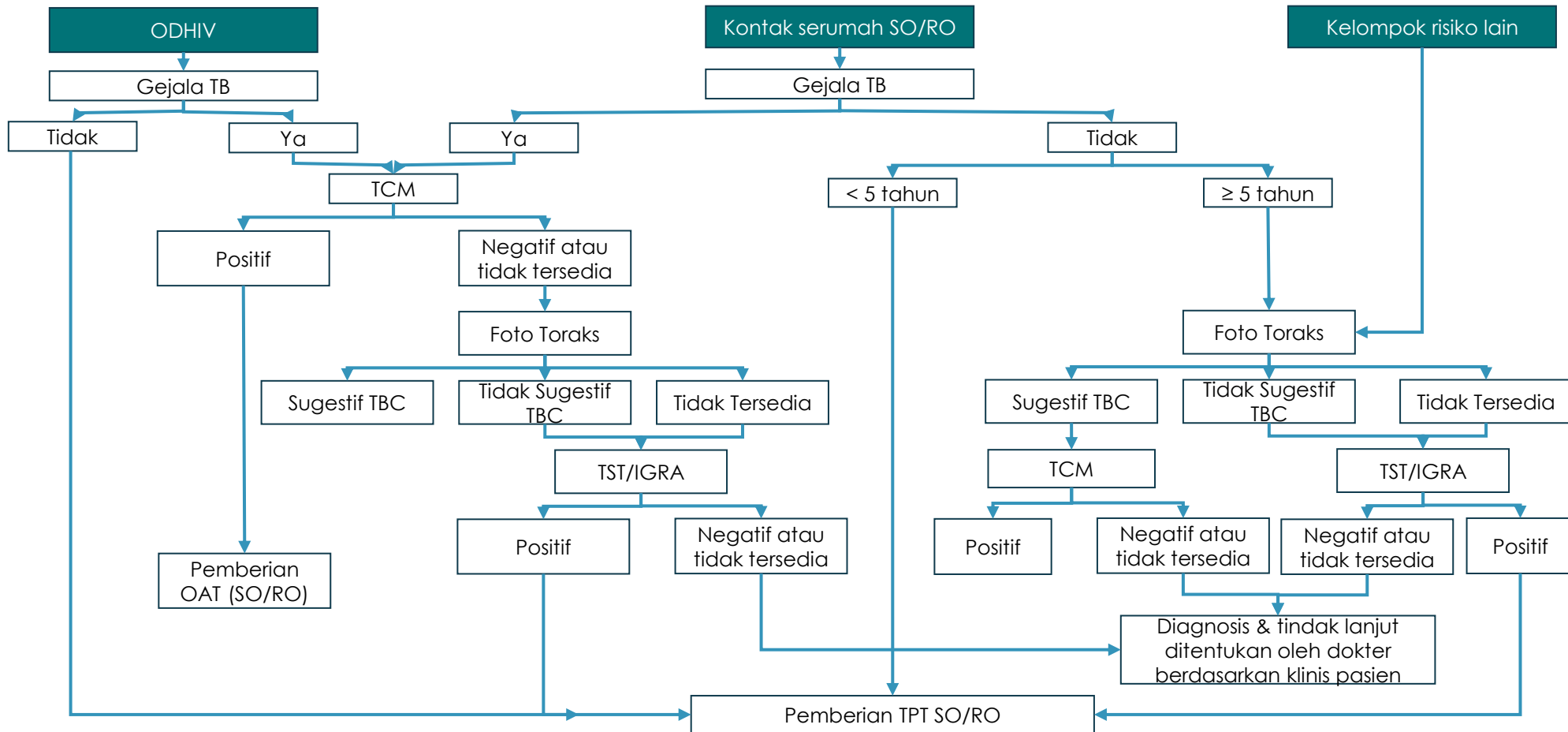
Pengawasan Kasus Mangkir

- Pasien putus berobat atau mangkir ialah pasien tidak menelan obat atau berhenti berobat selama 2 bulan berturut – turut atau lebih

Lama tidak minum obat	Lama pengobatan sudah dijalani	Tatalaksana
< 1 bulan	Berapapun lamanya	1. Melakukan konseling intensif kepada pasien dan keluarga 2. Melanjutkan pengobatan sesuai panduan sebelumnya
1-2 bulan	≤ 1 bulan	1. Melakukan konseling intensif kepada pasien dan keluarga 2. Pengobatan diulangi dari permulaan dengan panduan OAT yang sama
	> 1 bulan	1. Melakukan konseling intensif kepada pasien dan keluarga 2. Lakukan pemeriksaan biakan sebelum menggunakan metode cair (MGIT) yang lebih cepat 3. Sambil menunggu hasil biakan, pengobatan TB RO dilanjutkan dengan panduan OAT yang sama dengan yang didapatkan pasien sebelum pasien mangkir



Bagan Alur Pemeriksaan ILTB





Terapi Pencegahan TBC (TPT)

Manfaat :

1. Mengurangi risiko reaktivasi
2. Menurunkan insiden TB
3. Pencegahan pada ODHIV memberikan perlindungan lebih 5 tahun
4. Menghentikan progresivitas penyakit menjadi aktif

Panduan Obat TPT :

INH selama 6 bulan, diminum tiap hari

Paduan INH dan Rifampicin (HR) selama 3 bulan, diminum tiap hari

Paduan INH dan Rifapentin (HP), selama 3 bulan, diminum 1x per minggu

No	Sasaran	Pilihan Panduan TPT				
		3HP	3HR	6H	6Lfx	6Lfx+E
Kontak dengan pasien TB SO						
1	Kontak serumah usia < 2 thn		√	√		
2	Kontak serumah usia 2-5 thn	√	√	√		
3	Kontak serumah usia ≥5 thn	√	√	√		
4	ODHIV usia < 2 tahun			√		
5	ODHIV usia > 2 tahun	√		√		
6	Kelompok risiko lainnya	√	√	√		
Kontak dengan pasien TB RO						
7	Kontak serumah anak < 15				√	
8	Kontak serumah > 15 tahun					√

Kriteria Pemberian TPT :

- Kelompok risiko tinggi (ODHIV, kontak serumah dg pasien TB terkonfirmasi bakteriologis, pasien immunokompromais dg HIV negative dan kelompok risiko lainnya (...)
- Tidak sakit TBC
- Infeksi laten TBC*
- Tidak ada kontra indikasi pemberian TPT

Kontraindikasi Pemberian TPT :

- Hepatitis akut atau kronis
- Neuropati perifer (jika menggunakan isoniazid)
- Konsumsi alkohol biasa atau berat

Kehamilan atau Riwayat TBC sebelumnya bukan merupakan kontraindikasi pemberian TPT



Terapi Pencegahan TBC (TPT)

Proses Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT)

Panduan TPT	Durasi total (bulan)	Jumlah dosis yang diharapkan	80% dari rekomendasi jumlah dosis	Perpanjang waktu untuk penyelesaian pengobatan (durasi pengobatan + 33% tambahan waktu)
6H (harian)	6	182	146	239
3HR (harian)	3	84	68	120
3HP (mingguan)	3	12	11 (90% dari rekomendasi jml dosis)	16
1HP (mingguan)	1	28	23	40



Monitoring Terapi Pencegahan TBC (TPT)

a. Evaluasi munculnya gejala TBC

ANAK	DEWASA	ODHIV
<ol style="list-style-type: none">1. Penurunan berat badan atau tidak naik dari 2 bulan sebelumnya atau terjadi gagal tumbuh (<i>failure to thrive</i>) meskipun telah diberikan upaya perbaikan gizi yang baik dalam waktu 1-2 bulan2. Demam disertai dengan atau tanpa keringat malam3. Batuk dengan karakteristik: batuk persisten >2 minggu, <i>non-remitting</i> (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah), tidak membaik dengan pemberian antibiotik4. Kelelahan, anak kurang aktif bermain, aktivitas anak tidak aktif	<ol style="list-style-type: none">1. Batuk selama ≥ 2 minggu, dapat berdahak atau berdarah2. Demam yang umumnya subfebris selama ≥ 2 minggu3. Berat badan turun4. Berkeringat pada malam hari5. Malaise: lesu, mudah lelah6. Pembesaran kelenjar getah bening di leher, ketiak, dan inguinal7. Gejala TBC di organ lain	<ol style="list-style-type: none">1. Batuk saat ini (tidak perlu ≥ 2 minggu)2. Berat badan turun drastis3. Demam yang umumnya subfebris selama ≥ 2 minggu4. Berkeringat pada malam hari5. Pembesaran kelenjar getah bening di leher, ketiak, dan inguinal6. Gejala TBC di organ lain

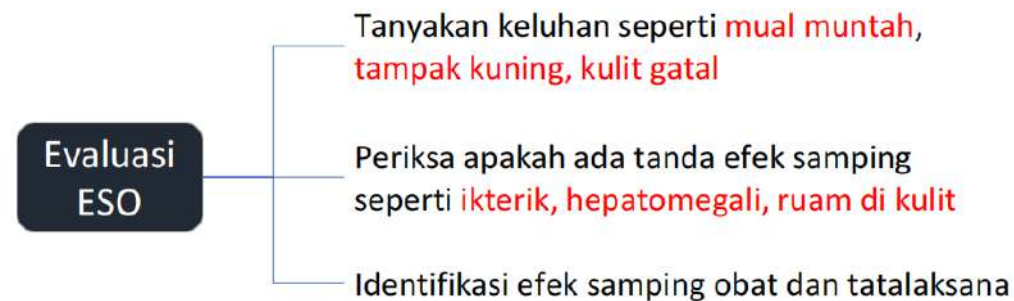
- **Monitoring Terapi Pencegahan TBC dilakukan 1 bulan sekali**
- **Hal – hal yang dimonitor :**
 1. Evaluasi munculnya gejala
 2. Efek samping obat
 3. Kepatuhan dan keteraturan minum



Monitoring Terapi Pencegahan TBC (TPT)

b. Efek samping obat

Merupakan efek tidak diinginkan yang timbul pada dosis normal yang umumnya terkait dengan farmakologi obat



c. Kepatuhan dan keteraturan minum obat

1. Penilaian kepatuhan minum obat dilakukan setiap bulan
2. Penyebab ketidakteraturan minum obat harus dicari dan didiskusikan pemecahannya
3. **Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)** dilakukan baik pada pasien maupun anggota keluarga yang berperan sebagai pengawas menelan obat (PMO)
4. Penting untuk menekankan bahwa TPT diberikan pada orang yang tidak ada gejala untuk mencegah infeksi dan sakit TBC
5. Hasil evaluasi bulanan, bila saat kontrol tidak ada masalah, maka pemberian TPT dapat dilanjutkan untuk bulan berikutnya



Monitoring Terapi Pencegahan TBC (TPT)



-  Mulai TPT
-  80% dosis
-  Selesai TPT
-  Tambahkan 33% waktu



Tatalaksana TPT Dosis Terlewat

Rejimen TPT	Durasi terapi tertunda	Langkah selanjutnya	Saran tindakan
3HR 6H	<2 minggu	<ul style="list-style-type: none">• Lanjutkan TPT segera dan tambah jumlah hari berdasarkan dosis yang terlewat dari total durasi pengobatan.• Jangan mengubah tanggal yang dijadwalkan untuk kunjungan berikut, tetapi kunjungan terakhir akan ditunda sesuai tambahan jumlah hari untuk mengganti dosis yang terlewat (misal: jika seorang anak dengan 3HR melewati 3 hari, lanjutkan TPT untuk durasi 3 bulan + 3 hari dari tanggal memulai).	<ul style="list-style-type: none">• Menyampaikan alasan tertundanya TPT.• Memberikan nasihat kepada orang penerima TPT dan pendamping tentang pentingnya TPT dan kepatuhan selesai pengobatan.• Peninjauan dan persetujuan dengan orang penerima TPT dan pendamping mengenai cara terbaik untuk meningkatkan kepatuhan.
3HR 6H	>2 minggu	<ul style="list-style-type: none">• Jika TPT berhenti setelah >80% dosis yang diharapkan pada rejimen terpilih, tidak perlu tindakan. Lanjut dan selesaikan sisa perawatan sesuai rencana awal.• Jika TPT berhenti <80% dosis yang diharapkan pada rejimen terpilih, TPT masih bisa diselesaikan sesuai waktu yang diharapkan, yaitu durasi pengobatan + 33% waktu tambahan, tidak perlu tindakan. Lanjut dan selesaikan sisa perawatan sesuai rencana awal.• Jika pasien tetap tidak dapat menyelesaikan minimal 80% dari total dosis yang diharapkan setelah diberi perpanjangan waktu, pertimbangkan memulai TPT kembali secara lengkap.	<ul style="list-style-type: none">• Menyampaikan alasan tertundanya TPT.• Memberikan nasihat kepada orang penerima TPT dan pendamping tentang pentingnya TPT dan kepatuhan selesai pengobatan.• Peninjauan dan persetujuan dengan orang penerima TPT dan pendamping mengenai cara terbaik untuk meningkatkan kepatuhan

Rejimen TPT	Durasi terapi tertunda	Langkah selanjutnya	Saran tindakan
3HP	1 dosis terlewat dalam jadwal mingguan	<ul style="list-style-type: none">• Jika dosis yang terlewat adalah 2 hari ke depan, orang tersebut dapat segera melanjutkan minum obat. Lanjutkan jadwal sesuai rencana semula (misal, terus minum obat sesuai dosis yang tersisa mengikuti jadwal yang sama).• Jika dosis yang terlewatkan >2 hari kemudian, orang tersebut dapat segera mengambil dosis yang terlewat dan mengubah jadwal asupan mingguan menjadi hari dosis yang dilewatkan itu diambil sampai pengobatan selesai. Ini akan menghindari 2 dosis mingguan yang diambil <4 hari.	<ul style="list-style-type: none">• Menyampaikan alasan tertundanya TPT.• Memberikan nasihat kepada orang dengan TPT dan pendamping tentang pentingnya TPT dan kepatuhan selesai pengobatan.• Peninjauan dan persetujuan dengan orang dengan TPT dan pendamping mengenai cara terbaik untuk meningkatkan kepatuhan.
3HP	>1 minggu dosis yang terlewat	<ul style="list-style-type: none">• Jika antara 1-3 dosis mingguan terlewatkan, terapi dilanjutkan sampai semua 12 dosis diminum, sehingga memperpanjang durasi terapi hingga maksimum 16 minggu.• Namun, jika 4 atau lebih dosis mingguan terlewat, pertimbangkan untuk memulai kembali TPT lengkap.• Jika kepatuhan terhadap rutinitas mingguan tidak memungkinkan, pertimbangkan menghentikan 3HP dan menawarkan rejimen alternatif (harian).	<ul style="list-style-type: none">• Menyampaikan alasan tertundanya TPT.• Memberikan nasihat kepada orang dengan TPT dan pendamping tentang pentingnya TPT dan kepatuhan selesai pengobatan.• Peninjauan dan persetujuan dengan orang dengan TPT dan pendamping mengenai cara terbaik untuk meningkatkan kepatuhan.



Tatalaksana TPT Dosis Terlewat

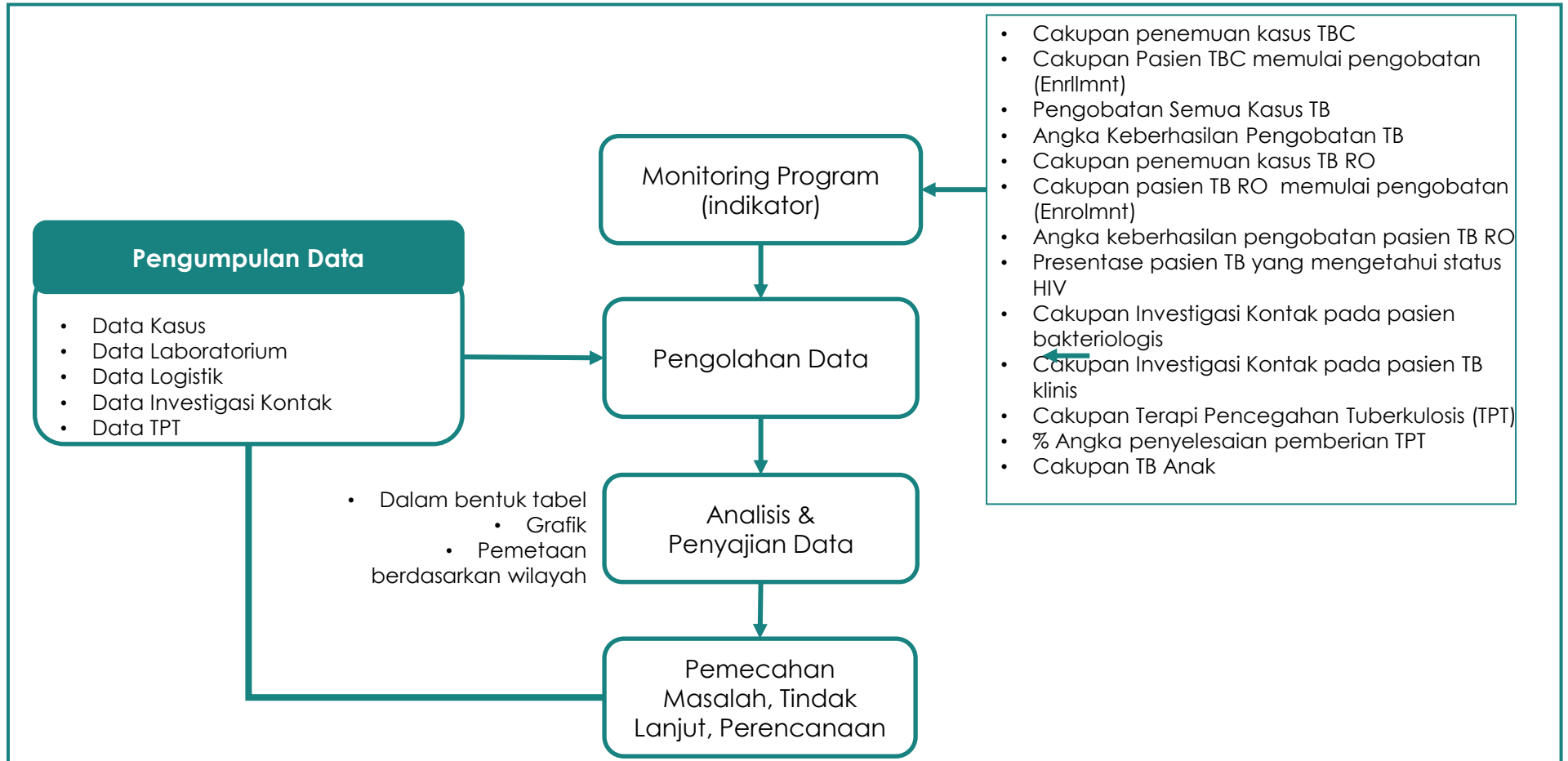
Rejimen TPT	Durasi terapi tertunda	Langkah selanjutnya	Saran tindakan
1HP*	<1 minggu	Jika >80% dosis yang diharapkan dalam rejimen itu diminum tidak diperlukan tindakan, cukup lengkapi dosis yang tersisa. Jika <80% dari dosis yang diharapkan dalam rejimen diambil, segera melanjutkan terapi segera setelah kembali dan menambahkan dosis yang terlewat pada total durasi terapi untuk menyelesaikan rangkaian terapi dalam waktu maksimal 6 minggu.	Menyampaikan alasan tertundanya TPT. Memberikan nasihat kepada orang dengan TPT dan pendamping tentang pentingnya TPT dan kepatuhan selesai pengobatan. Peninjauan dan persetujuan dengan orang dengan TPT dan pendamping mengenai cara terbaik untuk meningkatkan kepatuhan.
	>1 minggu	Jika >7 dosis berturut-turut terlewatkan, pertimbangkan untuk memulai kembali rangkaian lengkap rejimen 1HP. Jika >7 dosis terlewat tidak berturut-turut, lanjutkan TPT segera setelah kembali dan tambahkan dosis yang terlewat ke total durasi terapi untuk menyelesaikan rangkaian terapi dalam waktu maksimum 8 minggu. Jika kepatuhan terhadap 1HP tidak memungkinkan, pertimbangkan untuk menghentikannya dan menawarkan rejimen harian alternatif atau 3HP.	

Keterangan:

*) Belum disediakan oleh Program TB Nasional

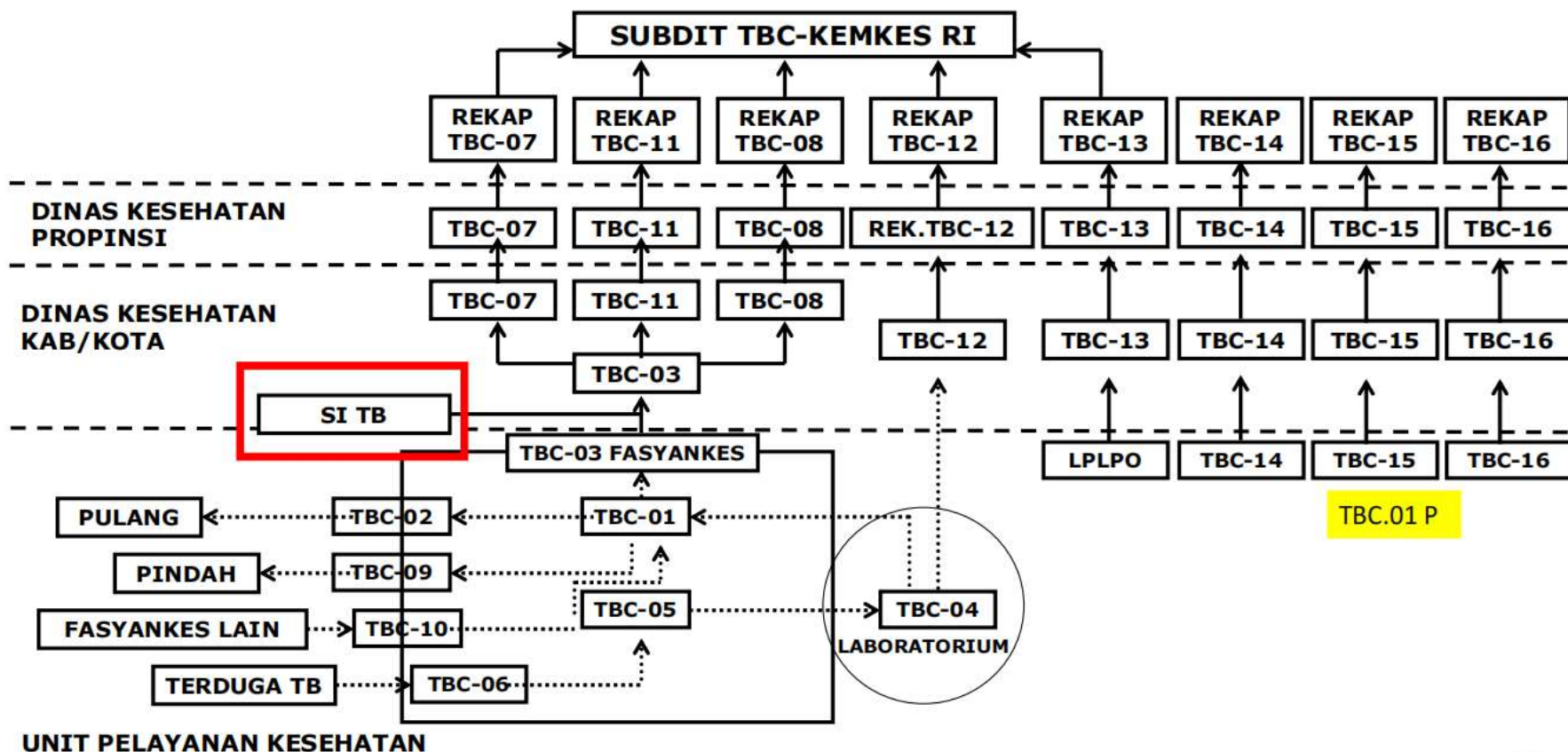


Surveilans TBC





Bagan Alur Pencatatan & Pelaporan TB





Formulir Pencatatan TPT

Formulir TBC.01P
(Kartu Terapi Pencegahan Tuberkulosis)

[Unduh Formulir](#)

Formulir TBC.15
(Register Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis)

[Unduh Formulir](#)

Formulir TBC.16K
(Formulir Investigasi Kontak Tuberkulosis)

[Unduh Formulir](#)



Cara melihat Alert di SiTB

SISTEM INFORMASI TUBERKULOSIS
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Login Sebagai Euis

Kasus ▾ Skrining TBC ▾ Loolistik ▾ Laboratorium ▾ Keuangan ▾ Laporan Home Admin ▾ Data Petugas Integrasi Aplikasi ▾ Profil Unit TB Manual FAQ

ALERT & REMINDER VALIDASI DATA
ZERO REPORTING

TERDUGA TB

- Terduga TB dirujuk belum Laporan **5**
- Terduga TB belum ada permintaan Laboratorium **3**
- Terduga TB belum ada Hasil Laboratorium **199**
- Registrasi dibawah tahun 2019 **0**
- Permohonan Pemeriksaan Laboratorium yang membutuhkan sampel baru **25**
- Terduga TBC dengan hasil TCM Rif Res yang belum memulai pengobatan **0**
- Hasil Skrining TB yang direkomendasikan untuk dilakukan pemeriksaan TB **0**

Kasus Pasien TB-SO

Provinsi : [Dropdown] Jenis Fasyankes : [Dropdown]
Kabupaten/Kota : [Dropdown] Fasyankes : [Dropdown]
Tahun : 2024 [Calendar Icon]

TEMUAN KASUS

No	TB SENSITIF OBAT	TW1	TW2	TW3	TW4	TOTAL
1	Jumlah Terduga TB Sensitif Obat ditemukan	315	287	29	0	631
2	Jumlah Terduga TB Sensitif Obat yg dilakukan pemeriksaan lab dan ada hasilnya	300	266	21	0	587
3	Jumlah TB Sensitif Obat yg terdiagnosis klinis	60	47	2	0	109
4	Jumlah TB Sensitif Obat yg terkonfirmasi bakteriologis	44	39	1	0	84
5	Jumlah Terduga TB Sensitif Obat yg Memulai Pengobatan	143	105	8	0	256
6	Jumlah Pasien TB Sensitif Obat Sembuh dan Pengobatan Lengkap atau angka success rate	43	48	4	0	95

No	TB RESISTAN OBAT	TW1	TW2	TW3	TW4	TOTAL
1	Jumlah Terduga TB RO ditemukan	45	50	2	0	97
2	Jumlah Terduga TB RO yg dilakukan pemeriksaan lab dan ada hasilnya	36	49	1	0	86
3	Jumlah Terduga TB RO yg terkonfirmasi	17	17	1	0	35
4	Jumlah Terduga TB RO yg Memulai Pengobatan	25	10	2	0	37
5	Jumlah Pasien RO Sembuh dan Pengobatan Lengkap atau angka success rate	18	13	0	0	31

Macam – macam alert :

- Alert & reminder laboratorium
- Alert & reminder terduga TB

Contoh alert terduga yang perlu ditindak lanjuti di fasilitas pelayanan kesehatan



Cara melihat Alert di SiTB

SISTEM INFORMASI TUBERKULOSIS
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Home

Kasus Pasien TB-SO

- Pasien TBC SO Dari Terduga TB (Tidak Dirujuk) Belum Register: 0
- Pasien Rujukan/Pindahan TBC SO Masuk belum lapor: 9
- Pasien Rujukan/Pindahan TBC SO Keluar belum lapor: 12
- Terduga TBC yang diobati belum terdaftar sebagai Pasien TBC SO: 5
- Pasien TBC SO yang belum ada Paduan Obatnya: 0
- Pasien TBC SO yang belum dilakukan Investigasi Kontak: 192
- Pasien TBC SO yang belum ada hasil laboratorium untuk pemantauan pengobatan: 31
- Pasien TBC SO yang belum mempunyai Data Minum Obat: 1
- Pasien TBC SO yang belum ada Hasil: 121

Jumlah Pasien TB Sensitif Obat Sembuh dan Pengobatan Lengkap atau angka success rate

Unit	TW1	TW2	TW3	TW4
Success Rate	45	48	4	95

Jumlah Terduga TB Sensitif Obat ditemukan

Unit	TW1	TW2	TW3	TW4
Detected	300	280	30	0

Jumlah Terduga TB RO ditemukan

Unit	TW1	TW2	TW3	TW4
Detected	50	50	10	0

Jumlah Terduga TB Sensitif Obat yg dilakukan pemeriksaan lab dan ada hasilnya

Unit	TW1	TW2	TW3	TW4
Lab Results	300	280	30	0

Jumlah Terduga TB RO yg dilakukan pemeriksaan lab dan ada hasilnya

Unit	TW1	TW2	TW3	TW4
Lab Results	50	50	10	0

download Font Barcode.128

Copyright © 2024 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Processing Time: 4.7658

Contoh alert kasus Pasien TBC SO yang perlu ditindak lanjuti di fasilitas pelayanan kesehatan





Sasaran Promosi Kesehatan TB

Pasien, individu sehat (masyarakat) dan keluarga sebagai komponen dari masyarakat

Tokoh masyarakat, tokoh adat, tokoh agama, petugas kesehatan, pejabat pemerintahan, organisasi kemasyarakatan dan media massa

Pembuat kebijakan publik yang menerbitkan peraturan perundang-undangan dibidang kesehatan dan bidang lain yang terkait serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya

- Sebagai panutan untuk tidak menciptakan stigma dan diskriminasi terkait TB.
- Membantu menyebarluaskan informasi tentang TB dan PHBS.
- Mendorong pasien TB untuk menjalankan pengobatan secara tuntas.
- Mendorong masyarakat agar segera memeriksakan diri ke layanan TB yang berkualitas

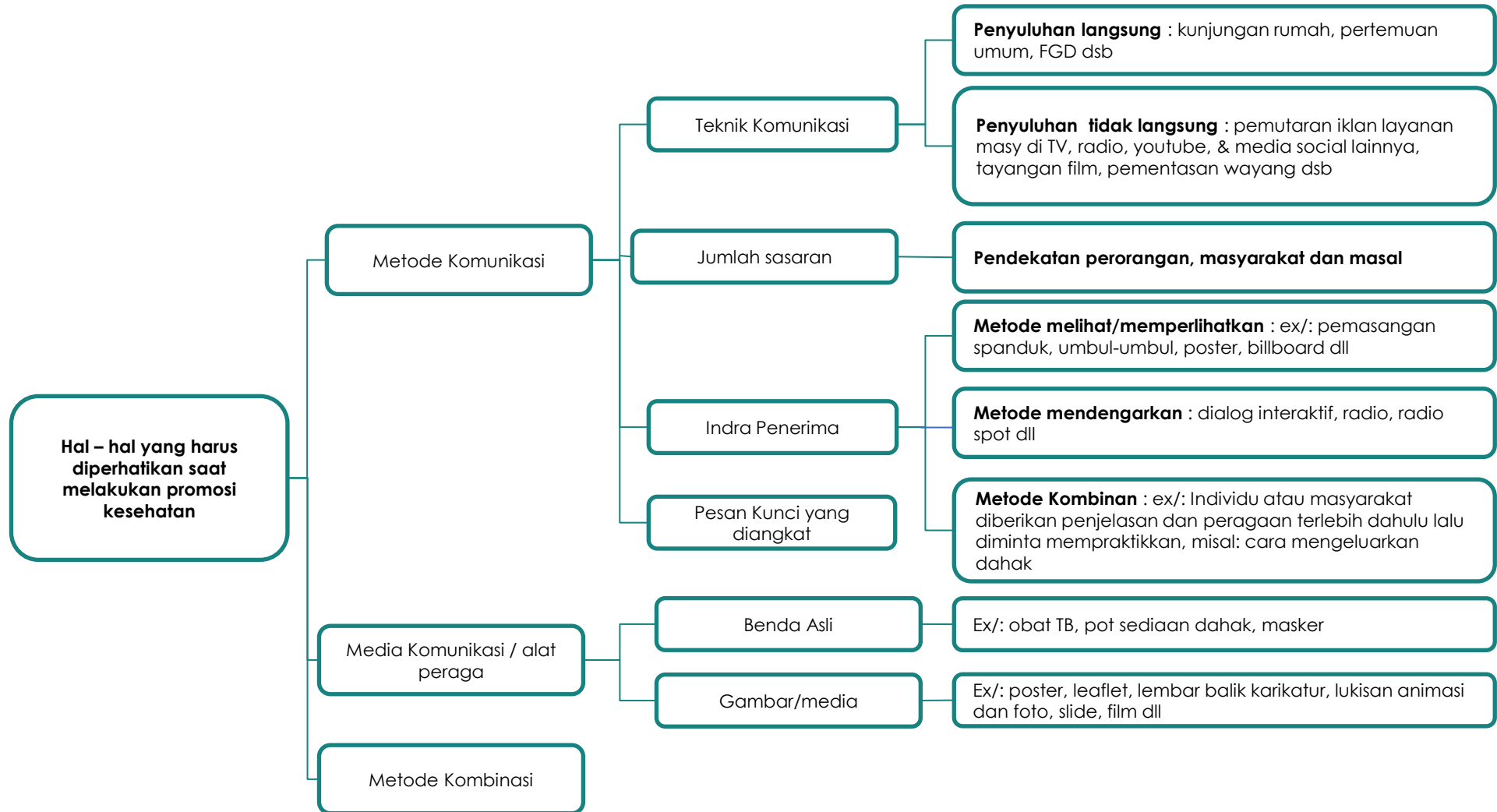
PERAN

- Memberlakukan kebijakan/peraturan perundang-undangan untuk mendukung penanggulangan TB.
- Membantu menyediakan sumber daya (dana, sarana dan lain-lain) untuk meningkatkan capaian program TB.

PERAN

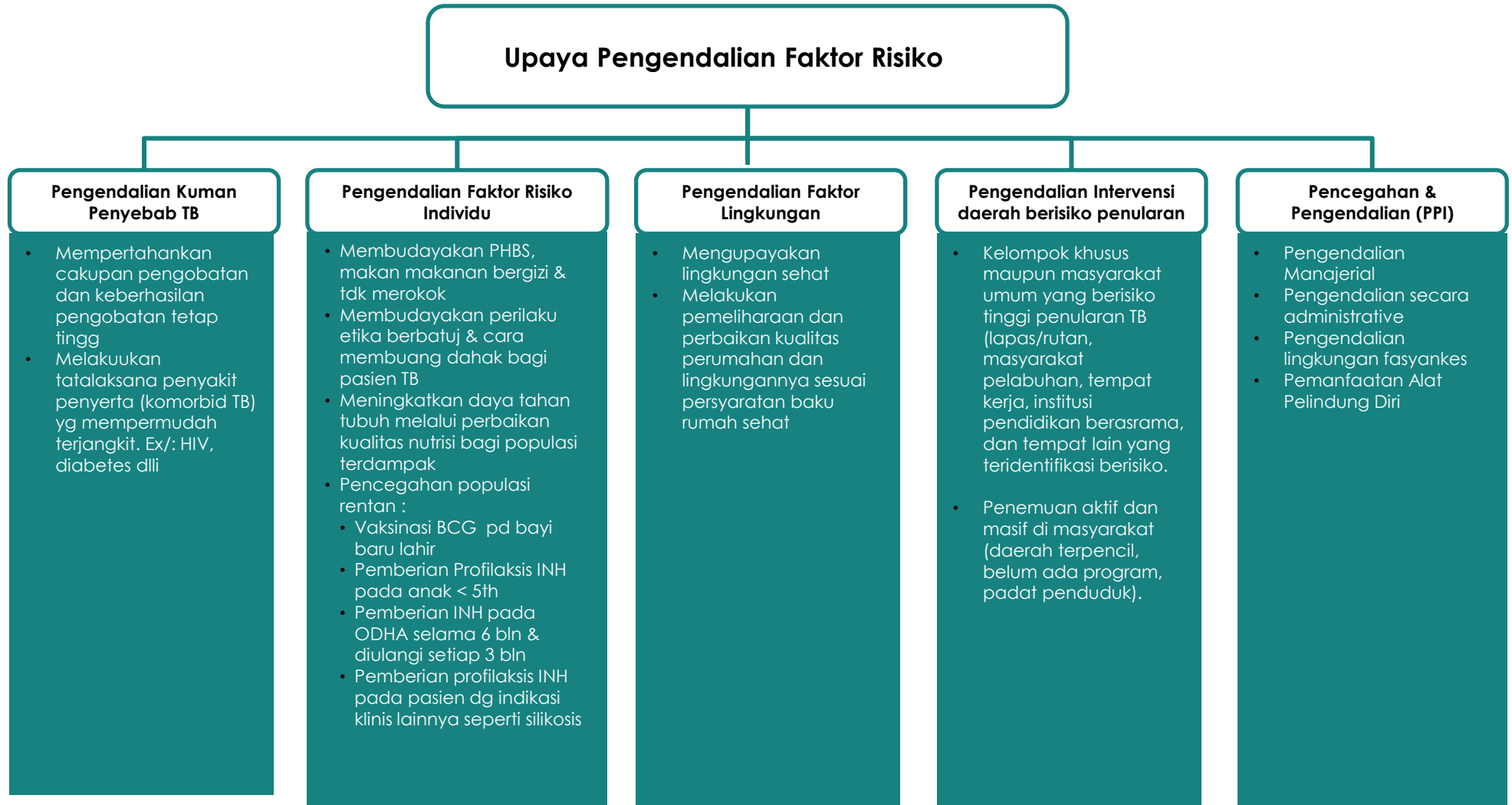


Promosi Kesehatan





Upaya Pengendalian Faktor Risiko





Pemberian Kekebalan

Salah satu upaya pencegahan mencegah kesakitan atau sakit yang berat adalah dengan memberikan kekebalan berupa :

1. Vaksinasi
2. Pengobatan pencegahan (profilaksis).

Pemberian Kekebalan (Imunisasi) BCG

Ketentuan :

- Diberikan pada bayi 0-2 bulan
- Pada bayi > 2 bulan harus didahului dengan uji tuberkulin.

Perhatian Khusus pd pemberian vaksin BCG yaitu :

- Bayi terlahir dari ibu pasien BTA positif
- Bayi terlahir dari ibu pasien infeksi HIV/AIDS
- Limfadenitis BCG

Noted : Vaksinasi BCG ulang tidak direkomendasikan karena tidak terbukti memberi perlindungan tambahan

Pemberian Pencegahan dengan INH

Isoniazid (PP INH) dapat diberikan pada ODHA yang tidak terbukti TB aktif dan tidak ada kontraindikasi terhadap INH. Dosis INH yang diberikan adalah 300 mg per hari dengan dosis maksimal 600 mg per hari, ditambah Vitamin B₆ 25 mg per hari selama 6 bulan



Referensi

1. Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/755/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata laksana Tuberkulosis
2. Pemenkes RI No 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis
3. Kemenkes RI.2019. Petunjuk Teknis Investigasi Kontak Pasien TBC Bagi Petugas Kesehatan dan Kader. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Kementerian Kesehatan RI
4. Kemenkes RI. 2020. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran "Tatalaksana Tuberkulosis".



Frambusia

Pedoman Kerja Puskesmas - Klaster IV



Upaya Penanggulangan Frambusia

Indonesia mengagendakan Indonesia Eradikasi Frambusia Tahun 2030. Sudah lebih dari 300 kabupaten/kota ditetapkan oleh Menteri Kesehatan sebagai "Daerah Eradikasi Frambusia", tetapi Sebagian yang lain berkuat dengan upaya penanggulangan frambusia yang masih bersirkulasi di wilayahnya.



Tentang frambusia	
Upaya Penanggulangan	
1.	<u>Surveilans frambusia</u>
	a. <u>Penemuan frambusia</u>
	b. Pelacakan frambusia
	c. POPM
2.	Penyelidikan Penanggulangan frambusia
3.	Tatalaksana frambusia
4.	<u>Pencatatan dan Pelaporan</u>
	Indikator Kinerja
x	<u>Referensi</u>



Tentang Frambusia

Frambusia adalah infeksi kulit kronis yang ditandai dengan papiloma (benjolan non-kanker) dan bisul. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum subspecies pertenue*, yang termasuk dalam kelompok bakteri yang sama penyebab sifilis kelamin.



◆ Gambaran Klinis

Lesi papilloma (tumor seperti kutil)



Lesi ulkus frambusia dengan krusta pinggir lesi menonjol, ada genangan getah bening kekuningan kadang mengalir, ditutup krusta warna kekuningan keras



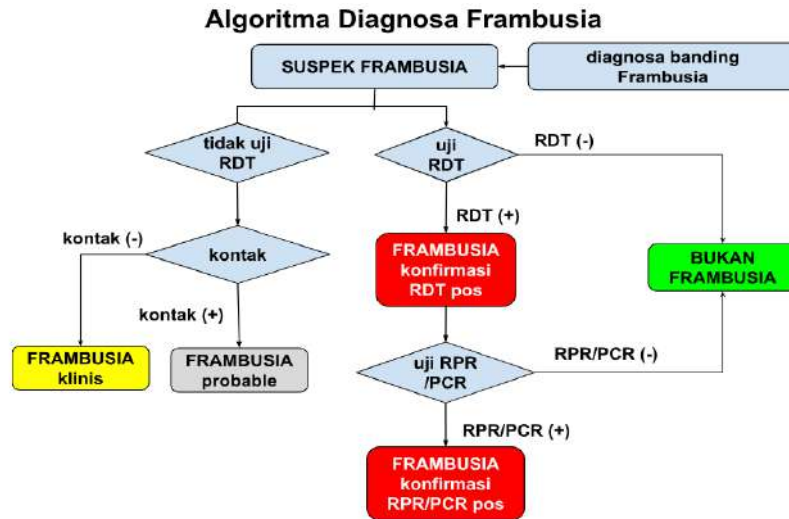
Lesi ulkus dengan krusta lepas dasar lesi berbenjol-benjol kemerahan seperti buah strawberi

- ◆ **Masa inkubasi** antara 9-90 hari, rata-rata 21 hari
- ◆ frambusia hanya hidup pada manusia,
- ◆ **Penularan** secara langsung melalui sentuhan fisik dimana bakteri frambusia akan masuk ke tubuh melalui luka terbuka (pintu masuk)



Klasifikasi Frambusia

Suspek frambusia adalah seseorang yang menunjukkan satu atau lebih gejala/tanda klinis frambusia selama lebih dari 2 minggu. Gejala paling umum adalah lesi papilloma dan ulkus frambusia dan tidak merasa sakit jika ditekan



Masa Inkubasi dan Penularan

- masa inkubasi antara 9-90 hari, rata-rata 21 hari
- frambusia hanya hidup pada manusia, dengan penularan secara langsung melalui sentuhan fisik dimana bakteri frambusia akan masuk ke tubuh melalui luka terbuka (pintu masuk)

Diagnosis dengan uji serologi (Rapid Diagnostic Test/RDT)/TPHA, dan RPR. Uji serologi ini sama dengan pengujian sifilis, oleh karena itu, perlu diperkuat dengan adanya bukti terjadinya penularan pada anak-anak disekitarnya (kontak)

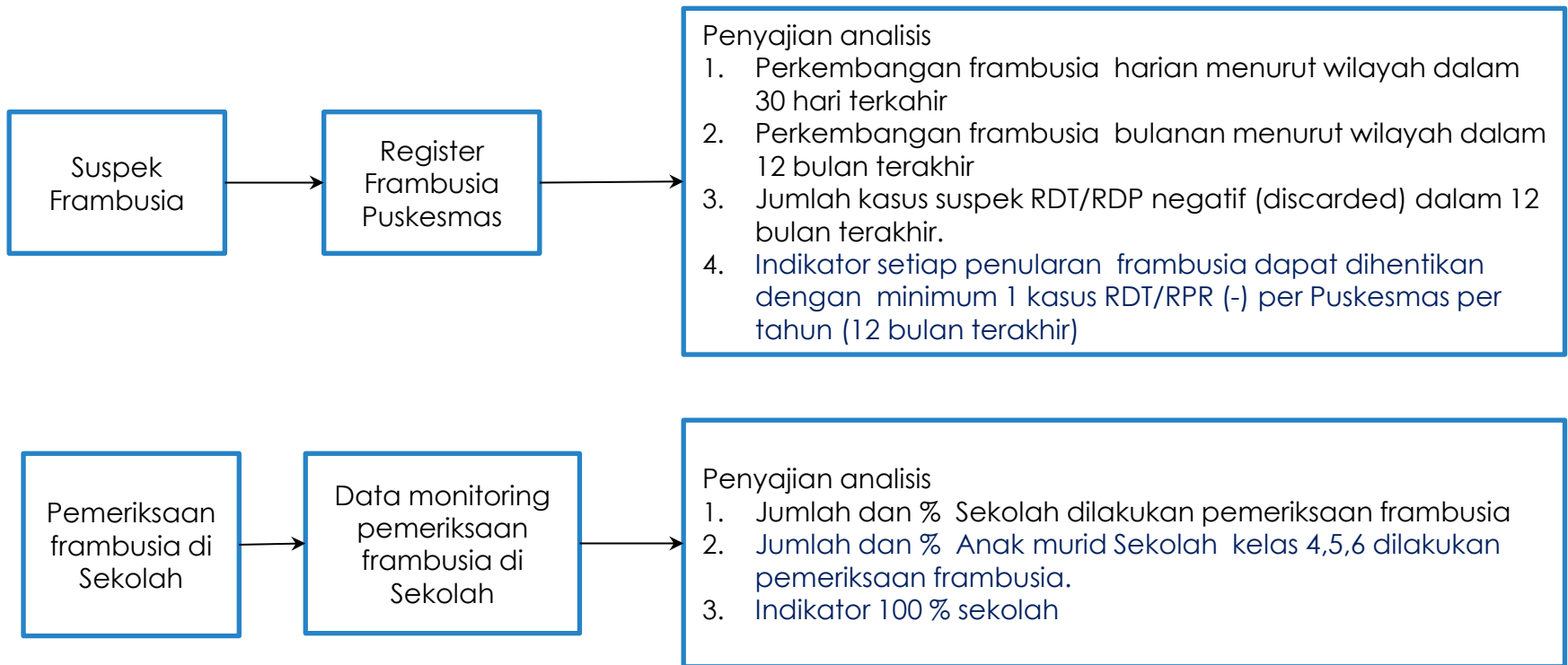
Diagnosis Banding Frambusia

- A.30.8 - Leprosy, unspecified
- B07 - viral wart (di telapak kaki)
- B08.1 - molluscum contagiosum
- L40.0 - psoriasis vulgaris
- L97 - ulcer of lower limb
- L98 - chronic ulcer of skin
- L01 - impetigo
- L01.1 - impetigonization of other dermatoses
- L08.0 - pyoderma (termasuk disini diagnosis ektima, ulkus tropikum, ulkus infeksi lain)
- L97 - ulcer of lower limb
- L98 - chronic ulcer of skin



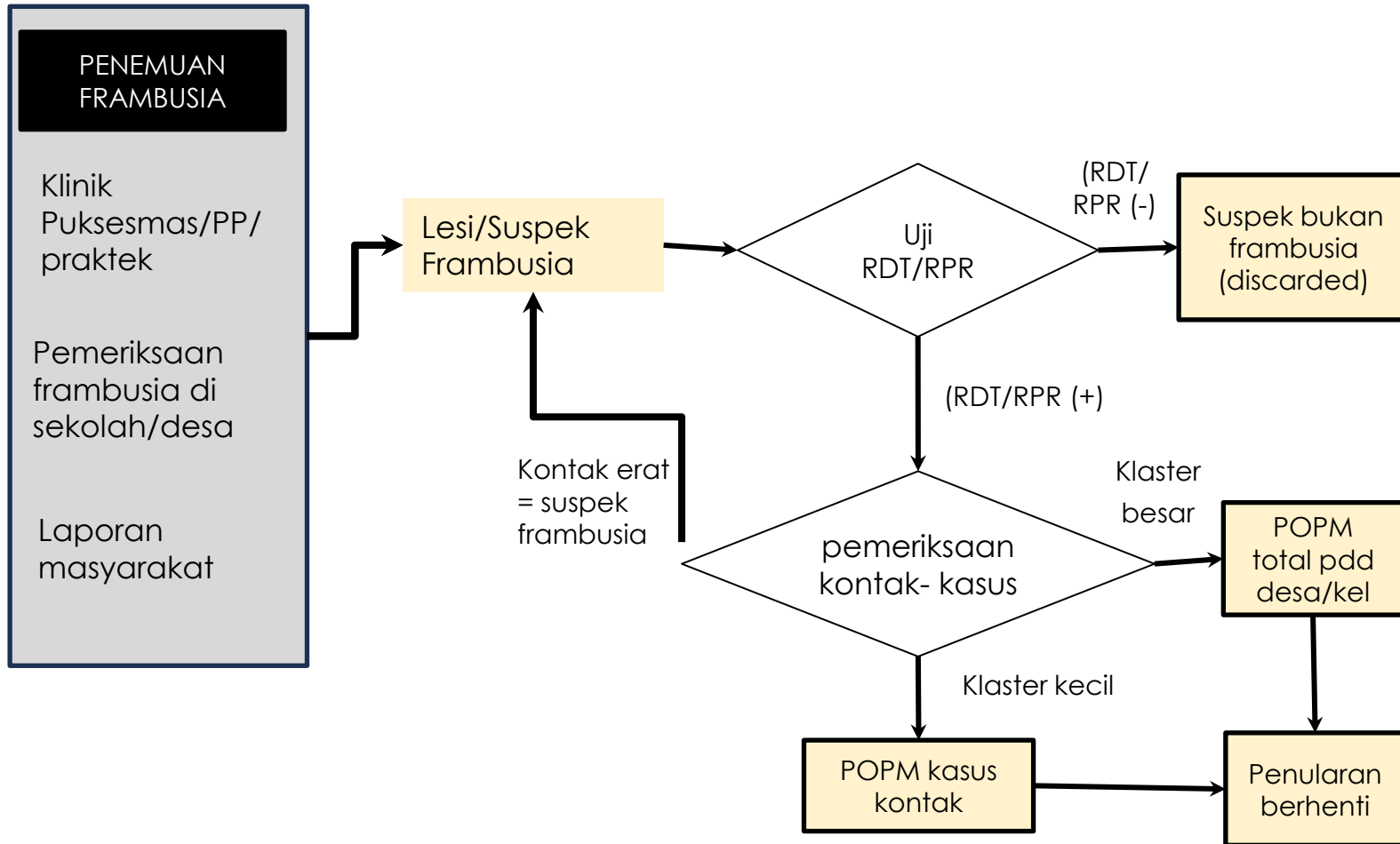
Surveilans Frambusia

- Setiap temuan suspek frambusia dan hasil uji RDT/RPR dihimpun dalam Register Frambusia Puskesmas
- Hasil pemeriksaan frambusia di sekolah dihimpun pada formular monitoring pemeriksaan frambusia di sekolah





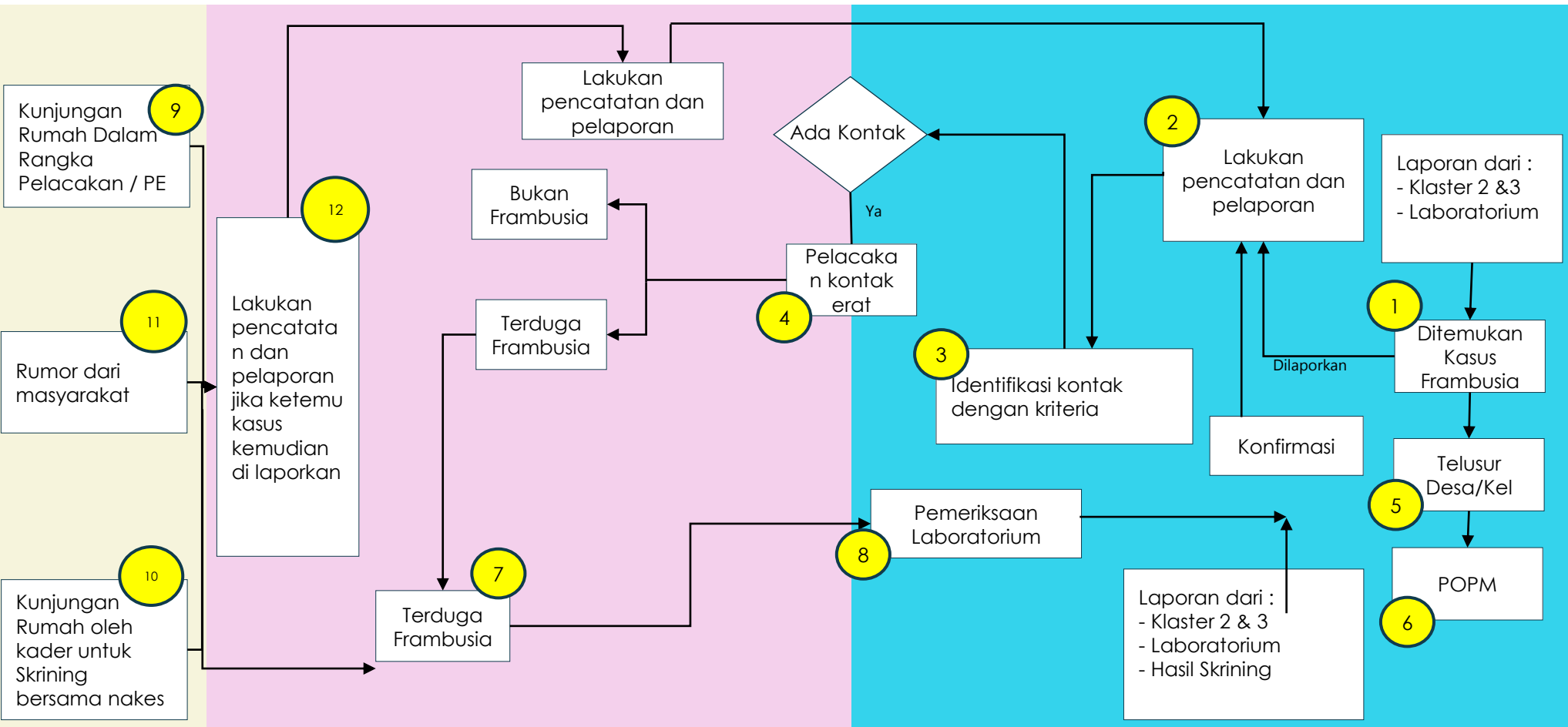
Algoritma Penemuan Frambusia & Tindakan Penanggulangannya





Algoritma Penemuan Kasus

● Masyarakat, kader, keluarga ● Pustu ● Puskesmas/FKTP





Penemuan Kasus Frambusia

Upaya penemuan frambusia

- Setiap petugas Puskesmas memiliki kompetensi dasar penemuan, diagnosis dan pengobatan frambusia
- Klinik Puskesmas tersedia uji diagnosis RDT /TPHA
- Sosialisasi dan advokasi penemuan frambusia di setiap klinik dan sekolah



Penemuan di Klinik Puskesmas

Pasien berobat dengan keluhan lesi kulit atau berobat karena keluhan lain dan pada pemeriksaan ditemukan lesi kulit frambusia

Pemeriksaan frambusia di sekolah

Pemeriksaan adanya lesi frambusia pada semua anak murid SD/MI kelas 4,5,6, secara berkala setahun sekali



Pelacakan kasus frambusia di antara kontak

Setiap temuan frambusia dilakukan pelacakan adanya kasus frambusia lain di antara kontak erat . Lesi frambusia menular

Setiap suspek frambusia diuji dengan RDT/TPHA dan pengobatan.

Bila RDT/TPHA positif dilanjutkan titer RPR.



Pelacakan kasus frambusia di antara kontak

Setiap temuan kasus frambusia segera dilakukan pelacakan adanya kasus frambusia lain di antara kontakannya, baik sebagai sumber penularan maupun orang yang ditularinya. Kontak erat merupakan kontak sosial fisik lebih dari 20 jam per minggu .

Sumber penularan adalah kasus frambusia lain yang kontak dengan kasus pada 9-90 hari sebelum sakit .

Sedang kontak erat yang ditulari adalah orang yang kontak erat dengan kasus saat periode menular (ada lesi), yaitu :

- a. semua orang dalam satu rumah
- b. teman sepermainan
- c. teman satu kelas
- d. berada satu desa/kelurahan yang ada penularan frambusia

Hasil Pelacakan Kontak

1. Ada kontak sehat
2. Ada kontak frambusi positif terbatas
3. Ada kontak frambusia positif banyak/beberapa klaster/ penularan berkepanjangan

Catatan :

Bila ditemukan konfirmasi Frambusia, Desa/Kel dinyatakan Endemis Frambusia oleh Dinkeskabko untuk tindaklanjut Upaya Kesehatan Masyarakat secara massal

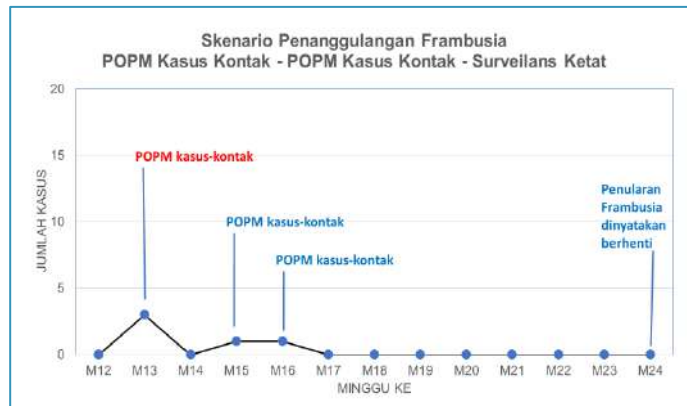


POPM Kasus - kontak

Pemberian obat pencegahan massal kasus-kontak atau disebut POPM kasus-kontak merupakan kegiatan memberikan obat (antibiotika) kepada kasus frambusia yang ditemukan beserta semua kontakannya secara serentak diikuti dengan intensifikasi surveilans (surveilans ketat)

Surveilans ketat

1. Surveilans frambusia rutin diperketat
2. Melakukan pemeriksaan kembali pada kontak semua kasus yang ditemukan dan lingkungan sekitar pada minggu ke 4 dan 8 sejak kasus terakhir
3. Melakukan pemeriksaan anak murid sekolah SD kelas 4,5,6 di desa terjadinya penularan frambusia



- Setiap kasus frambusia yang ditemukan pada kegiatan surveilans ketat, harus segera diikuti dengan melaksanakan POPM kasus dan kontak lagi, agar mata rantai penularan frambusia dapat dihentikan di seluruh wilayah yang terjadi penularan frambusia.
- Sukses jika penularan dapat dihentikan kurang dari 8 minggu sejak POPM kasus kontak pertama dilakukan.

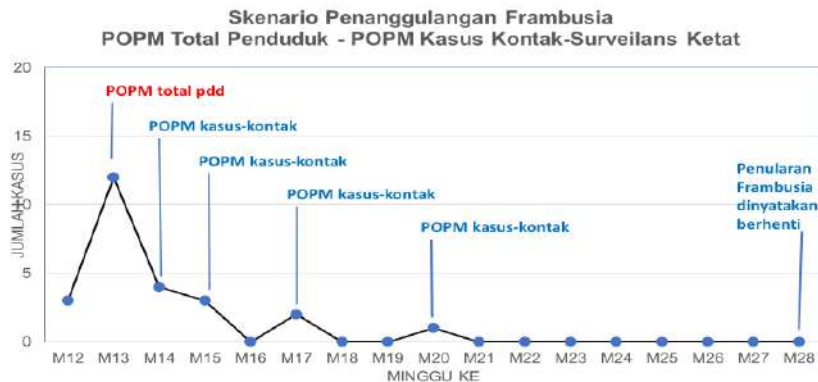


POPM Total Penduduk Desa

Pemberian obat pencegahan massal total penduduk atau disebut **POPM total penduduk** di wilayah bebas frambusia adalah memberikan obat pencegahan kepada semua penduduk di wilayah penularan secara serentak bersamaan (total penduduk) diikuti dengan intensifikasi surveilans.

Surveilans ketat :

1. Surveilans frambusia rutin diperketat
2. Melakukan pemeriksaan kembali pada kontak semua kasus yang ditemukan dan ingkungan sekitar pada minggu ke 4 dan 8 sejak kasus terakhir
3. Melakukan pemeriksaan anak murid sekolah SD kelas 4,5,6 di desa terjadinya penularan frambusia pada minggu 8



- Apabila terdapat kejadian frambusia kembali, maka segera dilakukan POPM kasus kontak atau POPM total penduduk desa agar mata rantai penularan frambusia dapat dihentikan di seluruh wilayah Puskesmas dan Kab/Kota
- Sukses apabila penularan dapat dihentikan kurang dari 6 bulan sejak POPM pertama



Kasus frambusia konfirmasi dan kasus frambusia probable wajib segera mendapat pengobatan antibiotika yang sesuai, yaitu azitromisin atau sesuai saran dokter.

Biasanya lesi akan menghilang setelah satu minggu. Oleh karena itu, pemeriksaan ulang (follow up) dilakukan pada 4 minggu kemudian untuk memastikan kesembuhan penyakitnya dan penularannya dapat dihentikan. Apabila lesi masih aktif, pemberian obat dapat diulang.

Frambusia/Yaws/Patek

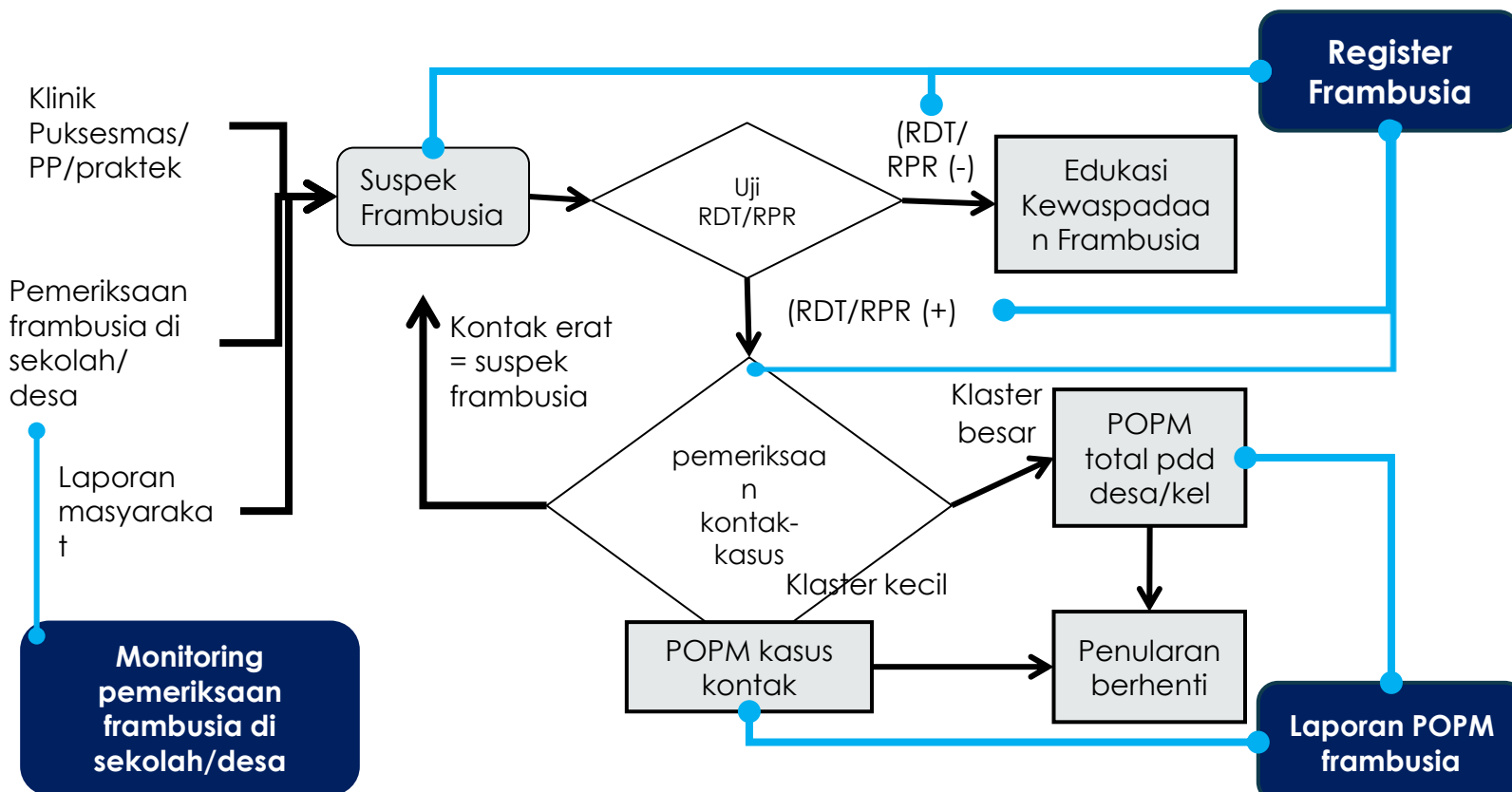
- No. ICPC-2 : S99 Skin disease, other
- No. ICD-10: A66.0 Initial lesions of Yaws
- **Tingkat Kemampuan (SKDI) : 4A**
- Pemeriksaan penunjang Frambusia dengan RDT treponema → Titer RPR (infeksiusitas)

Komprehensif (Plan)

- a. Terapi Frambusia dengan Azitromisin 30mg/kgBB maksimal 2 gram, atau dosis menurut umur, sekali minum(dosis tunggal) diminum di depan petugas
- b. Pemberian obat Benzatin Penicillin G 1,2juta IU im single dose bagi orang dewasa atau BB >40kg; atau dengan dosis Benzatin Penicillin G 25.000IU/kgBB IM single dose kadang diperlukan.
- c. Desa/kelurahan dengan kasus frambusia dinyatakan Endemis Frambusia yaitu Desa/Kelurahan Bermasalah Kesehatan Masyarakat. Selanjutnya dilakukan pelacakan kasus dan penyelidikan epidemiologi sebagaimana tercantum dalam pedoman dan peraturan perundang-undangan.
- d. Peningkatan hygiene sanitasi dan kesehatan lingkungan terutama akses air bersih dan pendekatan social budaya dan religious



Pencatatan Pelaporan



Catatan : Setiap puskesmas setiap bulan wajib melaporkan hasil surveilans frambusia sekalipun hasil Nol yang disebut 'Zero report'



Pencatatan Pelaporan

Register Frambusia

Setiap suspek frambusia dan hasil uji RDT/RPR dan pemeriksaan kontak kasus dihimpun dalam Register Frambusia segera setelah pemeriksaan kontak kasus selesai

REGISTER FRAMBUSIA PUSKESMAS

KAB/KOTA :

PUSKESMAS :

TAHUN/BULAN :

IDENTITAS KASUS							VARIABEL KASUS							Pengobatan			follow up							
Nama	KK	Desa	Alamat	Umur	Jenis Kelamin	Nama Kasus Indeks	Hubungan Kasus Indeks	Tgl ditemukan	Koreng (SUSPEK)	Bentuk lesi	Lokasi lesi	RDT	RPR	PCR	Diagnosa	Obat	tgl mulai	dosls	7	15	30	no kasus		

Saat ini, data suspek frambusia tersebut dapat disimpan langsung pada Pendataan Frambusia online : <https://s.id/laporframbusia> , pilih Laporan/Laporan Kasus



Pencatatan Pelaporan

Monitoring pemeriksaan frambusia di sekolah/desa

Setiap pelaksanaan Pemeriksaan Frambusia di Sekolah dicatat dalam formulir Pemeriksaan Frambusia di Sekolah. kemudian rangkuman perolehan kegiatan dihimpun dalam formulir Monitoring Pemeriksaan Frambusia di Sekolah

Monitor Kegiatan Pemeriksaan Frambusia di Sekolah																	
PUSKESMAS																	
Nama Puskesmas																	
Nama Kabupaten/Kota																	
Tahun																	
No Urut (Kode Sekolah)	Nama Sekolah	Jumlah Siswa	Jumlah Anak Diperiksa Frambusia												Sekolah Aktif		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Frekuensi	Aktif	
Total																	
Catatan																	
Monitor ini dibuat oleh Puskesmas dan digunakan untuk monitor Sekolah yang sudah atau belum melaksanakan																	
Sumber data Monitor adalah Register Pemeriksaan Frambusia di Sekolah.																	



Indikator Kinerja Penanggulangan Frambusia di Puskesmas

1. Punya SOP Frambusia & Penemuan frambusia secara aktif terintegrasi dalam layanan primer
2. Semua suspek frambusia diperiksa RDT treponema tunggal
3. Setiap penderita frambusia ditemukan dan diobati sesuai standar
4. Penetapan Desa endemis Frambusia oleh Dinkeskabko → POPM Azitromisin dlm 21 hari /3minggu
5. Surveilans ketat pada minggu ke 4 dan ke 8 untuk menyatakan keberhasilan/kegagalan.
6. Dalam hal lebih dari 1 desa endemis frambusia, POPM azitromisin dilakukan di seluruh desa dalam wilayah kabupate/kota secara serentak dengan koordinasi dinkeskabko



Surveilans berkinerja baik setiap puskesmas setiap bulan melaporkan sekalipun zero report;
seluruh petugas paham frambusia sebagai penanda kemiskinan



Tidak ada frambusia dalam 3 tahun terakhir berturut-turut yang dibuktikan
dengan lulus Survei Serologi Frambusia sesuai ketentuan yang berlaku



Referensi

- UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- PP No. 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU No. 17 Th 2023 tentang Kesehatan
- Permenkes No. 37 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Puskesmas
- Permenkes No. 8 tahun 2017 tentang Eradikasi Frambusia.
- Kepmenkes No HK.01.07/Menkes/496/2017 tentang Daerah Endemis Frambusia
- Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1936/2022 tentang Perubahan Permenkes No.HK.01.07/Menkes/1186/2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FPKTP)
- Petunjuk Teknis Sertifikasi Bebas Frambusia
- Surat Direktur P2PM No.PM.03.03/C.III/2096/2024, tgl 20 Februari 2024 Hal : Feedback Surveilans Eradikasi Frambusia Tahun 2023

<https://drive.google.com/open?id=1B5LyQ1hXnLfEuy62ZrHBfAN3YHYiXlcc>



Kusta

Pedoman Kerja Puskesmas - Klaster IV



Penanggulangan Kusta

- ✓ Kusta merupakan penyakit menular (infeksius) disebabkan oleh bakteri kusta (*Mycobacterium leprae*).
- ✓ Penyakit ini menyebabkan kelainan pada kulit dan syaraf, hilangnya rasa/sensasi dan kerusakan jaringan pada bagian tubuh yang terdampak tersebut
- ✓ Manusia adalah satu-satunya host, dan pengobatan pada penderita kusta pada satu wilayah dapat menghentikan penularan kusta pada wilayah tersebut



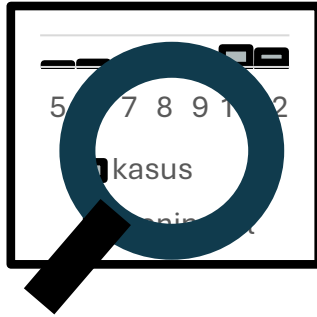
Upaya Penanggulangan Kusta

Setiap Puskesmas wajib menyelenggarakan upaya penanggulangan kusta. Tujuan penanggulangan kusta adalah menghentikan penularan, mencegah cacat dan stigma

Upaya penanggulangan kusta	
1.	Promosi
2.	Surveilans kusta
	1. Alur kerja surveilans
	2. Penemuan kusta
3.	Tatalaksana Kasus Kusta
	1. Klinis Kusta
	2. Diagnosis Kusta
	3. Penetapan Jenis Kusta
	4. Pengobatan Penderita Kusta
	5. Perawatan Penderita Kusta
4.	Epidemiologi
5.	Pencatatan dan Pelaporan
x	Referensi



Surveilans Kusta



Surveilans kusta dilaksanakan dengan berkualitas tinggi (berkinerja baik) agar dapat menemukan setiap adanya penderita kusta, tingkat cacat pada penderita kusta, dan gambaran perkembangan dan sebaran kusta serta sekaligus membuktikan ada tidaknya penderita kusta di wilayah Puskesmas

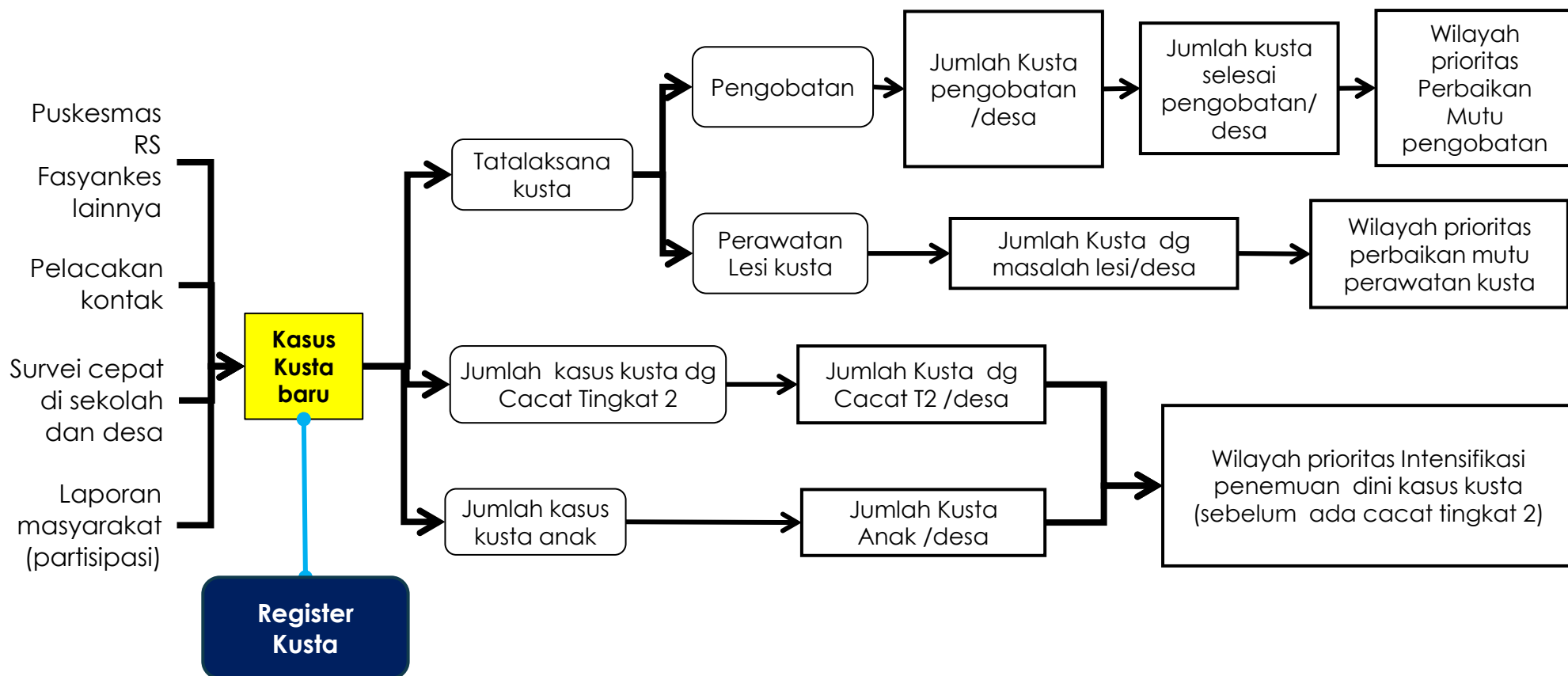
Penemuan kasus kusta dilakukan secara pasif dan aktif. Penemuan secara pasif adalah menemukan penderita kusta yang datang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan, penemuan secara aktif adalah melakukan pemeriksaan kontak, *Rapid Village Survey*, dan partisipasi masyarakat

Data setiap kasus kusta yang ditemukan, dicatat dalam register kusta () yang sekaligus sebagai laporan kasus Kusta

Setiap penderita kusta yang ditemukan dilakukan tindakan pengobatan sampai selesai. Pengobatan penderita kusta sebagai strategi memutus mata rantai penularan kusta. Data kegiatan pengobatan penderita kusta dicatat dalam register pengobatan kusta ()



Alur Kerja Surveilans Kusta





Promosi

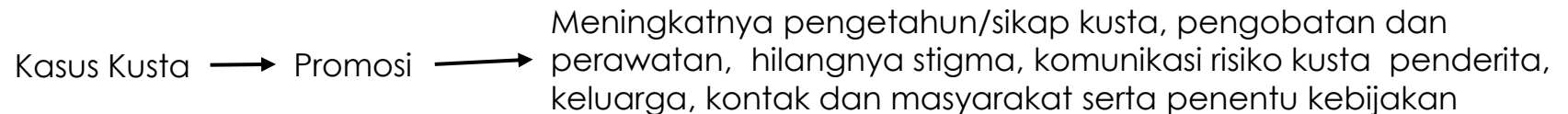
1. Tujuan Promosi Penanggulangan Kusta

Penderita Kusta dan keluarga dapat mengenali tanda dan gejala disabilitas, berobat dengan tuntas, melakukan perawatan diri, serta menghilangkan stigma dan diskriminasi.

2. Konsep Promosi Penanggulangan Kusta

Promosi penanggulangan kusta ditujukan kepada penderita dan keluarganya, kontak erat dan warga sekitar berisiko penularan dari penderita, masyarakat di wilayah berisiko tinggi penularan kusta dan penentu kebijakan dari program (semua petugas kesehatan) dan sektor terkait (fasyankes di wilayah Puskesmas, perangkat kecamatan, desa/kelurahan, pendidikan, agama, sosial)

3. Alur Kerja Promosi Penanggulangan Kusta





Alur Kerja Promosi Penanggulangan Kusta

Temuan Kusta	Metode Promosi	Media Promosi	Tema Promosi
Penderita Kusta	Edukasi penderita & keluarga	Brosur Panduan	<ul style="list-style-type: none">Mengetahui kusta , gejala dan tanda, cara penyembuhannya, cara penularan, cara pencegahanMinum obat lengkap. Teratur dan sampai selesaiMerawat diri sendiri penderita dan konsultasi ke fasyankesMenghilangkan stigma penderita kustaMemberi motivasi penderita untuk berobat sampai selesai
	Edukasi kontak erat dan tetangga	Brosur Panduan Edaran	<ul style="list-style-type: none">Mengetahui kusta, gejala dan tanda, cara penularan, cara pencegahan dan cara pelaporanMemantau diri sendiri /keluarga terhadap munculnya gejala dan tanda kusta, konsultasi dan menyampaikan laporan kusta ke PuskesmasMenghilangkan adanya stigma terhadap penderita kusta
Sejumlah kasus kusta/ wilayah berisiko penularan	Promosi masyarakat	<ul style="list-style-type: none">Poster,MediaPertemuanMajalah	<ul style="list-style-type: none">Mengetahui kusta, gejala dan tanda, cara penularan, cara pencegahan dan cara pelaporan adanya penderita kustaKomunikasi risiko kustaMenghilangkan adanya stigma terhadap penderita kusta
	Advokasi Sosialisasi Penentu Kebijakan	Pertemuan Surat edaran	<ul style="list-style-type: none">Mengetahui kusta, gejala dan tanda, cara penularan, pencegahan dan pelaporanKomunikasi risiko kustaPeran partisipasi sesuai bidang program dan sektor



Penemuan kasus Kusta



Seperti dibahas sebelumnya, penemuan kasus kusta dilakukan secara pasif dan secara aktif (pelacakan kontak, *Rapid Village Survey*, dan partisipasi masyarakat). Semua data kasus kusta dicatat dalam Register Kusta (), termasuk data pengobatan serta perawatannya

Penemuan kasus Kusta harus didahului dengan promosi agar penderita kusta melaporkan sakitnya sejak awal mulai sakit (penemuan dini)



Penemuan pasif di fasilitas pelayanan kesehatan

Seseorang dengan gejala lesi kusta datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (lihat gejala dan tanda kusta)

Pelacakan kasus diantara kontak

Setiap temuan penderita kusta diikuti dengan pelacakan adanya penderita kusta lainnya diantara kontak erat dan warga sekitar rumah penderita. Setiap kontak erat yang tidak menunjukkan gejala kusta saat pelacakan, dilakukan pemantauan/pemeriksaan muncul gejala kusta, dilakukan setiap tahun selama minimal 5 tahun berturut-turut

Pemeriksaan kusta pada anak sekolah

Murid sekolah pada desa/kelurahan berisiko penularan kusta, dilakukan pemeriksaan kusta sekali setiap tahun

Rapid Village Survey

Melakukan kunjungan dari rumah ke rumah di sekitar penderita kusta di desa berisiko tinggi penularan kusta

Partisipasi masyarakat

Kader, guru, dokter praktek yang mengetahui adanya ksdud lumpuh layuh akut melaporkan ke Puskesmas



Tatalaksana Penderita Kusta

Tata laksana penderita kusta dilaksanakan melalui kegiatan :

1. Klinis Kusta
2. Diagnosis
3. Penetapan tingkat disabilitas
4. Penetapan jenis kusta
5. Pengobatan kusta,
6. Perawatan kusta untuk mencegah disabilitas
7. layanan rujukan kasus kusta dengan komplikasi dan/atau membutuhkan penanganan lebih lanjut



Klinis Kusta

- a. Kusta merupakan penyakit menular (infeksius) disebabkan oleh bakteri kusta (*Mycobacterium leprae*).
- b. **Masa inkubasi** Masa inkubasi 25 tahun.
- c. **Penularan.** Penyakit ini ditularkan melalui tetesan dari hidung dan mulut dan kontak dekat yang berlangsung lama dengan penderita kusta yang belum diobati. Manusia adalah satu-satunya pejamu
- d. Penderita kusta dapat diidentifikasi karena timbulnya lesi kulit dan keterlibatan saraf tepi.
- e. Kusta didiagnosis berdasarkan adanya salah satu dari tanda-tanda kardinal
- f. Untuk tujuan pengobatan Kusta diklasifikasikan sebagai Kasus PB (Pausibalsiler) dan Kasus MB (Multibasiler)



Gejala utama penyakit kusta adalah **bercak mati rasa** (kemerahan atau keputihan), **penebalan saraf** tepi + gangguan fungsi saraf, serta **BTA positif** dari kerokan jaringan kulit



Penderita kusta diobati dengan MDT (Multi Drug Therapy) selama 6 bulan untuk kusta tipe PB (pausibasiler) dan 12 bulan untuk kusta tipe MB (multibasiler).



Kusta yang tidak diobati dan tidak mendapatkan penanganan yang tepat dapat menyebabkan penderita mengalami disabilitas pada mata, tangan, dan kaki.



Diagnosis Kusta

a. Tanda-Tanda Suspek/Tersangka Kusta

- 1) Tanda-Tanda Pada Kulit
 - a) Bercak kulit yang eritema atau hipopigmentasi (gambaran yang paling sering ditemukan), datar atau timbul, mengkilap atau kering bersisik, tetapi tidak gatal
 - b) Kulit tidak berkeringat (anhidrosis)
 - c) Alis mata tidak berambut (madarosis).
 - d) Bengkak atau penebalan pada wajah dan cuping telinga.
 - e) Timbul lepuh atau luka tanpa rasa nyeri pada tangan dan kaki.
- 2) Tanda-tanda pada saraf
 - a) Nyeri tekan dan/atau nyeri spontan pada saraf.
 - b) Rasa kesemutan, tertusuk-tusuk, dan nyeri pada anggota gerak.
 - c) Kelemahan anggota gerak dan/atau kelopak mata.
 - d) Adanya disabilitas (deformitas).
 - e) Luka (ulkus) yang sulit sembuh.

b. Pemeriksaan

- 1). Anamnesis, termasuk riwayat kontak dengan penderita kusta sebelumnya
- 2). Pemeriksaan fisik
 - a) Pemeriksaan kulit/dermatologis untuk menemukan kelainan kulit berupa bercak putih mati rasa atau merah pada kulit.
 - b) Pemeriksaan saraf tepi dengan cara meraba saraf tepi (saraf ulnaris, peroneus communis, dan tibialis posterior) Pemeriksaan fungsi saraf dilakukan secara sistematis pada mata, tangan dan kaki.

c. Pemeriksaan Bakteriologis dan Penunjang Lain



Tanda-tanda Kardinal

Diagnosis Kusta - Penetapan Tingkat Disabilitas pada Kusta

Tingkat Disabilitas Pada Kusta		
Tingkat	Mata	Telapak Tangan/Kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat Kusta	Tidak ada disabilitas akibat Kusta.
1	Ada kerusakan karena Kusta (anestesi pada kornea, tetapi gangguan visus tidak berat visus > 6/60: masih dapat menghitung jari dari jarak 6 meter).	Anestesi, kelemahan otot. (Tidak ada disabilitas/ kerusakan yang kelihatan akibat Kusta).
2	Ada lagofthalmos, iridosiklitis, opasitas pada kornea serta gangguan visus berat (visus <6/60: tidak mampu menghitung jari dari jarak 6 meter).	Ada disabilitas/ kerusakan yang kelihatan akibat Kusta, misalnya ulkus, jari kiting, kaki semper



Diagnosis Kusta – Tanda Kardinal

Diagnosis Kusta : Terdapat salah satu TandaTanda Kardinal	Tanda-Tanda Kusta Tipe Pausibasiler (PB) dan Multibasiler (MB)		
	Tanda	PB	MB
a. Mati/kurang rasa (sensasi) pada bercak kulit hipopigmentasi atau kemerahan b. Saraf tepi menebal atau membesar, dengan hilangnya sensasi dan/atau kelemahan otot-otot yang dipersarafi oleh saraf tersebut c. Deteksi mikroskopis basil pada apusan kulit.	Lesi kulit (berbentuk bercak datar, papul atau nodus)	Jumlah lesi 1 – 5 a. Hipopigmentasi atau eritema b. Distribusi asimetris c. Mati/kurang rasa jelas	Jumlah lesi > 5 a. Distribusi lebih simetris b. Mati/kurang rasa tidak jelas
	Kerusakan saraf (ditemukan adanya mati/kurang rasa, dan atau kelemahan otot yang dipersarafi saraf yang terkena)	Hanya satu saraf	Lebih dari 1 saraf
	Hasil pemeriksaan slit skin smear BTA	Negatif	Positif



Diagnosis Kusta - Pemeriksaan Bakteriologis

- Pemeriksaan bakteriologis dilakukan melalui kerokan jaringan kulit (skin smear) yaitu pemeriksaan sediaan yang diperoleh melalui sayatan dan kerokan jaringan kulit yang kemudian diberi pewarnaan tahan asam untuk melihat Mycobacterium leprae.
- Pemeriksaan ini membutuhkan sarana laboratorium dan tenaga kesehatan dengan keterampilan khusus.
- Setiap fasyankes termasuk puskesmas mampu memeriksa BTA seperti pemeriksaan sputum BTA pada TBC menggunakan pengecatan Ziehl Nielsen dengan kategori tingkat ketrampilan 4A dan merupakan kemampuan dasar puskesmas menurut Permenkes 37 tahun 2012 tentang penyelenggaraan laboratorium puskesmas
- Pemeriksaan BTA Mycobacterium leprae wajib dilakukan minimal pada awal pengobatan MDT untuk menghitung Bakteriologi Indeks (BI) dan setelah berakhirnya terapi MDT tuntas untuk menghitung Morfologi Indeks (MI); untuk menentukan keberhasilan pengobatan dan memastikan berhentinya penularan.
- Apabila sarana dan tenaga kesehatan dengan keterampilan khusus tersebut tidak tersedia maka dapat dilakukan observasi selama 3-6 bulan.



Pengobatan Penderita Kusta

Pengobatan Kusta dengan Multi Drug Therapy (MDT) untuk tipe PB maupun MB yang mengandung rifampisin (bakterisidal) dan obat lain (bakteriostatik)

1. Pengobatan Tipe PB diberikan dosis berdasarkan golongan umur sesuai tabel di bawah. Pemberian satu blister untuk 28 hari sehingga dibutuhkan 6 blister yang dapat diminum selama 6–9 bulan
2. Pengobatan Tipe MB diberikan dosis berdasarkan golongan umur sesuai tabel di bawah. Pemberian satu blister untuk 28 hari sehingga dibutuhkan 12 blister yang dapat diminum selama 12-18 bulan

Pengobatan pada Penderita Kusta dengan Keadaan Khusus (hamil, menyusui, menderita penyakit TBC, alergi, dan sebagainya, menggunakan formula khusus, perlu dikonsultasikan dengan dokter

Pemberian MDT Tipe PB Berdasarkan Golongan Umur					
JENIS OBAT	USIA <5 TAHUN	USIA 5-9 TAHUN	USIA 10-15 TAHUN	USIA >15 TAHUN	KETERANGAN
Rifmpisin	Sesuai dengan umur *)	300 mg/bulan	450 mg/bulan	600 mg/bulan	Minum didepan petugas
Dapson		25 mg/bulan	50 mg/bulan	100 mg/bulan	Minum di depan petugas
		25 mg/hari	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di rumah

*Dosis anak dibawah 5 tahun disesuaikan dengan berat badan:

- Rifampisin : bulanan 10 – 15 mg/kgBB
- Dapson : bulanan atau harian 1 – 2 mg/kgBB



Pengobatan Penderita Kusta

Pemberian MDT Tipe MB Berdasarkan Golongan Umur					
JENIS OBAT	USIA <5 TAHUN	USIA 5-9 TAHUN	USIA 10-15 TAHUN	USIA >15 TAHUN	KETERANGAN
Rifampisin	Sesuai dengan umur *)	300 mg/bulan	450 mg/bulan	600 mg/bulan	Minum didepan petugas
Daftron		25 mg/bulan	50 mg/bulan	100 mg/bulan	Minum di depan petugas
		25 mg/bulan	50 mg/bulan	100 mg/bulan	Minum di rumah
Klofazimin		100 mg/bulan	150 mg/bulan	300 mg/bulan	Minum di depan petugas
		50 mg 2 x per minggu	50 mg setiap 2 hari	50 mg/hari	Minum di rumah

*Dosis anak dibawah 5 tahun disesuaikan dengan berat badan:

- Rifampisin : bulanan 10 – 15 mg/kgBB
- Dapson : bulanan atau harian 1 – 2 mg/kgBB
- Klfaimin : bulanan : 6 mg/kgBB, harian : 1 mg/kgBB



Perawatan Penderita Kusta

Disamping dilakukan pengobatan, penderita kusta dirawat sedemikian rupa agar tidak terjadi disabilitas dan timbulnya reaksi . Perawatan akan tetap dilakukan setelah pengobatan selesai.

Upaya Mencegah Disabilitas

1. Temukan dan obati penderita kusta sedini mungkin sebelum mengalami disabilitas . Penemuan ini memerlukan promosi kepada setiap orang yang menunjukkan gejala kusta, kontak erat kusta, dan masyarakat berisiko tinggi tertular kusta agar segera berobat Ketika menemukan gejala kusta dini
2. Pengobatan penderita kusta dengan MDT sampai RFT
3. Deteksi dini reaksi kusta dan lakukan perawatan agar tidak mengalami disabilitas

Disabilitas kusta terjadi gangguan fungsi saraf pada mata, tangan atau kaki. Semakin terlambat penemuan dan pengobatan dini semakin besar risiko terjadinya disabilitas

Reaksi Kusta adalah reaksi kekebalan (seluler respons) atau reaksi antigen-antibodi (Humoral respons) , terutama pada saraf tepi yang, yang bisa menyebabkan gangguan fungsi (cacat) yang ditandai dengan peradangan akut baik di kulit maupun saraf tepi. Reaksi Kusta dapat terjadi sebelum pengobatan, selama pengobatan, dan sesudah pengobatan.



POPM Kusta = Kemoprofilaksis SDR

Daerah yang **memenuhi persyaratan**, untuk dapat segera dilakukan **kemoprofilaksis**

Serumah/saudara, tetangga, social (satu asrama, sekolah, panti, pesantren, dll)

Minum didepan petugas → perlindungan 2 tahun.

Dosis SDR : 2-4 th : 150mg → ½ tab 300mg (1/4 tab 600mg)
5-9 th : 300mg → 1 tab 300mg (½ tab 600mg)
10-14th : 450mg → 1 tab 450mg (1 ½ tab 300mg)
>15 th : 600mg → 1 tab 600mg (2 tab 300mg)

Urin akan berwarna merah

Tindak lanjut : kontrol penerima tiap tahun kemudian.

Kriteria dan persyaratan

- penduduk di sekitar Penderita Kusta;
- berusia 2 -69 tahun;
- tidak terapi rifampisin 2 thn terakhir;
- tidak dirawat di rumah sakit;
- tidak gangguan fungsi ginjal dan hati;
- bukan suspek tuberkulosis;
- bukan suspek atau terdiagnosis Kusta;
- bukan lanjut usia dengan gangguan kognitif

- Sekali minum satu dosis
- Penerima POPM diperiksa tiap tahun, kemoprofilaksis bisa diulang setelah 2 tahun.
- Penerima POPM menjadi PMO / pendukung kepatuhan pengobatan MDT



Epidemiologi Kusta

Data kasus kusta yang tercatat di Puskesmas dapat dimanfaatkan untuk mendapatkan gambaran epidemiologi (deskriptif) kasus kusta menurut wilayah (desa) baik data absolut maupun angka kesakitan (incidence rate) atau prevalensi. Data distribusi kasus kusta menurut wilayah (desa/kelurahan) dapat dimanfaatkan untuk menentukan desa/kelurahan berisiko penularan kusta. Desa/kelurahan berisiko tinggi kusta menjadi prioritas penanggulangan kusta

EPIDEMIOLOGI KUSTA PUSKESMAS MAJU, 2023			
Desa	KASUS	PDD	AK/1000
1	0	501	0
2	0	250	0
3	2	412	2,5
4	0	1201	0
JML	2	2364	0,8

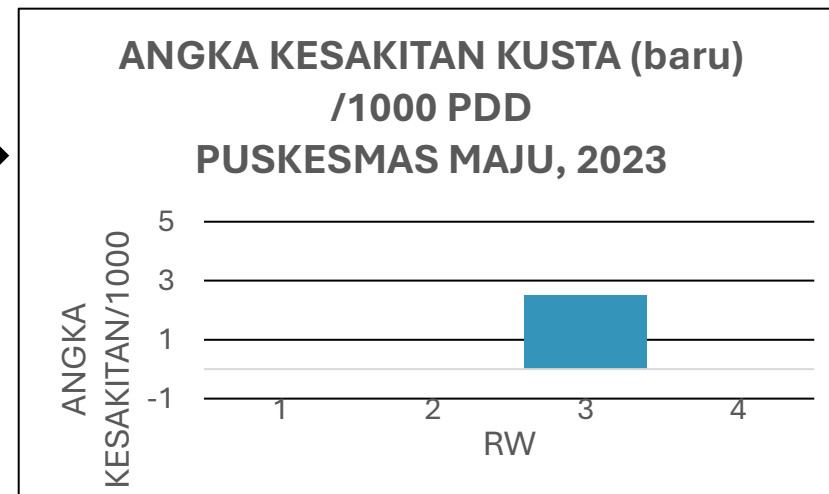
Langkah Pelaksanaan

1. Dipastikan kasus-kasus kusta telah terdata dengan baik pada Register Kusta Puskesmas (variabel tanggal ditemukan, domisili (desa/kelurahan, RW, RT,/dusun)
2. Buat Tabel Epidemiologi Kusta, berisi variabel Desa untuk tahun 2023 (contoh)
3. Hitung data jumlah kasus sesuai Desa nya
4. Cari data jumlah penduduk masing-masing Desa
5. Hitung angka kesakitan (AK) masing-masing Desa
6. Dari tabel Epidemiologi Kusta dibuat penyajian data dalam bentuk grafik dan peta
7. Lakukan pembahasan (analisis dan interpretasi) risiko penularan kusta masing-masing wilayah (Desa)



Epidemiologi Kusta

EPIDEMIOLOGI KUSTA (baru) PUSKESMAS MAJU, 2023			
Desa	KASUS	PDD	AK/1000
1	0	501	0
2	0	250	0
3	2	412	2,5
4	0	1201	0
JML	2	2364	0,8

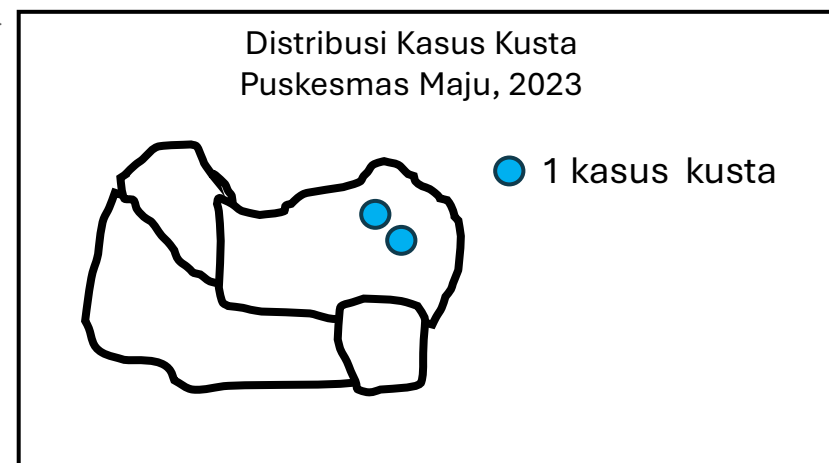


Pembahasan

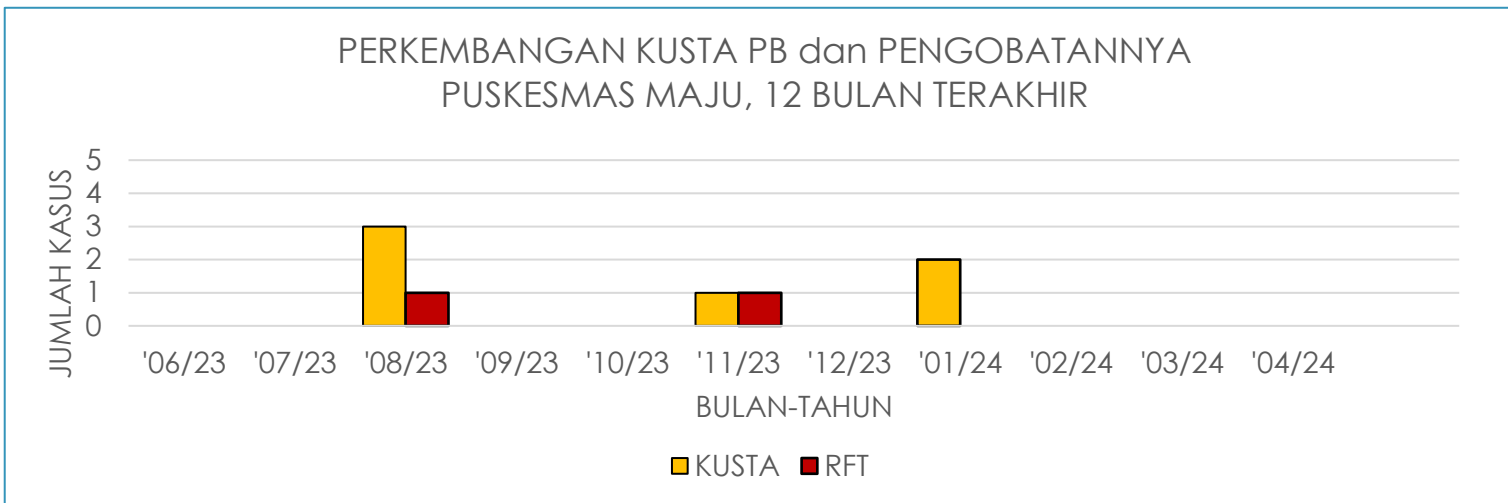
1. Risiko penularan kusta tinggi di Desa 3

Rekomendasi

Penanggulangan kusta difokuskan di desa 3, terutama promosi, penemuan kasus sedini mungkin dan pengobatan sampai tuntas



Epidemiologi Kusta (3/3)



PERKEMBANGAN KUSTA (konfirmasi & epid) PUSKESMAS MAJU, 12 BULAN TERAKHIR												
	2023							2024				
DESA	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
002	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
003	0	0	3/1	0	0	1/1	0	2/0	0	0	0	0
004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JML	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Pencatatan dan Pelaporan

1. Setiap penderita kusta dilakukan pencatatan dan pelaporan menggunakan formulir /register Kusta : identitas, pengobatan dan perawatan
2. Setiap kontak erat terhadap penderita kusta yang diperiksa dilakukan pencatatan dan pelaporan menggunakan formulir/register pemeriksaan kontak erat ()

Indikator Kinerja Penanggulangan Kusta di Puskesmas

1. Semua penderita kusta ditemukan dan diobati sesuai standar
2. % kusta selesai pengobatan tepat waktu (RFT) >90 %
3. Semua penderita kusta baru yang ditemukan tanpa cacat tingkat 2 (100 %)
4. Semua kontak erat penderita kusta (serumah dan tetangga) dilakukan pemantauan kontak (100 %) (pemeriksaan sekali setahun selama minimal 5 tahun berturut-turut)

Nasional

Menurunkan angka prevalensi Kusta tingkat nasional sampai kurang dari 0,05 per 10.000 penduduk dengan rincian sebagai berikut:

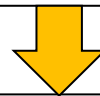
1. Penurunan 90% Penderita Kusta baru yang membutuhkan pengobatan Multi Drug Therapy (MDT) (baseline tahun 2017 adalah 16.000 Penderita Kusta baru).
2. Tidak ada disabilitas Kusta pada Penderita Kusta anak (nol Penderita Kusta anak dengan disabilitas di antara Penderita Kusta baru).
3. Mempertahankan angka disabilitas Kusta tingkat dua <1/1.000.000 penduduk.
4. Mempertahankan angka Penderita Kusta selesai pengobatan tepat waktu (RFT rate) > 90%.



Indikator Kinerja

Indikator Kinerja Penanggulangan Kusta di Puskesmas

1. Punya SOP kusta & Penemuan kusta baru secara aktif terintegrasi dalam layanan primer
2. Semua penderita kusta ditemukan dan diobati sesuai standar
3. % kusta selesai pengobatan tepat waktu (RFT) >90 %
4. Pemantauan BTA saat mulai pengobatan dan setelah berakhirnya terapi MDT → BI & MI
5. Semua penderita kusta baru yang ditemukan tanpa cacat tingkat 2 (100 %)
6. Semua kontak penderita kusta (serumah, tetangga & sosial) dilakukan pemeriksaan kontak (100 %) (pemeriksaan bagi kontak dalam 5 tahun terakhir) dan yang eligible minum POPM kemoprofilaksis kusta
7. Tidak ada stigma dan diskriminasi dalam pelayanan kesehatan



Surveilans berkinerja baik; seluruh petugas paham kusta & bebas stigma-diskriminasi



Tidak ada kusta anak dalam 5 tahun terakhir berturut-turut
+ Tidak ada kusta baru asli dalam 3 tahun terakhir



Referensi

- UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- PP No. 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU No. 17 Th 2023 tentang Kesehatan
- Permenkes No. 37 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Puskesmas
- Permenkes No. 11 tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta
- Kepmenkes No. 308 Tahun 2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kusta
- Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1186/2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FPKTP)
- Surat Edaran Dirjen P2P No. HK.02.02/C/3535/2023 tentang Percepatan Eliminasi Kusta di Indonesia (16 Agustus 2023)
- Panduan WHO 17 Juli 2023 (LEMT & LPTA)
- Surat Direktur P2PM, No: PM.03.03/C.III/2734/2024, tgl 13 Maret 2024 Hal : Evaluasi Program Pencegahan dan Pengendalian Kusta Tahun 2023
- Manual penggunaan SITASIA (2024)

<https://drive.google.com/open?id=1Egu8KbdoSmyixsOgpGEuPKaHDI7le-2R>

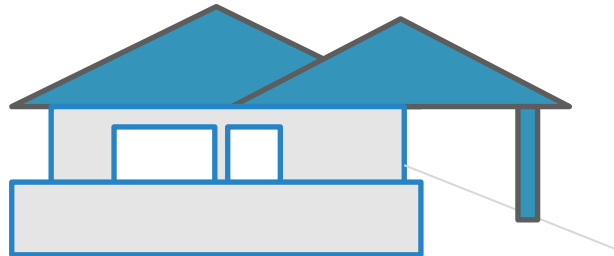


HIV

Pedoman Kerja Puskesmas - Klaster IV



Upaya Penanggulangan HIV AIDS



Segala upaya yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, atau kematian; membatasi penularan HIV AIDS agar tidak meluas; dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkannya

Upaya penanggulangan HIV	
1	Promosi Kesehatan
2	Pencegahan Penularan
3	Surveilans
4	Penanganan Kasus



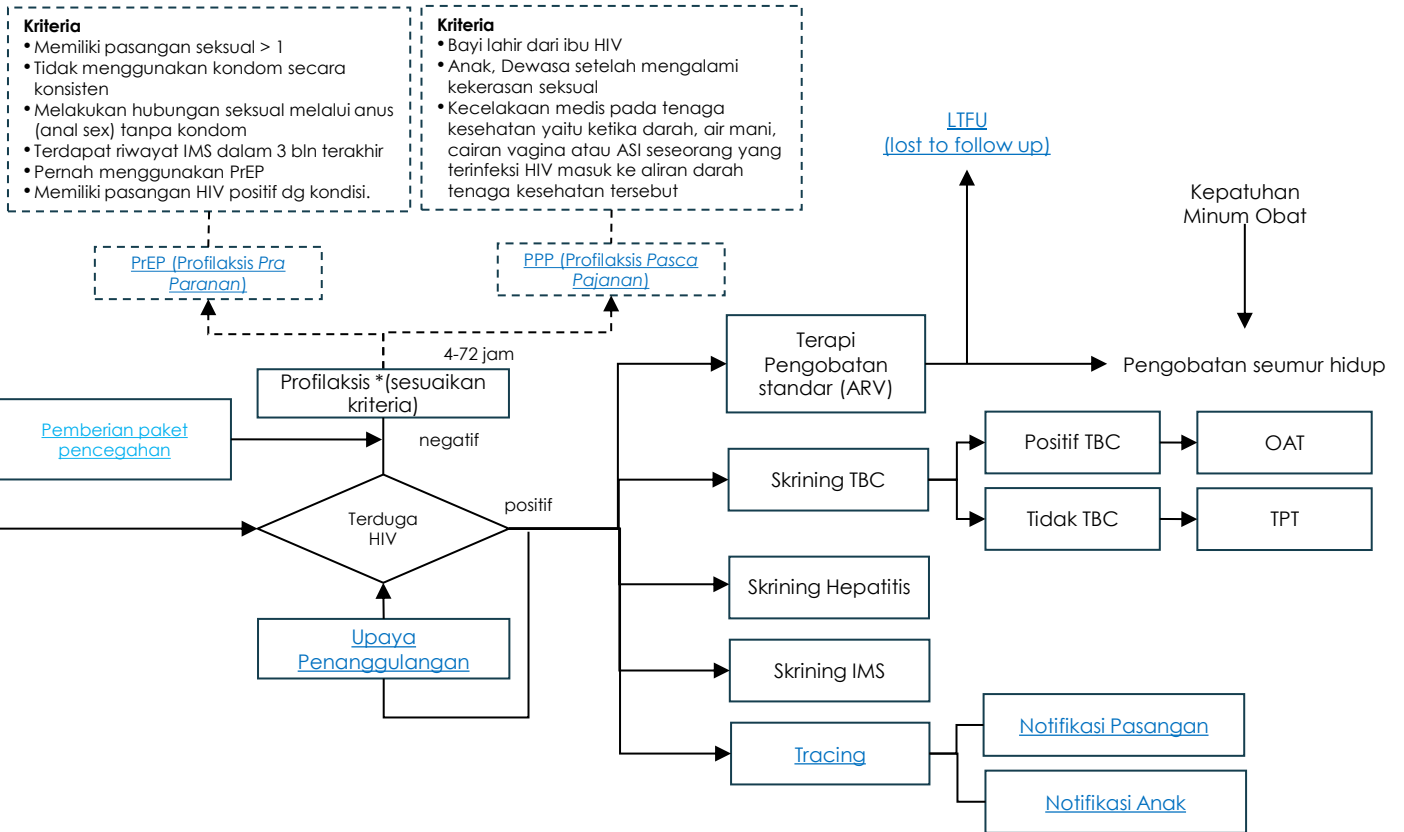
Penanggulangan HIV

Penemuan pasif :

- Orang datang ke pelayanan kesehatan
- Orang yang datang ke fasyankes karena penyakit lain atau infeksi oportunistik (stadium 2,3,4)
- Rujukan jejaring ke layanan HIV

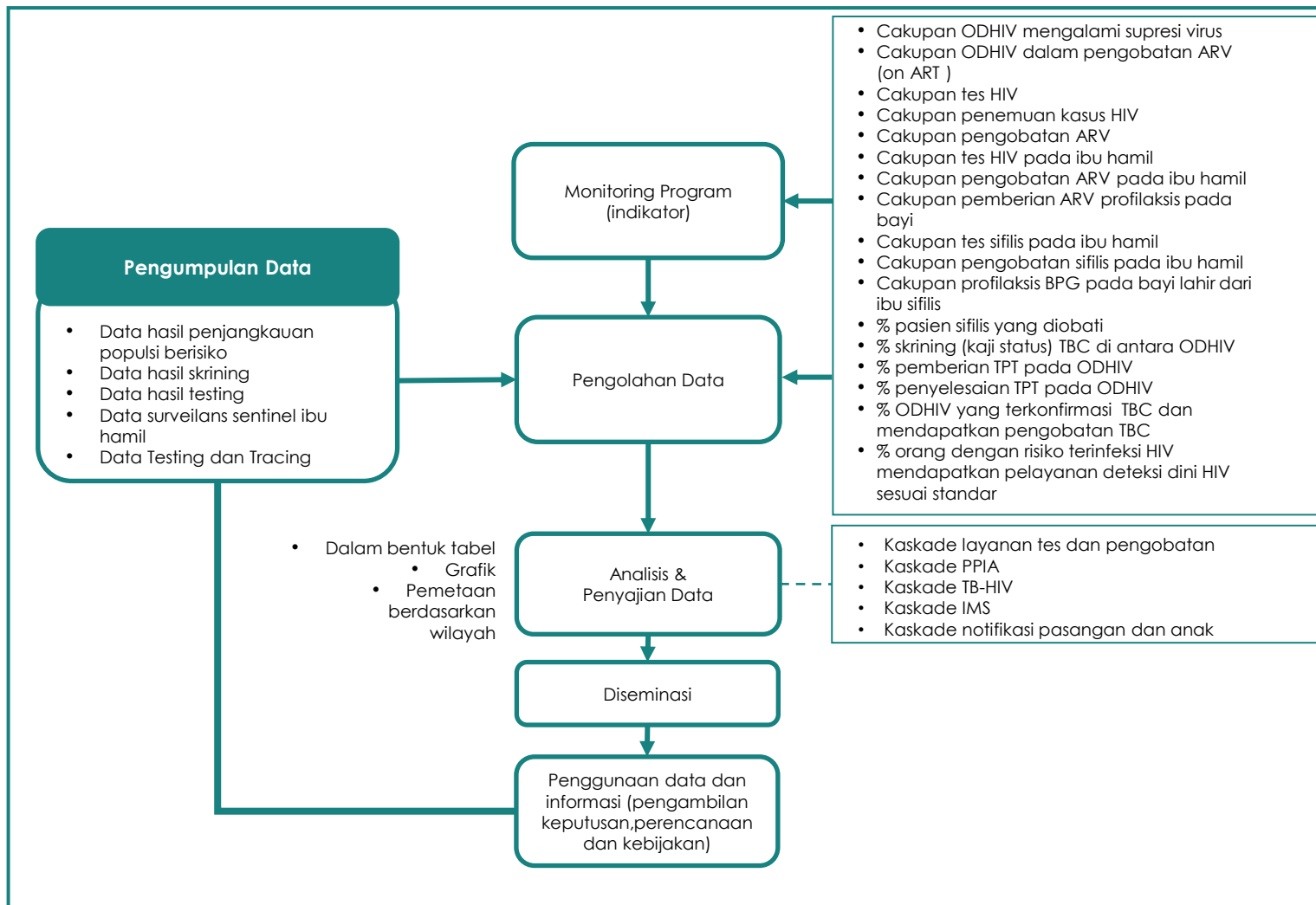
Penemuan aktif melalui kegiatan Skringing pada :

1. Populasi Kunci
 - PS (Pekerja Seks) dan Waria atau Transgender
 - Penasun (Pegguna NAPZA suntik)
 - LSL (Lelaki seks dengan lelaki)
2. Populasi Khusus
 - Ibu hamil, ibu yang sedang hamil trimester 1,2,3
 - Ibu bersalin, yang belum sempat diskrining pada saat hamil
 - Pasien TBC, IMS, Hepatitis B, dan Hepatitis C
 - WBP (Warga Binaan Pemasyarakatan)
3. Populasi Rentan
 - Anak jalanan
 - Remaja
 - Pelanggan pekerja seks
 - Pekerja migran
 - Matra
 - Pasangan populasi kunci
 - Pasangan ODHIV
 - Pasangan pasien IMS



Tujuan kegiatan surveilans HIV ialah

- Memahami status epidemi HIV, perkembangan kejadian HIV/AIDS ke arah mana epidemi HIV dan IMS berubah atau berkembang.
- Mengidentifikasi berbagai kemungkinan kebijakan dan program untuk mengendalikan epidemi HIV dan IMS sesuai dengan hasil pengamatan surveilans.
- Mengukur capaian indikator kinerja masukan, proses, luaran, hasil dan dampak program pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS secara berkala.





Penanggulangan HIV, AIDS dan IMS (pendekatan siklus hidup)

Bayi baru lahir	Balita	Anak usia sekolah dasar	Remaja	Dewasa, Usia Produktif	Lansia
<p>Terpapaj HIV atau Sifilis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ARV profilaksis, • Kotrimoksazol profilaksis, • Diagnosis dini HIV (EID) bayi lahir dari ibu HIV; • Terapi sifilis dan pemantauan pada bayi dari ibu sifilis; • IMD, ASI eksklusif atau PASI (AFASS) – hindari <i>mixed feeding</i>, • Pendampingan Bayi Baru Lahir; • Pemberian makanan pada bayi; • Imunisasi dasar lengkap • Pemantauan tumbuh kembang 	<p>Terpapaj HIV dan/atau Sifilis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konfirmasi pemeriksaan HIV 18 bulan <p>Terpapaj sifilis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konfirmasi status sifilis pada anak dari ibu sifilis <p>Anak terinfeksi HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk pemeriksaan <i>viral load</i> HIV; • Pencegahan dan tata laksana IO; • Pendampingan; • Pemantauan tumbuh kembang; • Pemberian makanan tambahan (PMT), tata laksana gizi 	<p>Anak terinfeksi HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk pemeriksaan <i>viral load</i> HIV; • Pencegahan dan tata laksana IO; • Pendampingan; • Penyiapan & pengungkapan status HIV 	<p>Konseling/KIE: Kespro, termasuk pencegahan HIV dan IMS & Gizi</p> <p>Remaja terinfeksi HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk pemeriksaan <i>viral load</i> HIV; • Pencegahan dan tata laksana IO; • Pendampingan; • Penyiapan & pengungkapan status HIV 	<p>Konseling/KIE Kespro Catin;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan KB; • Perencanaan kehamilan <p>Hamil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANC sesuai standar (termasuk tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B); <p>ODHIV, termasuk ibu hamil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk pemeriksaan <i>viral load</i> HIV; • Pencegahan dan tata laksana IO; • Pendampingan; • Notifikasi pasangan dan pencegahan penularan seksual dan ke bayi <p>Pasien sifilis, termasuk ibu hamil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapi sifilis pasangan; • Notifikasi pasangan dan pencegahan penularan seksual dan ke bayi 	<p>Pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa</p> <p>ODHIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk pemeriksaan <i>viral load</i> HIV; • Pencegahan dan tata laksana IO; • Pendampingan



Penanganan & Pencegahan

Penanganan

1. Penanganan ODHIV sesuai dengan standar (ARV *high potency less toxicity*, infeksi menular seksual dan infeksi oportunistik)
2. Terapi pencegahan TBC
3. *Multi month dispensing*
4. Eliminasi penularan sifilis, hepatitis B dari ibu ke anak
5. Penyediaan akses pemantauan pengobatan dengan pemeriksaan viral load HIV

Pencegahan Penularan

1. Kombinasi pencegahan pada populasi kunci : kondom dan pelicin (lubrikan), skrining dan pengobatan IMS, alat suntik steril dan terapi rumatan metadon
2. Sirkumsisi
3. Profilaksis pra dan pasca pajanan
4. Pencegahan penularan ibu ke anak
5. Pemberian kekebalan infeksi HPV
6. Melaksanakan uji saring
7. Penerapan kewaspadaan standar



Pre Exposure (petunjuk teknis Prep)

Pengantar

- PrEP adalah pemberian obat antiretroviral (ARV) yang bertujuan agar seseorang tidak terinfeksi HIV.
- PrEP harus ditawarkan sebagai pilihan pencegahan tambahan untuk orang yang memiliki risiko lebih tinggi terinfeksi HIV sebagai bagian dari kombinasi pencegahan HIV

Sasaran PrEP

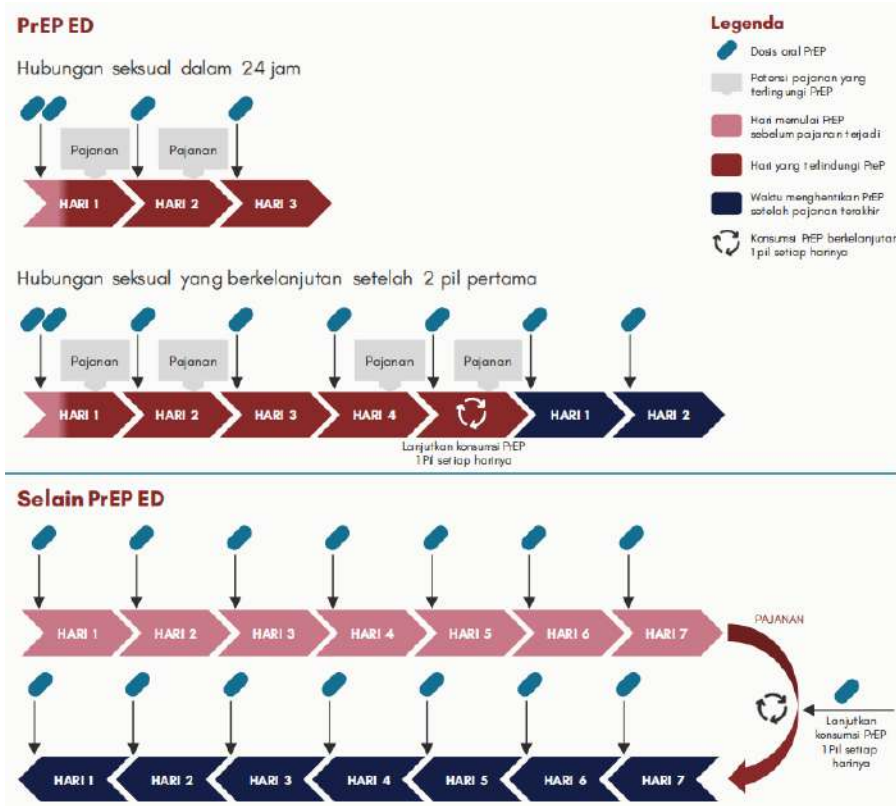
- Lelaki yang berhubungan Seksual dengan Laki-laki lain (LSL)*
- Wanita Pekerja Seks (WPS)*
- Waria/Transgender*
- Pengguna Narkoba Suntik (Penasun)*
- Pasangan ODHIV
- Pasangan Risiko Tinggi (Risti)

Kriteria individu yang dapat ditawarkan PrEP:

- Memiliki pasangan seksual lebih dari satu
- Tidak menggunakan kondom secara konsisten
- Melakukan hubungan seksual melalui anus tanpa kondom
- Terdapat Riwayat IMS dlm 3 bulan terakhir
- Pernah menggunakan PrEP
- Memiliki pasangan HIV positif dengan (minimal satu) kondisi berikut :
 - Belum menjalani terapi pengobatan ARV,
 - Penggunaan ARV tidak teratur dalam 6 bulan terakhir,
 - Jumlah viral load belum diketahui,
 - Viral load tidak tersupresi (>1000 kopi/mL) setelah pengobatan ARV minimal selama 6 bulan.
 - Berencana memiliki anak dengan pasangan ODHIV yang *viral load*-nya terdeteksi.



Pre Exposure (petunjuk teknis PrEP)



Kapan diberikan (When)

- Semua individu yang dinyatakan berjenis kelamin laki-laki saat lahir, berhubungan seksual berisiko dan tidak dalam terapi hormon berbasis exogenous estradiol, PrEP diminum sebanyak 2 pil dalam 2-24 jam sebelum hubungan seksual berisiko.
- Semua individu yang dinyatakan berjenis kelamin perempuan saat lahir, semua individu yang dinyatakan berjenis kelamin laki-laki saat lahir yang tengah menjalani terapi hormon berbasis exogenous estradiol dan Penasun, PrEP dapat bekerja efektif setelah diminum 1 butir setiap hari dalam 7 hari sebelum hubungan seksual berisiko.

Demonstrasi Memulai dan Berhenti PrEP pada Metode Penggunaan Harian dan Event-Driven



Pre Exposure (petunjuk teknis Prep)

Dimana bisa mengakses layanan PrEP?

PrEP dapat diperoleh di fasyankes penyedia PrEP yang telah ditunjuk berdasarkan beberapa kriteria, yaitu sebagai berikut:

1. Memiliki layanan tes, PDP, dan IMS serta diutamakan adalah puskesmas, klinik swasta, dan klinik berbasis komunitas.
2. Memiliki jejaring dengan LSM yang bekerja dalam penanganan dan penanggulangan HIV dan PIMS.
3. Memiliki jejaring untuk pemeriksaan laboratorium penunjang.
4. Telah mendapatkan peningkatan kapasitas (pelatihan, lokakarya, orientasi, OJT) mengenai tatalaksana PrEP.
5. Mampu melakukan pencatatan dan pelaporan.

Model Pelaksanaan PrEP di Indonesia

	Sebelum Memulai PrEP		Memulai PrEP	Kelanjutan PrEP	
	Promosi dan Edukasi	Tes & Konseling HIV	Kunjungan Pertama	Kunjungan Ulang Pertama	Kunjungan Ulang
Kapan (frekuensi)	Pada promosi & edukasi pencegahan HIV	Hari ke-0	Hari ke-1	Bulan ke-1	Bulan ke-3 dan rutin setiap 3 bulan setelahnya atau insidental
Dimana (Lokasi)	Komunitas, dalam Gedung (Fasyankes/ Layanan PDP), luar Gedung (mobile), web/ aplikasi/ media sosial	Komunitas, dalam gedung (Fasyankes/ Layanan PDP), luar gedung (mobile)	Dalam gedung (Fasyankes/Layanan PDP), luar gedung (mobile)		



Model Pelaksanaan PrEP di Indonesia

	Sebelum Memulai PrEP		Memulai PrEP	Kelanjutan PrEP	
	Promosi dan Edukasi	Tes & Konseling HIV	Kunjungan Pertama	Kunjungan Ulang Pertama	Kunjungan Ulang
Siapa (Pelaksana Layanan)	Petugas penjangkau/ pendidik sebaya di komunitas atau konselor HIV	Petugas penjangkau/ pendidik sebaya di komunitas, tenaga kesehatan (dokter, perawat, petugas lab, petugas RR)	Tenaga kesehatan (dokter, perawat, petugas lab, farmasi, petugas RR)	Tenaga kesehatan (dokter, perawat, petugas lab, farmasi, petugas RR, konselor HIV/pendidik sebaya)	
Apa (Paket Layanan)	Paket KIE mengenai PrEP yang terintegrasi dengan paket pencegahan HIV	Tes HIV*	Formulir Kesiediaan Memulai PrEP, konseling & edukasi penggunaan PrEP, obat PrEP, rujukan tes (opsional)	Pemberian obat PrEP, pemeriksaan Efek samping, pemantauan kepatuhan, konseling penggunaan PrEP, rujukan tes (IMS, Hep B, Hep C, Kreatinin dengan kriteria)	Tes HIV, tes IMS, tes Kreatinin (dengan kriteria), pemberian obat PrEP, pemeriksaan efek samping, pemantauan kepatuhan konseling penggunaan PrEP
Bagaimana (Pemberian Layanan)	Kampanye di media sosial, melalui komunitas	Tersedia di fasyankes yang ditunjuk dan masuk dalam program pemerintah			



Pre Exposure (petunjuk teknis Prep)

- Terdapat dua metode penggunaan PrEP yaitu harian dan event-driven (ED). Aturan minum dalam penggunaan PrEP dibedakan berdasarkan pada kelompok populasi sbb :

Aturan Minum PrEP untuk laki – laki dan waria/transgender

Populasi	Metode Penggunaan	Memulai Oral PrEP	Menggunakan Oral PrEP	Berhenti Oral PrEP
Semua individu yang dinyatakan berjenis kelamin laki-laki saat lahir, yang: <ul style="list-style-type: none">• Berhubungan seksual berisiko• Tidak dalam terapi hormon berbasis exogenous estradiol	Harian	Minum 2 pil 2-24 jam sebelum hubungan seksual berisiko (semakin dekat dengan 24 jam sebelumnya, maka semakin ideal)	Minum 1 pil setiap harinya	Minum 1 pil setiap hari sampai 2 hari setelah hubungan seksual berisiko terakhir
	Event – Driven (ED)		Minum 1 pil setiap hari sampai 2 hari setelah hubungan seksual berisiko terakhir	



Pre Exposure (petunjuk teknis Prep)

Aturan Minum PrEP untuk Perempuan, Laki-laki dalam Terapi Hormon dan Penasun

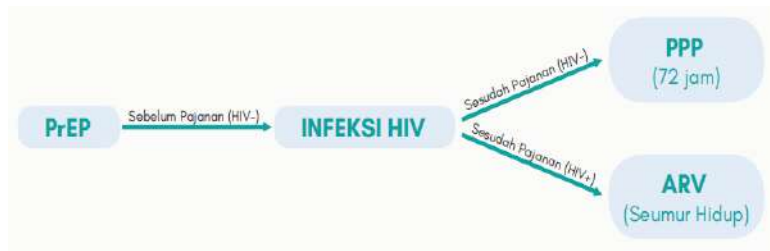
Populasi	Metode Penggunaan	Memulai Oral PrEP	Menggunakan Oral PrEP	Berhenti Oral PrEP
<p>Semua individu yang dinyatakan berjenis kelamin perempuan saat lahir</p> <ul style="list-style-type: none">• Semua individu yang dinyatakan berjenis kelamin laki-laki saat lahir yang tengah menjalani terapihormon berbasis exogenous estradiol• Penasun	Harian	Minum 1 pil setiap harinya hingga 7 hari sebelum hubungan seksual berisiko	Minum 1 pil setiap harinya	Minum 1 pil setiap hari hingga 7 hari setelah hubungan seksual berisiko terakhir



PPP (Profilaksis Pasca Pajanan)

Pengantar (What)

- PPP (atau PEP - Post-Exposure Prophylaxis) merupakan upaya pencegahan tambahan pada orang yang memiliki risiko tinggi tertular HIV dari kontak seksual dengan ODHIV
- Diberikan kepada seseorang yang terindikasi telah terpajan/terpapar HIV atau mengalami kondisi yang menyebabkan dirinya berisiko terinfeksi HIV.
- PPP sebaiknya diberikan sesegera mungkin dalam waktu 72 jam atau kurang dari itu, dengan waktu ideal ialah 4 jam setelah pajanan.
- Pemberian PPP diberikan dalam waktu 28-30 hari untuk mengurangi kemungkinan infeksi HIV setelah pajanan



Regimen Antiretroviral untuk Profilaksis Pasca Pajanan

		Regimen
Dewasa dan remaja ≥ 10 tahun	Pilihan	TDF + 3TC + DTG
	Alternatif	TDF + 3TC/FTC + LPV/r
		TDF + 3TC/FTC + EFV
		AZT + 3TC + DTG
		AZT + 3TC + LPV/r
		AZT + 3TC + EFV
Anak <10 tahun	Pilihan	AZT + 3TC + EFV*
	Alternatif	AZT + 3TC + LPV/r
		ABC + 3TC + LPV/r
		ABC + 3TC + EFV*
		TDF** + 3TC/FTC + LPV/r
		TDF** + 3TC/FTC + EFV*

* EFV tidak digunakan pada anak < 3 tahun

** TDF tidak digunakan pada anak < 2 tahun



Kegiatan untuk Skrining, Testing, dan Tracing



1. Pengelompokan target populasi

Populasi Kunci:

1. LSL
2. Waria
3. Pekerja Seks Perempuan
4. Pengguna narkoba suntik

Populasi Berisiko lainnya

1. Ibu hamil
2. Pasien TBC
3. Warga Binaan Masyarakat
4. Pasien Infeksi menular Seksual



2. Skrining

Tipe metode skrining:

1. Skrining di fasyankes (menggunakan RDT dengan sampel darah)
2. Skrining mandiri
3. Skrining HIV pada darah donor



3. Testing → Konfirmasi diagnosis

Untuk penegakan diagnosis:

1. Dilakukan pada hasil skrining reaktif atau orang yang datang untuk pemeriksaan HIV
2. Menggunakan 3 jenis RDT antibodi sesuai algoritma standar dengan sampel darah,
3. Penegakkan diagnosis dapat juga dilakukan dengan ELISA menggunakan mesin PCR



4. Tracing

1. Penelusuran kontak pada pasangan ODHIV
2. Penelusuran kontak pada anak yang lahir dari ibu dengan HIV

Deskripsi

Tempat Pelaksanaan

Komunitas, Tempat kerja, Penjara, Tempat tinggal, Puskesmas, Klinik/Praktik Mandiri

Puskesmas, Klinik/Praktik Mandiri, Rumah Sakit

Fasilitas Pelayanan kesehatan



Lost to follow up (LFU/LTFU)

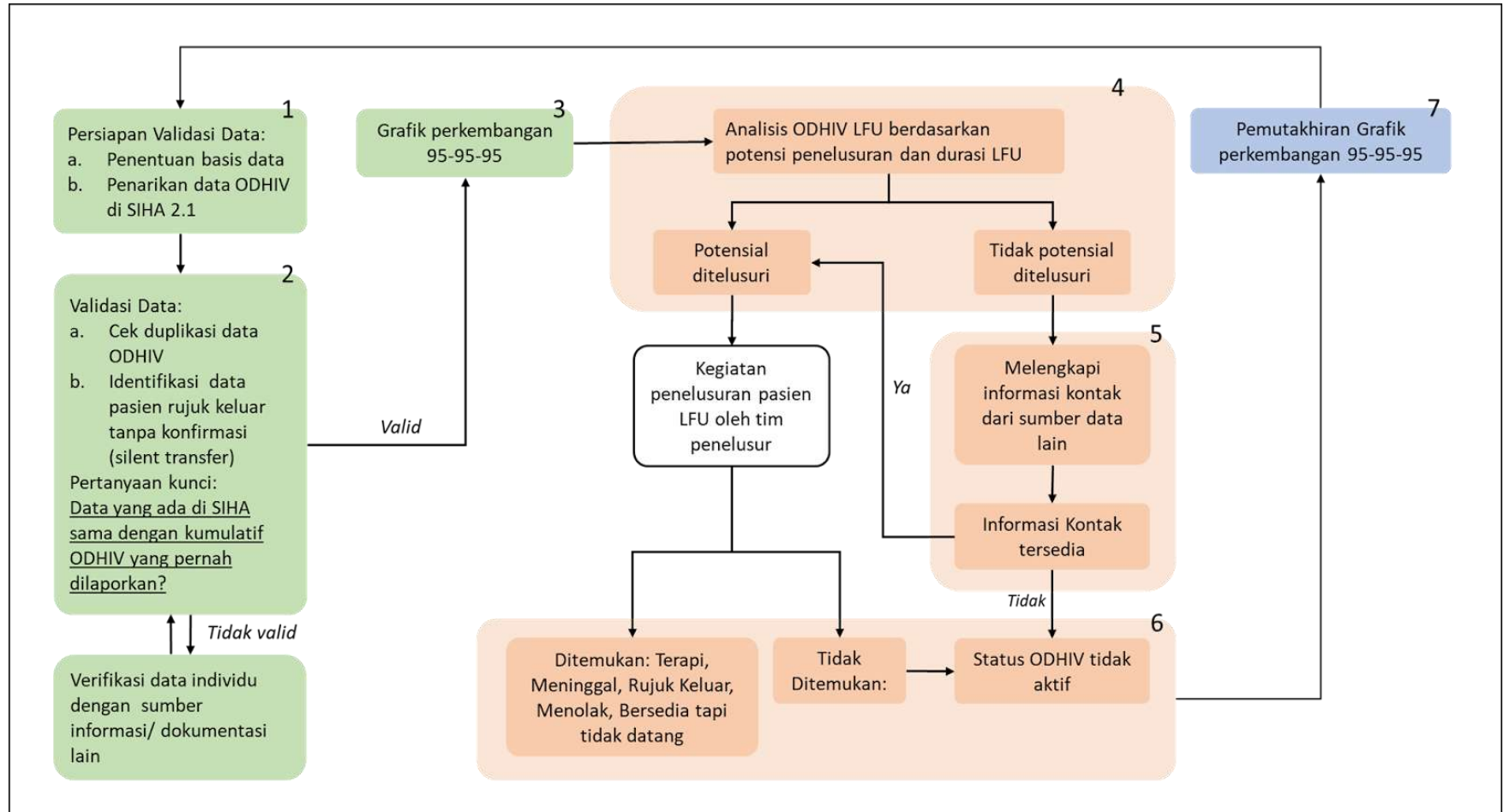
Definisi :

Loss to Follow Up (LFU/LTFU) merupakan kondisi hilang setelah memulai ARV - Putus pengobatan ARV yang tidak berkunjung untuk pengambilan ARV lebih dari 28 hari atau satu bulan dari ditetapkan sebagai MA (atau disebut alpa 2 kali berturut-turut).

Kategori ODHIV	Kunjungan terakhir	Jadwal kunjungan yang ditentukan	Tanggal ODHIV berkunjung
Belum memulai ARV			
MA	3 Mei 2024	1 Juni 2024 - tidak datang	15 Juni 2024 - datang (masih < 28 hari)
LFU	3 Mei 2024	1 Juni 2024 - tidak datang	5 Juli 2024 - datang (sudah > 28 hari)



Langkah – Penyisiran Data ODHIV





Notifikasi Pasangan Anak

Notifikasi pasangan merupakan suatu upaya untuk memutus mata rantai penularan HIV yang wajib dilakukan oleh petugas dimana petugas memperoleh daftar pasangan dan/atau anak biologis dari ODHIV, lalu atas persetujuannya meminta pasangan dan/atau anak biologisnya untuk tes HIV

Definisi Operasional Pasien Indeks

- Seorang individu yang baru didiagnosis HIV dan/atau individu HIV yang terdaftar dalam layanan HIV dan IMS.

Definisi Operasional Tes Indeks

- Pasangan dan/atau anak biologis yang diperoleh melalui proses sukarela saat petugas meminta informasi dari pasien indeks.

Definisi Operasional Pasangan

- Suami, istri, pasangan seksual, dan/atau teman berbagi jarum suntik yang saat ini masih berhubungan maupun riwayat pasangan terdahulu.

Definisi Operasional Tenaga Kesehatan

- Setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Definisi Operasional Petugas Komunitas

- Setiap orang yang tergabung dalam kelompok atau lembaga masyarakat yang bekerja sama dengan fasyankes untuk melakukan pendampingan atau penjangkauan kepada ODHIV.



Notifikasi Pasangan dan Anak

Notifikasi pasangan dan anak pada dasarnya merupakan kegiatan penelusuran kontak erat (*tracing*) orang dengan HIV. Tujuan notifikasi pasangan dan anak adalah untuk melakukan pencegahan atau tata laksana yang sesuai terhadap pasangan seksual dan anak kandung ODHIV

- **Sasaran** : pasangan seksual dan anak kandung ODHIV
- **Dilakukan oleh** : petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dan komunitas/ kader
- **Waktu Pelaksanaan** : pada hari yang sama dengan diketahuinya hasil skrining atau tes HIV.
- **Tempat** : dalam dilakukan di dalam dan di luar fasilitas pelayanan kesehatan
- Kegiatan notifikasi pasangan meliputi:
 1. Edukasi tentang tujuan notifikasi pasangan dan anak
 2. Skrining pasangan dan anak
 3. Tata laksana lanjut sesuai hasil skrining

Pelibatan komunitas/kader dimaksudkan untuk penelusuran pasangan dan anak dan edukasi skrining di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat



Notifikasi Pasangan Anak

Sasaran Notifikasi Pasangan Anak

NPA wajib dilakukan pada semua pasien indeks, yaitu anak dan orang dewasa yang terdiagnosis HIV terutama pasien yang memenuhi salah satu kriteria sebagai berikut:

- Baru terdiagnosis HIV, baik yang sudah atau belum masuk perawatan,
- Status viral load (VL) tidak tersupresi atau tidak diketahui,
- Memiliki faktor risiko baru seperti terdiagnosis infeksi menular seksual (IMS) atau memiliki pasangan baru, atau
- Semua ODHIV yang baru kembali ke layanan setelah sebelumnya lost to follow up (LTFU).

Langkah – langkah operasional prosedur NPA :



Lokasi dan Waktu NPA

NPA wajib dilaksanakan di semua layanan HIV dan IMS maupun di komunitas pada saat pendampingan. NPA dapat dilakukan berulang di setiap kunjungan, seperti pada:

- Saat konseling pasca tes pada individu dengan hasil pemeriksaan HIV positif;
- Setelah masuk ke perawatan ARV;
- Setiap kunjungan bulanan ARV selama status VL tidak tersupresi atau tidak diketahui, kecuali jika terdapat potensi kekerasan dari pasangan; dan
- Setiap ada faktor risiko baru seperti terdiagnosis IMS atau memiliki pasangan baru.



Metode Rujukan NPA

Rujukan Pasien

- **Pasien indeks bertanggungjawab untuk mendorong tes indeks untuk tes HIV.**
- Dapat dilakukan secara langsung atau menggunakan formulir rujukan.

Rujukan Pasien

- Pasien indeks memberikan kewenangan kepada **tenaga kesehatan/petugas komunitas** untuk menghubungi dan mengajak tes indeks untuk tes HIV.
- Bersifat anonim, identitas pasien indeks tidak akan dibuka kepada tes indeks.

Rujukan Ganda

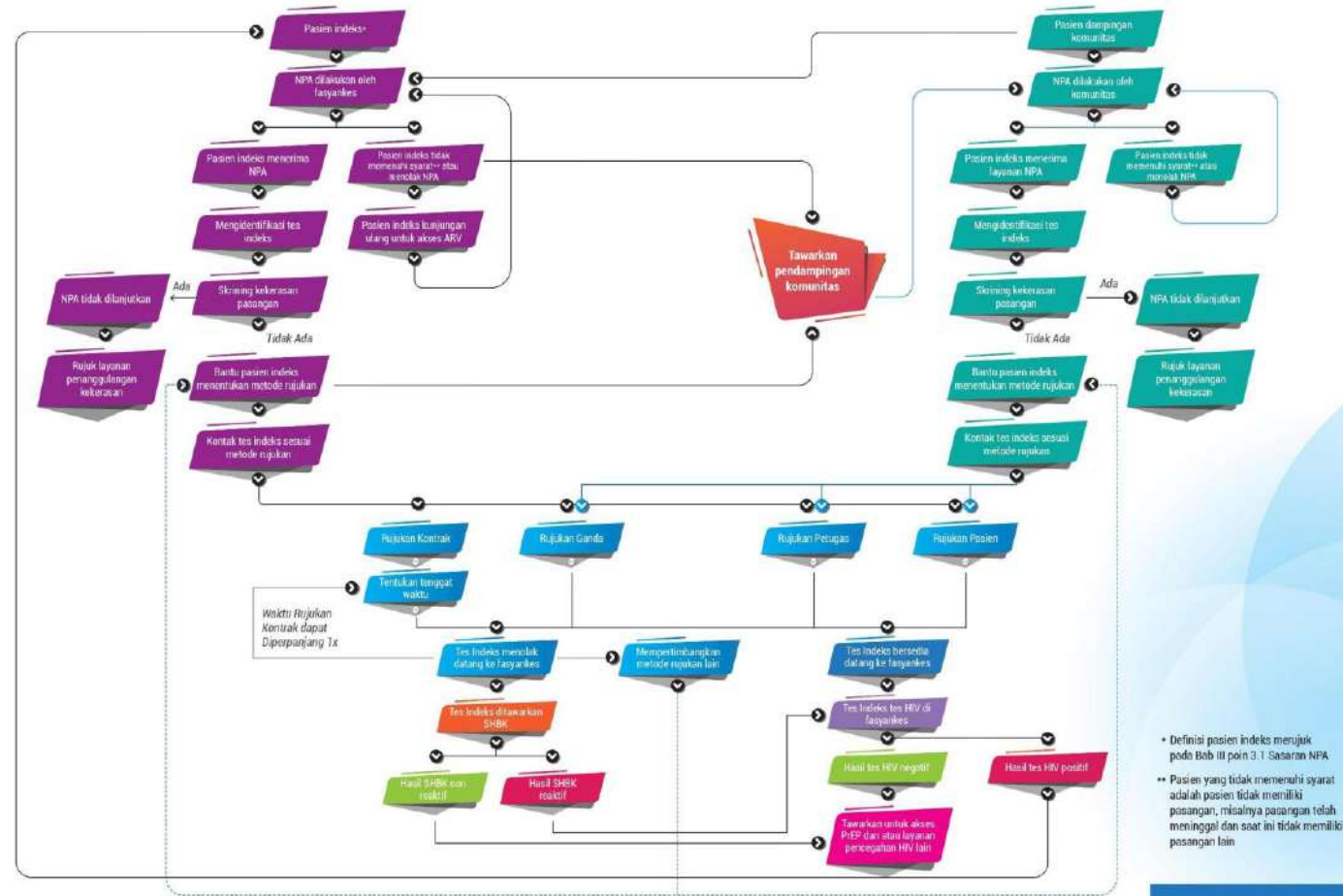
- Pasien indeks mengajak tes indeks untuk berdiskusi bersama **dengan tenaga kesehatan/petugas komunitas.**
- Pasien bersama petugas memberi tahu tes indeks mengenai kemungkinan pajanan dan menawarkan tes HIV

Rujukan Kontrak

- Pasien indeks diberikan kesempatan mengajak sendiri tes indeks dalam **waktu maksimal 2 minggu.**
- Jika tidak berhasil, petugas kesehatan akan melakukan kontak kepada tes Indeks untuk memberi tahu kemungkinan pajanan dan menawarkan tes HIV



Alur Teknis NPA di Fasyankes dan Komunitas



* Definisi pasien indeks merujuk pada Bob III poin 3.1 Sasaran NPA
** Pasien yang tidak memenuhi syarat adalah pasien tidak memiliki pasangan, misalnya pasangan telah meninggal dan saat ini tidak memiliki pasangan lain



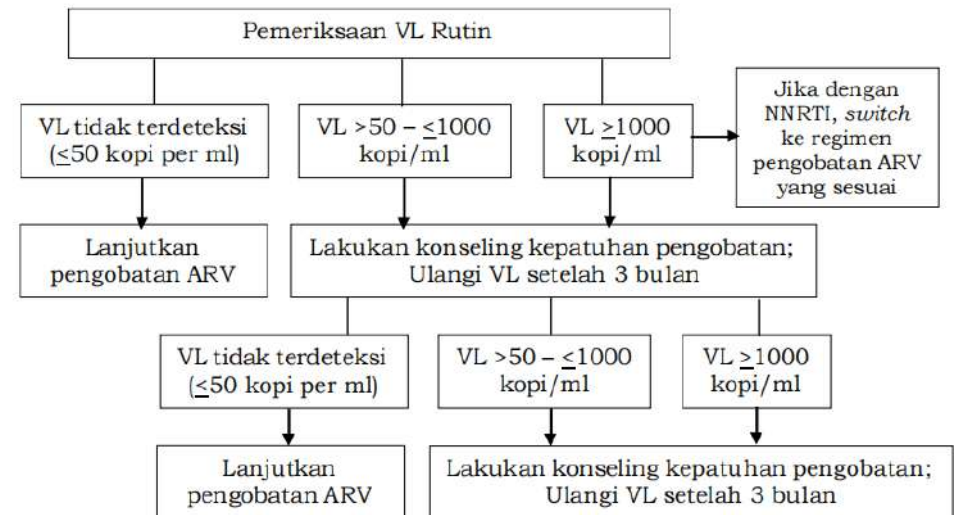
Pemberian paket pencegahan

Jenis Pencegahan	 Kondom dan pelicin	 Alat suntik steril	 Profilaksis pra pajanan (PrEP)
Sasaran	<ul style="list-style-type: none">▪ ODHIV dengan Viral Load terdeteksi atau tidak diketahui▪ Pasangan seksual ODHIV	<ul style="list-style-type: none">▪ Penasun	<ul style="list-style-type: none">▪ LSL▪ Waria▪ WPS▪ Penasun▪ Pasangan Risti▪ Pasangan ODHIV yang serodiskordan (negatif)



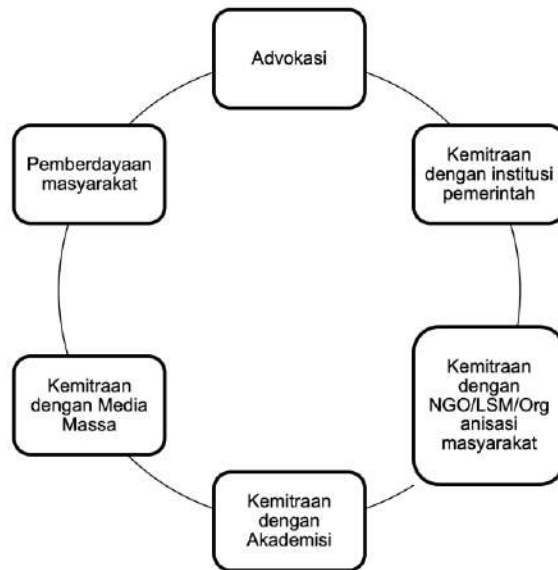
Viral load

- Standar emas untuk memantau keberhasilan pengobatan ARV adalah pemeriksaan jumlah virus atau viral load RNA HIV (VL).
- Pemeriksaan viral load harus dilakukan terhadap semua pasien yang menerima pengobatan ARV.
- Keberhasilan pengobatan ditandai dengan tidak terdeteksi virus pada pemeriksaan viral load mengikuti standar nilai cut off setiap mesin pemeriksaan viral load.
- Pemeriksaan viral load dilakukan pada bulan ke-6, ke-12, dan selanjutnya minimal setiap 1 tahun





Promosi Kesehatan



1. Edukasi kesehatan reproduksi dan pencegahan penularan dengan penerapan perilaku aman (abcd)
2. Pelibatan tokoh masyarakat dan tokoh agama
3. Pemanfaatan media cetak/elektronik dan media social dalam menyampaikan pesan kunci edukasi kesehatan reproduksi dan pencegahan penularan



Upaya promosi kesehatan yang dapat dilakukan antara lain : a. Advokasi dan sosialisasi

Tujuan:

Untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan komitmen pihak terkait, tentang cara penularan, cara pencegahan termasuk perlindungan khusus dan pengurangan dampak buruk, deteksi dini, akses layanan, dan dukungan terhadap penanggulangan sehingga *no one left behind* (akses universal)

Sasaran:

Masyarakat, petugas kesehatan, pengambil keputusan, tokoh masyarakat, tokoh agama dan tokoh adat

Materi :

Terkait dengan penyakit, cara penularan dan pencegahan, melakukan perlindungan khusus, pengurangan dampak buruk NAPZA, imunisasi, PHBS terutama pada kelompok berisiko, cara mencegah agar tidak tertular, deteksi dini, dan tata laksana ODHIV





Upaya promosi kesehatan yang dapat dilakukan antara lain :

b. Intervensi Perubahan Perilaku

Tujuan :

Perubahan perilaku pada masyarakat dalam kesehariannya agar terhindar dari tertular dan menularkan HIV dan IMS

Sasaran :

Kelompok populasi berisiko tinggi, kelompok populasi rawan tertular dan menularkan penyakit

Bentuk Intervensi :

Penyuluhan, pendampingan, pemberian konseling dan penyediaan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk mendukung perubahan perilaku

c. Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan :

Meningkatkan kesadaran masyarakat agar dapat berpartisipasi aktif dalam penanggulangan

Sasaran :

Masyarakat, Kelompok berisiko dan Rentan

Bentuk Intervensi :

Membentuk kelompok sebaya (*peer group*) atau *supporting group* sebagai motivator dan sumber informasi untuk meningkatkan akses pelayanan serta perubahan perilaku dan menjadi relawan pendamping ODHIV

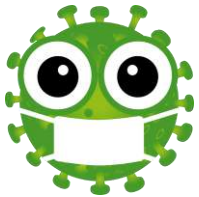


Perlindungan Khusus

Perlindungan khusus merupakan upaya yang dilakukan agar masyarakat dapat terlindungi dari penularan HIV dan IMS. Perlindungan khusus dilakukan melalui kegiatan pengurangan risiko dan dampak buruk seperti :

1. Penggunaan Kondom :

Penggunaan kondom terutama ditunjukkan bagi kelompok masyarakat yang memiliki perilaku hubungan seksual berisiko

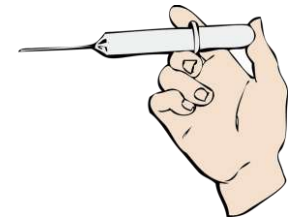


2. Penggunaan Alat Perlindungan Diri (APD) :

Penggunaan APD diwajibkan bagi petugas kesehatan atau masyarakat yang melakukan aktivitas berisiko dan melakukan Kewaspadaan Standar

3. Hindari penggunaan jarum suntik dan alat kesehatan lainnya yang tidak steril

- Masyarakat wajib menggunakan jarum suntik steril, tattoo, tindik, dan akupuntur yang aman. Hindari penggunaan jarum suntik secara bergantian, bekas, atau tidak steril terutama pengguna NAPZA suntik.
- Peralatan prosedur tindakan medis seperti pada kedokteran gigi, operasi, hemodialisis, dll.
- Skrining IMLTD (infeksi menular melalui transfusi darah)





Cara Pengendalian Faktor Risiko

Pengendalian faktor risiko terhadap HIV dan IMS

- 1. Meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, diantaranya :**
 - a. Melakukan hubungan seksual setelah menikah
 - b. Setia pada 1 pasangan seksual
 - c. Menggunakan kondom pada hubungan seksual berisiko
 - d. Tidak mengonsumsi NAPZA atau menggunakan NAPZA suntik
 - e. Menggunakan alat steril pada alat kesehatan (jarum suntik), tattoo, tindik
- 2. Skrining donor darah**
- 3. Skrining organ untuk transplantasi**
- 4. Penggunaan alat alat medis yang berpotensi terkontaminasi virus HIV**
 - a. Penanganan limbah jarum suntik yang benar
 - b. Sterilisasi alat sebelum melakukan prosedur invasif medis



Infeksi HIV dapat diketahui dengan pemeriksaan laboratorium yang mendeteksi antibodi atau antigen HIV di dalam darah

Diagnosis

- Ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang
- Pemeriksaan Laboratorium
- Pemeriksaan serologi untuk mendeteksi anti-HIV dengan RDT (*Rapid Diagnostic Test*) atau ELISA pada usia 18 bulan ke atas dan Pemeriksaan virologi pada anak usia <18 bulan

Pengobatan ARV

Sebelum memulai ARV (Pra ART)

- Skrining IO, IMS dan TBC
- Konseling / motivasi kepatuhan pengobatan dan pendampingan psikososial

Memulai ARV

- ODHIV tanpa komplikasi (stadium klinis 1-2) mulai ARV dalam 0-7 hari
- ODHIV dengan TBC mulai ARV dalam 2 minggu; dengan meningitis dalam 4 minggu

Pemantauan pengobatan

- ODHIV stabil dapat diberikan ARV >2 bulan (MMD)



Referensi

- Permenkes RI No 23 Tahun 2022 Tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome, dan Infeksi Menular Seksual
<https://drive.google.com/open?id=1Tvk6R4n5ZjonP9105oZ15mlkrl8XddgR>
- Petunjuk Teknis Skrining HIV Berbasis Komunitas
<https://drive.google.com/open?id=1NJPwKccRvGpC1Vr6K1XVZSI55BalnxyB>
- Petunjuk Teknis Notifikasi Pasangan dan Anak
https://drive.google.com/open?id=1_gBoJYDdtQ7a7mZgtPXg8tKxKCcu8iRbi
- Petunjuk Teknis Notifikasi Pasangan dan Anak di Indonesia
<https://drive.google.com/open?id=1SqAK6-pWzhrwetO7q-r3Fe1UrVBpqBXA>
- Petunjuk Teknis Tatalaksana Program PreP Oral Untuk Orang Berisiko Terinfeksi HIV di Indonesia
https://drive.google.com/open?id=19ZpqDQiSsTIVH-WU5m1_G9lg0uyFltm2

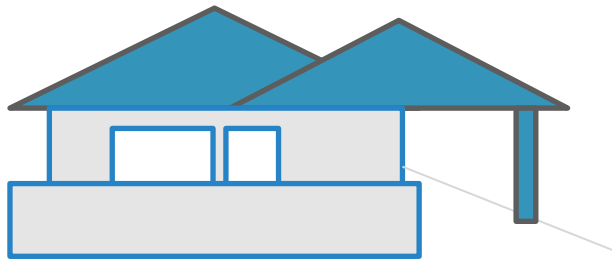
Pedoman Klaster IV

Diare



Upaya Penanggulangan Diare

Segala upaya yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, atau kematian; dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkannya



Upaya Penanggulangan	
1	Surveilans epidemiologi
2	Promosi kesehatan
3	Pencegahan
4	Penanganan

Macam – macam Diare

Penyakit	Jenis	Definisi Operasional
Diare pada anak	Diare Akut	Buang air besar yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (pada umumnya 3 kali atau lebih) perhari dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari 7 hari.
	Diare bermasalah	
	1. Disentri	Disentri adalah diare dengan darah dan lendir dalam tinja dapat disertai dengan adanya tenesmus. Disentri berat adalah disentri yang disertai dengan komplikasi.
	2. Kolera	<p>Seseorang dicurigai kolera apabila:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penderita berumur >5 tahun menjadi dehidrasi berat karena diare akut secara tiba-tiba (biasanya disertai muntah dan mual), tinjanya cair seperti air cucian beras, tanpa rasa sakit perut (mulas) atau b. Penderita diare akut berumur >2 tahun di daerah yang terjangkit KLB Kolera. <p>Gejala kolera yaitu diare terus menerus, cair seperti air cucian beras, tanpa sakit perut, disertai muntah dan mual di awal penyakit.</p>



Diare Akut dan Kolera

- Pada dewasa: BAB (defekasi) dengan tinja lembek ATAU setengah cair dengan frekuensi lebih dari 3 kali sehari ATAU dapat berbentuk cair saja.
- Pada anak: BAB yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (pada umumnya 3 kali atau lebih per hari dengan konsistensi cair DAN berlangsung kurang dari 7 hari.
- Pada neonatus yang mendapat ASI: diare akut adalah buang air besar dengan frekuensi lebih sering (biasanya 5-6 kali per hari) dengan konsistensi cair.

- Penyebab kematian akibat diare pada balita terjadi karena dehidrasi, hal ini diperparah apabila balita kekurangan gizi atau penderita gizi buruk
- Dehidrasi adalah kehilangan cairan tubuh. Pada saat diare tubuh mengeluarkan banyak cairan sehingga perlu diganti. Derajar dehidrasi diare yaitu :
 1. Diare tanpa dehidrasi
 2. Diare dengan dehidrasi ringan/sedang
 3. Diare dengan dehidrasi berat

- **Diare tanpa dehidrasi**, bila terdapat 2 tanda atau lebih :
 1. Keadaan umum baik, sadar
 2. Mata tidak cekung
 3. Minum biasa, tidak haus
 4. Cubitan kulit perut/ turgor kembali segera

- **Diare dehidrasi ringan/sedang**, bila terdapat 2 tanda atau lebih :
 1. Gelisah atau rewel
 2. Mata cekung
 3. Ingin minum terus, ada rasa haus
 4. Cubitan kulit perut/ turgor kembali lambat

- **Diare dehidrasi berat**, bila terdapat 2 tanda atau lebih :
 1. Lesu, lunglai/tidak sadar
 2. Mata cekung
 3. Malas minum
 4. Cubitan kulit perut/ turgor kembali sangat lambat

Tatalaksana Penderita Diare

- Oralit Osmolaritas Rendah
- Zinc
- Pemberian ASI / Makanan
- Pemberian antibiotic hanya atas indikasi
- Pemberian nasihat

Menilai Derajat Dehidrasi

TABEL PENILAIAN DERAJAT DEHIDRASI			
PENILAIAN	A	B	C
	Bila Ada 2 (dua) Tanda atau Lebih		
1. Lihat			
○ Keadaan Umum	Baik, Sadar	Gelisah, Rewel	Lesu, Lunglai atau Tidak Sadar
○ Mata	Normal	Cekung	Cekung
○ Rasa Haus (beri air minum)	Minum Biasa, Tidak Haus	Haus, Ingin Minum Banyak	Malas Minum atau Tidak Bisa Minum
2. Raba/Periksa			
○ Turgor Kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	Kembali Sangat Lambat (lebih dari 2 detik)
3. Tentukan Derajat Dehidrasi	Tanpa Dehidrasi	Dehidrasi Ringan - Sedang (Dehidrasi Tidak Berat)	Dehidrasi Berat
4. Rencana Pengobatan	Rencana Terapi A	Rencana Terapi B	Rencana Terapi C

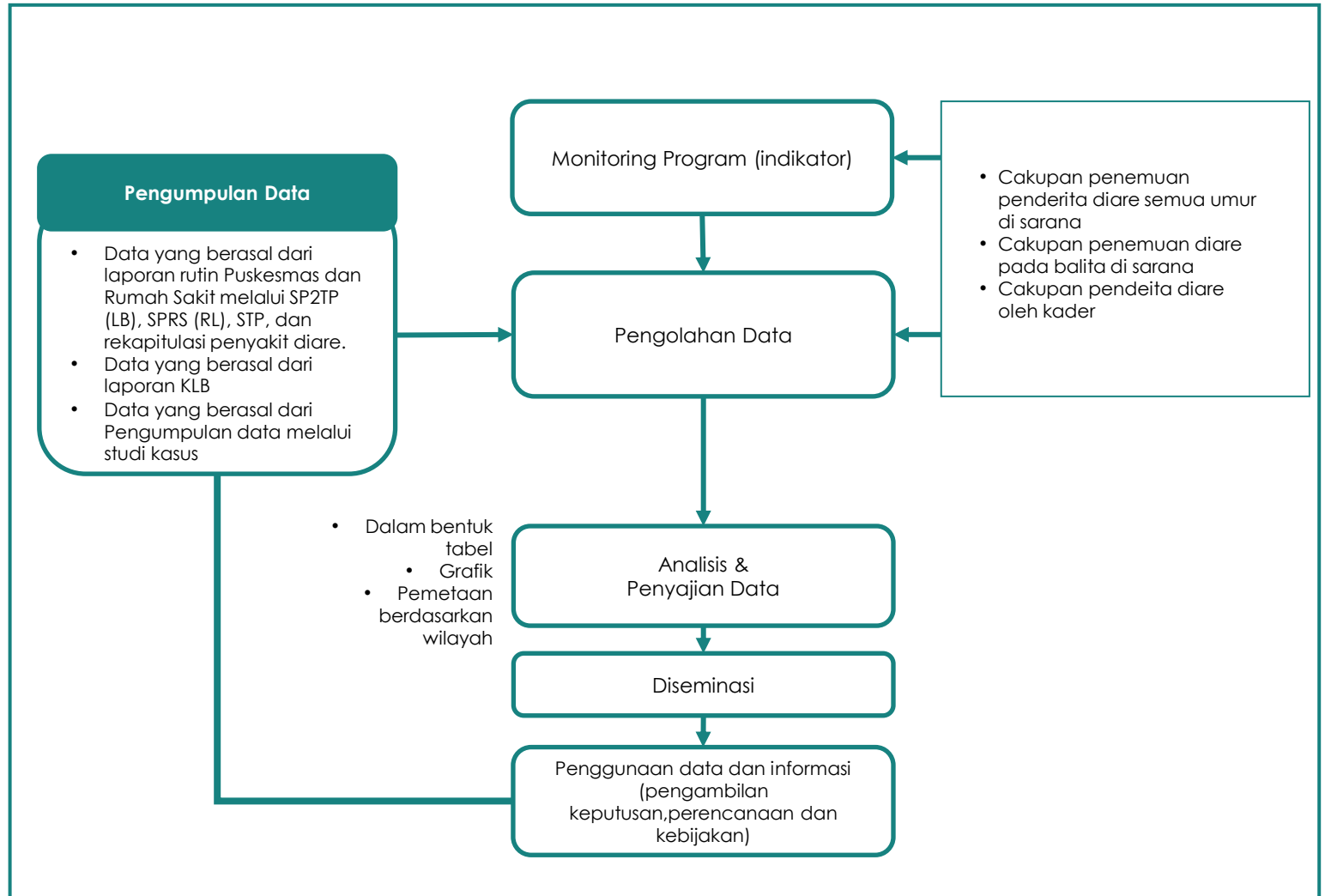
Catatan: Hati-hati dalam mengartikan cubitan kulit, karena :

- Pada penderita yang gizinya buruk, kulitnya mungkin saja kembali dengan lambat walaupun dia tidak dehidrasi.
- Pada penderita yang obesitas (terlalu gemuk), kulitnya mungkin saja kembali dengan cepat walaupun penderita mengalami dehidrasi.

Surveilans Diare

Tujuan

Diketuainya situasi epidemiologi dan besaran masalah penyakit diare di masyarakat, sehingga dapat dibuat perencanaan dalam pencegahan, penanggulangan, dan pengendaliannya di semua jenjang pelayanan.



Cara Pengumpulan Data Penyakit Diare

1. Laporan rutin
 - Penyakit diare termasuk penyakit yang dapat menimbulkan KLB, maka perlu dibuat laporan mingguan (W2). Untuk dapat membuat laporan rutin perlu pencatatan setiap hari (register)penderita penyakit diare yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, posyandu atau kader.
 - Data register harian dapat mendeteksi adanya peningkatan jumlah kasus dan tanda-tanda akan terjadinya KLB sehingga dapat segera dilakukan tindakan penanggulangan secepatnya. Laporan rutin ini dikompilasi oleh petugas pencatatan dan pelaporan penyakit diare di puskesmas kemudian dilaporkan ke kabupaten/kota melalui laporan bulanan (LB) dan STP setiap bulan.
2. Laporan KLB/Wabah
 - Setiap terjadi KLB/wabah harus dilaporkan dalam periode 24 jam dengan Format Laporan W1 dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi :
 - a. Kronologi terjadinya KLB.
 - b. Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
 - c. Keadaan umum penderita.
 - d. Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan untuk mengidentifikasi patogen penyebab, sumber penularan, dan cara penularan
 - e. Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut.
3. Pengumpulan data melalui studi kasus
 - Pengumpulan data ini dapat dilakukan satu tahun sekali, misalnya pada pertengahan atau akhir tahun. Tujuannya untuk mengetahui data dasar (base line data) sebelum atau setelah program dilaksanakan dan hasil penilaian tersebut dapat digunakan untuk perencanaan di tahun yang akan datang.

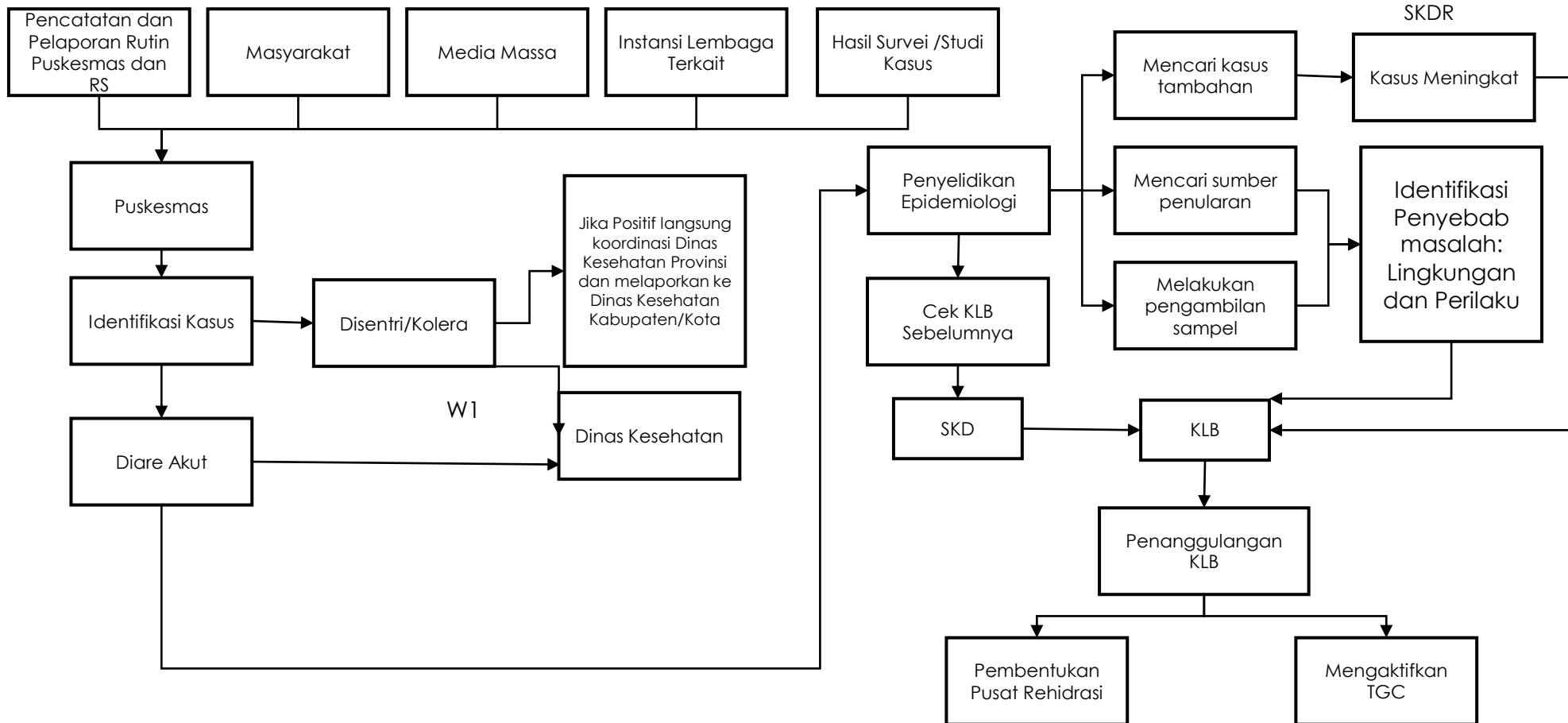
- **SKD** merupakan **kewaspadaan** terhadap penyakit **berpotensi KLB** beserta faktor -faktor yang mempengaruhinya **dengan menerapkan teknologi surveilans epidemiologi** dan dimanfaatkan untuk meningkatkan sikap tanggap kesiapsiagaan, upaya-upaya, dan tindakan penanggulangan kejadian luar biasa yang cepat dan tepat.
- Pengamatan SKD KLB Diare mencakup :

1	Jumlah kasus meningkat
2	<p>Ketika Indikator Kesling menunjukkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cakupan penduduk yang akses terhadap jamban sehat < 80%. 2) Jumlah desa/kelurahan yang melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). 3) Cakupan penduduk yang akses terhadap air minum yang layak < 80%. 4) Cakupan rumah tangga yang mengelola makanan dengan aman < 80%. 5) Cakupan tempat pengelolaan makanan (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan < 80%. 6) Cakupan pengelolaan sampah rumah dan limbah cair rumah tangga yang memenuhi syarat kesehatan < 80%.

Tindak lanjut SKD KLB di Puskesmas yaitu:

- Tetap melakukan Pengamatan terhadap kasus dan faktor risiko.
- Penyegaran dan pelatihan kader/masyarakat.
- Menyiapkan logistik (oralit, zinc, obat yang sesuai dengan program pengendalian penyakit diare).
- Perbaiki kualitas sarana air bersih dan sanitasi melalui desinfeksi, perbaikan konstruksi, dan pembuatan sarana baru sebagai percontohan.
- Perbaiki kualitas air dan lingkungan melalui inspeksi sanitasi (IS) dan pengambilan sampel.
- Penyuluhan kesehatan secara intensif pada kelompok masyarakat.
- Informasi kepada kepala wilayah (camat).
- Menyiapkan media Carry and Blair untuk pengambilan sampel usap dubur dan segera kirim ke laboratorium

SKD dan Pengendalian KLB Diare



Diare penyakit termasuk yang dapat menimbulkan KLB. Diare dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu diare akut dan diare berdarah.

- **Diare akut** merupakan kondisi seseorang yang mengalami BAB dengan frekuensi lebih sering dari biasanya (pada umumnya 3 kali atau lebih per hari dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari 7 hari)
- **Masa inkubasi** 1-3 hari
- **Kriteria KLB Diare Akut** : Terjadi peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya
- **Diare berdarah** atau disentri merupakan jenis diare dengan darah dan lendir dalam tinja dapat disertai dengan adanya tenesmus. Disentri berat adalah disentri yang disertai dengan komplikasi.
- **Masa inkubasi** 1-4 hari
- **Kriteria KLB Diare Berdarah** : Peningkatan kasus 2 kali dari periode waktu sebelumnya

Manajemen KLB

PRA KLB

1. Buat Surat Edaran
2. Tingkatkan SKD
3. bentuk Tim Gerak Cepat
4. Tingkatkan Promkes
5. Persiapkan pemeriksaan lab
6. Tingkatkan kegiatan lintas program dan sektor

SAAT KLB

1. Melakukan penyelidikan epidemiologi
2. Penanggulangan KLB
 - Mengaktifkan Tim Gerak Cepat (TGC)
 - Pembentukan Pusat Rehidrasi (Posko KLB Penyakit Diare)

PASCA KLB

1. Pengamatan intensif, 2 x masa inkubasi terpanjang
2. Perbaikan lingkungan
3. Promosi PHBS

Formulir 2.2
INVESTIGASI PENDERITA DIARE/KOLERA

No Indek Kasus : (suspect/positif) Tempat outbreak

Nama Penderita : bin Umur : L / P

Alamat lengkap : RT RW/RK Kelurahan Kec.

Pekerjaan : Tempat bekerja

Keterangan lain :

Gejala Klinis :

<input type="checkbox"/> Berak tak tertahan	<input type="checkbox"/> Berak dengan darah
<input type="checkbox"/> Muntah	<input type="checkbox"/> Ada panas
<input type="checkbox"/> Sakit perut hebat	<input type="checkbox"/> Turgor baik/jelek
<input type="checkbox"/> Dingin	<input type="checkbox"/> Berak 5 kali
<input type="checkbox"/> Lemah	<input type="checkbox"/> Berak 5 - 10 kali
<input type="checkbox"/> Shock	<input type="checkbox"/> Berak lebih 10 kali
<input type="checkbox"/> Berak dengan ingus	

Diagnosa (sementara) :

Oleh :

Tanggal mulai sakit Jam Tanggal dirawat Jam

Tanggal sembuh/mati Jam

Dirawat di : Puskesmas/BP/RC : Dokter :

Rumah Sakit : Dokter :

Tidak dirawat, dengan alasan :

<input type="checkbox"/> Tempat jauh	<input type="checkbox"/> Tidak mengerti, harus kemana
<input type="checkbox"/> Takut membayar	<input type="checkbox"/> Ke dukun dan lain-lain
<input type="checkbox"/> Tidak percaya dengan dinas kesehatan	

Pengobatan yang diberikan :

Oralit, dosis bungkus dengan dosis

Ringer laktat kalf dengan dosis

Antibiotika :

Sebutkan : kapsul
..... kapsul
..... kapsul

- Pada saat penyelidikan epidemiologi, pemeriksaan diagnostik laboratorium mikrobiologi bertujuan untuk mengetahui etiologi atau penyebab penyakit diare
- Jenis sampel yang perlu diambil :
 1. Rectal Swab (usap dubur)
 2. Air (sumber air yang dicurigai)
 3. Makanan (sampel makanan yang diduga menjadi penyebab)
 4. Muntahan

Respon Tatalaksana Kasus :

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

Respon Pelaporan Register :

- Kirim laporan W1 ke Dinkes Kabupaten/Kota
- Untuk suspek kolera langsung ke Dinkes Kabupaten/Kota dan berkoordinasi dengan Dinkes Provinsi

Respon Kesehatan Masyarakat :

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

- Tujuan : tercapainya penurunan angka kesakitan dan kematian penyakit diare melalui pengendalian faktor risiko
- Kegiatan pencegahan penyakit diare dilakukan melalui :
 - a. Perilaku hidup bersih dan sehat
 - 1) Pemberian ASI
 - 2) Makanan pendamping ASI
 - 3) Menggunakan air bersih yang cukup
 - 4) Mencuci tangan
 - 5) Menggunakan jamban
 - 6) Membuang tinja bayi yang benar
 - 7) Pemberian imunisasi campak dan rotavirus
 - b. Penyehatan Lingkungan □ STBM 5 pilar
 - c. Penyediaan air bersih
 - d. Pengelolaan sampah

- Layanan rehidrasi oral aktif adalah sarana pemberian oralit dan observasi atau pengamatan selama 4 jam untuk kasus diare dehidrasi ringan-sedang serta penyuluhan atau peragaan tentang cara pemberian oralit.
- Layanan rehidrasi oral aktif ini sebagai upaya terobosan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat/ibu rumah tangga, kader, dan petugas kesehatan dalam tata laksana kasus diare.
- Melalui layanan rehidrasi oral aktif diharapkan dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dan petugas terhadap tata laksana kasus diare, khususnya dengan pemberian oralit (semua umur) dan zinc (balita).

Penempatan layanan rehidrasi oral aktif di Puskesmas dapat menyesuaikan dengan ruangan yang tersedia:

- a. Dilengkapi dengan meja, wadah air (teko dll), oralit 200 ml, gelas, sendok, lap bersih, sarana cuci tangan dengan air mengalir dan sabun (wastafel), poster untuk penyuluhan dan tatalaksana diare
- b. Dekat ruang tunggu, ruang periksa, serambi muka yang tidak berdesakan
- c. Dekat dengan toilet

Kegiatan layanan Rehidrasi Oral Aktif :

- Penyuluhan upaya rehidrasi oral
- Pelayanan kasus

Referensi

1. Kemenkes RI. 2017. Pedoman Tatalaksana Diare.
https://drive.google.com/file/d/1bOa2M_rYmhaqBdDm2zTrZEzXhmZ4nIYw/view
2. Lembar Balik Diare
https://drive.google.com/file/d/1_YoG3YD_WKioToscl5NLI3Qbp6sRxt2L/view
3. Tim Kerja Surveilans Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan. 2020. Pedoman Algoritmas Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (KDRS).

Pedoman Klaster IV

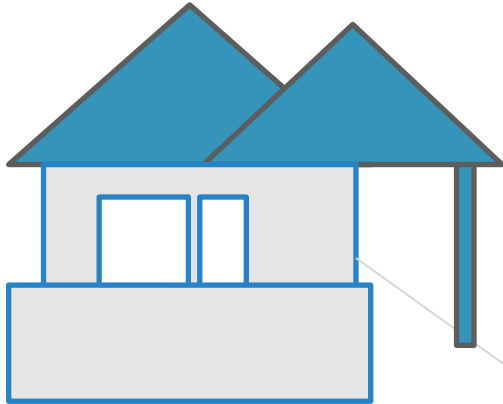
Hepatitis



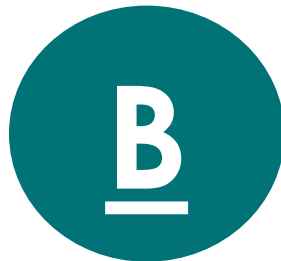


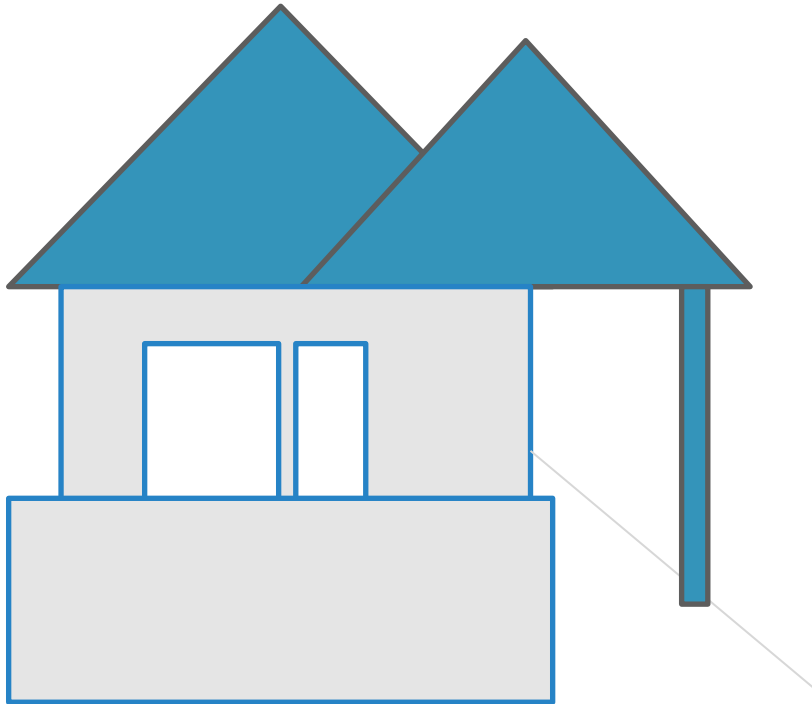
Upaya Pengendalian Hepatitis

Upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif yang ditujukan untuk menurunkan dan menghilangkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian, membatasi penularan serta penyebarannya tidak meluas antar daerah maupun antarnegara yang dapat berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa (KLB)/wabah serta menimbulkan dampak social, ekonomi, produktivitas dan angka harapan hidup



Jenis Hepatitis :





Hepatitis A

Upaya Penanggulangan	
1	Surveilans epidemiologi
2	Promosi Kesehatan
3	Pencegahan (pemberian Imunisasi, pengendalian faktor risiko)
4	Penanganan kasus

Surveilans Hepatitis dilakukan secara aktif dan pasif dalam rangka pemantauan wilayah setempat dan kewaspadaan dini.



- 1. Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)** dilakukan dengan cara :
 Pengamatan terhadap masyarakat dan lingkungan/wilayah yang berisiko, dapat dilakukan dengan pendekatan sentinel. Pengamatan pada lingkungan difokuskan pada lingkungan berisiko seperti akses terhadap air dan sanitasi yang rendah, kawasan/daerah aliran sungai, tempat-tempat umum, serta lingkungan khusus antara lain pesantren & Lembaga Masyarakat

2. Kewaspadaan Dini

Dilakukan apabila PWS diketahui bahwa suatu wilayah berpotensi timbul KLB dengan memenuhi kriteria berikut :

- Kualitas kesehatan lingkungan yang buruk
- Ditemukan virus Hepatitis A
- Ditemukan satu kasus positif Hepatitis A

Upaya promosi kesehatan yang dapat dilakukan antara lain :

a. Advokasi dan sosialisasi

Tujuan :

Untuk memberikan pemahaman mengenai pentingnya menjaga kebersihan perorangan dan lingkungan

Sasaran :

Para pengambil keputusan, penentu kebijakan, pemerintah daerah, pemangku kepentingan (ex/ : guru sekolah, toga dan toma, pengelola usaha jasa boga/rumah makan/katering dll

Materi :

CTPS terkait waktu kritis

b. Intervensi Perubahan Perilaku

Tujuan :

Perubahan perilaku pada masyarakat dalam kesehariannya terkait perilaku hidup bersih dan sehat agar terhindar dari tertular dan menularkan virus hepatitis A

Sasaran :

Masyarakat/kelompok terdampak

Bentuk Intervensi :

- Promosi Kesehatan dan Bagaimana hidup sehat, fokus pada perilaku hidup bersih dan sehat, kebersihan diri, lingkungan dan tata cara pengelolaan pangan yang higienis dan sinter dll
- Pendekatan dengan STBM

Pemberian imunisasi merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk melakukan pencegahan terjadinya penularan virus hepatitis A.



Jenis :

Imunisasi Hepatitis A

Sasaran :

Usia di atas 2 tahun

Cara Pemberian :

Diberikan sebanyak 2 kali dengan jarak 6 sampai 12 bulan

Catatan :

Imunisasi Hepatitis A dilakukan secara mandiri (tidak termasuk imunisasi program)

Pengendalian faktor risiko Hepatitis A

1. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) pada saat waktu kritis

- a. Sebelum makan
- b. Sebelum mengolah dan menghidangkan makanan
- c. Sebelum menyusui
- d. Sebelum memberi makan bayi/balita
- e. Sesudah buang air besar/kecil
- f. Sesudah memegang hewan/unggas



2. Pengelolaan makanan yang benar

- a. Menjaga kebersihan
- b. Memisahkan bahan makanan mentah dan makanan matang
- c. Memasak makanan sampai matang
- d. Menyimpan di suhu aman
- e. Menggunakan air bersih dan bahan makanan yang baik

Penemuan kasus Hepatitis A

- a. dilakukan melalui orang yang mempunyai gejala ikterik dan urine berwarna gelap seperti air teh.
- b. Diagnosis Hepatitis A ditegakkan berdasarkan tanda/gejala klinis (perlu perhatian kemungkinan kasus asimtomatik) dan/atau berdasarkan hasil positif/reaktif pada pemeriksaan IgM-anti VHA serum penderita

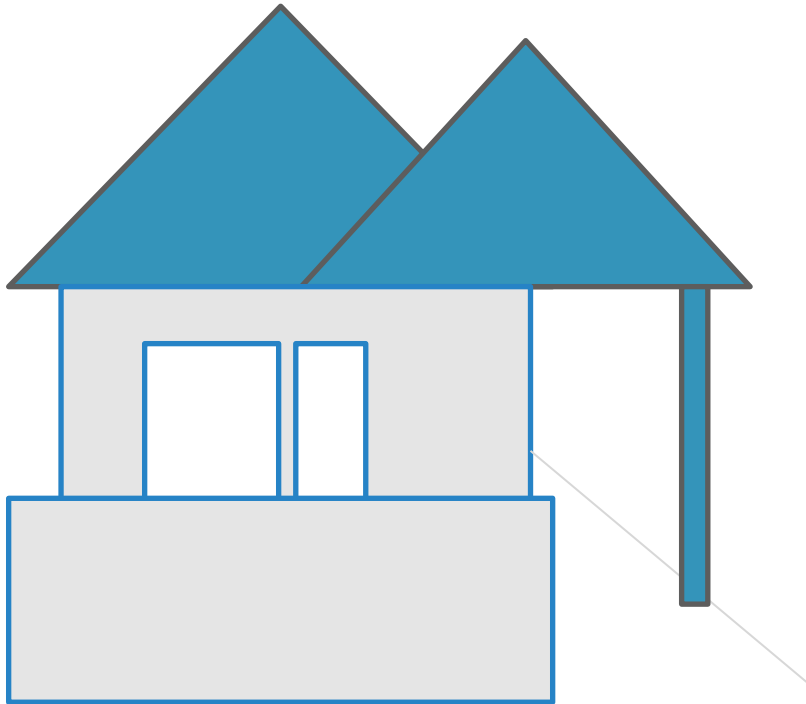
Penanganan kasus hepatitis A

1. Pengobatan tidak spesifik, utamanya meningkatkan daya tahan tubuh. Rawat inap mungkin diperlukan bila penderita tidak dapat makan/minum setelah dehidrasi berat
2. Isolasi tidak diperlukan
3. Dilakukan desinfeksi serentak terhadap bekas cairan tubuh dari penderita





Hepatitis B



Upaya Penanggulangan

1	Surveilans
2	Promosi Kesehatan
3	Perlindungan khusus
4	Pemberian Imunisasi
5	Pengendalian Faktor Risiko
6	Deteksi Dini
7	Penanganan Kasus
8	Pencegahan Penularan
9	Profilaksis Pasca Paparan
10	Penanggulangan berbasis siklus hidup

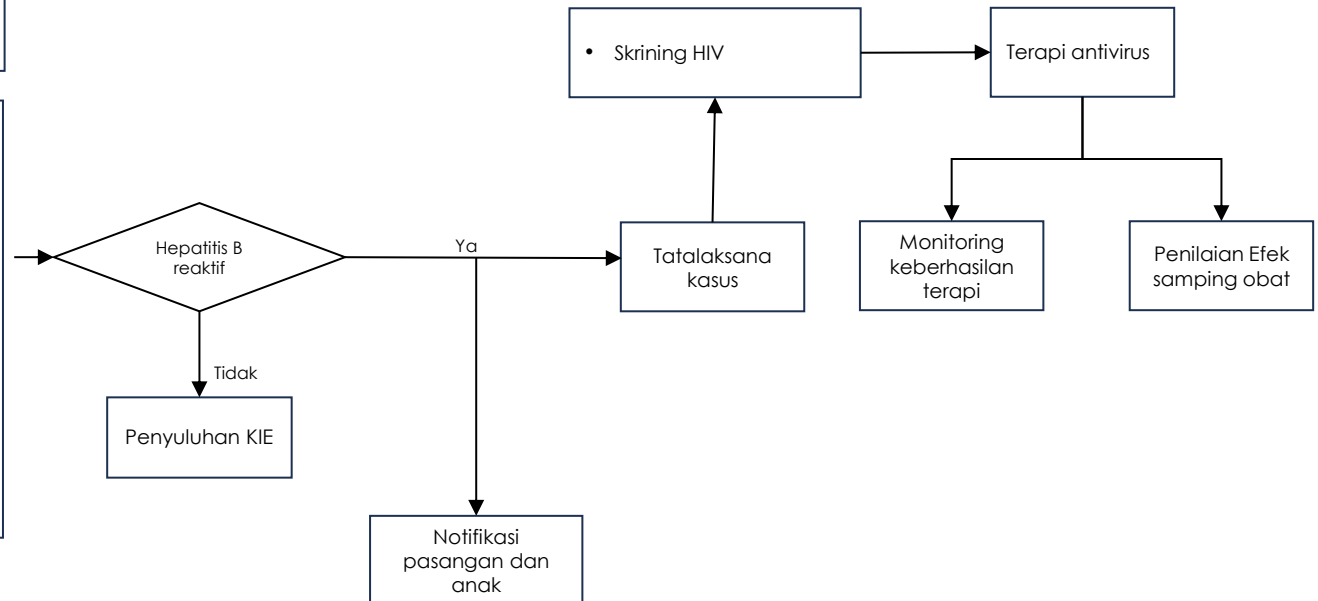
Penanggulangan Hepatitis B

Penemuan pasif :

- Org datang ke fasyankes
- Rujukan jejaring/hasil penjangkauan ke fasyankes

Penemuan aktif melalui kegiatan skrining dengan RDT HBsAg pada :

1. Petugas Kesehatan
2. Wanita Pekerja Seks (WPS)
3. Pengguna Napza Suntik (Penasun)
4. Transgender
5. Lelaku Seks dengan Lelaki (LSL)
6. Orang dengan HIV
7. Penerima layanan hemodialisis
8. Penerima transfusi darah
9. Pasangan/keluarga yang tinggal serumah dengan orang terinfeksi virus hepatitis B (VHB)
10. Orang dengan riwayat keluarga terinfeksi VHB



Surveilans dalam penanggulangan hepatitis merupakan upaya pengamatan terus menerus terhadap situasi hepatitis dan pencapaian indikator kinerja. Program dilakukan secara aktif dan pasif dalam rangka pemantauan wilayah setempat dan kewaspadaan dini



1. **Pemantauan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan** dilakukan melalui pelaporan kasus

2. **Kewaspadaan Dini**

Membangun kewaspadaan dini dengan PWS

3. **Surveilans Sentinel**

Tujuan :

Mendapat gambaran terkait besaran masalah, kecenderungan, pola penyebaran, faktor risiko potensial, dan faktor determinan lain

Pendekatan:

Continuum of care (cohort)

- Penemuan kasus merupakan suatu kegiatan yang dimulai dari penjangkauan dan deteksi dini pada kelompok populasi berisiko, dilanjutkan dengan serangkaian pemeriksaan laboratorium untuk memastikan status hepatitis B
- Penjangkauan dilakukan bekerjasama dengan komunitas, LSM, kader kesehatan
- Kegiatan dalam penemuan kasus meliputi skrining-testing hepatitis B pada populasi berisiko menularkan secara vertikal (ibu hamil) dan populasi dengan faktor risiko tertentu yang berisiko tinggi tertular
- Penemuan kasus aktif berbasis masyarakat dan fasyankes beserta jejaringnya

Penemuan Kasus



	Berbasis Fasyankes
1	Kegiatan ini dilakukan pada ibu hamil, tenaga kesehatan berisiko, dan populasi berisiko tinggi lain di fasyankes pemerintah dan swasta.
2	Penemuan kasus di fasyankes dilakukan secara terintegrasi antar fasyankes untuk rujukan horizontal, vertikal, atau parsial
3	Penemuan kasus hepatitis B pada ibu hamil di fasyankes melibatkan fasyankes swasta (Dokter Praktik Swasta, Bidan Praktik Mandiri (BPM), dan RS/klinik swasta) di wilayah kerja puskesmas. Pelibatan fasyankes swasta dilakukan melalui Kerjasama yang dilakukan oleh Pihak Dinas Kesehatan/Puskesmas dan fasyankes swasta.

	Berbasis Masyarakat
1	penjangkauan ibu hamil oleh petugas Puskesmas/kader kesehatan dan diarahkan ke fasyankes untuk mendapatkan layanan skrining hepatitis B dan atau tatalaksana pencegahan penularan virus hepatitis B dari ibu ke anak. Penjangkauan ibu hamil dapat dilakukan melalui kunjungan rumah, posyandu, kelas ibu hamil, dll
2	Penjangkauan kelompok berisiko tinggi terinfeksi VHB yang menjadi sasaran skrining, bekerja sama dengan kader kesehatan atau komunitas penjangkau. Dilakukan terintegrasi dengan penjangkauan HIV-IMS
3	Penemuan kasus berbasis masyarakat terintegrasi dengan Puskesmas wilayah setempat

1. Ibu hamil, ditujukan pada semua hamil pada kunjungan pertama layanan antenatal sampai menjelang persalinan sebanyak 1 (satu) kali di fasyankes
2. Bayi yang lahir dari ibu hepatitis B, dites HBsAg dan anti-HBs pada usia 9-12 bulan
3. Tenaga medis dan tenaga kesehatan yang melakukan penanganan medis langsung pada pasien
4. Populasi berisiko lain yaitu populasi umum yang memiliki satu atau lebih faktor risiko berikut:
 - a. Pernah reaktif/positif HBsAg
 - b. Memiliki anggota keluarga inti sedarah (ibu kandung, saudara kandung) mengidap hepatitis B
 - c. Melakukan hubungan seks tanpa pengaman (kondom) dengan pasangan yang tidak diketahui mengidap hepatitis B
 - d. Riwayat menerima transfusi darah
 - e. Menjalani/riwayat menjalani cuci darah/hemodialisis
 - f. Pengguna/riwayat pengguna NAPZA suntik
 - g. Status HIV positif

Upaya promosi kesehatan yang dapat dilakukan antara lain :

b. Intervensi Perubahan Perilaku

Tujuan :

Perubahan perilaku pada masyarakat dalam kesehariannya agar terhindar dari tertular dan menularkan virus hepatitis

Sasaran :

Kelompok populasi berisiko tinggi, kelompok populasi rawan tertular dan menularkan penyakit

Bentuk Intervensi :

Penyuluhan, pendampingan, pemberian konseling dan penyediaan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk mendukung perubahan perilaku yang dilakukan

c. Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan :

Meningkatkan kesadaran masyarakat agar dapat berpartisipasi aktif dalam penanggulangan

Sasaran :

Masyarakat, Kelompok berisiko

Bentuk Intervensi :

Membentuk kelompok dukungan sebaya (*peer group*) atau supporting group sebagai motivator dan sumber informasi untuk meningkatkan akses pelayanan serta perubahan perilaku dan menjadi relawan pendamping orang dengan hepatitis B

1. Penanganan pada ibu hamil

- Hasil pemeriksaan lab reaktif, dilanjutkan dengan pemeriksaan untuk mengetahui apakah perlu diberikan antivirus pencegahan transmisi VHB dari ibu ke anak dengan pemeriksaan viral load HBV DNA (bila tersedia mesin TCM) atau tes cepat HBeAg (bila tidak tersedia mesin TCM). Bila VL HBV DNA ≥ 200.000 IU/ml atau HBeAg +, ibu hamil diberikan antivirus pencegahan transmisi VHB ke bayi.
- Hasil pemeriksaan lab reaktif, diikuti dengan penilaian ada/tidaknya kerusakan hati berupa fibrosis/sirosis dengan penilaian skor APRI (Aspartat aminotransferase Platelet Ratio Index)
- Ibu dengan hepatitis B dirujuk ke RS/FKTL untuk tatalaksana hepatitis B. Rujukan dapat dilakukan setelah ibu melahirkan

2. Penanganan bayi yang dilahirkan dari ibu dengan Hepatitis B reaktif

- Diberikan:
 - 1) Hepatitis B Immunoglobulin (HBIG)
 - 2) Imunisasi Hepatitis B hari ke-0 (HB0) <24 jam setelah kelahiran, dilanjutkan dengan HB1, HB2, dan HB3 sesuai jadwal program imunisasi nasional
- Saat bayi usia 9-12 bulan, dilakukan pemeriksaan HBsAg dan anti HBs

3. Penanganan bayi yang dilahirkan dari ibu dengan Hepatitis B non - reaktif

- Diberikan imunisasi Hepatitis B hari ke-0 (HB0) < 24j am setelah kelahiran, dilanjutkan dengan HB1, HB2, dan HB3 sesuai jadwal program imunisasi nasional

4. Penanganan pada kelompok populasi berisiko lainnya

- Hasil pemeriksaan lab reaktif di rujuk ke FKTP
- Hasil pemeriksaan non reaktif dianjurkan pemeriksaan anti-HBs untuk mengetahui ada tidaknya kekebalan
- Hasil pemeriksaan HBsAg dan anti-HBs non reaktif dianjurkan imunisasi hepatitis B sebanyak 3 kali secara mandiri

5. Penanganan kasus terpajan virus Hepatitis B

- Terutama pada named-nakes yang memberikan pelayanan pada orang dengan hepatitis B dengan tindakan intervensi yang berisiko terjadi kontak dengan cairan tubuh mengandung VHB, didahului skrining anti-HBs

Profilaksis Pasca Paparan



Hepatitis B dan C merupakan salah satu kelompok penyakit yang ditularkan melalui cairan tubuh dan darah (blood borne disease). Dalam melakukan pekerjaannya sering kali tenaga Kesehatan berisiko untuk terpapar cairan tubuh atau benda yang terkontaminasi virus hepatitis, Bila terjadi hal seperti ini, dimungkinkan untuk diberikan profilaksis pasca paparan.

Status Tenaga Kesehatan	Tes Pasca Paparan		Pemberian profilaksis pasca paparan		
	Status pasien HBsAg	Status kadar antibodi (anti-HBs) pada tenaga kesehatan	HBIG Vaksin hepatitis B	HBIG Vaksin hepatitis B	
Telah melakukan vaksin ≥ 3 dosis dan terbentuk kekebalan	Tidak ada tindakan yang dilakukan				
Telah melakukan vaksin ≥ 2 dosis dan tidak terbentuk kekebalan	Positif/tidak diketahui	Tidak perlu dilakukan tes	Pemberian HBIG 2 kali dalam satu bulan	-	Tidak dilakukan tes
	Negatif	Tidak ada tindakan yang dilakukan			
Tidak diketahui status kekebalan setelah dilakukan vaksin lengkap	Positif/tidak diketahui	<10 mIU/mL	HBIG 1 kali	Melakukan vaksinasi ulang	Dilakukan tes
	Negatif	<10 mIU/mL	Tidak diberikan	Melakukan vaksinasi ulang	Dilakukan tes
	Hasil apapun	Tidak ada tindakan yang dilakukan			
Tidak melakukan vaksinasi/vaksin tidak lengkap	Positif/tidak diketahui	Tidak perlu dilakukan tes	HBIG 1 kali	Melakukan vaksinasi ulang	Dilakukan tes
	Negatif	Tidak perlu dilakukan tes	Tidak diberikan	Melakukan vaksinasi ulang	Dilakukan tes

Pencegahan penularan virus hepatitis B meliputi kegiatan berikut :

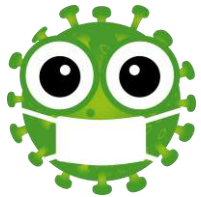
1. Penerapan PHBS
2. Pemberian kekebalan dengan vaksin hepatitis B
3. Pencegahan penularan hepatitis B dari ibu ke anak dengan pemberian:
 - a. antivirus pada ibu hamil terinfeksi virus hepatitis B
 - b. vaksin HB0 dan HB-3 dosis sesuai program imunisasi nasional;
 - c. HBIg <24 jam pada bayi yang lahir dari ibu reaktif HBsAg
4. Notifikasi pasangan dan anak
5. Melakukan uji saring Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah (IMLTD) pada donor darah
6. Penerapan kewaspadaan standar
7. Pengurangan dampak buruk bagi penasun

1. **Meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat**, diantaranya :
 - a. Imunisasi pada pasangan seksual orang dengan hepatitis B
 - b. Tidak bertukar alat – alat pribadi, ex/: sikat gigi, alat cukur dan gunting kuku
 - c. Menutup luka yang terbuka agar darah tidak kontak dengan orang lain
 - d. Menggunakan alat steril pada alat kesehatan (jarum suntik), alat perawatan kecantikan, kuku tangan, kaki dan alat cukur
2. **Skrining donor darah**
3. **Skrining organ untuk transplantasi**
4. **Penggunaan alat alat medis yang berpotensi terkontaminasi virus hepatitis B**
 - a. Penanganan limbah jarum suntik yang benar
 - b. Sterilisasi alat sebelum melakukan prosedur invasif medis

Perlindungan khusus merupakan upaya yang dilakukan agar masyarakat dapat terlindungi dari penularan virus hepatitis B. Perlindungan khusus dapat dilakukan melalui kegiatan pengurangan dampak buruk seperti :

1. Penggunaan Kondom :

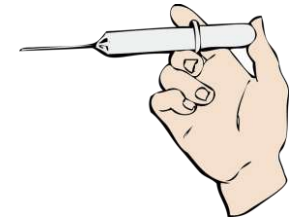
Penggunaan kondom terutama ditunjukkan bagi kelompok masyarakat yang memiliki perilaku seksual berisiko



2. Penggunaan Alat Perlindungan Diri (APD) :

Penggunaan APD diwajibkan bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, atau masyarakat yang melakukan aktivitas berisiko, ex/: memakai masker dan sarung tangan dan baju serta kaca mata pelindung

3. Hindari penggunaan jarum suntik dan alat kesehatan lainnya yang tidak steril



Pemberian imunisasi merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk melakukan pencegahan terjadinya penularan hepatitis virus.

Jenis :

Imunisasi Hepatitis B

Sasaran :

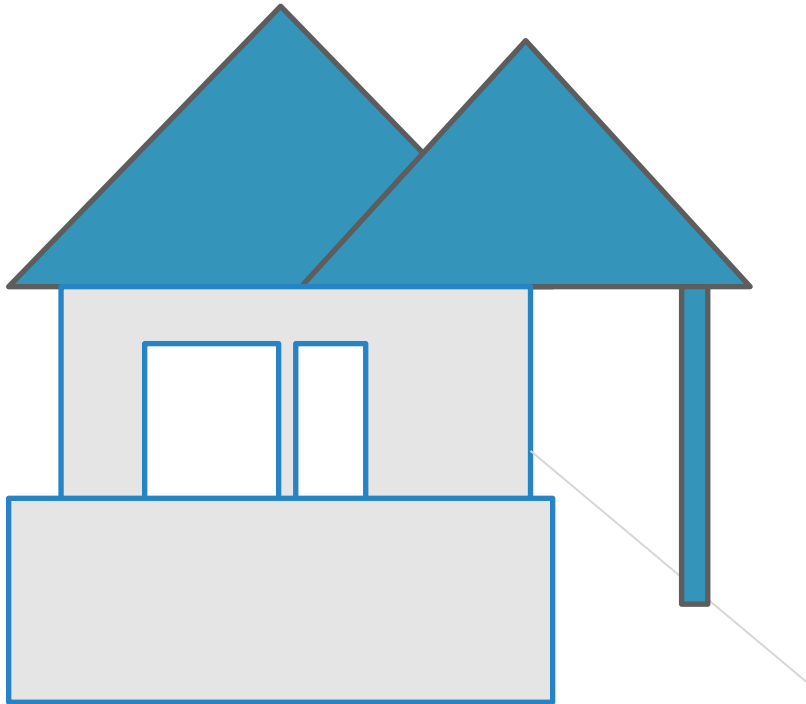
1. Bayi yang baru lahir
2. Kelompok berisiko, ex/: populasi yang melakukan praktik seksual berisiko, pengguna NAPZA suntik, petugas kesehatan, pasangan dengan hepatitis B, orang dengan Riwayat keluarga Hepatitis B, dan orang dengan Infeksi Menular Seksual (IMS)

Cara Pemberian :

Diberikan pada bayi usia <24 jam sesudah kelahiran bersamaan dengan pemberian vitamin K1. Dilanjutkan pada usia 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan sesuai jadwal program imunisasi nasional

Pada kelompok yang belum dan atau tidak lengkap imunisasi Hepatitis B saat lahir, dilakukan pemeriksaan HBsAg dan anti HBs sebelum diberikan imunisasi. Apabila hasil negative, maka dianjurkan imunisasi Hepatitis B sejumlah 3 dosis dengan jadwal 0 bln, 1 bln dan 6 bln

Ibu hamil	Bayi baru lahir	Balita	Anak usia sekolah dasar	Remaja, dewasa, lansia
<ul style="list-style-type: none"> ANC sesuai standar (termasuk tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B) <p>Ibu dengan hasil HBsAg reaktif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan HBV DNA atau HBeAg Hasil HBV DNA ≥ 200.000 IU/ml atau HBeAg positif maka diberi pengobatan pencegahan dengan tenofovir Ibu hamil dengan status sirosis pengobatan dilanjutkan jangka panjang; Menginformasikan lokasi bersalin untuk penyiapan HBIg; Pendampingan; Skrining hepatitis B pada pasangan seksual/suami dan anak 	<p>Bayi lahir dari ibu HBsAg reaktif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pemberian HB0 dan HBIg <24 jam, IMD, ASI eksklusif, Imunisasi dasar lengkap, Tes HBsAg dan anti <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HBs usia 9-12 bulan; 	<p>Pemberian booster vaksin hepatitis B,</p> <ul style="list-style-type: none"> Pengobatan atau pemantauan pada anak yang terinfeksi hepatitis B sesuai standar 	<p>Pengobatan atau pemantauan pada anak yang terinfeksi hepatitis B sesuai standar.</p>	<p>Skrining Hepatitis B pada kelompok berisiko. atau pemantauan pada yang terinfeksi hepatitis B sesuai standar</p>



Hepatitis C

Upaya Pengendalian	
1	Surveilans
2	Promosi Kesehatan
3	Perlindungan khusus
4	Pengendalian Faktor Risiko
5	Deteksi Dini & Penemuan Kasus
6	Penanganan Kasus
7	Notifikasi Pasangan dan kontak serumah

Penanggulangan Hepatitis C

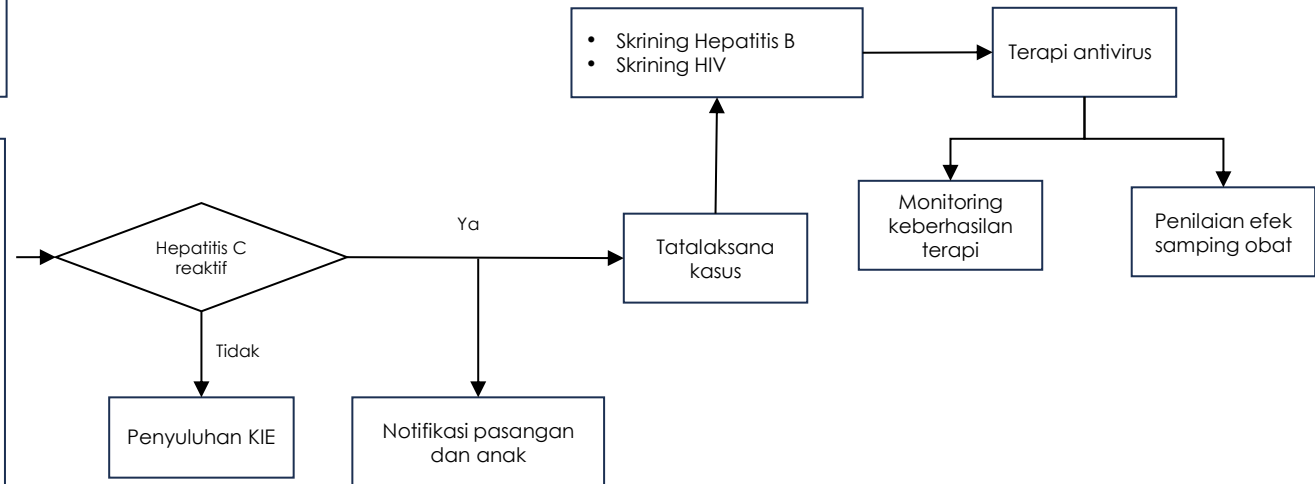


Penemuan pasif :

- Org datang ke fasyankes
- Rujukan jejaring/hasil penjangkauan ke fasyankes

Penemuan aktif melalui kegiatan skrining dengan tes cepat anti-HCV pada :

1. Wanita Pekerja Seks (WPS)
2. Pengguna Napza Suntik (Penasun)
3. Transgender
4. Lelaku Seks dengan Lelaki (LSL)
5. Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP)
6. Orang dengan Infeksi HIV
7. Penerima Layanan hemodialisis
8. Penerima transfusi darah
9. Pasangan/ keluarga yang tinggal serumah dengan penderita



Surveilans dalam penanggulangan hepatitis C merupakan upaya pengamatan terus menerus terhadap situasi hepatitis dan pencapaian indikator kinerja. Program dilakukan secara aktif dan pasif dalam rangka pemantauan wilayah setempat dan kewaspadaan dini



1. **Pemantauan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan** dilakukan melalui pelaporan kasus

2. **Kewaspadaan Dini**

Membangun kewaspadaan dini dengan PWS

3. **Surveilans Sentinel**

Tujuan :

Mendapat gambaran terkait besaran masalah, kecenderungan, pola penyebaran, faktor risiko potensial, dan faktor determinan lain

Pendekatan:

Continuum of care (cohort)

Upaya promosi kesehatan yang dapat dilakukan antara lain :

a. **Advokasi dan sosialisasi**

Tujuan :

Untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan komitmen pihak terkait, tentang cara penularan, cara pencegahan termasuk perlindungan khusus dan pengurangan dampak buruk, deteksi dini, akses layanan, dan dukungan terhadap penanggulangan sehingga universal akses

Sasaran :

Masyarakat, petugas kesehatan, pengambil keputusan tokoh masyarakat

Materi :

Terkait dengan penyakit, cara penularan dan pencegahan, melakukan perlindungan khusus, pengurangan dampak buruk, imunisasi, PHBS terutama pada kelompok berisiko, cara menghindari perilaku berisiko agar tidak menular, deteksi dini, tatalaksana kasus



Upaya promosi kesehatan yang dapat dilakukan antara lain :

b. Intervensi Perubahan Perilaku

Tujuan :

Perubahan perilaku pada masyarakat dalam kesehariannya agar terhindar dari tertular dan menularkan virus hepatitis C

Sasaran :

Kelompok populasi berisiko tinggi, kelompok populasi rawan tertular dan menularkan penyakit

Bentuk Intervensi :

Penyuluhan, pendampingan, pemberian konseling dan penyediaan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk mendukung perubahan perilaku yang dilakukan

c. Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan :

Meningkatkan kesadaran masyarakat agar dapat berpartisipasi aktif dalam penanggulangan

Sasaran :

Masyarakat, Kelompok berisiko

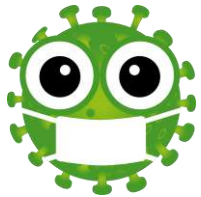
Bentuk Intervensi :

Membentuk kelompok dukungan sebaya (*peer group*) atau supporting group sebagai motivator dan sumber informasi untuk meningkatkan akses pelayanan serta perubahan perilaku dan menjadi relawan pendamping orang dengan hepatitis C

Perlindungan khusus merupakan upaya yang dilakukan agar masyarakat dapat terlindungi dari penularan virus Hepatitis C. Perlindungan khusus dapat dilakukan melalui kegiatan pengurangan dampak buruk seperti :

1. Penggunaan Kondom :

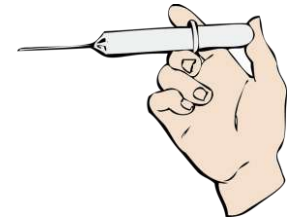
Penggunaan kondom terutama ditunjukkan bagi kelompok masyarakat yang memiliki perilaku seksual berisiko



2. Penggunaan Alat Perlindungan Diri (APD) :

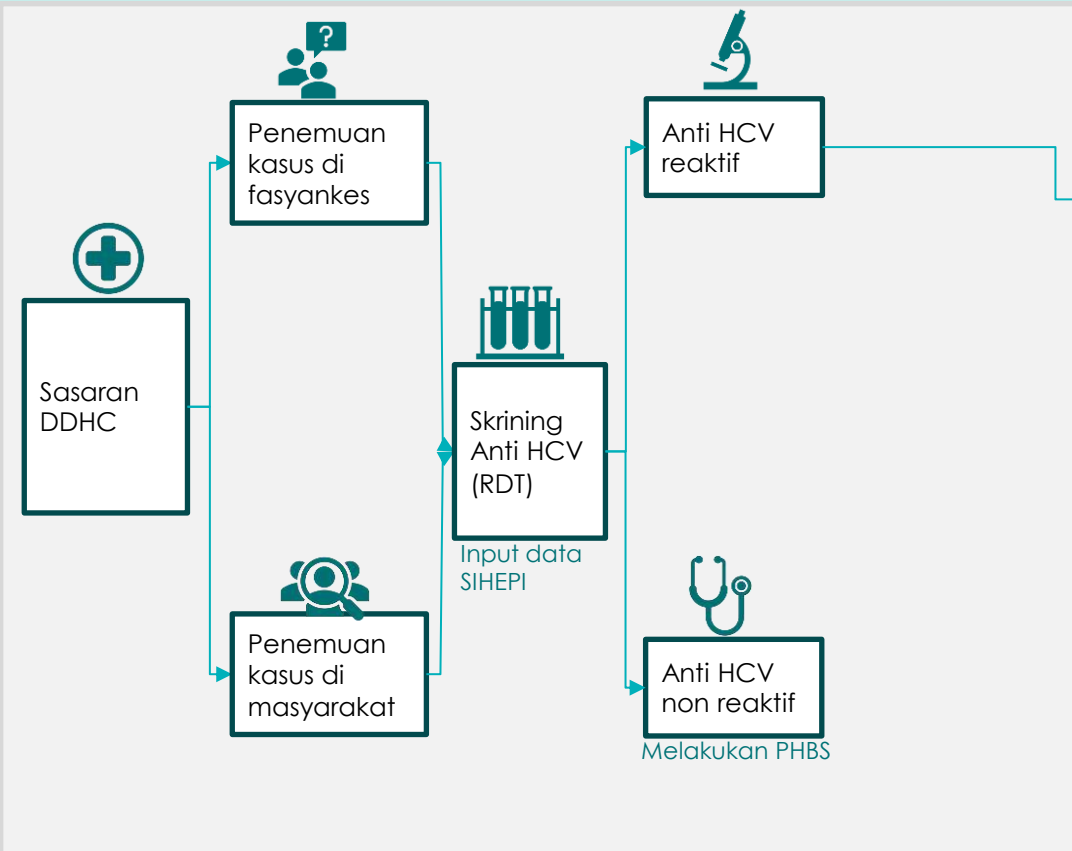
Penggunaan APD diwajibkan bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, atau masyarakat yang melakukan aktivitas berisiko, ex/: memakai masker dan sarung tangan dan baju serta kaca mata pelindung

3. Hindari penggunaan jarum suntik dan alat kesehatan lainnya yang tidak steril

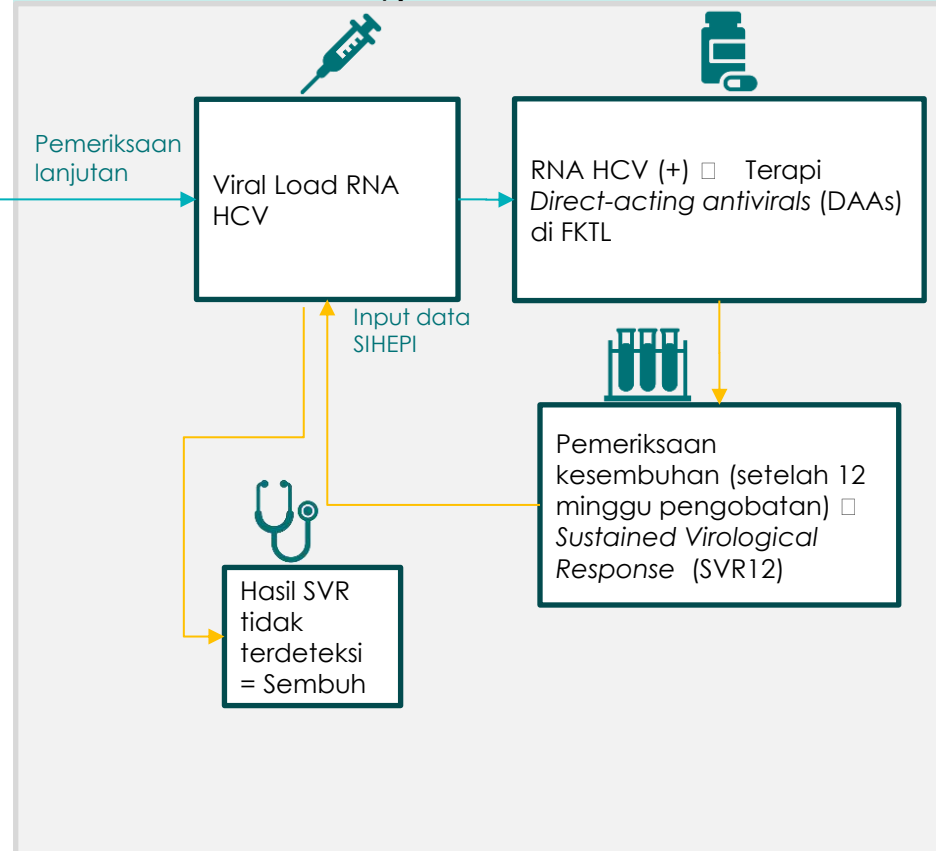


1. **Meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat**, diantaranya :
 - a. Imunisasi pada pasangan seksual orang dengan hepatitis C
 - b. Tidak bertukar alat – alat pribadi, ex/: sikat gigi, alat cukur dan gunting kuku
 - c. Menutup luka yang terbuka agar darah tidak kontak dengan orang lain
 - d. Menggunakan alat steril pada alat kesehatan (jarum suntik), alat perawatan kecantikan, kuku tangan, kaki dan alat cukur
2. **Skrining donor darah**
3. **Skrining organ untuk transplantasi**
4. **Penggunaan alat medis yang berpotensi terkontaminasi virus hepatitis C**
 - a. Penanganan limbah jarum suntik yang benar
 - b. Sterilisasi alat sebelum melakukan prosedur invasif medis

Deteksi Dini Hepatitis C di Puskesmas/FKTP



Penegakan Diagnosis di FKTP/FKTL yang memiliki fasilitas pemeriksaan Viral Load/pemeriksaan lain

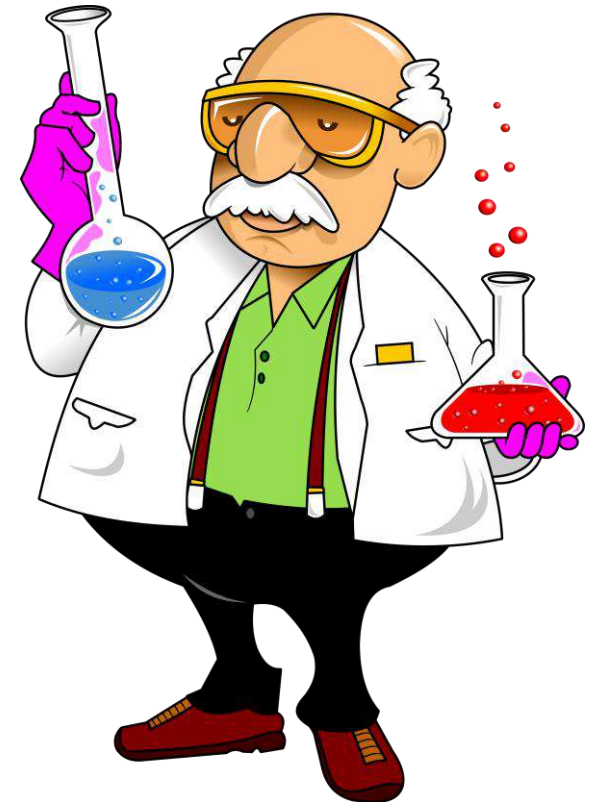


Tindak Lanjut Pemeriksaan Laboratorium

- Hasil pemeriksaan lab reaktif → di rujuk ke RS
- Hasil pemeriksaan non reaktif → dilakukan penyuluhan

Tahapan Pengobatan Hepatitis C

1. Dilakukan pemeriksaan terhadap kemungkinan adanya koinfeksi dengan virus hepatitis B (VHB) dan HIV, mencari kemungkinan penyakit komorbid
2. Diberikan terapi antivirus Hepatitis C sesuai indikasi



Notifikasi pasangan dan kontak serumah pada dasarnya merupakan kegiatan penelusuran kontak erat (tracing) orang dengan hepatitis C. Tujuan notifikasi pasangan dan kontak erat serumah adalah untuk melakukan pencegahan atau tata laksana yang sesuai terhadap pasangan seksual dan orang yang tinggal serumah yang merupakan kontak erat, didahului dengan skrining.

- **Sasaran** : pasangan seksual dan kontak erat yang tinggal serumah
- **Dilakukan oleh** : petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, melibatkan kader atau komunitas penjangkau
- **Tempat** : dalam dilakukan di dalam dan di luar fasilitas pelayanan kesehatan
- Kegiatan notifikasi pasangan meliputi:
 1. Edukasi tentang tujuan notifikasi pasangan dan anak
 2. Skrining pasangan dan kontak erat serumah
 3. Tata laksana lanjut sesuai hasil skrining

Pelibatan kader/komunitas penjangkau dimaksudkan untuk penelusuran pasangan dan kontak erat serumah dan edukasi skrining di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat



Referensi

1. Kemenkes RI. 2023. Petunjuk Teknis Manajemen Program Hepatitis B dan C.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 52 Tahun 2017 tentang *Human Immunodeficiency Virus*, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu Ke Anak
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 53 Tahun 2017 tentang Penanggulangan Hepatitis Virus
4. Keputusan Menteri RI nomor HK.01.07/Menkes/681/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Hepatitis c

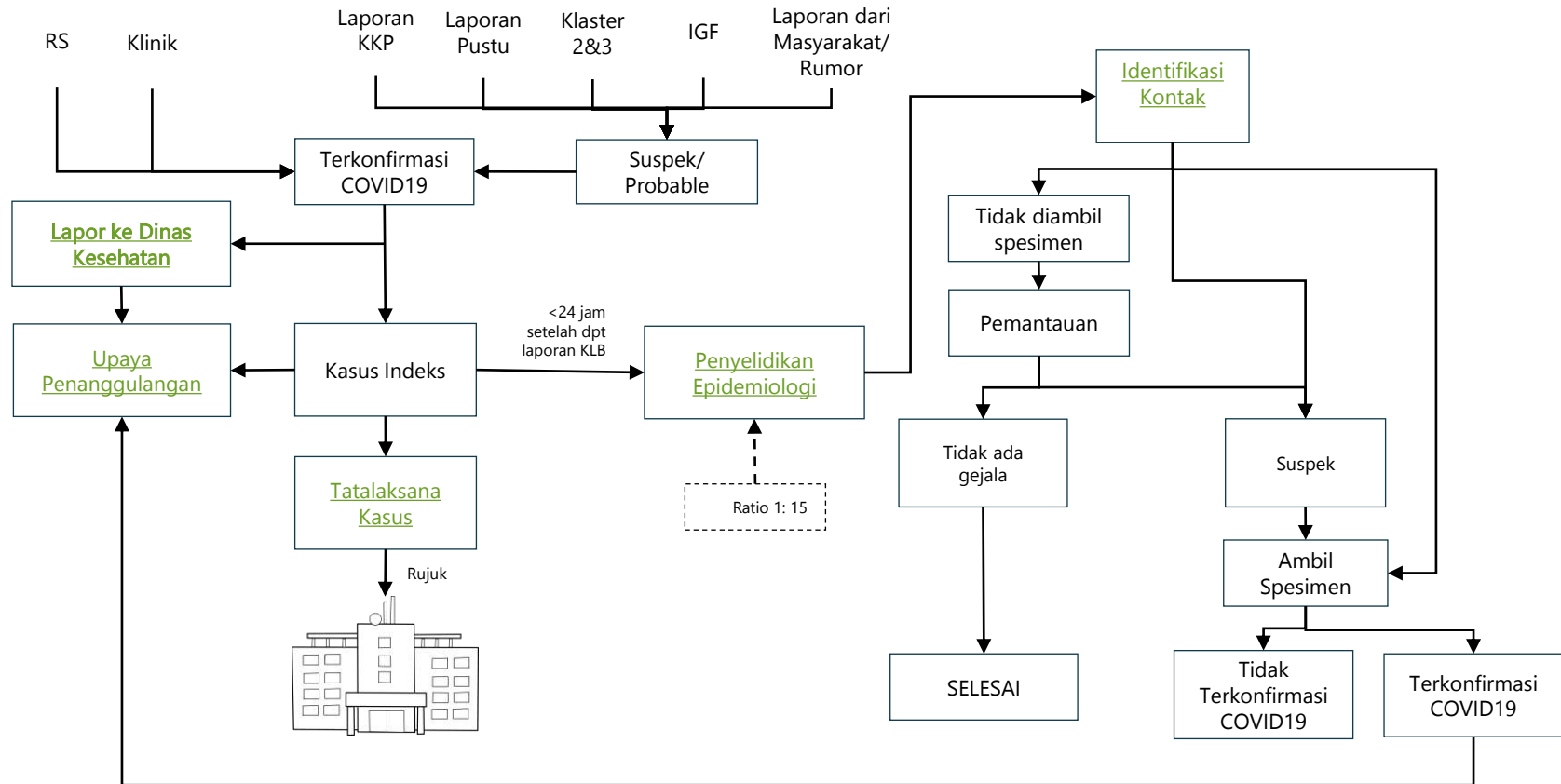
Pedoman Klaster IV

Penyakit Menular Covid-19

Upaya Penanggulangan COVID19

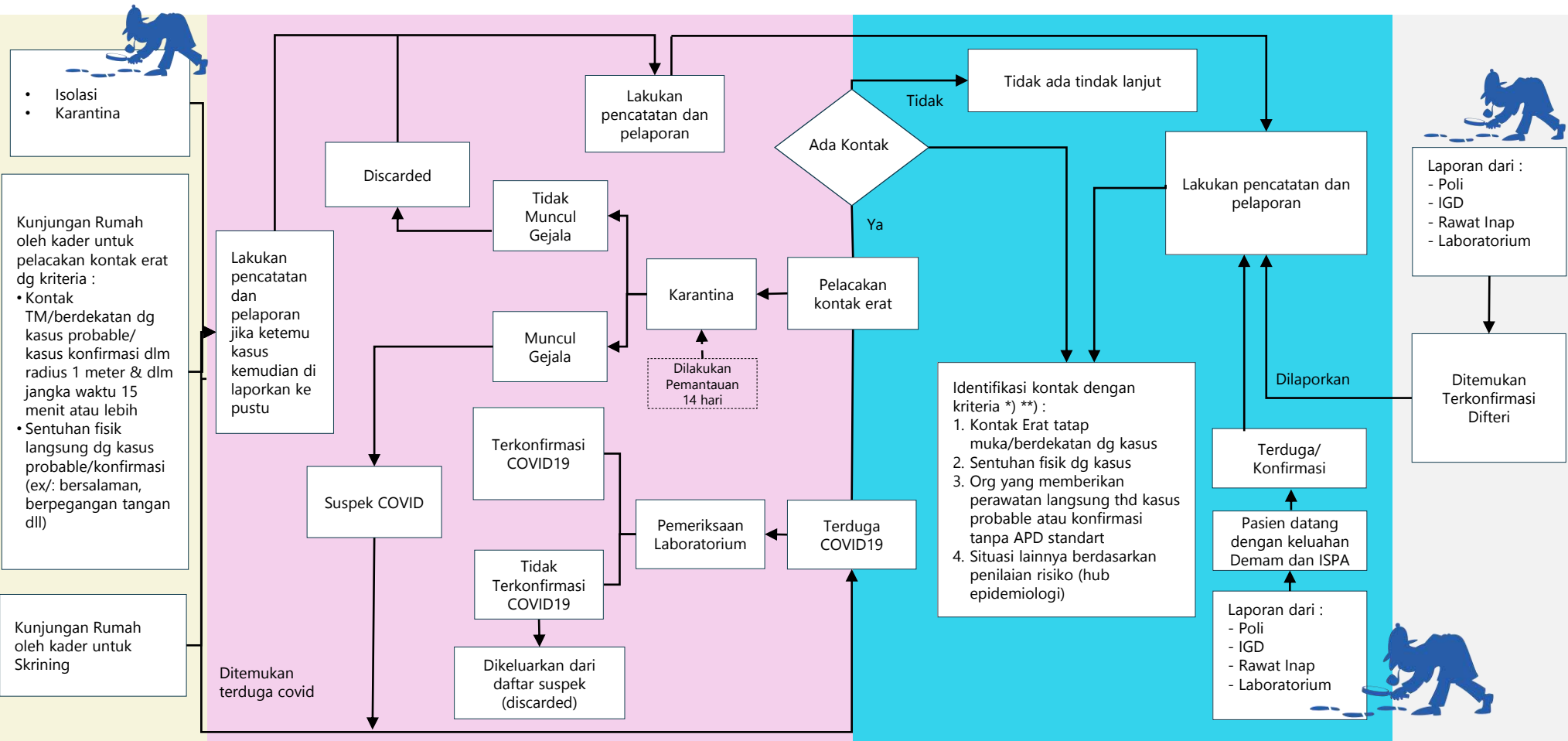


Menu Utama



Penemuan Kasus (Alur peran)

● Keluarga
 ● Posyandu
 ● Pustu
 ● Puskesmas/FKTP
 ● FKTL



*) pada kasus probable atau konfirmasi yg bergejala, untuk menemukan kontak erat periode kontak dihitung dari 2 hari sebelum kasus timbul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus timbul gejala
 **) pada kasus konfirmasi yg tidak bergejala, untuk menemukan kontak erat periode kontak dihitung dari 2 hari sebelum dan 14 hari setelah tanggal pengambilan specimen kasus konfirmasi

Kontak Erat

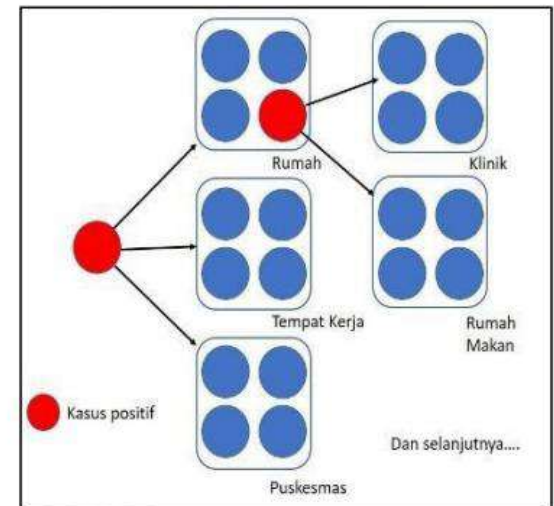


Tahapan pelacakan kontak erat terdiri dari 3 komponen utama :

- a. Identifikasi kontak (contact identification)
- b. Pencatatan detil kontak (contact listing)
- c. Tindak lanjut kontak (contact follow up).

Identifikasi kontak (contact identification)

- a. Dimulai sejak ditemukannya kasus suspek, kasus probable dan/kasus konfirmasi COVID-19
- b. Proses identifikasi kontak merupakan proses kasus mengingat kembali orang-orang yang pernah berkontak dengan kasus dalam 2 hari sebelum kasus timbul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus timbul gejala



Gambar 3. 2. Contoh Hubungan Kontak Erat

Identifikasi kontak (contact identification)

Berikut adalah contoh cara melakukan identifikasi kontak

Tanggal	28 Mei 2020	29 Mei 2020			30 Mei 2020 (Onset gejala)	31 Mei 2020	1 Juni 2020	Dst
Tempat yang dikunjungi	Rumah A	Restoran	Sekolah	Rumah Tema	Puskesmas	Rumah sakit	Dst	Dst
Orang/kontak	Nama A (mis)	Nama C	...	...	dr.	dr	Dst	Dst
	Nama B (mis)	Nama D	...	...	perawat	perawat	Dst	Dst
	Dst.	Dst.	...	...	Dst.	Dst.	Dst.	Dst.

Tahapan Pendataan kontak erat

- a. Wawancara dapat dilakukan baik wawancara langsung maupun via telepon/media komunikasi lainnya.
- b. Sampaikan maksud dan tujuan pelaksanaan pelacakan kontak
- c. Catat data-data kontak seperti nama lengkap, usia, alamat lengkap, nomer telepon, tanggal kontak terakhir dan sebagainya sesuai dengan formulir pemantauan harian sebagaimana terlampir. Sampaikan teknis pelaksanaan monitoring harian.
- d. Sampaikan kepada kontak erat untuk melakukan hal-hal berikut ini:
 - Melakukan karantina mandiri
 - Laporkan sesegera mungkin jika muncul gejala
 - Apabila kontak erat menunjukkan gejala dan harus dibawa ke fasyankes dg kendaraan pribadi. Perhatikan protocol kesehatannya

Kontak Erat

Tindaklanjut kontak (Pemantauan dan Karantina)

- a. Lakukan identifikasi kontak
- b. Komunikasi risiko secara paralel kepada masyarakat
- c. Laporan dilaporkan setiap hari untuk menginformasikan perkembangan kondisi terakhir dari kontak erat
- d. Pemeriksaan laboratorium kontak erat dilakukan ketika muncul gejala
- e. Petugas kesehatan yg melakukan perawatan langsung kepada pasien sebaiknya dilakuka penilaian risiko secara berkala
- f. Pada petugas kesehatan yang memenuhi kriteria kontak erat direkomendasikan untuk :
 - Behenti bekerja sementara
 - Segera lakukan pemeriksaan RT-PCR
 - Lakukan karantina dan monitoring secara berkala

Penyelidikan Epidemiologi Kontak Erat



Formulir Pemantauan Kontak Erat

Lampiran 2. Formulir Pemantauan Harian (Digunakan Untuk Kontak Erat/Suspek/Probable)

Tempat Pemantauan : Rumah/KKP/Fasyankes/RS/Lainnya
 Kab/Kota :
 Nama Kasus Konfirmasi (hanya diisi untuk pemantauan kontak erat) :
 No. ID Petugas :

Nama	JK	Umur	No. Telfon	Tgl kontak terakhir (diisi untuk kontak erat)	Tanggal dan hasil pemantauan *)											Jenis spesimen & tgl Pengambilan (jika berubah status)	Hasil Pemeriksaan Penunjang (jika berubah status)		Ket (diisi upaya yang dilakukan, tempat rujukan kasus, dll)
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dst..		Lab (darah, sputum)	Ro'	

*) Isikan: Tgl dan hasil pemantauan
 X = sehat; D = Demam ; B = Batuk ; S =Sesak napas ; L = Gejala lain, sebutkan ; A = Aman (selesai dipantau) ; R = Rujuk RS

Keterangan: Form ini diisi oleh Petugas Kesehatan di tempat pemantauan dan dikirimkan kepada Dinas Kesehatan setempat serta ditembuskan ke PHEOC

- Pada kasus probable atau konfirmasi yang bergejala (simptomatik), untuk menemukan kontak erat periode kontak dihitung dari 2 hari sebelum kasus timbul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus timbul gejala.
- Pada kasus konfirmasi yang tidak bergejala (asimptomatik), untuk menemukan kontak erat periode kontak dihitung dari 2 hari sebelum dan 14 hari setelah tanggal pengambilan spesimen kasus konfirmasi

Penyelidikan Epidemiologi



Tahapan penyelidikan epidemiologi :

1. Konfirmasi awal KLB
2. Pelaporan segera
3. Persiapan penyelidikan
 - a. Persiapan formulir penyelidikan sebagaimana terlampir.
 - b. Persiapan Tim Penyelidikan
 - c. Persiapan logistik (termasuk APD) dan obat-obatan jika diperlukan
4. Penyelidikan Epidemiologi
5. Pengolahan dan analisis data
6. Penyusunan laporan penyelidikan

Lampiran 6. Formulir Penyelidikan Epidemiologi Coronavirus Disease (COVID-19)

Nama Pasien		Tgl Wawancara	
Tempat Tugas		HP Penawancara	
Nama Penawancara			
A. IDENTITAS PASIEN			
Nama pasien	<input type="checkbox"/>	Sex	<input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Laki-laki
NIK	<input type="checkbox"/>	Umur	<input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Bulan
Nama orang tua/ KK		Laki-laki Perempuan	
Tgl Lahir	<input type="checkbox"/>	Alamat	<input type="checkbox"/> RT/RW <input type="checkbox"/> Desa/Kelurahan
Lampiran		Kecamatan Kabupaten/Kota Kabupaten/HP Lainnya	
B. INFORMASI KLINIS			
Tersebut pernah luka terbelah gesek	<input type="checkbox"/>	Lesah Hidung Mulut atau leher ada terasa ada	<input type="checkbox"/>
Demam	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Sesak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Pilek	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Sesak napas	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Sakit kepala	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Medikal / Penyakit			
Hasid	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Penyakit jantung	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Hipertensi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Kemampuan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Diagnosa			
Pemeriksaan (Klinis atau Serologi)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
Apakah pernah mempunyai diagnosis atau studi lain untuk penyakit pernafasan? Silau Ya, sebutkan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gejala Dada Lainnya	<input type="checkbox"/>
D. FAKTOR RUYAT PERJALANAN			
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan dari area transmisi lokal? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu			
Negara		Tgl Perjalanan	
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan dari area transmisi lokal? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu			
Provinsi		Tgl tiba di tempat	
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan dari area transmisi lokal? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu			
Provinsi		Kota	
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat kontak dengan kasus suspek/probable COVID-19? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu			
Nama	Alamat	Hubungan	Tgl Kontak Pertama
			Tgl Kontak Terakhir

Kegiatan Penanggulangan Awal



- a. Menjaga kebersihan/higiene tangan, saluran pernapasan.
- b. Sedapat mungkin membatasi kontak dengan kasus yang sedang diselidiki dan bila tak terhindarkan buat jarak dengan kasus.
- c. Asupan gizi yang baik guna meningkatkan daya tahan tubuh.
- d. Apabila diperlukan untuk mencegah penyebaran penyakit dapat dilakukan tindakan isolasi dan karantina.
- e. Penggunaan APD sesuai risiko pajanan

Tatalaksana Tanpa Gejala/asimtomatis dan Gejala Ringan

- a. Isolasi dan pemantauan
- b. Isolasi dapat dilakukan secara mandiri atau terpusat di fasilitas public yang disediakan. Pemantauan dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan
- C. Non - farmakologis

Tatalaksana Derajat Sedang dan Berat

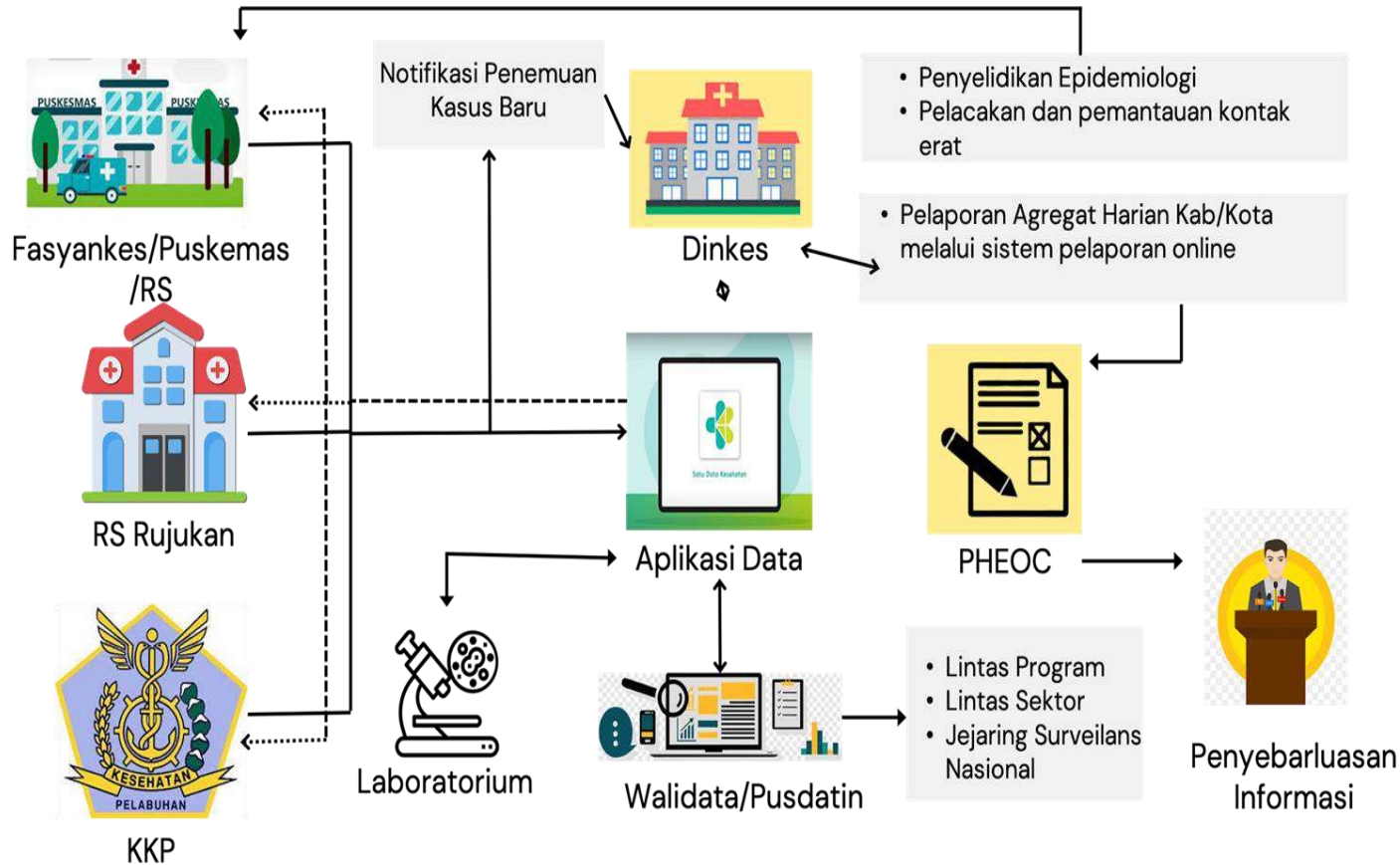
- a. Isolasi dan pemantauan
 - Rujuk ke RS , Isolasi di RS dan Pengambilan swab
- b. Non – farmakologis
 - Istirahat total, asupan kalori adekuat, control elektrolit, status dehidrasi/terapi cairan, oksigen bila dibutuhkan
 - Pemantauan laboratorium darah tepi berikut dg hitung jenis bila memungkinkan ditambah CPR, fungsi ginjal,hati, torak secara berkala
- c. Farmakologis
 - Sesuai tatalaksana kasus

Respon Kesehatan Masyarakat



- Melaporkan dan mengevaluasi jumlah orang dites per 1000 penduduk per minggu, baik menggunakan NAAT maupun RDT-Ag
- Melaporkan dan mengkoordinasikan pemeriksaan COVID-19 ke dalam system pelaporan All Record
- Mencari dan melaporkan kontak erat yang teridentifikasi untuk setiap kasus konfirmasi ke dalam aplikasi SILACAK
- Melaporkan kontak erat yang dites dalam 72 jam sejak kasus terkonfirmasi
- Mengkoordinasikan pemantauan karantina isolasi dan memastikan seluruh kontak erat dan kasus konfirmasi memenuhi ketentuan karantina isolasi
- Melaporkan kasus konfirmasi yang telah menyelesaikan masa isolasi sesuai ketentuan
- Melaporkan kontak erat yang telah menyelesaikan masa karantina sesuai ketentuan dalam aplikasi SILACAK
- Membina dan melatih sumberdaya manusia untuk melakukan pemeriksaan, pelacakan dan pemantauan karantina isolasi COVID19

Alur Pencatatan dan Pelaporan



Pelaporan mengenai laporan Notifikasi Kasus, Laporan pengiriman dan Pemeriksaan Sampel, Laporan PE, Pelacakan dan pemantauan kontak dan laporan harian Agregat

Pencatatan dan Pelaporan



Lampiran 3. Laporan Notifikasi Penemuan Kasus COVID-19 Di Fasyankes

Tanggal :
Fasyankes :
Kab/Kota :
Nama Petugas / HP :

No	Nama	NIK	Umur	JK	Alamat (domisili)	Alamat sesuai identitas	No. HP	Tgl. Onset	Gejala (terkait COVID-19)	Riwayat (perjalanan / kontak / tidak ada)	Status Epidemiologi (suspek/ probable/ konfirmasi)	Tindakan (rujuk/rawat/isolasi mandiri)	Ket

Keterangan:

- Form ini diisi oleh fasyankes yang menemukan kasus terkait COVID-19, yaitu Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik dan fasyankes lainnya.
- Rumah Sakit yang sudah terdaftar pada SIRS-Online, harus memastikan data kasus yang dinotifikasi tersebut ke dalam aplikasi SIRS-Online.
- Fasyankes yang melakukan pengambilan spesimen, selain membuat notifikasi kasus, harus melakukan entri data kasus ke dalam All Record TC-19.
- Form notifikasi ini disampaikan setiap hari kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk dilakukan rekapitulasi laporan harian.
- Kolom alamat wajib diisi secara lengkap hingga kecamatan dan kelurahan. Untuk alamat domisili diisi dengan alamat tinggal kasus dalam 14 hari terakhir.
- Penting untuk melengkapi alamat domisili karena menjadi dasar penentuan lokasi asal ditemukannya kasus dan berkaitan dengan area fokus penyelidikan epidemiologi.
- Kolom keterangan diisi dengan; tanggal rujuk, tanggal rawat, tanggal mulai isolasi mandiri, tanggal dilakukan PE.

Referensi

1. Kemenkes RI. 2020. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (Covid-19).
2. Subdit Imunisasi Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan. Pencatatan dan Pelaporan Imunisasi Covid-19



Pedoman Klaster IV

Campak - Rubella



Upaya Penanggulangan Campak

Indonesia melalui Rencana Strategis Eliminasi Campak-Rubela tahun 2025-2029 telah mengagendakan eliminasi campak-rubela dimulai dengan *interrupted* (pemutusan) transmisi virus bertahap sejak tahun 2027 sesuai kemampuan wilayah.



Upaya penanggulangan campak meliputi	
1.	Surveilans campak
	a. Penemuan campak , deteksi penularan dan KLB
	b. Pemantauan mingguan campak
	c. Epidemiologi campak
2.	Penyelidikan Epidemiologi KLB campak-rubela
3.	Imunisasi campak-rubela
4.	Tatalaksana suspek campak
5.	Pencatatan dan Pelaporan Suspek Campak
	Referensi

Upaya Penanggulangan Campak-Rubela



Menu Utama

Indonesia melalui Rencana Strategis Eliminasi Campak-Rubela tahun 2025-2029 telah mengagendakan eliminasi campak-rubela dimulai dengan *interrupted* (pemutusan) transmisi virus bertahap sejak tahun 2027 sesuai kemampuan wilayah.

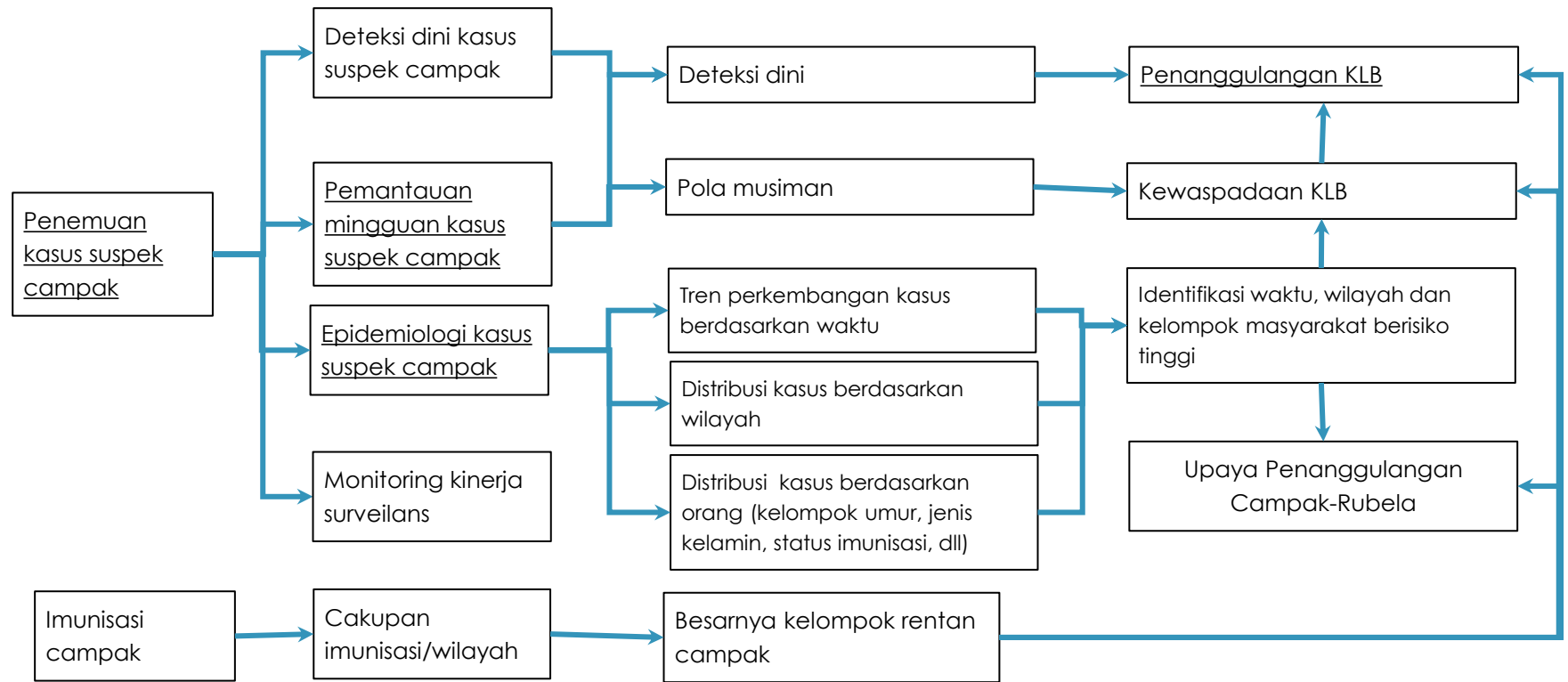


Upaya penanggulangan campak-rubela meliputi	
1.	Surveilans campak-rubela
	a. Penemuan kasus suspek campak
	b. Pemantauan mingguan kasus suspek campak
	c. Epidemiologi suspek campak
2.	Penyelidikan Epidemiologi KLB campak-rubela
3.	Imunisasi campak-rubela
4.	Tatalaksana suspek campak
5.	Pencatatan dan Pelaporan suspek campak
	Referensi

Definisi Operasional Eliminasi Campak

Terputusnya transmisi campak-rubella (Interrupted)	Tidak ada transmisi endemik yang ditandai dengan tidak ditemukannya kasus selama >12 bulan, dihitung sejak kasus terakhir dikabupaten/kota. Persyaratan surveilans berkualitas dan diverifikasi oleh Tim Verifikasi Nasional Eliminasi Campak-Rubella dan WHO
Endemik	Adanya penularan campak-rubella secara terus-menerus, yang berlangsung selama ≥ 12 bulan di wilayah yang penularannya belum pernah dihilangkan sebelumnya
Eliminasi campak-rubella (Verified)	Tidak ada penularan endemik selama >36 bulan (tidak ada kasus) di kabupaten/kota dengan surveilans yang berkualitas dan diverifikasi oleh <i>South East Asia- Regional Verification Committee (SEA-RVC)</i> .
Timbulnya kembali (re-establishment) transmisi endemis virus campak-rubella	Adanya rantai penularan strain virus yang terus berlanjut tanpa terputus selama ≥ 12 bulan di wilayah yang sebelumnya penularan endemiknya telah berhasil diputus.

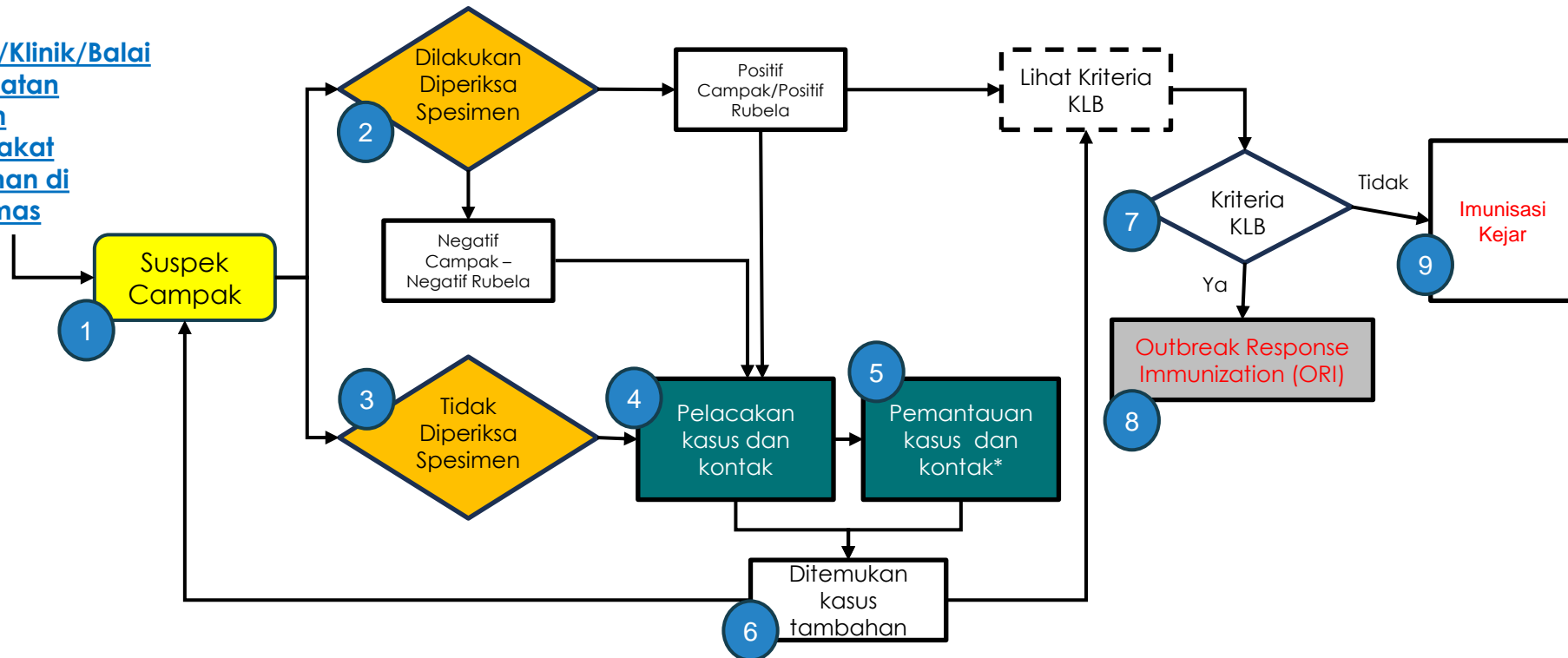
Surveilans Campak – Fungsi Penyajian Data



Indikator surveilans campak-rubela berkualitas di puskesmas : *Discarded rate* (penemuan kasus SUSPEK CAMPAK (Demam-Ruam Makopapular) yang dibuktikan secara laboratorium bukan karena campak-rubela /*Discarded*) minimal 2/100.000 penduduk per tahun ATAU minimal \geq kasus dalam 12 bulan terakhir.

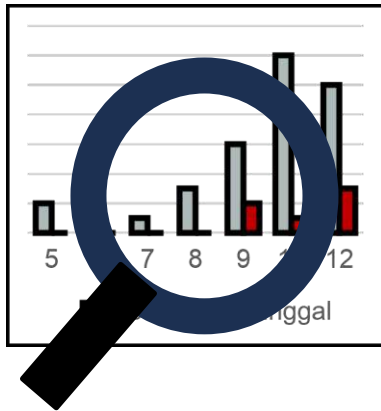
Alur Kerja Penemuan Kasus, Deteksi Dini Penularan dan KLB

- [Praktek Mandiri/Klinik/Balai Pengobatan](#)
- [Laporan masyarakat](#)
- [Pelayanan di Puskesmas](#)



*Lama pemantauan maksimal 1 bulan sejak onset ruam kasus terakhir

Surveilans Campak



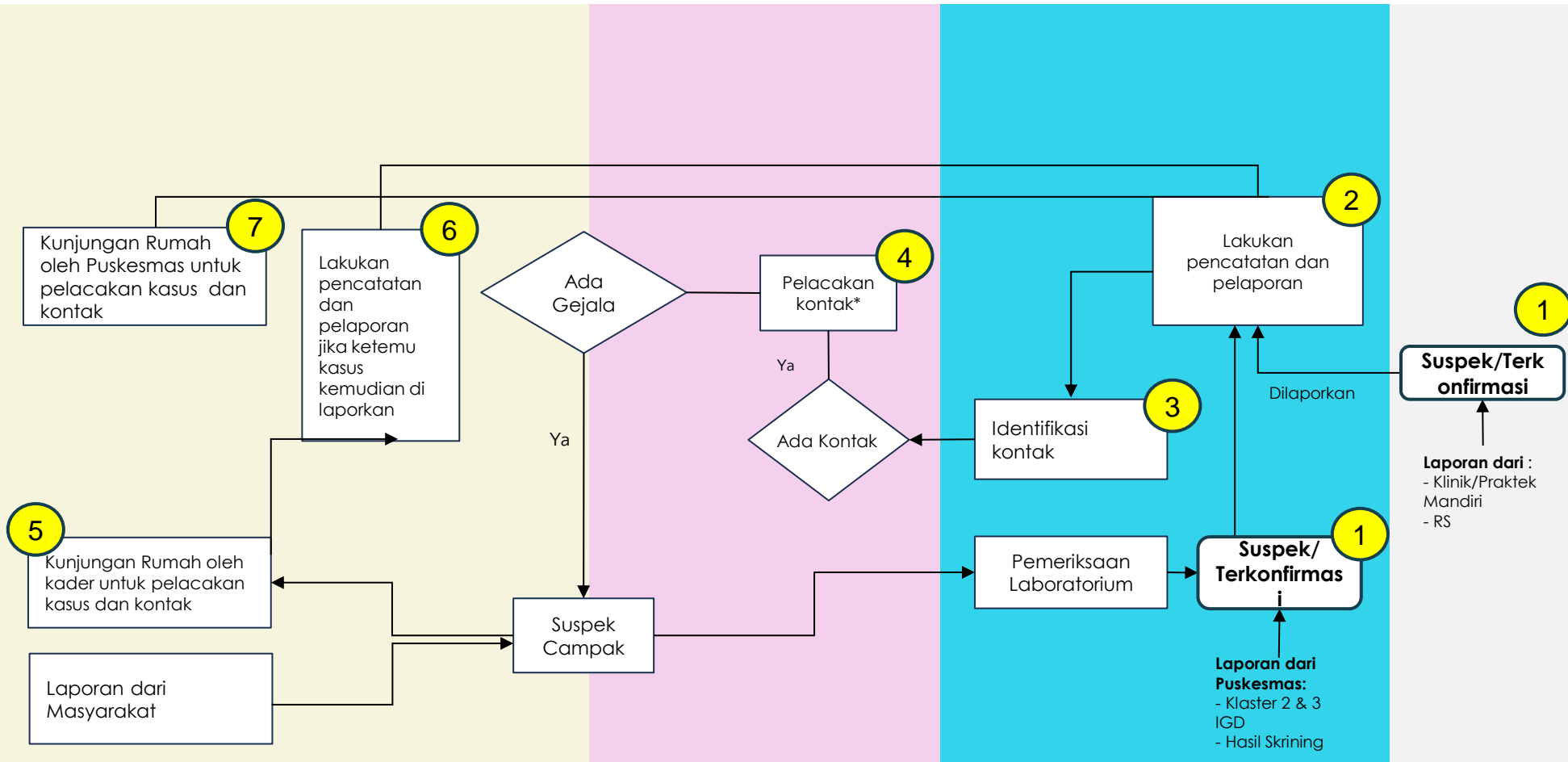
Surveilans campak-rubela dilaksanakan dengan berkualitas tinggi (berkinerja baik) agar dapat :

- Dapat mendeteksi dini setiap suspek campak
- Dapat memutuskan transmisi kasus campak-rubela
- Dapat melakukan tata laksana kasus
- Dapat mendeteksi dini adanya KLB dan tindakan penanggulangannya
- Dapat memberikan gambaran perkembangan penyakit campak-rubela berdasarkan variable epidemiologi
- Dapat membuktikan tidak adanya penularan campak di wilayah puskesmas

- Pada eliminasi campak, setiap kasus suspek campak yang terjadi di wilayah puskesmas **dapat ditemukan dini** dan **dilakukan pemeriksaan laboratorium** untuk membuktikan telah tidak terdapat transmisi virus campak-rubela di puskesmas
- Surveilans campak dilaksanakan dengan melaksanakan penemuan kasus, pelacakan, pengambilan dan pemeriksaan spesimen, tata laksana kasus, pengumpulan dan pengolahan data, analisis dan interpretasi data, serta pemanfaatan data dalam upaya penanggulangan campak-rubela di puskesmas
- Petugas puskesmas memiliki kemampuan dalam menemukan, melacak, mengambil spesimen, melakukan tata laksana kasus, mencatat dan melaporkan kasus, menganalisis data serta memberikan rekomendasi untuk kemajuan program imunisasi dan surveilans campak-rubela.

Penemuan Kasus (Alur Peran)

● Keluarga/ masyarakat
 ● Pustu
 ● Puskesmas/FKTP
 ● FKTL



Penemuan Campak, Deteksi Dini Penularan dan KLB



Penemuan di Puskesmas/Fasyankes lainnya

Pasien berobat dengan keluhan demam dan maculopapular



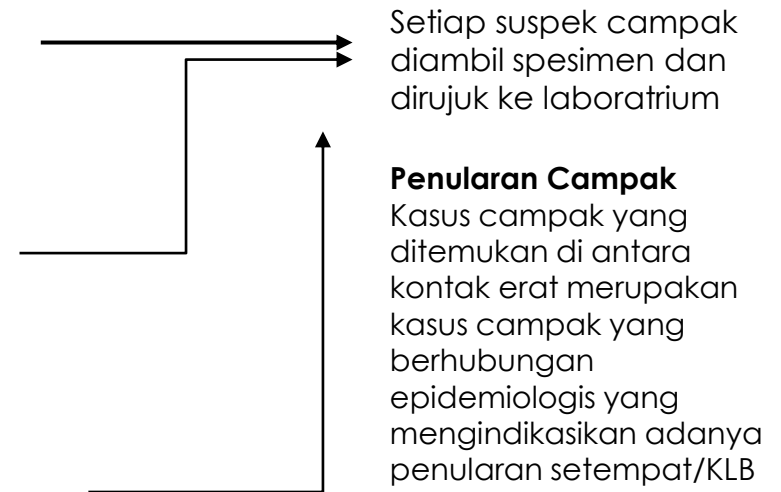
Laporan masyarakat

Kader, guru, dokter/bidan praktek, Toma, Toga yang mengetahui adanya suspek campak melaporkan ke Puskesmas



Pelacakan kasus - kontak

Setiap suspek campak yg ditemukan dilakukan pelacakan adanya kasus tambahan dan kontak



Klinis Campak

- Campak adalah penyakit yang sangat menular, yang disebabkan oleh Morbillivirus.
 - Komplikasi paling umum seperti pneumonia, malnutrisi, otitis media, kebutaan, kejang demam, ensefalitis, ulkus mukosa mulut, dan komplikasi jangka panjang yaitu *Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE)*.
 - Kasus kematian terjadi karena komplikasi seperti pneumonia, diare berat, dan sepsis.
- ◆ **Masa inkubasi** antara 7-18 hari, rata-rata 10 hari
 - ◆ **Penularan.** Virus campak ditularkan melalui udara (aerosol/airborne) yang dapat berupa percikan mikro yang keluar dari hidung, mulut atau tenggorokan orang yang terinfeksi virus campak pada saat bicara, batuk, bersin; atau melalui sekresi hidung; atau jika bersentuhan dengan benda yang terkontaminasi.
 - ◆ **Masa penularan** adalah 4 hari sebelum sampai dengan 4 hari setelah timbul ruam. Puncak penularan pada saat gejala awal (fase prodromal) yaitu pada 1-3 hari pertama sakit.

Gambaran Klinis Campak

- Demam, biasanya disertai salah satu atau lebih gejala batuk (*cough*), pilek (*coryza*), mata merah atau mata berair (*conjunctivitis*) atau dikenal sebagai 3C;
- Bercak kemerahan/rash/ruam yang muncul mulai dari belakang telinga berbentuk *maculopapular* selama 3 (tiga) hari atau lebih, beberapa hari kemudian (4-7 hari) akan menyebar ke seluruh tubuh dan ruam akan menyatu (*confluence*);
- Tanda khas (patognomonis) ditemukan Koplik's spot atau bercak putih keabuan dengan dasar merah di pipi bagian dalam (*mucosa bucal*);

Klinis Rubela

Rubela adalah penyakit akut menular, yang disebabkan oleh Togavirus jenis Rubivirus yang biasanya gejalanya mirip dengan campak seperti demam ringan dan ruam pada anak-anak dan orang dewasa.

Infeksi selama kehamilan terutama pada trimester pertama, dapat menyebabkan keguguran, kematian, atau cacat bawaan lahir dikenal dengan *Congenital Rubella Syndrome* (CRS).

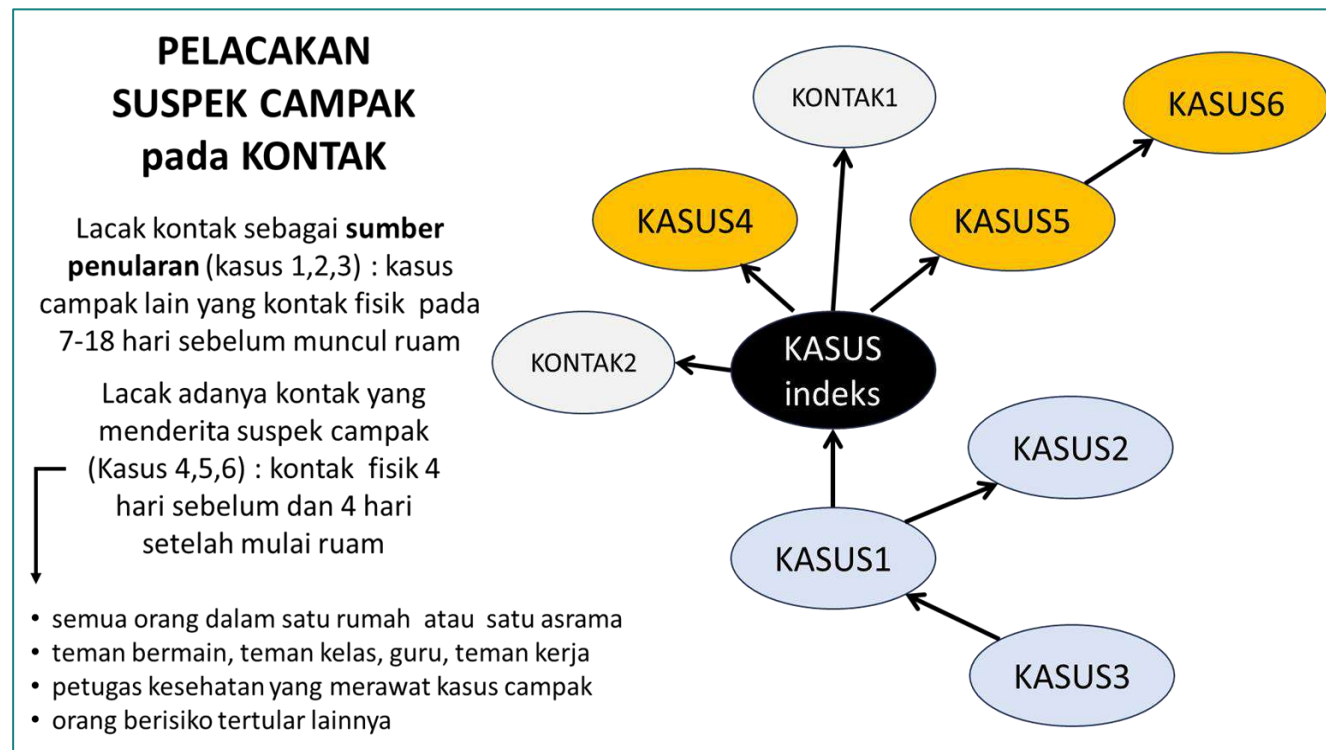
- ◆ **Masa inkubasi** antara 14-21 hari
- ◆ **Penularan.** Cara penularan virus rubella sama dengan virus campak yaitu ditularkan melalui udara (aerosol/airborne) yang dapat berupa percikan mikro yang keluar dari hidung, mulut atau tenggorokan orang yang terinfeksi virus campak pada saat bicara, batuk, bersin; atau melalui sekresi hidung; atau jika bersentuhan dengan benda yang terkontaminasi.
- ◆ Virus rubela juga dapat ditularkan secara vertikal dari ibu hamil kepada janinnya melalui plasenta.
- ◆ Masa penularan diperkirakan terjadi pada 7 hari sebelum hingga 7 hari setelah timbulnya ruam/*rash*/bercak merah/makulopapular. .

Gambaran Klinis Rubela

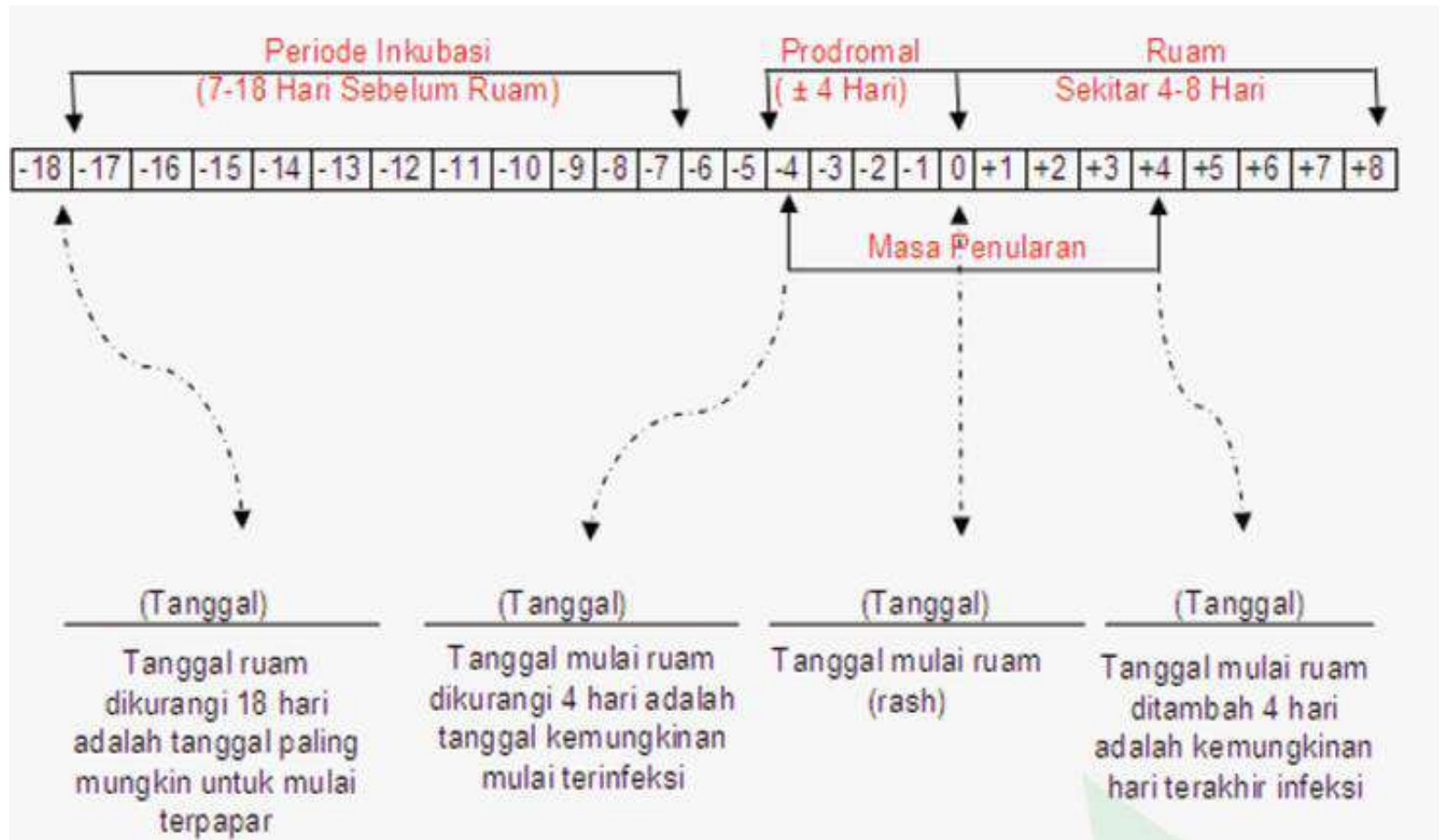
- Demam ringan
- Bercak merah/*rash*/ruam makulopapular
- Gejala khas: pembesaran kelenjar getah bening (limfe) di belakang telinga, leher belakang dan *sub occipital*.
- Rubela pada anak sering hanya menimbulkan gejala demam ringan atau bahkan tanpa gejala sehingga sering tidak dilaporkan.
- Sedangkan rubela pada wanita dewasa sering menimbulkan *arthritis* atau *arthralgia*.

Pelacakan kasus-kontak

Setiap kasus suspek campak yang ditemukan segera dilakukan pelacakan untuk kasus tambahan dan kontak, baik sebagai sumber penularan maupun orang yang berisiko tertular

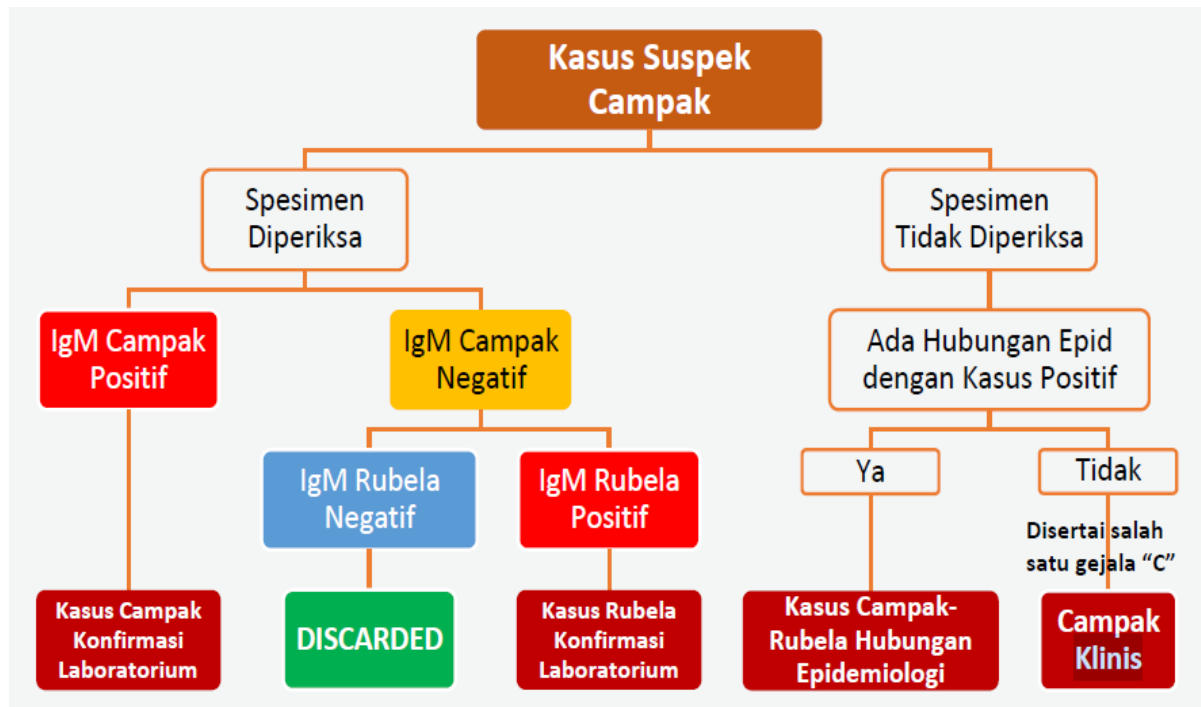


Pelacakan kasus-kontak-Perjalanan Klinis Campak



Pelacakan kasus-kontak-Klasifikasi Campak Rubela

Suspek Campak adalah seseorang menderita sakit dengan gejala minimal demam dan ruam maculopapular **kecuali** sudah terbukti secara laboratorium disebabkan oleh penyebab lain



Diagnosis dengan uji serologi (IgM Campak dan IgM Rubela). Spesimen diambil oleh puskesmas dan dirujuk secara berjenjang ke laboratorium rujukan campak-rubela

Pelacakan kasus-kontak

Pelacakan Kasus-Kontak			
Sumber Penularan			
Nama	HP	Alamat	Status Waktu Kontak
.....			
Kontak Berisiko Tertular			
Nama	HP	Alamat	Status Pasca Kontak

Catatan

- Data suspek campak dicatat dalam formulir Campak (MR01)
- Suspek campak baru adalah kasus (indek) baru yang wajib dilakukan pelacakan kasus-kontak

Langkah Pelaksanaan

1. Informasikan pada kasus (ndeks) rencana kunjungan
2. Siapkan lembar Pelacakan Kasus-Kontak
3. Sumber Penularan :
 1. Adanya pasien suspek campak atau pasien dengan gejala demam dan ruam makulopapular yang dikunjungi kasus indek dalam 18 hari terakhir. Jika ada isi data yang diperlukan di lembar Pelacakan Kasus-Kontak
 2. Berada bersama dengan pasien suspek campak atau bergejala demam dan maculopapular dalam satu ruangan (>15 menit)
4. Kontak berisiko tertular
 - a. Adanya orang yang bertemu dengan kasus indeks pada periode menular (sejak kasus indeks mulai demam /4 hari sebelum ruam sampai 4 hari sejak mulai ruam) (teman bermain, teman kelas dan tamu lain yang berkunjung)
 - b. Adanya orang yang berada dalam satu ruangan pada periode penularan (>15 menit)
5. Kunjungan kepada kontak yang terdaftar untuk kepastian sakit suspek campak atau bukan
6. Kontak sehat dilakukan Pemantauan Kontak

Pemantauan kontak (1)

- Setiap kontak yang ditemukan dalam masa inkubasi segera dilakukan pemantauan kontak terhadap kemungkinan menjadi suspek campak . Penetapan kontak lihat pada perjalanan klinis campak
- Lama pemantauan maksimal 7 hari sejak kontak terakhir dengan kasus indek (sumber penularan langsung)

Langkah Pelaksanaan

1. Catat semua data kontak pada Daftar Pemantauan Kasus-Kontak : Nama Kasus Indek, Nama Kontak, HP dan tanggal kontak terakhir
2. Berikan tanda (warna) tanggal rencana pemantauan kontak (kuning)
3. Jika telah diperiksa, tuliskan hasilnya pada tanggal pemeriksaan. S = sehat, D = demam/sakit , R = rujuk, X = selesai dan sehat. Jika tidak ada pemeriksaan, kosongkan
4. Jika kontak menjadi sakit (kode D), maka pemantauan pada daftar ini dihentikan, tetapi kontak menjadi kasus indeks tersendiri (buat Daftar Pemantauan Kasus-Kontak baru)
5. Apabila kontak menjadi kontak kasus lain, maka yang dipantau adalah kontak terakhir dari semua kasus
6. Pemantauan selesai apabila semua kasus yang terjadi telah dipantau kontaknya dan semua kontak telah dipantau sampai selesai sehat (tanda X)

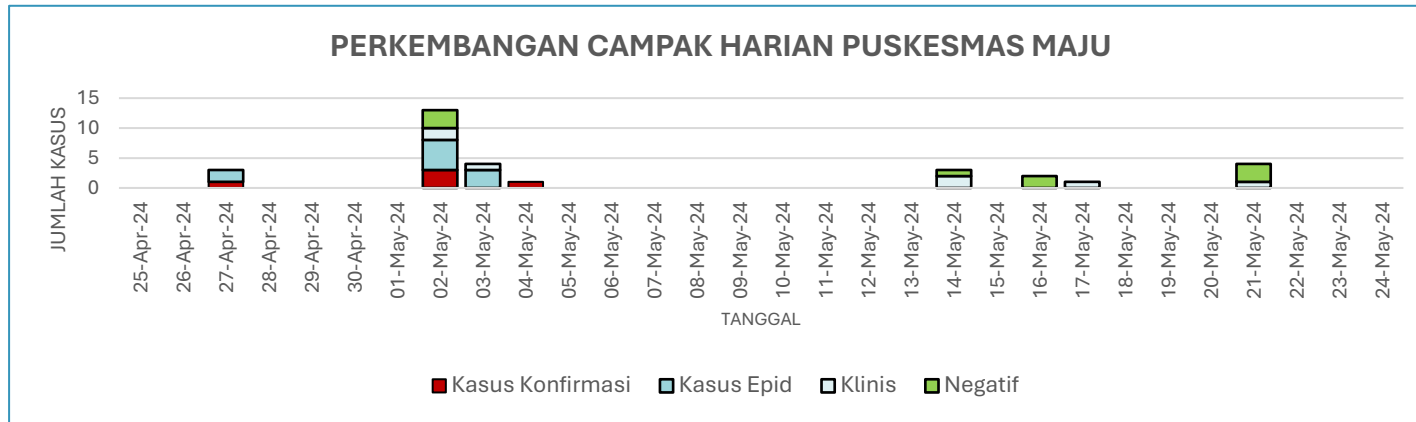
Pemantauan kontak (2)

PEMANTAUAN KONTAK ERAT SETIAP SUSPEK CAMPAK. PEMANTAUAN DIHENTIKAN JIKA SUSPEK DISCARDED

DAFTAR PEMANTAUAN KONTAK KASUS CAMPAK		tanggal pemantauan 23 April 2024)																										
			TANGGAL PADA BULAN APRIL 2024																									
Kasus indek	Kontak	TGL KONTAK	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
Amir		2-10/4																										
Amir	Budi	8/4														S	S	S	S	S	S	S	S	S	X			
Amir	Cita	10/4																S	S	S	S	S	S	D				

DAFTAR PEMANTAUAN KONTAK KASUS CAMPAK		tanggal pemantauan 23 April 2024)																										
			TANGGAL PADA BULAN APRIL dan MEI 2024																									
KASUS indek	Kontak	TGL KONTAK	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Cita		23/4																										
Cita	Doni	23/4								S	S	S	S	S	S	S	S	X										

Pemantauan suspek campak harian



PERKEMBANGAN CAMPAK (konfirmasi & epid) HARIAN PUSKESMAS MAJU,

RW	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
002	0	0	3	0	0	0	0	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
003	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
004	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Jml	0	0	3	0	0	0	0	8	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Pemantauan Mingguan Suspek Campak

Data suspek campak yang dilaporkan dalam formulir investigasi campak (form MR01) dapat dimanfaatkan untuk pemantauan mingguan suspek campak dalam rangka deteksi dini peningkatan kasus dan KLB suspek campak, penetapan pola musiman suspek campak di wilayah Puskesmas. Pemantauan mingguan suspek campak juga berguna untuk memandu upaya penanggulangan KLB dan sekaligus sebagai alat monitoring perkembangan kasus pasca KLB.

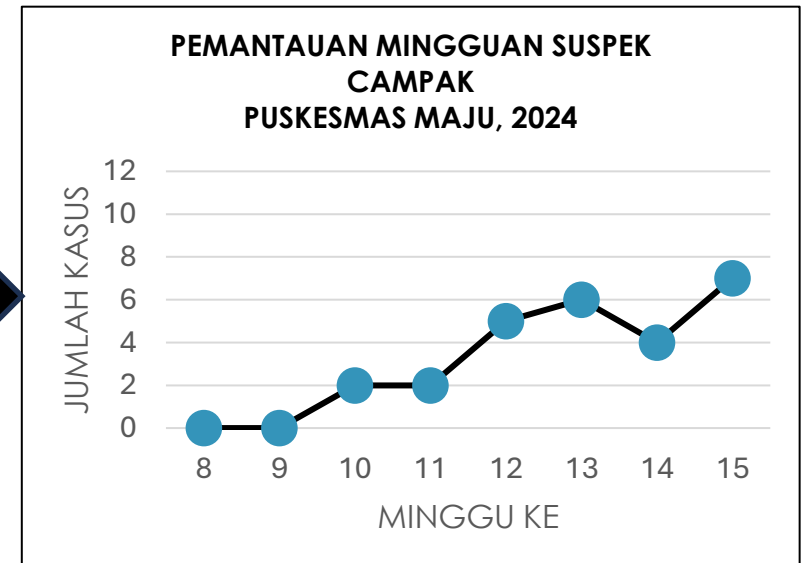
PEMANTAUAN MINGGUAN CAMPAK PUSKESMAS MAJU 2024								
	MINGGU KE							
RW								
1								
2								
3								
4								
JML								

Langkah Pelaksanaan

1. Dipastikan kasus-kasus suspek campak dan hasil pemeriksaan spesimen telah terdata dengan baik pada Formulir Investigasi Suspek Campak/Form MR01 (variabel tanggal kejadian, domisili (desa/kelurahan, RW, RT,/dusun))
2. Buat nama variabel baru Minggu
3. Isikan data Minggu sesuai dengan tanggal kejadian (lihat kalender surveilans)
4. Buat Daftar Kasus suspek Campak, berisi variabel Minggu dan Wilayah (RW)
5. Hitung data jumlah kasus untuk setiap Minggu masing-masing wilayah (RW)
6. Daftar Kasus suspek Campak digunakan untuk membuat tabel Pemantauan Mingguan Suspek Campak

Pemantauan Mingguan Campak

PEMANTAUAN MINGGUAN SUSPEK CAMPAK PUSKESMAS MAJU 2024								
	MINGGU KE							
RW	8	9	10	11	12	13	14	15
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	1	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	2	3	6
4	0	0	1	3	8	6	1	1
JML	0	0	2	3	8	8	4	7



Pembahasan

- Terjadi peningkatan jumlah kasus suspek campak di Puskesmas Maju sejak Minggu ke 10, dan terus meningkat sampai dengan saat ini (Minggu ke 15)
- Peningkatan terjadi di RW, RW 4 meningkat sejak Minggu 10, kemudian menurun pada Minggu 8, sedang di RW meningkat sejak Minggu 13 sampai saat ini. Kedua RW diduga ada KLB suspek campak, perlu dilaporkan dan dilakukan penyelidikan epidemiologi menyeluruh lebih lanjut

Epidemiologi Suspek Campak (1)

- Data suspek campak yang dilaporkan dalam formulir investigasi campak (form MR01) dapat dimanfaatkan untuk mendapatkan gambaran epidemiologi (deskriptif) suspek campak berdasarkan orang (kelompok umur, jenis kelamin, status imunisasi, dll), berdasarkan wilayah, dan tren perkembangan kasus berdasarkan waktu
- Data ini dapat dihubungkan atau dibandingkan dengan cakupan imunisasi pada wilayah yang sama.

EPIDEMIOLOGI CAMPAK PUSKESMAS MAJU, 2023			
RW	KASUS	PDD	AK/1000
1	0	501	0
2	1	250	4
3	7	412	17
4	12	1201	10
JML	20	2364	8

Langkah Pelaksanaan

1. Dipastikan kasus-kasus suspek campak dan hasil pemeriksaan spesimen telah terdata dengan baik pada Formulir Investigasi Suspek Campak/Form MR01 (variabel tanggal kejadian, domisili (desa/kelurahan, RW, RT,/dusun)
2. Buat Tabel Epidemiologi Suspek Campak, berisi variabel RW untuk tahun 2023 (contoh)
3. Hitung data jumlah kasus sesuai RW nya
4. Cari data jumlah penduduk masing-masing RW
5. Hitung angka kesakitan masing-masing RW
6. Dari tabel Epidemiologi Suspek Campak dibuat penyajian data dalam bentuk grafik dan peta
7. Lakukan pembahasan (analisis dan interpretasi) risiko penularan Suspek Campak masing-masing wilayah (RW)

Epidemiologi Suspek Campak (2)

EPIDEMIOLOGI SUSPEK CAMPAK PUSKESMAS MAJU, 2023			
RW	KASUS	PDD	AK/1000
1	0	501	0
2	1	250	4
3	7	412	17
4	12	1201	10
JML	20	2364	8

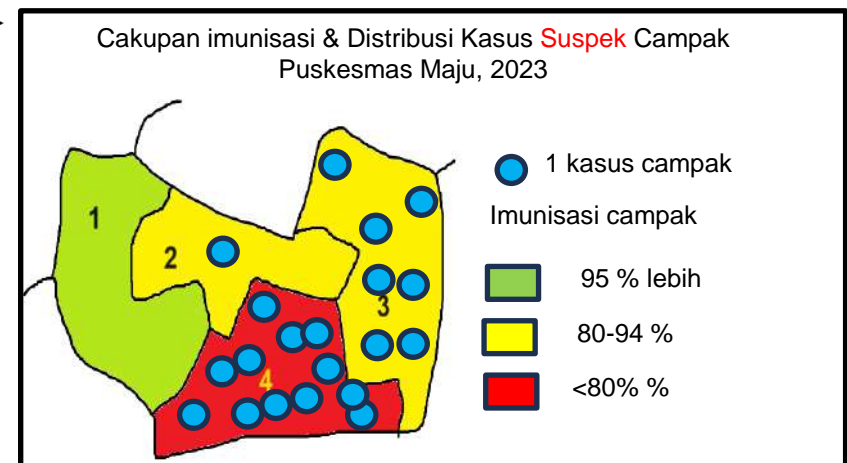


Pembahasan

1. Risiko penularan **suspek** campak tinggi di RW 3 dan 4
2. Diperkirakan RW 2 juga akan terjadi banyak penularan **kasus** karena cakupan imunisasi masih rendah

Rekomendasi

Segera imunisasi kejar di RW 2,3,4

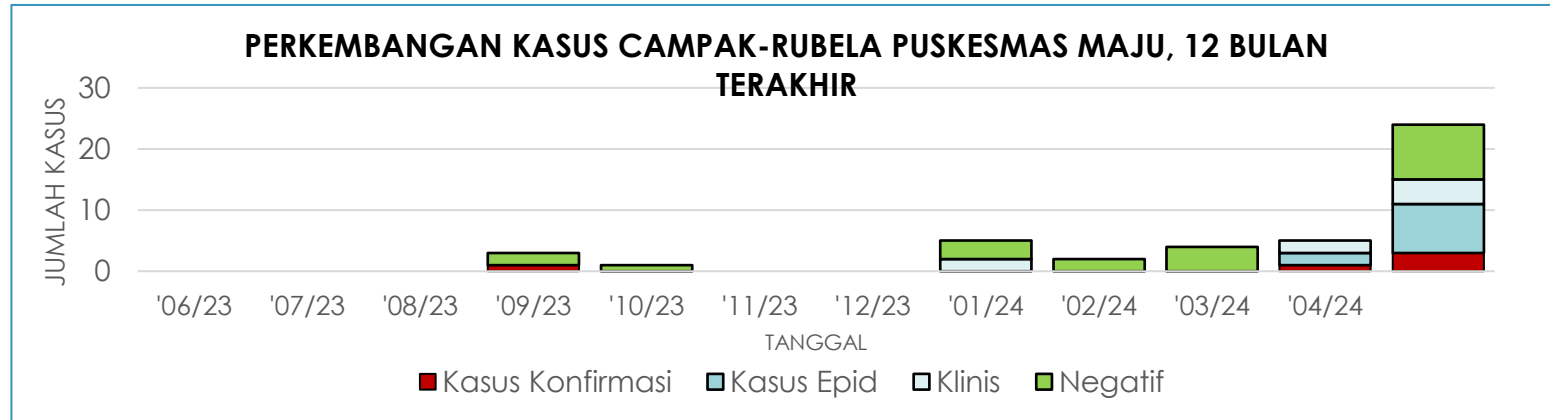


Surveilans Campak-Rubela (1)

Data suspek campak yang ditemukan akan dicatat dan dilaporkan melalui formulir investigasi campak (form MR01). Data pada formulir MR01 dapat direkapitulasi dalam Formulir Rekap Kasus Suspek Campak Individu (form MR02) yang biasa digunakan di Kabupaten/Kota/Provinsi. Data pada form MR02 merupakan sumber data yang dapat digunakan untuk analisis data surveilans campak-rubela

Surveilans Campak			
JENIS DATA	PENYIMPANAN	PENYAJIAN	MANFAAT
Suspek campak	Form MR02	Perkembangan kasus harian menurut wilayah dalam 30 hari terakhir	Monitoring penularan kasus
		Perkembangan kasus bulanan menurut wilayah dalam 12 bulan terakhir	Perkembangan kasus menurut waktu, tempat (kelurahan/desa, RW, RT, dusun) dan orang (jenis kelamin, umur, status imunisasi)
		Jumlah kasus suspek campak dengan ujiserologi negatif (kasus campak discarded) dalam 12 bulan terakhir.	Menilai kinerja surveilans berdasarkan kasus discarded, minimum 1 kasus per tahun per Puskesmas

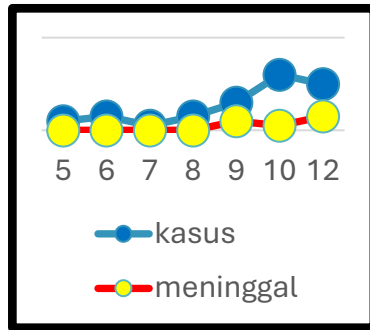
Surveilans Campak-Rubela (2)



PERKEMBANGAN KASUS CAMPAK-RUBELA (konfirmasi & epid) PUSKESMAS MAJU, 12 BULAN TERAKHIR

	2023							2024				
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
RW	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
002	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	8
003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
JML	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	11

Penanggulangan KLB (1)



Tujuan Penanggulangan KLB Campak

- Menemukan kasus secara dini
- Melakukan tata laksana kasus
- Memutuskan mata rantai penularan KLB di wilayah terjangkit dan wilayah sekitarnya
- Mengetahui karakteristik epidemiologi KLB
- Mencegah komplikasi dan kematian
- Memperpendek periode KLB
- Mencari penyebab/faktor risiko terjadinya KLB
- Menentukan langkah-langkah penanggulangan

Kriteria KLB Suspek Campak : Adanya 5 atau lebih kasus suspek campak dalam waktu 4 minggu berturut-turut dan ada hubungan epidemiologi*.

Kriteria KLB Campak Pasti : Apabila hasil pemeriksaan laboratorium minimum 2 spesimen positif IgM campak dari hasil pemeriksaan kasus pada KLB suspek campak atau hasil pemeriksaan kasus pada CBMS ditemukan minimum 2 spesimen positif IgM campak dan ada hubungan epidemiologi*. KLB ditetapkan oleh pejabat yang berwenang sesuai peraturan perundangan yang ada.

Kriteria KLB Rubela Pasti : Apabila hasil pemeriksaan laboratorium minimum dua (2) spesimen positif IgM rubela dari hasil pemeriksaan kasus pada KLB suspek campak atau hasil pemeriksaan kasus pada CBMS ditemukan minimum dua (2) spesimen positif IgM rubela dan ada hubungan epidemiologi

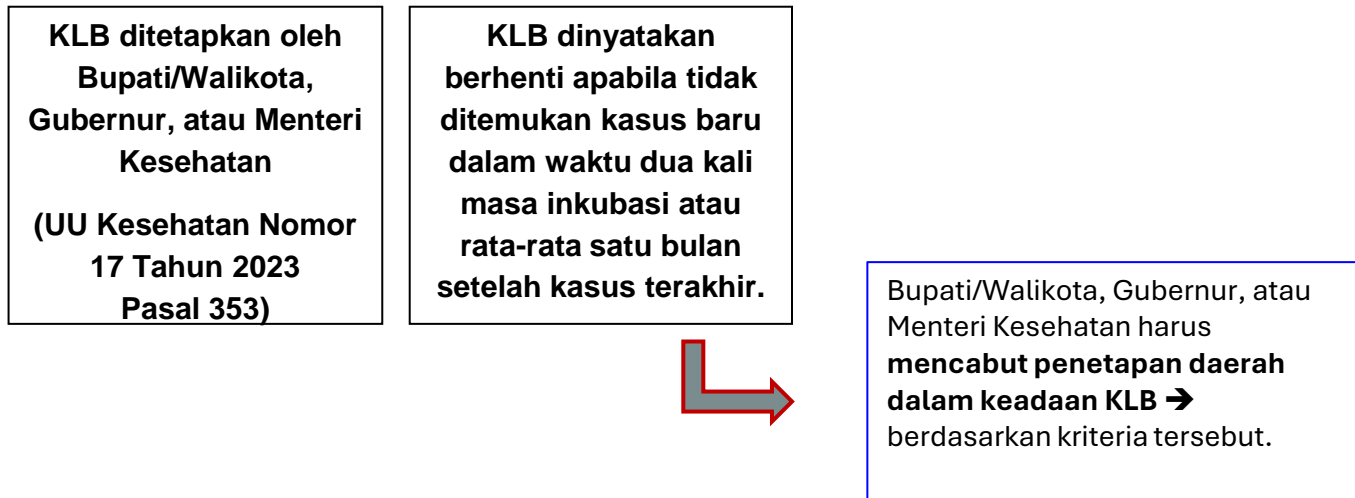
KLB Mix : Apabila ditemukan minimum dua (2) spesimen positif IgM campak dan rubela

Penanggulangan KLB (2)

***Hubungan epidemiologi** dapat berarti terdapat kontak antara kasus-kasus tersebut seperti satu keluarga, satu kelas, satu teman sepermainan dalam kurun waktu empat minggu berturut-turut.

Hubungan epidemiologi yang lebih luas dapat dipertimbangkan terutama jika cakupan imunisasi campak-rubela masih rendah.

Kasus-kasus dalam satu kelurahan atau kecamatan dapat dipertimbangkan sebagai suatu hubungan epidemiologi



Penanggulangan KLB (3)

- a. Penyelidikan epidemiologi untuk mengetahui penyebab terjadinya KLB, luas wilayah terjangkit dan cara mencegah penyebaran yang lebih luas. Penyelidikan dapat mengidentifikasi wilayah-wilayah berisiko tinggi penularan dan tindakan penanggulangan yang sesuai
- b. Tata laksana kasus
- c. Outbreak Response Immunization atau ORI. ORI merupakan pemberian imunisasi tambahan campak-rubela tanpa melihat status imunisasi sebelumnya yang bertujuan memutuskan penularan campak-rubela dan menanggulangi KLB.
- d. Surveilans dilakukan untuk menemukan setiap kasus secara dini, pelacakan kasus-kontak dan pemantauan kontak serta menentukan gambaran epidemiologi menurut waktu, tempat dan orang
- e. Komunikasi risiko kepada masyarakat dan para pengambil keputusan



Indikasi KLB campak berakhir

tidak terdapat laporan adanya kasus campak baru dalam 4 minggu berturut-turut setelah kasus campak terakhir (sejak timbulnya ruam), yang didukung dengan surveilans berkinerja baik, dan cakupan imunisasi campak 9 bulan dan 18 bulan tinggi merata

Penanggulangan KLB (4) : *Outbreak Response Immunization (ORI)*

- Luas wilayah dan kelompok usia sasaran ditentukan berdasarkan kajian epidemiologi.
- ORI harus dimulai sesegera mungkin paling lambat 7 hari setelah kriteria KLB terpenuhi.
- ORI termasuk sweeping harus diselesaikan dalam waktu 3 minggu.
- Target cakupan ORI adalah minimal 95%, merata di seluruh wilayah

Langkah Penyelenggaraan:

1. Pra Pelaksanaan
 1. Menentukan luas wilayah dan kelompok usia sasaran
 2. Melakukan upaya persiapan
 3. Menyusun mikroplaning
2. Pelaksanaan
 1. Menentukan tempat pelaksanaan layanan
 2. Menyiapkan dan melakukan tata kelola vaksin dan logistik sesuai prosedur
 3. Melakukan pemberian imunisasi yang aman
 4. Melaksanakan manajemen limbah sesuai prosedur
 5. Melakukan pencatatan dan pelaporan
 6. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan
 7. Melaksanakan surveilans KIPI
3. Pasca Pelaksanaan
 1. Melaksanakan evaluasi pasca pelaksanaan
 2. Melaksanakan penguatan imunisasi rutin
 3. Melaksanakan penguatan surveilans

Tatalaksana Kasus Campak-Rubela

Sebagian besar kasus campak-rubela ringan, dan sembuh sendiri. Sebagian menunjukkan sakit berat karena komplikasi brokhopneumonia, diare dan penurunan status kesehatan.



Upaya perawatan difokuskan untuk mencegah komplikasi dan mencegah penularan ke orang lain

1. Isolasi.
2. Edukasi PHBS (makan bergizi)
3. Pengobatan kasus yang tidak memiliki komplikasi. berupa terapi simptomatik, makanan cukup, gizi dan asupan cairan yang cukup.
4. Pemberian vitamin A dosis tinggi
5. Pengobatan kasus dengan komplikasi.
6. Rujuk ke rumah sakit jika diperlukan

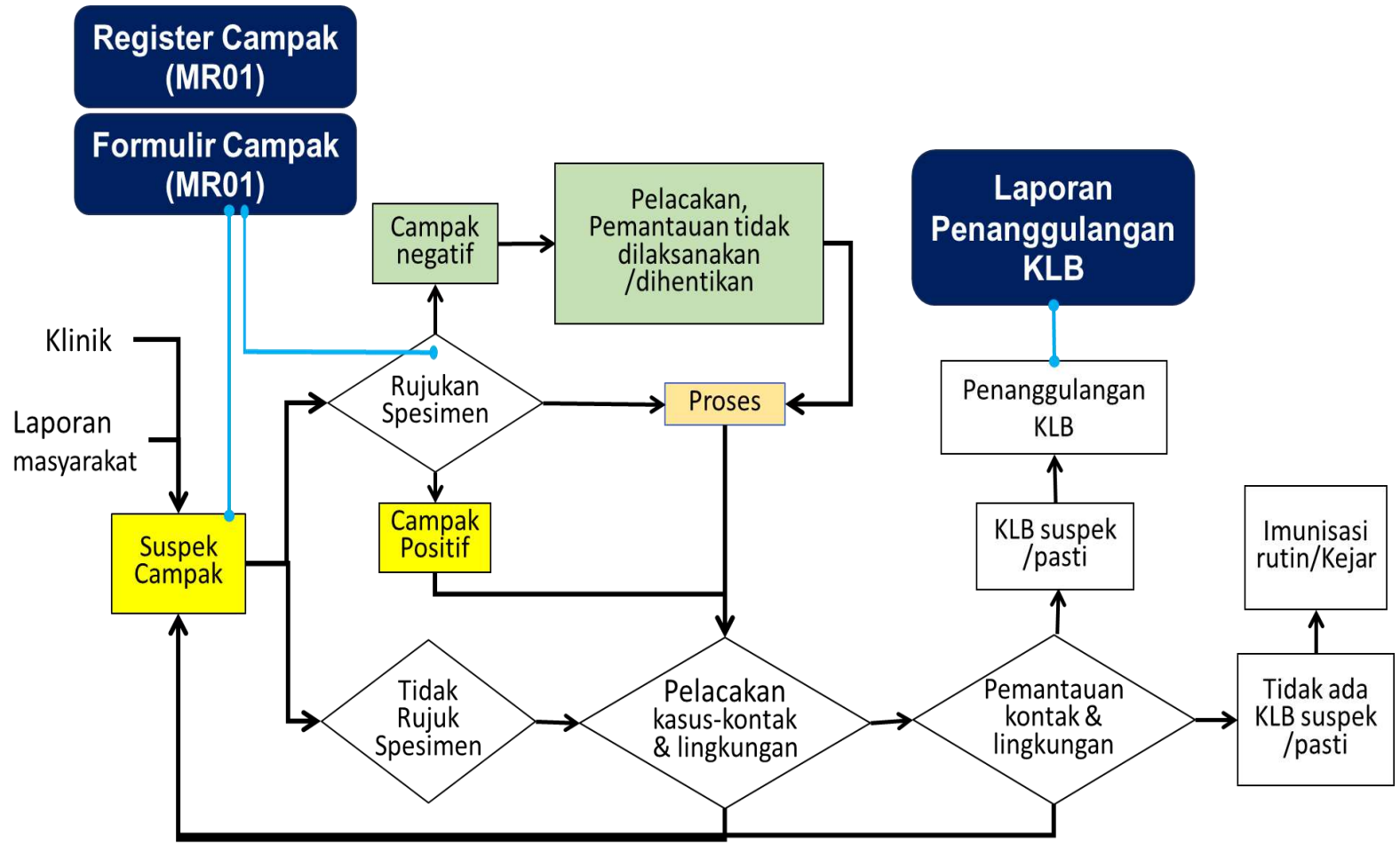
Imunisasi Rutin Campak Rubela

Imunisasi campak-rubela diberikan untuk mencegah penyakit campak maupun rubela. Imunisasi rutin lengkap harus diberikan kepada setiap anak agar mendapatkan perlindungan yang optimal dari kedua penyakit beserta komplikasinya. Imunisasi rutin campak rubela diberikan sesuai usia dengan jadwal sebagai berikut:

1. 1 dosis pada usia 9 bulan
2. 1 dosis pada usia 18 bulan
3. 1 dosis pada usia kelas 1 SD/MI/ sederajat (atau usia 7 tahun bagi yang tidak bersekolah)

- Bila anak terlambat mendapatkan imunisasi rutin, segera lakukan imunisasi kejar untuk melengkapi status imunisasinya.
- Cakupan imunisasi rutin harus tinggi dan merata (minimal 95%), agar terbentuk kekebalan kelompok sehingga kasus dan KLB dapat dicegah

Pencatatan Pelaporan (1)



Pencatatan & Pelaporan

Formulir Campak

Setiap suspek campak dicatat dalam formulir investigasi suspek campak (form MR01) segera setelah pelacakan. Formulir ini dapat direkap dalam Formulir Rekap Kasus Suspek Campak Individu (form MR02) yang biasa digunakan di Kabupaten/Kota/Provinsi. Data pada form MR02 merupakan sumber data yang dapat digunakan untuk analisis data surveilans campak-rubela

Form MR-01

FORM INVESTIGASI KASUS SUSPEK CAMPAK / RUBELLA

Provinsi Kabupaten Nomor EPID C-

Kasus KLB KLB ke Nomor KLB

Sumber Laporan Nama unit pelapor

Tanggal Terima Laporan Tanggal Pelacakan

INFORMASI KASUS

Nama Kasus Jenis Kelamin

Tanggal Lahir Umur: Tahun Bulan Hari

Alamat

Kelurahan Kecamatan

Nama Orangtua/Wali No. Kontak Orangtua/Wali

INFORMASI KLINIS

Demam Ya Tidak Tanggal Mulai Demam

Ruam Makulopapular Ya Tidak Tanggal Mulai Rash

Gejala lain Batuk Adenopathy Lokasi

Pilek Arthralgia Bagian Sendi

Mata Merah Kehamilan Umur Kehamilan

Lainnya Sebutkan

Komplikasi

Diare Bronchopneumonia

Kebutaan Otitis media

Pneumonia Encephalitis

Malnutrisi Ulkus mukosa mulut

Lainnya Sebutkan

RIWAYAT PENGOBATAN

Apakah kasus dirawat di Rumah Sakit? Ya Tidak

Nama Rumah Sakit Nomor Rekam Medik

Tanggal Masuk Rawat Inap Tanggal Keluar

RIWAYAT VAKSINASI

Imunisasi campak (MR) usia 9 bulan Sumber Informasi

Imunisasi campak (MR) usia 18 bulan Sumber Informasi

Imunisasi campak-rubela saat BIAS

Pernah menerima imunisasi Measles Mumps Rubella (MMR) sebelumnya? Sumber Informasi

Pernah menerima imunisasi campak-rubela saat imunisasi tambahan campak-rubela? Sumber Informasi

Tanggal imunisasi campak-rubela terakhir

INFORMASI EPIDEMIOLOGIS

Pemberian Vitamin A

Apakah ada anggota keluarga atau masyarakat sekitar yang mengalami sakit yang sama? Jumlah

Apakah bepergian 1 bulan terakhir? Lokasi

Tanggal pergi Tanggal kembali

INFORMASI SPESIMEN

Apakah spesimen darah diambil Jenis Sampel Darah

Tanggal ambil spesimen darah Tanggal pengiriman spesimen ke lab

Apakah spesimen lain diambil Jenis Sampel Lain

Tanggal ambil spesimen Tanggal pengiriman spesimen ke lab

Keadaan saat ini Hidup Meninggal Lost to follow-up

Pelaksana investigasi

Kontak erat suspek campak

Identifikasi semua orang yang berhubungan (kontak) dengan suspek campak selama masa inkubasi (7 - 21 hari sebelum timbulnya ruam) dan selama fase menular (7 hari sebelum dan 7 hari setelah timbulnya ruam).

Yang termasuk dalam kategori kontak kasus adalah: tinggal satu rumah / asrama, tetangga / kerabat / pengasuh, teman kelas / bermain / guru, teman kerja, petugas kesehatan, yang merawat kasus.

Catat kontak tersebut pada tabel di bawah ini, tentukan apakah mereka sedang sakit atau tidak. Apabila ada kontak yang sedang hamil beri tanda bintang pada nama kontak di tabel dan pastikan ibu hamil dijauhkan dari suspek.

No	Nama	Umur (thn)	Alamat	Hub dgn Kasus	Berapa kali pernah imunisasi campak-rubella	Kondisi saat itu
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
dst						

Petugas Pelaksana

()

No. Kontak :

Referensi

Petunjuk Teknis Surveilans Campak. Ditjen P2P, 2023
<https://drive.google.com/file/d/1IN-isVhIR5NUbwsI890L7ns1W4VA7sGJ/view?usp=sharing>

Penyelenggaraan Imunisasi. PMK 12, 2017 :
<https://drive.google.com/open?id=1kVV4AJsmdkvYKigx3ykhKaqow2rQZV77>

Pedoman Praktis Imunisasi Puskesmas, Dirjen 2021
<https://drive.google.com/open?id=1UObbIRkl8lexqCeO1PA7ynLAWLATt0KQ>

Pedoman Klaster IV

Polio



Penanggulangan Polio

Cakupan imunisasi tinggi dan merata
Penemuan dini dan penanggulangan penularan polio
Surveilans AFP dan penetapan eradikasi polio Puskesmas
Monitoring kinerja penanggulangan polio di Puskesmas



Upaya Penanggulangan Polio

Indonesia mengagendakan eradikasi polio sesuai dengan tahapan eradikasi polio global. Tujuan Eradikasi polio adalah tidak terjadi penularan polio secara permanen di seluruh wilayah Indonesia berdasarkan surveilans berkualitas

Upaya penanggulangan polio

1.	Surveilans AFP dan virus polio	
	1. Alur kerjasurveilans	5. Spesimen
	2. Klinis polio	6. Manfaat data surveilans
	3. Klinis AFP	7. Pemantauan mingguan
	4. Penemuan kasus	8. Epidemiologi
2.	Penanggulangan penularan polio	
3.	Imunisasi polio	
4.	Tatalaksana penderita polio	
5.	Pencatatan dan Pelaporan	
x	Referensi	

1. Surveilans AFP dan Virus Polio



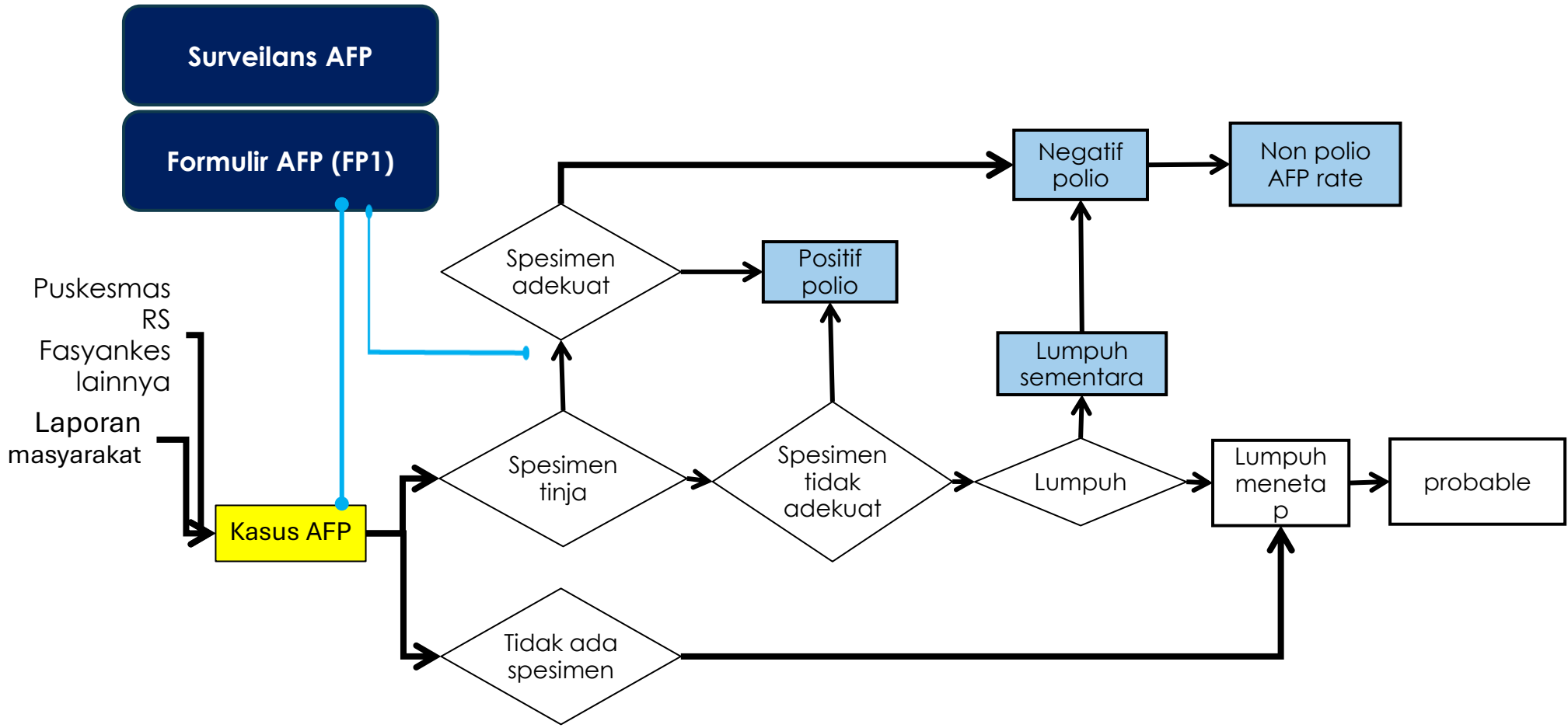
Surveilans AFP (Acute Flaccid Paralysis) dan virus polio dilaksanakan dengan berkualitas tinggi (berkinerja baik) agar dapat menemukan setiap adanya penularan polio, dapat mendeteksi dini adanya KLB polio dan tindakan penanggulangannya, dapat memberikan gambaran perkembangan dan sebaran polio dan sekaligus dapat membuktikan tidak adanya penularan polio di wilayah Puskesmas

Penemuan kasus AFP dan virus polio. Pada upaya eradikasi polio, setiap kasus AFP yang terjadi di wilayah Puskesmas harus dapat ditemukan dini, diambil spesimen tinjanya dan dilakukan pengujian di laboratorium rujukan nasional polio untuk kepastian diagnosis polio atau bukan polio.

Data setiap kasus AFP yang ditemukan, termasuk data hasil pengujian laboratoriumnya, dicatat dalam register AFP Puskesmas (FP1) dan sekaligus sebagai laporan kasus AFP

Kriteria kasus AFP yang memenuhi syarat adalah ditemukan pada 2 minggu pertama atau 14 hari sejak onset lumpuh dan diambil spesimen tinjanya 2 kali dengan selang waktu 24 jam.

1.1. Alur Kerja Surveilans AFP



1.2. Klinis Polio

Polio merupakan penyakit menular (infeksius) disebabkan oleh virus polio. Sangat menular dan berisiko sakit berat (lumpuh) dan meninggal. Virus polio keluar bersama tinja dari seseorang yang terinfeksi virus polio mencemari badan air, makanan dan minuman dan menular melalui mekanisme fecal-oral.

◆ **Gambaran Klinis Polio**

1. Polio non-paralisis dapat menyebabkan muntah, lemah otot, demam, meningitis, letih, sakit tenggorokan, sakit kepala serta kaki, tangan, leher dan punggung terasa kaku dan sakit
 2. Polio paralisis menyebabkan sakit kepala, demam, lemah otot, kaki dan lengan terasa lemah, dan kehilangan refleks tubuh.
 3. Sindrom pasca-polio menyebabkan sulit bernapas atau menelan, sulit berkonsentrasi, lemah otot, depresi, gangguan tidur dengan kesulitan bernapas, mudah lelah dan massa otot tubuh menurun.
- ◆ **Masa inkubasi** Masa inkubasi virus polio biasanya memakan waktu 3-6 hari, dan kelumpuhan terjadi dalam waktu 7-21 hari.
 - ◆ **Penularan.** Ketika seorang anak terinfeksi virus polio liar, virus masuk ke dalam tubuh melalui mulut dan berkembang biak di usus. Ini kemudian keluar ke lingkungan bersama faeces dan menyebar dengan cepat melalui badan air yang akan digunakan sebagai bahan makanan/minuman
 - ◆ Masa penularan adalah sampai dengan 4 hari setelah terinfeksi hari pertama sakit.



1.3. Klinis AFP

Polio merupakan penyakit menular (infeksius) disebabkan oleh virus polio. 1 % dari orang yang terinfeksi virus polio mengalami sakit kelumpuhan berupa lumpuh layuh akut (acute flaccid paralysis).

Oleh karena itu, cara menemukan adanya orang yang terinfeksi virus polio adalah dengan menemukan orang yang mengalami kelumpuhan (lumpuh layuh akut)

Untuk kepentingan surveilans AFP dan virus polio, dilakukan upaya penemuan kasus AFP berumur <15 tahun, dan setiap kasus AFP ditemukan diikuti dengan pengambilan spesimen tinja untuk dilakukan pengujian adanya virus polio atau tidak.

Pengujian spesimen tinja menjadi sangat penting karena banyak kasus lumpuh layuh akut yang disebabkan oleh penyakit bukan polio..

Kasus AFP adalah seseorang yang menderita sakit kelumpuhan anggota badan bersifat layuh (flaccid) dan terjadi secara akut (perkembangan kelumpuhannya cepat dari sejak munculnya gejala sampai mengalami kelumpuhan flaccid sekitar 14 hari)

1.4. Penemuan kasus AFP

Kasus lumpuh layuh akut atau disebut kasus AFP (acute flaccid paralysis) dapat ditemukan ketika kasus datang berobat ke klinik di fasilitas kesehatan (dokter praktek, klinik Puskesmas, klinik rumah sakit) atau masyarakat menemukan adanya kasus AFP dan melaporkan ke petugas Puskesmas



Penemuan AFP di Klinik Puskesmas

Pasien berobat dengan keluhan lumpuh layuh akut, termasuk kasus kelumpuhan dengan diagnosis banding AFP

Laporan masyarakat

Kader, guru, dokter praktek yang mengetahui adanya ksdud lumpuh layuh akut melaporkan ke Puskesmas

Pelacakan kasus - kontak

Setiap temuan kasus polio dilakukan pelacakan adanya AFP lain di antara penduduk wilayah penularannya

Setiap kasus AFP ditemukan dini (14 hari pertama sejak mengalami kelumpuhan), dan diambil spesimen tinja 2 kali dengan selang >24 jam

Penularan polio

Adanya virus polio, baik pada kasus polio dengan gejala kelumpuhan, tanpa gejala, atau lingkungan

1.5. Pengambilan Spesimen Tinja kasus AFP



Setiap kasus AFP SEGERA diambil spesimen tinjanya sebanyak 2 kali dengan selang waktu pengambilan >24 jam

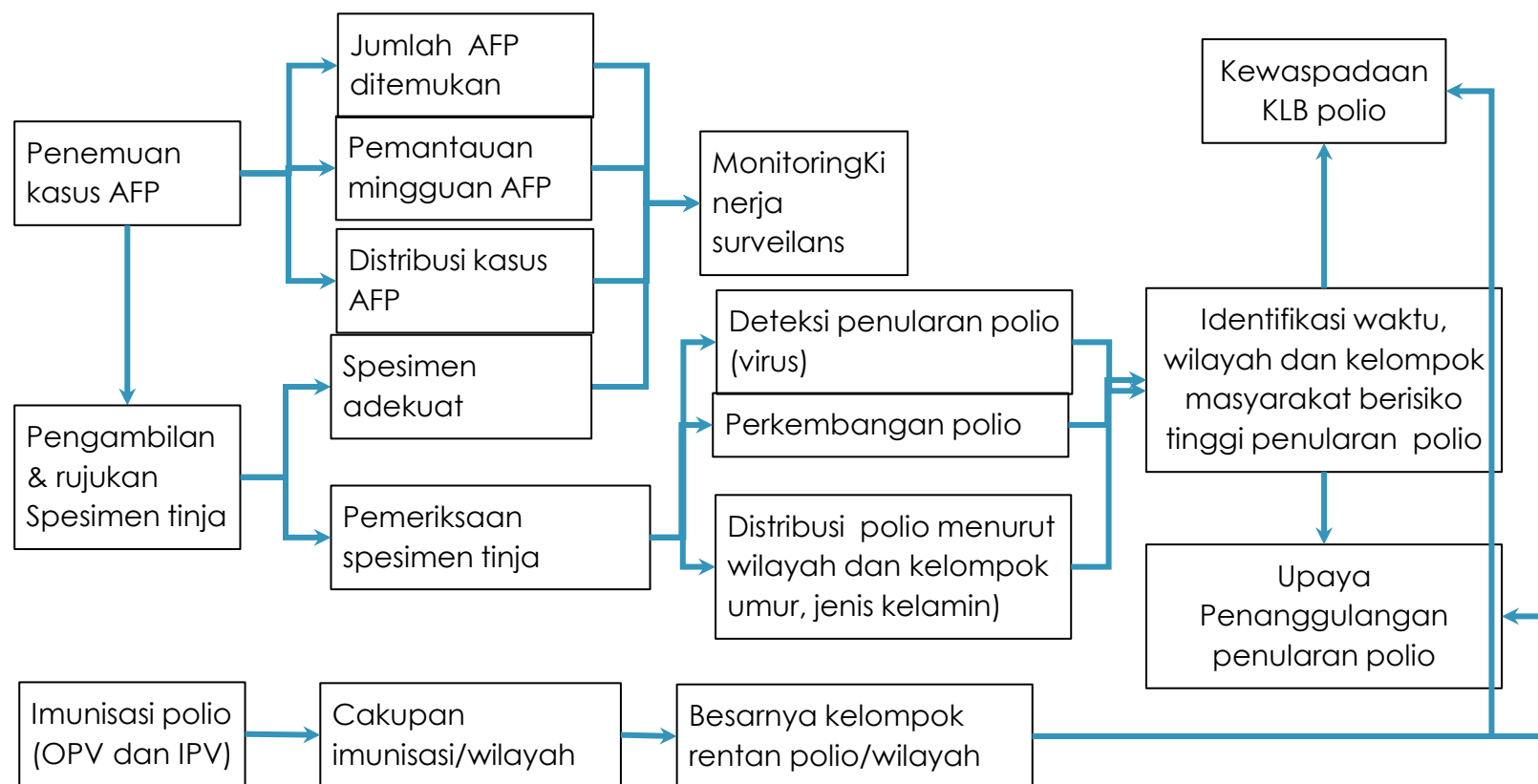
Spesimen tinja yang telah diambil dimasukkan dalam pot tinja khusus dengan identitas yang jelas, dan disimpan dalam suhu dingin 2-8 °C

Spesimen dirujuk ke laboratorium nasional polio dengan menggunakan wadah pembawa spesimen khusus dengan tetap mempertahankan suhu 2-8 °C

Spesimen adekuat

Spesimen tinja yang diambil pada kasus AFP sejak 14 hari pertama munculnya gejala, sebanyak 2 kali dengan selang waktu >24 jam . Volume spesimen cukup, tidak bocor dan tidak rusak saat diterima di laboratorium dengan suhu tetap dipertahankan 2-8 °C

1.6. Manfaat Data pada Surveilans AFP



Indikator Surveilans AFP berkualitas Puskesmas : Semua kasus AFP ditemukan, dilakukan pengambilan spesimen tinja 2 kali dengan selang >24 jam , dengan non polio AFP rate > 2/100.000 pdd/tahun melalui penemuan minimal 1 kasus AFP atau lebih per Puskesmas dalam 12 bulan terakhir

1.7. Pemantauan Mingguan AFP (1)

Data AFP yang terekam dalam Register AFP (FP1) dan temuan kasus polio sebagai hasil pengujian laboratorium kasus AFP dapat dimanfaatkan untuk pemantauan mingguan AFP dan perkembangan kasus polio, yang sekaligus berguna untuk membuktikan berakhirnya penularan polio suatu wilayah. Pemantauan mingguan AFP sendiri berguna untuk menunjukkan kinerja surveilans AFP

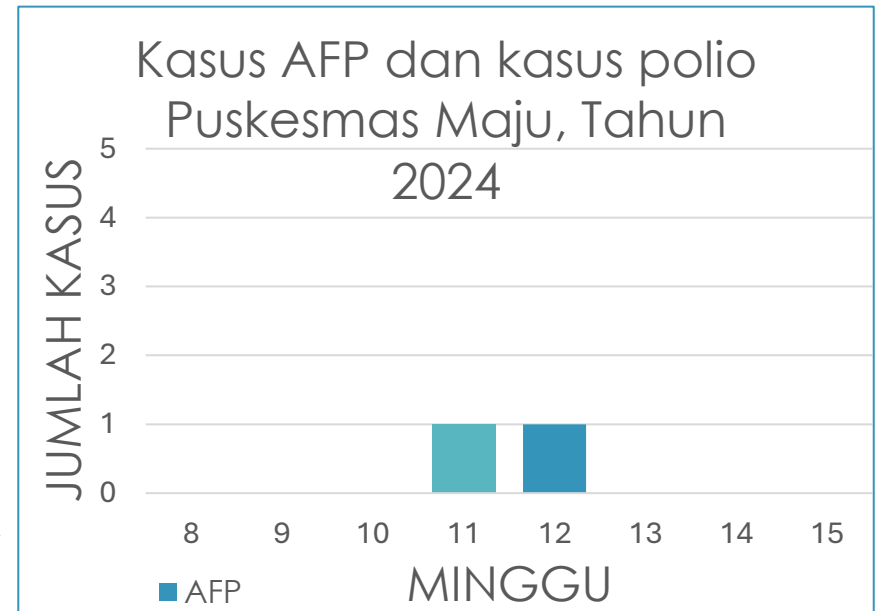
PEMANTAUAN MINGGUAN AFP dan kasus polio PUSKESMAS MAJU 2024								
	MINGGU KE							
Des a								
1								
2								
3								
4								
JML								

Langkah Pelaksanaan

1. Dipastikan kasus-kasus AFP sebagai hasil pemeriksaan spesimen tinja telah terdata dengan baik pada Register AFP Puskesmas (variabel tanggal kejadian, domisili (desa/kelurahan, RW, RT./dusun)
2. Buat nama variabel baru Minggu
3. Isikan data Minggu sesuai dengan tanggal kejadian (lihat kalender surveilans)
4. Buat Daftar Kasus AFP, berisi variabel Minggu dan Wilayah (RW), juga daftar kasus polio
5. Hitung data jumlah kasus AFP dan kasus polio untuk setiap Minggu masing-masing wilayah (desa)
6. Daftar Kasus AFP dan kasus polio digunakan untuk membuat tabel Pemantauan Mingguan AFP dan kasus polio

1.7. Pemantauan Mingguan AFP (2)

PEMANTAUAN MINGGUAN AFP dan kasus polio PUSKESMAS MAJU 2024								
	MINGGU KE							
Desa	8	9	10	11	12	13	14	15
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	1/1	1/0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0
JML	0	0	0	1/1	1/0	0	0	0



Pembahasan

Ditemukan 1 kasus AFP bukan polio dalam 12 bulan terakhir di wilayah Puskesmas Maju, dengan 1 kasus AFP polio pada Desa 3, minggu 12 tahun 2024

1.8. Epidemiologi AFP dan virus polio (1)

Data kasus polio yang terekam dalam Register AFP dan virus polio Puskesmas dapat dimanfaatkan untuk mendapatkan gambaran epidemiologi (deskriptif) kasus polio menurut wilayah (desa) baik data absolut maupun angka kesakitan (incidence rate). Data ini dapat saja dihubungkan atau dibandingkan dengan cakupan imunisasi polio pada wilayah yang sama.

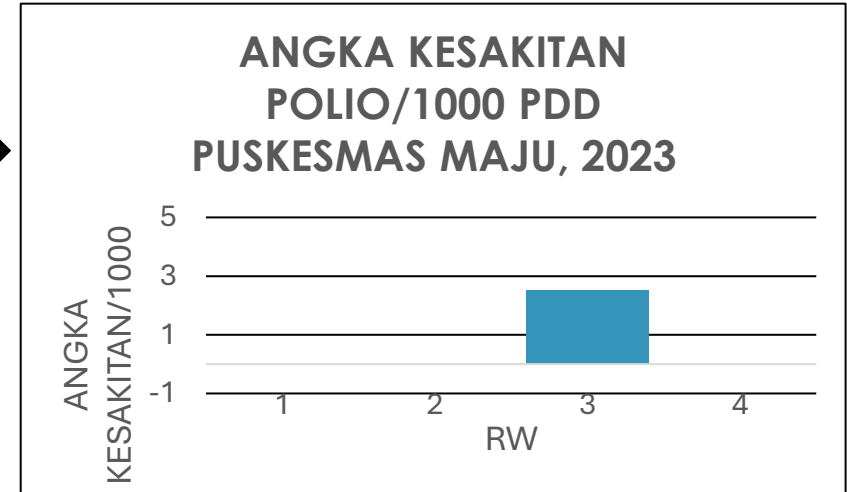
EPIDEMIOLOGI POLIO PUSKESMAS MAJU, 2023			
Desa	KASUS	PDD	AK/1000
1	0	501	0
2	0	250	0
3	2	412	2,5
4	0	1201	0
JML	2	2364	0,8

Langkah Pelaksanaan

1. Dipastikan kasus-kasus suspek polio sebagai hasil pemeriksaan spesimen tinja kasus AFP telah terdata dengan baik pada Register AFP dan virus polio Puskesmas (variabel tanggal kejadian, domisili (desa/kelurahan, RW, RT,/dusun)
2. Buat Tabel Epidemiologi Polio, berisi variabel Desa untuk tahun 2023 (contoh)
3. Hitung data jumlah kasus sesuai Desanya
4. Cari data jumlah penduduk masing-masing Desa
5. Hitung angka kesakitan (AK) masing-masing Desa
6. Dari tabel Epidemiologi Polio dibuat penyajian data dalam bentuk grafik dan peta
7. Lakukan pembahasan (analisis dan interpretasi) risiko penularan polio masing-masing wilayah (Desa)

1.8. Epidemiologi AFP dan Virus Polio (2)

EPIDEMIOLOGI POLIO PUSKESMAS MAJU, 2023			
Desa	KASUS	PDD	AK/1000
1	0	501	0
2	0	250	0
3	2	412	2,5
4	0	1201	0
JML	2	2364	0,8

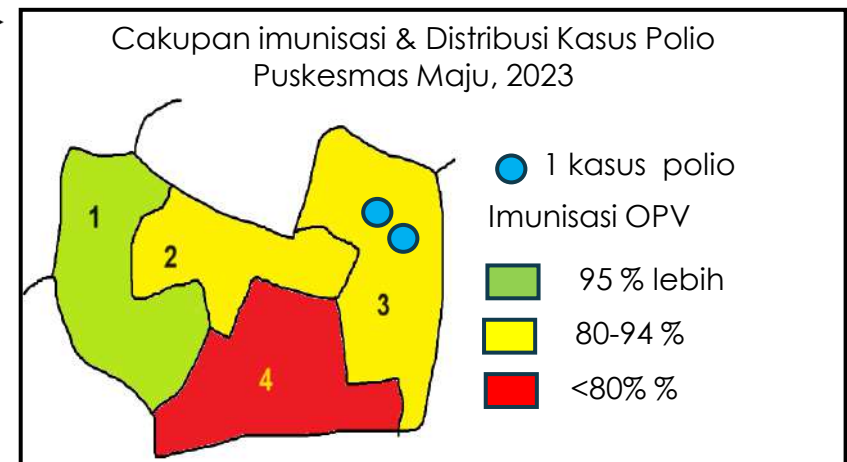


Pembahasan

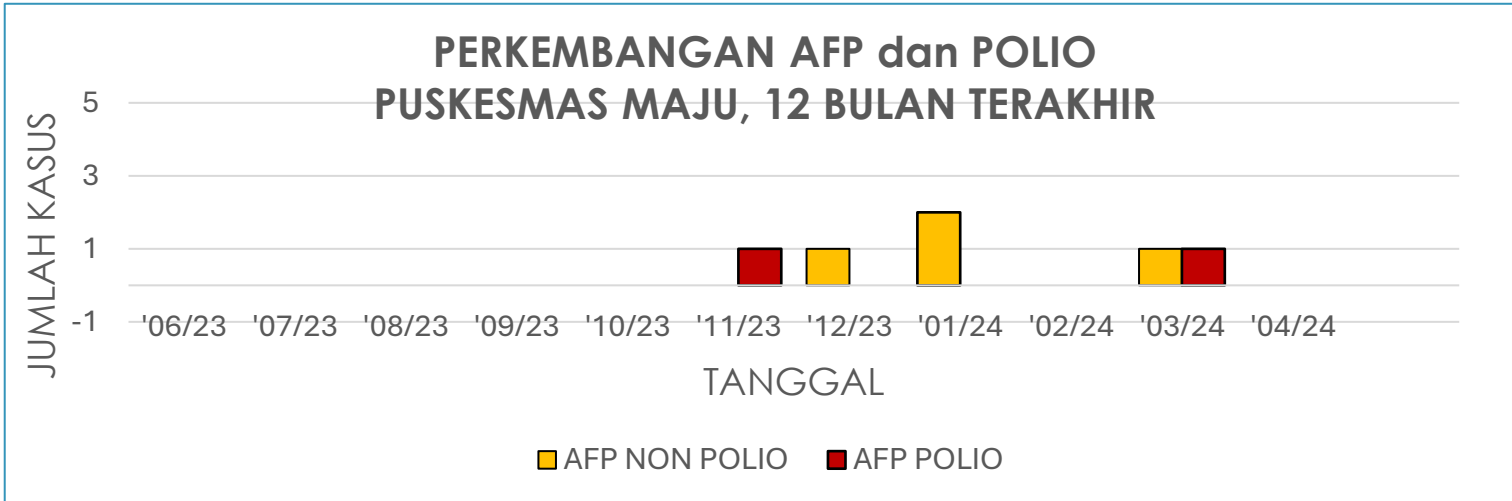
1. Risiko penularan polio tinggi di Desa 3 dan 4
2. Diperkirakan Desa 4 juga akan terjadi banyak penularan polio karena cakupan imunisasi masih rendah

Rekomendasi

PIN OPV tinggi di semua desa

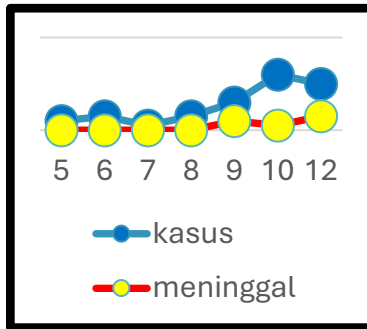


1.8. Epidemiologi AFP dan VIRUS POLIO (3)



PERKEMBANGAN CAMPAK (konfirmasi & epid) PUSKESMAS MAJU, 12 BULAN TERAKHIR												
	2023							2024				
DESA	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
002	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8
003	0	0	0	0	0	0/1	1/0	2/0	0	1/1	0	2
004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
JML	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	11

2. Penanggulangan KLB POLIO (1/3)



Tujuan Penanggulangan KLB Polio

- Memutuskan rantai penularan KLB di wilayah terjangkit dan wilayah sekitarnya (sesuai kajian epidemiologi)
- Mencegah komplikasi dan kematian pada kasus polio dengan kelumpuhan
- Menentukan langkah-langkah penanggulangan

Kriteria KLB Polio : Adanya 1 atau lebih seseorang dengan virus polio .

2. Upaya Penanggulangan KLB Polio (2/3)

Penetapan KLB dan penanggulangannya berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan

- a. Penyelidikan epidemiologi untuk mengetahui penyebab terjadinya KLB, luas wilayah terjangkit dan cara mencegah penyebaran yang lebih luas. Penyelidikan dapat mengidentifikasi wilayah-wilayah berisiko tinggi penularan dan tindakan penanggulangan yang sesuai (oleh tim penanggulangan KLB polio Kementerian Kesehatan)
- b. Tata laksana kasus
- c. Outbreak Response Immunization atau ORI. ORI merupakan pemberian imunisasi tambahan polio tanpa melihat status imunisasi sebelumnya yang bertujuan memutuskan penularan dan menanggulangi KLB.
- d. Surveilans dilakukan untuk menemukan setiap kasus secara dini, serta menentukan gambaran epidemiologi menurut waktu, tempat dan orang
- e. Komunikasi risiko kepada masyarakat dan para pengambil Keputusan



Indikasi KLB polio berakhir

tidak terdapat laporan adanya kasus polio baru dalam 6 bulan atau lebih berturut-turut setelah kasus polio terakhir, yang didukung dengan surveilans berkinerja baik, dan cakupan imunisasi polio (ORI) yang tinggi merata

2. Penanggulangan KLB (3/3) : Outbreak Response Immunization (ORI)

- Luas wilayah dan kelompok usia sasaran ditentukan berdasarkan kajian epidemiologi bersama oleh ahli, Kementerian Kesehatan, serta Global Polio Eradication Initiative (GPEI).
- ORI dalam rangka penanggulangan KLB Polio merupakan kegiatan pemberian imunisasi tambahan yang terdiri dari ORI cepat terbatas dan ORI skala luas.
 - ORI cepat terbatas: dimulai selambat-lambatnya 14 hari setelah notifikasi kasus/KLB polio.
 - ORI skala luas: putaran 1 dimulai selambat-lambatnya 28 hari setelah notifikasi kasus/KLB polio, putaran kedua dilaksanakan dengan jarak minimal 1 bulan dari putaran 1.
- Target cakupan ORI adalah minimal 95% untuk setiap putaran, merata di seluruh wilayah

2. Penanggulangan KLB (3/3) : Outbreak Response Immunization (ORI)

Langkah Penyelenggaraan:

1. Pra Pelaksanaan
 1. Menentukan luas wilayah dan kelompok usia sasaran
 2. Melakukan upaya persiapan
 3. Menyusun mikroplaning
2. Pelaksanaan
 1. Menentukan tempat pelaksanaan layanan
 2. Menyiapkan dan melakukan tata kelola vaksin dan logistik sesuai prosedur
 3. Melakukan pemberian imunisasi yang aman
 4. Melaksanakan manajemen limbah sesuai prosedur
 5. Melakukan pencatatan dan pelaporan
 6. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan
 7. Melaksanakan surveilans KIPI
3. Pasca Pelaksanaan
 1. Melaksanakan evaluasi pasca pelaksanaan
 2. Melaksanakan penguatan imunisasi rutin
 3. Melaksanakan penguatan surveilans

3. Tatalaksana Kasus Polio

Tinja setiap orang terinfeksi virus polio adalah tercemar virus polio dan oleh karena itu tidak boleh BAB sembarangan. , BAB pada jamban yang aman (tidak mencemari badanbadan air)

Kasus polio dengan kelumpuhan, perlu dirawat agar tidak bertambah cacatnya dan dilatih agar kelumpuhannya dapat ditangani dengan benar.



Upaya perawatan difokuskan untuk mencegah komplikasi dan mencegah penularan ke orang lain

1. Isolasi. (tinggal di rumah atau dirawat di rumah sakit apabila risiko kelumpuhan akan mengalami pemburukan
2. Edukasi PHBS (makan bergizi)
3. Pengobatan kasus polio dengan kelumpuhan berupa terapi simptomatik, makanan cukup, gizi dan rehabilitasi
4. Rujuk ke rumah sakit jika diperlukan

4. Imunisasi Rutin Polio

Imunisasi rutin lengkap harus diberikan kepada setiap anak agar mendapatkan perlindungan yang optimal dari penyakit polio. Vaksin yang diberikan dalam imunisasi rutin terdiri dari 2 jenis yaitu vaksin polio tetes (OPV) dan polio suntik (IPV), dengan jadwal sebagai berikut:

1. 4 dosis imunisasi OPV pada usia 1,2, 3 dan 4 bulan
 2. 2 dosis imunisasi IPV pada usia 4 dan 9 bulan
- Bila anak terlambat mendapatkan imunisasi rutin, segera lakukan imunisasi kejar untuk melengkapi status imunisasinya.
 - Cakupan imunisasi rutin harus tinggi dan merata (minimal 95%), agar terbentuk kekebalan kelompok.

5. Pencatatan dan Pelaporan (1/2)

5.1. Kasus AFP dan virus polio hasil pengujian laboratorium dicatat dalam formulir Register Kasus AFP dan virus polio (FP1)

5.1.1. Data kasus AFP dan virus polio dimanfaatkan untuk monitoring penemuan kasus AFP dan melakukan analisis terhadap perkembangan kasus polio

5.1.2. Kinerja surveilans AFP dan virus polio adalah

- Laporan mingguan kasus AFP >80 % per Puskesmas/tahun
- Jumlah kasus AFP bukan polio ditemukan dalam 12 bulan terakhir 2/100.000 populasi <15 tahun/ 1-2 kasus AFP per Puskesmas/tahun
- Spesimen adekuat lebih dari 80 % dari semua kasus AFP diperiksa spesimennya/semua kasus AFP dengan spesimen adekuat di setiap Puskesmas

5.2. Imunisasi polio

- Data imunisasi dicatat dalam sistem pelaporan imunisasi ASIK
- Cakupan Imunisasi polio rutin adalah >95 % /tahun/desakelurahan

5.3. Penanggulangan KLB polio

- Data imunisasi dicatat dalam sistem pelaporan imunisasi ASIK
- Cakupan imunisasi polio (ORI) adalah >95 %/desakelurahan

Pencatatan & Pelaporan (2/2)

Register kasus AFP dan virus polio (FP1)

[Link <FP1 \(pdf\)>](#)

Format 7.3 (2023) FP1

A. Formulir Pelacakan Kasus AFP

Kab/kota:	Propinsi:	Nomor EPID:
Sumber Laporan berasal:		
Nama instansi pelapor:		
Tanggal laporan diterima:	Tanggal pelacakan:	
I. Identitas Penderita		
Nama penderita:	Jenis kelamin: <input type="radio"/> L <input type="radio"/> P	
Tanggal lahir:	Umur: .....tahun; .....bulan; .....hari	
Alamat:		
Kelurahan/desa:		Kecamatan:
Nama orang tua:		
II. Riwayat Sakit		
Tanggal mulai sakit:		Tanggal mulai lumpuh/lemah:
Tanggal meninggal (bila penderita meninggal):		
Setelah lumpuh/lemah, apakah penderita berobat ke Rumah Sakit?	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	
	Nama Rumah Sakit :	
	Tanggal berobat :	
Diagnosis :		No. rekam medik:
Apakah kelumpuhan/kelemahan sifatnya akut (1-14 hari)? <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak		
Apakah kelumpuhan/kelemahan sifatnya layu (flaccid)? <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak		
Apakah kelumpuhan/kelemahan disebabkan ruda <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak		
Bila kelumpuhan/kelemahan akut, layu, tidak disebabkan rudapaksa, lanjutkan pelacakan, beri nomor EPID		
III. Gejala/Tanda		
Apakah penderita demam sebelum lumpuh/lemah? <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak		
Anggota gerak	Kelumpuhan/Kelemahan	Gangguan rasa raba
• Tungkai kanan	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
• Tungkai kiri	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
• Lengan kanan	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
• Lengan kiri	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
• Lain-lain, sebutkan: Muka, leher,		

Format 7.3

IV. Riwayat Kontak

Dalam satu bulan terakhir sebelum sakit, apakah penderita pernah bepergian?		NO. EPID :	
		Lokasi :	Tanggal pergi :
		<input type="radio"/> Ya	<input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak tahu
Dalam satu bulan terakhir sebelum sakit, apakah penderita pernah berkunjung ke rumah anak yang baru mendapat imunisasi polio?		<input type="radio"/> Ya	<input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak tahu
Dalam satu bulan terakhir sebelum sakit, apakah penderita pernah berkunjung ke rumah anak yang belum mendapat imunisasi polio?		<input type="radio"/> Ya	<input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak tahu
V. Status Imunisasi polio			
Imunisasi rutin	Jumlah dosis OPV	<input type="radio"/> 1x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x <input type="radio"/> 4x <input type="radio"/> Belum pernah <input type="radio"/> Tidak Tahu	
	Jumlah dosis IPV	<input type="radio"/> 1x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x <input type="radio"/> 4x <input type="radio"/> Belum pernah <input type="radio"/> Tidak Tahu	
Sumber informasi		<input type="radio"/> KMS/catatan Jurim <input type="radio"/> Ingatan responden	
PIN, Mop-up, ORI, BIAS Polio	Jumlah dosis OPV	<input type="radio"/> 1x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x <input type="radio"/> 4x <input type="radio"/> Belum pernah <input type="radio"/> Tidak Tahu	
	Jumlah dosis IPV	<input type="radio"/> 1x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x <input type="radio"/> 4x <input type="radio"/> Belum pernah <input type="radio"/> Tidak Tahu	
Sumber informasi		<input type="radio"/> Catatan <input type="radio"/> Ingatan responden	
Tanggal imunisasi polio terakhir		OPV:	IPV: <input type="radio"/> Tidak tahu
VI. Pengumpulan spesimen			
		Kab/kota ke Provinsi	Kab/Kota/Provinsi ke Lab
Spesimen I	Tanggal ambil:	Tanggal kirim:	Tanggal kirim:
Spesimen II	Tanggal ambil:	Tanggal kirim:	Tanggal kirim:
Alasan tidak diambil spesimen:			
Petugas pelacak:		Hasil Pemeriksaan:	
Nama:		Diagnosis:	
Tanda tangan:		Nama DSA /DSS/DRM/ Dr /Pemeriksa lain:	
		No. Telp./ HP:	
		Tanda tangan:	

Referensi

Petunjuk Teknis Surveilans Campak. Ditjen P2P, 2023
<https://drive.google.com/file/d/1IN-isVhIR5NUbwsI890L7ns1W4VA7sGJ/view?usp=sharing>

Penyelenggaraan Imunisasi. PMK 12, 2017 :
<https://drive.google.com/open?id=1kVV4AJsmdkvYKigx3ykhKaqow2rQZV77>

Pedoman Praktis Imunisasi Puskesmas, Dirjen 2021
<https://drive.google.com/open?id=1UObbIRkl8lexqCeO1PA7ynLAWLATt0KQ>

Pedoman Klaster IV

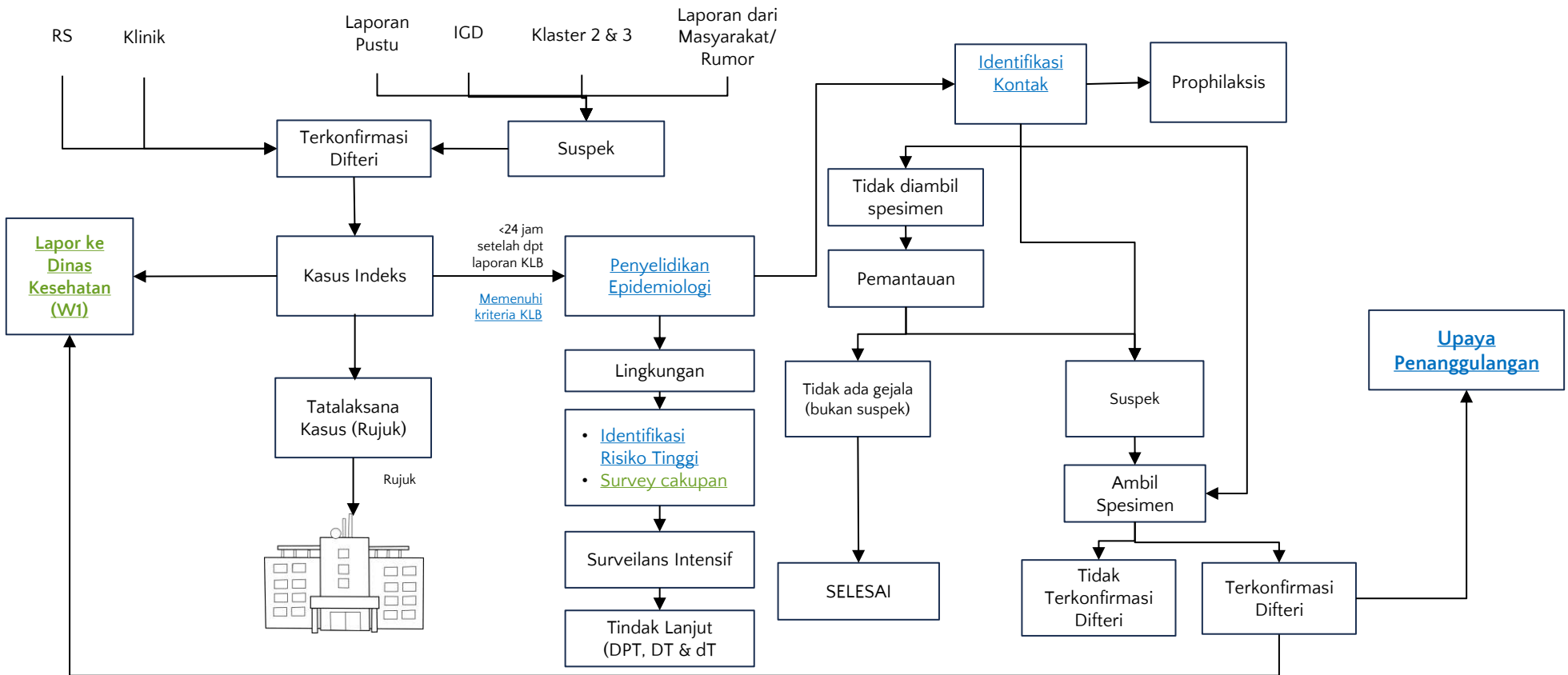
Difteri



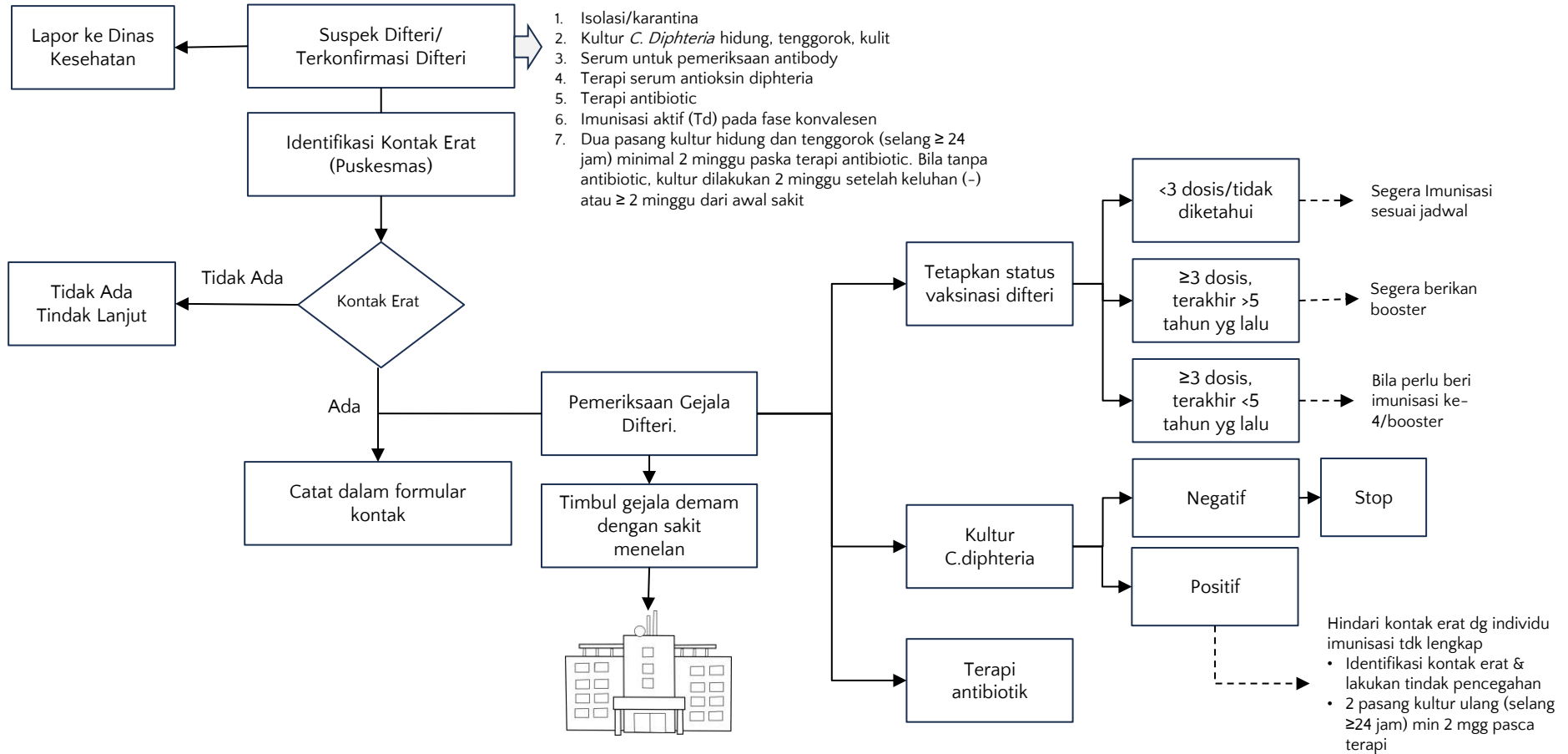
Upaya Penanggulangan



Menu Utama



Tatalaksana Kontak Erat



Upaya Penanggulangan



1. Penyelidikan Epidemiologi KLB Difteri
2. Mencegah penyebaran KLB Difteri :
 - Perawatan dan pengobatan kasus secara adekuat
 - Penemuan dan pengobatan kasus tambahan
 - Penemuan dan pemberian profilaksis kontak erat
3. Komunikasi risiko tentang difteri dan pencegahan kepada masyarakat
4. Pelaksanaan ORI di daerah yang memenuhi kriteria

Penemuan Kasus (Alur peran)



Keluarga/masyarakat



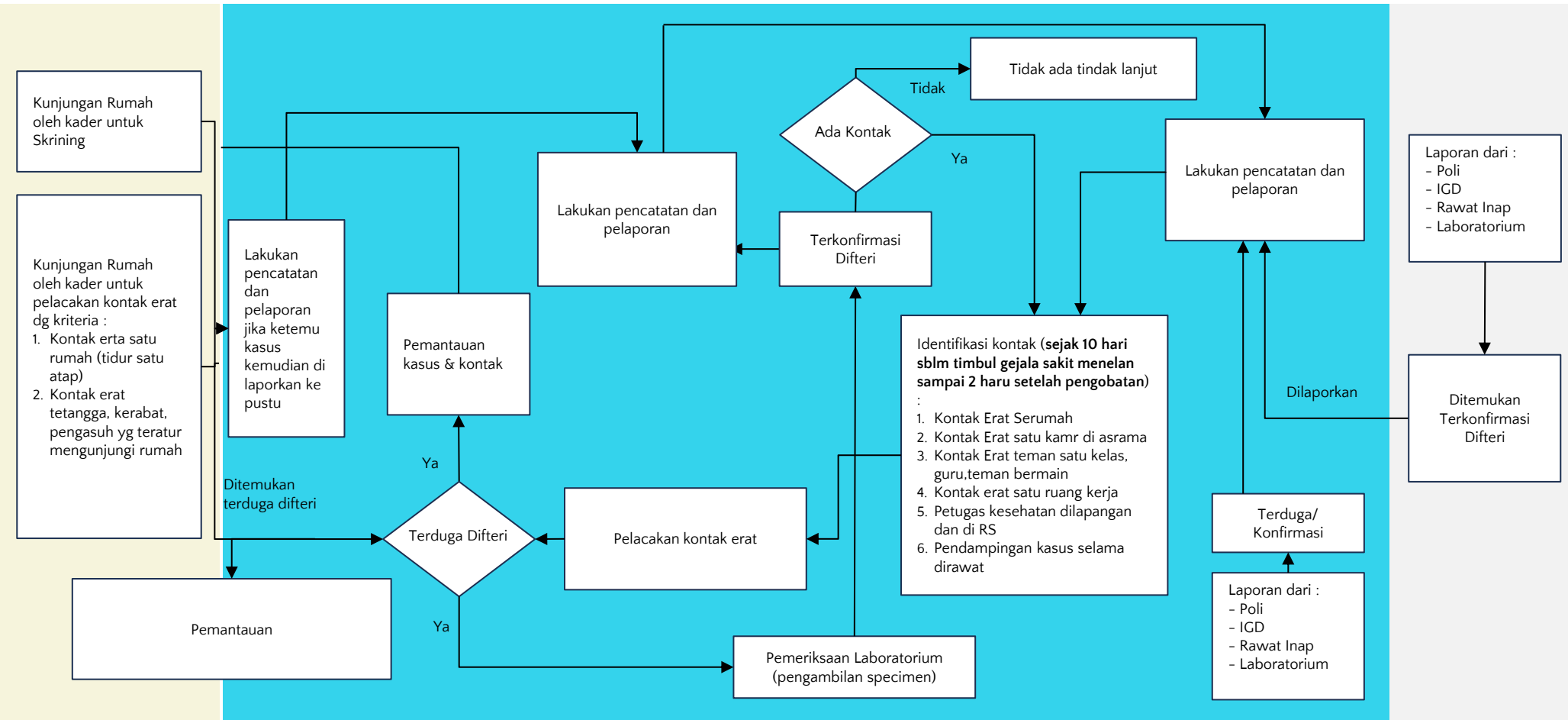
Pustu



Puskesmas/FKTP



FKTL



Penyelidikan Epidemiologi



- Laporan adanya kasus yang datang dari masyarakat, petugas kesehatan, RS , puskesmas bahkan media, harus secepatnya ditindaklanjuti dengan melakukan konfirmasi informasi
- Konfirmasi informasi diantaranya dengan menanyakan kembali informasi yang lebih lengkap tentang gejala, jumlah kasus, waktu sakit dan tempatnya, melihat data PWS dengan grafik, dll.
- Setelah adanya kepastian bahwa informasi tersebut akurat merupakan KLB suatu penyakit, secepatnya dilakukan pemberitahuan ke tingkat hirarkinya. Selanjutnya dilakukan penyelidikan epidemiologi oleh Tim Gerak Cepat KLB
- Penyelidikan epidemiologi (pelacakan) harus dilakukan secepatnya (<24 jam) setelah mendapat laporan
- Petugas yang melaksanakan penyelidikan epidemiologi adalah petugas yang terlatih (Pustu, PKM, Dinkes Kab/Kota, Dinkes Prop, Depkes Pusat) dari bidang Surveilans dan Imunisasi

Penyelidikan Epidemiologi



Form DIF-1

FORMULIR PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI SUSPEK DIFTERI

Provinsi : _____
 Kab/Kota : _____
 Puskesmas : _____

NO EPID:

D	-						
<small>Provinsi</small>	<small>Kab/Kota</small>	<small>Kecamatan</small>	<small>Desa/Kelurahan</small>	<small>Rukoh</small>	<small>Rukoh</small>	<small>Rukoh</small>	<small>Rukoh</small>

I. Identitas Pelapor

1. Nama : _____
 2. Nama Kantor & Jabatan : _____
 3. Kabupaten/Kota : _____
 4. Provinsi : _____
 5. Tanggal Terima Laporan : ___/___/20__
 6. Tanggal Pelacakan Laporan : ___/___/20__

II. Identitas Penderita

1. Nama : _____
 2. Nama Orang Tua/KK : _____
 3. Jenis Kelamin : [L/P *] Tgl. Lahir : ___/___/___
 4. Umur : _____ tahun _____ bulan
 5. Berat Badan : _____ Kg
 6. Tinggi badan : _____ C
 8. Alamat Lengkap : _____
 9. Desa/Kelurahan : _____ Kecamatan : _____
 11. Kabupaten/Kota : _____ Provinsi : _____
 12. Tel/HP : _____
 13. Pekerjaan : _____
 14. Alamat Tempat Kerja : _____
 15. Orang tua/ Wali/ Saudara dekat yang dapat dihubungi : _____
 16. Alamat Lengkap Wali : _____
 17. Desa/Kelurahan : _____ Kecamatan : _____
 19. Kabupaten/Kota : _____ Provinsi : _____
 21. Nomor Telepon / HP : _____

III. Riwayat Sakit

1. Tanggal mulai sakit (sakit tenggorokan) : ___/___/20__
 2. Reaksi Utama yang mendorong untuk berobat : _____
 3. Gejala dan Tanda Sakit : _____
 3 a) Demam Tanggal : ___/___/20__
 b) Sakit Tenggorokan Tanggal : ___/___/20__
 c) Leher Bengkak Tanggal : ___/___/20__
 d) Sesak nafas Tanggal : ___/___/20__
 e) Pseudomembran Tanggal : ___/___/20__
 f) Gejala lain, sebutkan _____

- Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri) oleh TGC (Tim Gerak Cepat) KLB saat melakukan penyelidikan epidemiologi KLB Diphteri, harus menggunakan masker
- Salah satu tujuan penyelidikan epidemiologi adalah untuk mencari kasus lain (kasus tambahan), indeks kasus dan mengetahui penyebaran kasus dengan kunjungan dari rumah ke rumah menggunakan **Form Diph-1**, serta mendapatkan informasi epidemiologis untuk penanggulangan seperti :
 - Cakupan imunisasi rutin Difteri pada periode tertentu untuk memperkirakan kelompok rentan berdasarkan geografi, kelompok umur, dan jenis kelamin.
 - Distribusi kasus Difteri pada periode tertentu meliputi: geografi, kelompok umur, jenis kelamin, dan status Imunisasi.
- Untuk mencari kasus tambahan dan indeks kasus, ditanyakan ada tidaknya masyarakat disekitarnya yang mempunyai gejala serupa dan kapan mulai sakitnya

Penyelidikan Epidemiologi



Hasil wawancara diupayakan agar bisa diketahui :

- Indeks kasus atau paling tidak dari mana kemungkinan kasus berawal
- Kasus-kasus tambahan yang ada di sekitarnya
- Cara penyebaran kasus
- Waktu penyebaran kasus,
- Arah penyebaran penyakit
- Siapa, dimana, berapa orang yang kemungkinan telah kontak (hitung penggolongan umur untuk keperluan perencanaan profilaksis dan imunisasi/ORI). Untuk mempermudah kemungkinan penyebaran kasus, sebaiknya dibuat peta lokasi KLB dan kemungkinan mobilitas penduduknya
- Persiapan pemberian profilaksis dan imunisasi (ORI)

Identifikasi Kontak



- Siapapun yang kontak erat dengan kasus, 7 hari sebelumnya dianggap berisiko tertular.
- Kontak erat penderita atau karier meliputi :
 - Anggota serumah
 - Teman, kerabat, pengasuh yang secara teratur mengunjungi rumah
 - Kontak cium / seksual
 - Teman di sekolah, teman les, teman mengaji, teman sekerja
 - Petugas kesehatan di lapangan dan di RS
- Semua kontak erat harus dicari gejala dan tanda-tanda Difteri dan diawasi setiap hari selama 7 hari dari tanggal terakhir kontak dengan kasus ini. Pengawasan sehari-hari harus mencakup pemeriksaan tenggorokan untuk menemukan pseudomembran dan pengukuran suhu. Status imunisasi juga harus diperiksa dan dicatat.

Identifikasi Risiko



Identifikasi ancaman kemungkinan KLB di wilayah tsb

- Tidak imunisasi
- Status gizi rendah
- Suhu lemari es >8C
- Mobilitas penduduk tinggi
- Posyandu tidak rutin buka, dll

Pelaporan



Ada beberapa jenis pelaporan dalam penanggulangan KLB, antara lain :

- Laporan
 - Laporan cepat <24 jam
 - Bisa didahului dengan telephon atau SMS namun harus dilanjutkan dengan form W1
 - Laporan Penanggulangan Sementara KLB
- Laporan Sementara hasil penanggulangan namun KLB masih belum selesai
- Laporan akhir penanggulangan KLB Difteri

LAPORAN "SEMENTARA" PENANGGULANGAN KLB DIFTERI

- **Judul**
- **Dasar :**
Laporan dari PKM, Televisi, Radio, Koran, dll
- **Kronologis Kejadian**
- **Kegiatan :**
Menceritakan kegiatan yang telah dilakukan dalam penyelidikan epidemiologi
- **Hasil Penyelidikan :**
menceritakan siapa yang sakit/mati, dimana sakitnya, berapa yang sakit/mati, kenapa bisa sakit/mati, situasi perkembangan KLB saat ini setelah mulai ditanggulangi
- **Pembahasan :**
diceritakan tentang situasi KLB menurut versinya disesuaikan dengan analisis dan teori yang ada, buat hipotesa
- **Kesimpulan :**
buat kesimpulan sementara tentang penyebab dan kemungkinan perkembangan KLB
- **Tindakan yang telah dan akan dilakukan :**
Ceritakan secara singkat tentang tindakan yang telah dilakukan dan akan dilakukan untuk mengatasi KLB tersebut

LAPORAN "AKHIR" PENANGGULANGAN KLB DIFTERI

- **Dasar**
 - **Kronologis Kejadian**
 - **Tinjauan Pustaka**
 - **Metodelogi**
 - **Hasil Kegiatan dan Pembahasan**
 - ❖ Jumlah yang tercakup di wilayah KLB
 - ❖ Keadaan sanitasi, social ekonomi, budaya dan adapt yang berkaitan dengan KLB
 - ❖ Lamanya KLB berlangsung (Mulai, akhir, lama kejadian, masa inkubasi, dll)
 - ❖ Distribusi menurut waktu, tempat dan orang, attack rate, CFR, gejala klinis
 - ❖ Sumber dan cara penularan
 - ❖ Pengambilan dan pemeriksaan specimen
 - **Tindakan Penanggulangan yang telah dilakukan**
 - ❖ Jenis tindakan, nama & jumlah bahan yang dipergunakan
 - ❖ Vaksin (jenis vaksin, sasaran, dosis & fekuensi pemberian cakupan, dll)
 - ❖ Pengobatan (jenis obat, jml kasus diobati, dosis pemberian, jumlah obat, dll)
- Lampirkan hasil survey cakupan dan pelaksanaan imunisasi tambahan.*
- **Biaya penanggulangan**
 - ❖ Perjalanan, bahan dan alat
 - **Masalah dan Hambatan**
 - **Kesimpulan dan saran**

Form yang digunakan dalam pencatatan surveilans

No	Jenis Form	Kegunaan	Unit Pelapor
1	DIF-1	Formulir utama investigasi kasus Difteri	Puskesmas
2	DIF-2	Formulir monitoring harian kontak erat minum profilaksis	Puskesmas
3	DIF-3	Form list kasus suspek difteri untuk analisis lebih lanjut	Dinkes Kesehatan Kab/Kota/Provinsi
4	DIF-4	Form permohonan pemeriksaan specimen suspek difteri	Dinkes Kesehatan Kab/Kota
5	DIF-5	Form notifikasi ke dinkes terkait adanya kasus suspek PD3I yg berobat di fasyankes	Rumah Sakit/ fasyankes lainnya
6	DIF-6	Form Konsultasi kasus observasi difteri ke komite ahli	Puskesmas/Fasyankes/ Dinkes Kesehatan Kab/Kota/Provinsi
7	DIF-7	Form supervise ke dinkes Kab/Kota oleh dinkes provinsi/supervise ke puskesmas oleh dinkes Kab/Kota	Dinkes Kesehatan Kab/Kota/Provinsi
8	DIF-8	Form laporan mingguan RS ke dinkes Kab/Kota	Rumah Sakit

KLB DIFTERI



Suatu wilayah kabupaten/kota dinyatakan dalam situasi KLB Difteri jika ditemukan satu kasus Difteri Konfirmasi Laboratorium.

ATAU

Jika ditemukan suspek Difteri yang mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus Difteri Konfirmasi Laboratorium.

NOTED !

- Satu suspek Difteri harus dilakukan penanganan lebih dini untuk mencegah penyebaran yang lebih luas. Semua kasus suspek Difteri tetap ditatalaksana sesuai dengan penanganan KLB (dilakukan PE dan penanggulangan sesuai SOP).
- Pencabutan status KLB dapat dilakukan apabila sudah tidak ditemukan kasus baru dalam dua kali masa inkubasi terpanjang penyakit.

Langkah – Langkah PE Kejadian Differi



- 1. Ada laporan kasus terduga differi**
- 2. Konfirmasi Kasus. Bisa dengan telepon atau lainnya**
 - a. Menghubungi sumber pelapor
 - b. Konfirmasi terkait dengan orang (jumlah kasus, gejala, kronologi kasus, kondisi saat ini), tempat (dimana kejadian tersebut terjadi), waktu (tgl mulai sakit, tgl masuk faskes)
 - c. Meminta foto atau dokumentasi yang mendukung dalam diagnose (foto kondisi pasien, hasil lab atau lainnya)
- 3. Persiapan Penyelidikan Awal**
 - a. Pelajari pedoman singkat. terkait definisi kasus, gejala, kriteria KLB, tatalaksana kasus, cara pengambilan spesimen, penyelidikan dan penanggulangan serta pelaporan.
 - b. Konsultasi dan koordinasi dengan Dinas Kesehatan
 - c. Menyediakan form PE Differi (Form DIF 1)
 - d. Menyiapkan alat perlindungan diri
 - e. Koordinasi dg laboratorium terkait dg pengambilan sampel. Persiapkan alat pendukung pengambilan, penyimpanan & pengiriman sampel
 - f. Menyiapkan obat profilaksis untuk kontak erat
 - g. Koordinasi pihak terkait (petugas kesehatan setempat, pimpinan setempat)

Langkah – Langkah PE Kejadian Difteri



- 4. Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi Awal (1x24 jam) :**
 - a. Pemeriksaan fisik dan wawancara pada pasien (gejala, Riwayat tertular/kasus serupa, treatment yang telah didapatkan, identifikasi riwayat kontak dan informasi lain sesuai form PE difteri pada pedoman)
 - b. Pengambilan sampel oleh tenaga terlatih pada pasien (Lihat Pedoman Difteri Hal 52)
 - c. Mencari kasus tambahan
- 5. Identifikasi** kasus dari sumber penularan yang sama
- 6. Menggali informasi** pada pasien & petugas kesehatan/surveilans jika ada kasus serupa
- 7. Pelaporan (W2 1x24 jam dan SKDR)** dan konsultasi dengan dinas kesehatan dari hasil penyelidikan epidemiologi awal
- 8. Memantau perkembangan** kasus, kontak erat dan mungkin jika ada kasus tambahan
- 9. Laporan hasil investigasi** segera dikirim ke dinkes kab/kota setelah investigasi selesai dilakukan
- 10. Menginformasikan kepada jejaring** surveilans jika ada warga yang memiliki gejala serupa, untuk dilaporkan ke puskesmas

Komunikasi Risiko



Komunikasi Risiko terkait :

- Pengenalan tanda awal Difteri
- Segera ke pelayanan kesehatan bila ada tanda dan gejala nyeri tenggorok, serta menggunakan masker baik keluarga maupun kasus dan mengurangi kontak erat dengan orang lain.
- Jika masyarakat menduga mempunyai gejala Difteri, sarankan kemana harus dirujuk.
- Melakukan kebersihan diri yaitu mencuci tangan bagi setiap yang mengunjungi kasus/pasien maupun keluarga.
- Keluarga pasien disarankan berkonsultasi kepada petugas kesehatan untuk mendapatkan Imunisasi Difteri di Puskesmas atau pelayanan Imunisasi lainnya dan jelaskan pentingnya imunisasi rutin lengkap untuk mencegah Difteri.

Penanganan Penderita, kontak dan lingkungan



ISOLASI

- Isolasi ketat dilakukan terhadap penderita difteri faringeal, isolasi untuk difteria kulit dilakukan terhadap kontak hingga 2 kultur dari sampel tenggorokan dan hidung (dan sampel dari lesi kulit pada difteria kulit hasilnya negatif tidak ditemukan basil).
- Jarak 2 kultur ini harus dibuat tidak kurang dari 24 jam dan tidak kurang dari 24 jam setelah penghentian pemberian antibiotika.
- Jika kultur tidak mungkin dilakukan maka tindakan isolasi dapat diakhiri 14 hari setelah pemberian antibiotika yang tepat

DESINFEKSI SERENTAK

- Dilakukan terhadap semua barang yang dipakai oleh/untuk penderita dan terhadap barang yang tercemar dengan discharge penderita

KARANTINA

- Karantina dilakukan terhadap dewasa yang pekerjaannya berhubungan dengan pengolahan makanan (khususnya susu) atau terhadap mereka yang dekat dengan anak-anak yang belum diimunisasi.
- Mereka harus diistirahatkan sementara dari pekerjaannya sampai mereka telah diobati dengan cara seperti yang diuraikan di bawah dan pemeriksaan bakteriologis menyatakan bahwa mereka bukan carrier

Penanganan Penderita, kontak dan lingkungan



Manajemen Kontak

- Semua kontak dengan penderita harus dilakukan kultur dari sample hidung dan tenggorokan, diawasi selama 7 hari.
- Dosis tunggal Benzathine Penicillin (IM: lihat uraian dibawah untuk dosis pemberian) atau dengan Erythromycin selama 7-10 hari direkomendasikan untuk diberikan kepada semua orang yang tinggal serumah dengan penderita difteri tanpa melihat status imunisasi mereka.
- Kontak yang menangani makanan atau menangani anak-anak sekolah harus dibebaskan untuk sementara dari pekerjaan tersebut hingga hasil pemeriksaan bakteriologis menyatakan mereka bukan carrier.
- Kontak yang sebelumnya sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap perlu diberikan dosis booster apabila dosis imunisasi terakhir yang mereka terima sudah lebih dari lima tahun. Sedangkan bagi kontak yang sebelumnya belum pernah diimunisasi, berikan mereka imunisasi dasar dengan vaksinasi: Td, DT, DTP, DtaP atau DTP-Hib tergantung dari usia mereka.

Pengobatan Spesifik

- Jika diduga kuat bahwa seseorang menderita difteri didasarkan kepada gejala klinis maka antitoksin harus diberikan setelah sampel untuk pemeriksaan bakteriologis diambil tanpa harus menunggu hasil pemeriksaan

Outbreak Response Immunization (ORI)



Daftar Menu

- Luas wilayah dan kelompok usia sasaran ditentukan berdasarkan kajian epidemiologi.
- ORI dilaksanakan sebanyak 3 putaran dengan interval antara putaran pertama dan putaran kedua adalah 1 bulan, sedangkan interval antara putaran kedua dan putaran ketiga adalah 6 bulan
- ORI harus dimulai sesegera mungkin paling lambat 14 hari setelah kriteria KLB terpenuhi. ORI termasuk sweeping per putaran harus diselesaikan dalam waktu 3 minggu.
- Target cakupan ORI adalah minimal 95% untuk setiap putaran, merata di seluruh wilayah
- Vaksin yang digunakan sesuai dengan usia sasaran. Seluruh sasaran diberikan 3 dosis imunisasi differi, tanpa memandang status imunisasi sebelumnya.
 - a. anak usia 1 - < 5 tahun menggunakan vaksin DPT-HB-Hib.
 - b. anak usia 5 - <7 tahun menggunakan vaksin DT.
 - c. anak usia ≥ 7 tahun menggunakan vaksin Td.

Langkah Penyelenggaraan:

1. Pra Pelaksanaan
 1. Menentukan luas wilayah dan kelompok usia sasaran
 2. Melakukan upaya persiapan
 3. Menyusun mikroplaning
2. Pelaksanaan
 1. Menentukan tempat pelaksanaan layanan
 2. Menyiapkan dan melakukan tata kelola vaksin dan logistik sesuai prosedur
 3. Melakukan pemberian imunisasi yang aman
 4. Melaksanakan manajemen limbah sesuai prosedur
 5. Melakukan pencatatan dan pelaporan
 6. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan
 7. Melaksanakan surveilans KIPI
3. Pasca Pelaksanaan
 1. Melaksanakan evaluasi pasca pelaksanaan
 2. Melaksanakan penguatan imunisasi rutin
 3. Melaksanakan penguatan surveilans

Imunisasi Rutin Difteri

Imunisasi rutin lengkap harus diberikan kepada setiap anak agar mendapatkan perlindungan yang optimal dari penyakit difteri. Jadwal imunisasi rutin difteri yaitu sebagai berikut:

1. 4 dosis imunisasi DPT-HB-Hib pada usia 2, 3, 4 dan 18 bulan
 2. 1 dosis imunisasi DT pada kelas 1 SD/MI/ sederajat (atau usia 7 tahun bagi anak yang tidak bersekolah)
 3. 2 dosis imunisasi Td pada kelas 2 dan 5 SD/MI/ sederajat (atau usia 8 dan 11 tahun bagi anak yang tidak bersekolah)
- Bila anak terlambat mendapatkan imunisasi rutin, segera lakukan imunisasi kejar untuk melengkapi status imunisasinya.
 - Cakupan imunisasi rutin harus tinggi dan merata (minimal 95%), agar terbentuk kekebalan kelompok.

Pedoman Klaster IV

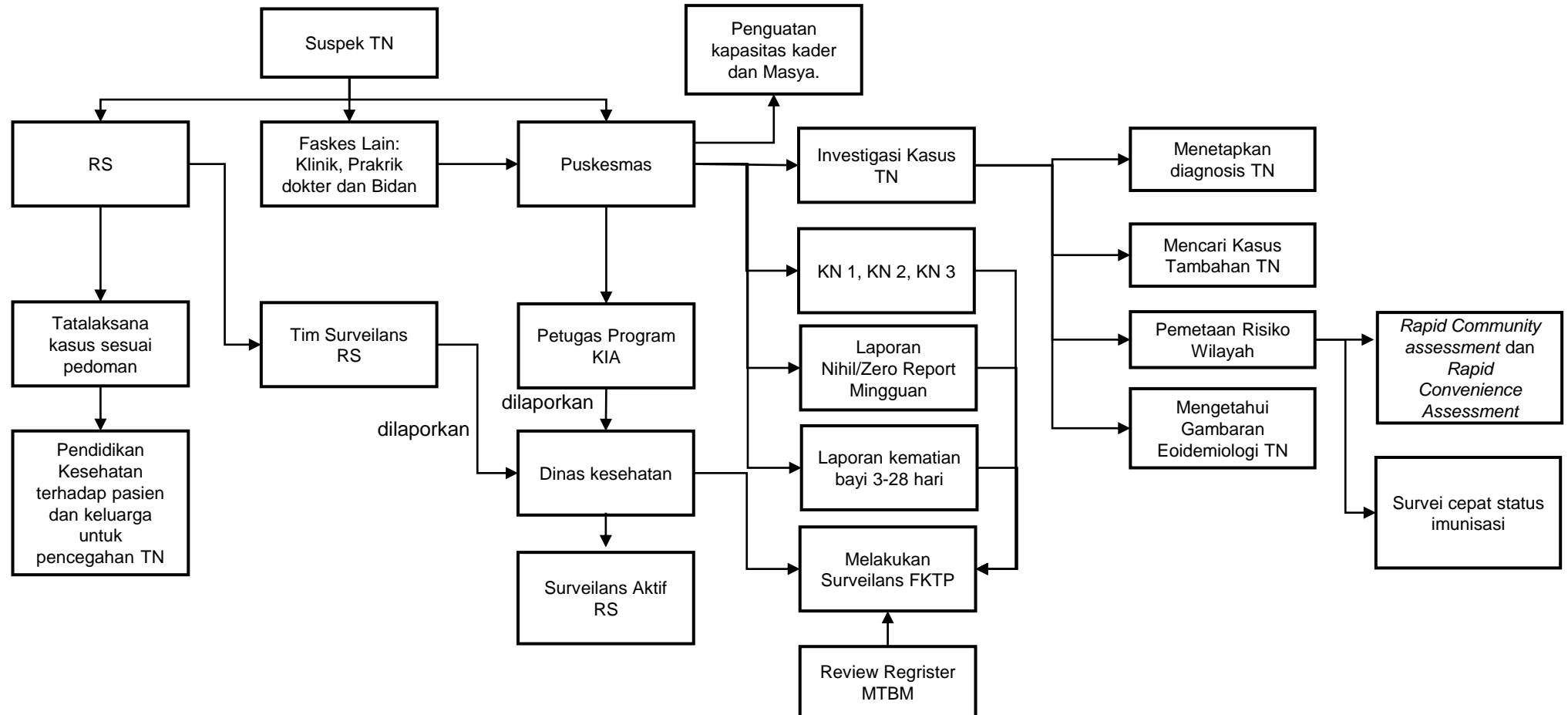
Penyakit Menular Tetanus Neonatorum



Upaya Penanggulangan Neonatorum



Menu Utama



Definisi Operasional

1. Suspek TN
 - a) Kasus atau kematian TN didiagnosa oleh bukan dokter atau petugas Kesehatan terlatih dan tidak dilakukan investigasi.
 - b) Kematian neonates tidak diketahui penyebabnya
2. Kasus Konfirmasi
Kasus TN didiagnosa oleh dokter atau petugas Kesehatan terlatih
3. Bukan kasus TN (*discarded*)
Kasus yang setelah dilakukan investigasi tidak memenuhi kriteria klinis

Penemuan dan Pelaporan Kasus TN oleh Fasyankes/Masyarakat

Fasyankes/ Lokasi	Petugas	Penemuan kasus	Tindakan dan pelaporan
Masyarakat	Masyarakat/kader	Penemuan suspek TN di masyarakat	Dilaporkan ke puskesmas setempat
	Bidan desa	Laporan masyarakat, atau saat KN1, KN2, KN3	
Puskesmas	Ruang bersalin/ perawatan neonatal	Kasus konfirmasi TN	Pelaporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota
	UGD	Review register MTBM	

Penemuan dan Pelaporan Kasus TN oleh Fasyankes/Masyarakat

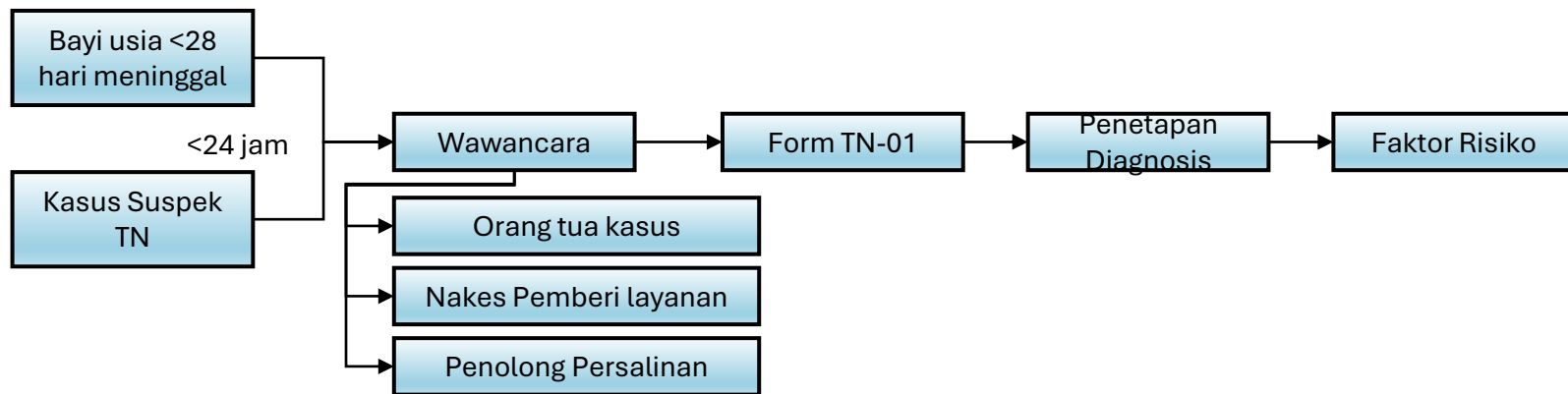
Fasyankes/ Lokasi	Petugas	Penemuan kasus	Tindakan dan pelaporan
Rumah sakit	Bagian/ruang perinatologi	Kasus konfirmasi TN	Pelaporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
	UGD	Reviu register RS	
Klinik swasta	Klinik persalinan/perinatologi	Kasus konfirmasi TN	Pelaporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
	Klinik bidan swasta	Reviu register MTBM	

Tatalaksana Kasus

1. Tata laksana spasme, alternatif pertama dengan pemberian diazepam rectal 5 mg atau diberikan diazepam IM dengan dosis 1-2 setiap 3 s.d 4 jam
2. Debridement luka, perawatan tali pusat
3. Pemberian *human tetanus immunoglobulin*/HTIG diberikan IM dengan dosis 500 IU atau ATS 100.000 dengan pemberian 50% IM dan 50% IV
4. Pemberian antibiotic yang sesuai yaitu metronidazole 15 mg/Kg/BB di berikan secara IV atau Oral
5. Monitoring yang perlu dilakukan terhadap spasme diafragma, aspirasi, kejang, apnue, gangguan otonom.
6. Segera rujuk ke rumah sakit

Investigasi Kasus Tetanus Neonatorum

Tahapan Investigasi



Investigasi dilakukan bertujuan untuk:

1. Menetapkan diagnosis TN
2. Mencari kasus tambahan TN di wilayah kasus untuk mengetahui apakah ada kluster TN
3. Mengetahui factor risiko TN
4. Mengetahui gambaran epidemiologi TN



Form TN-01

LAMPIRAN

Lampiran 1a. Form TN-01 Form Pelacakan Kasus Suspek

FORM PELACAKAN KASUS SUSPEK TETANUS NEONATORUM

Provinsi : _____ Nomor EPID : TN- _____
 Kabupaten : _____
 Sumber Laporan: Puskesmas /RS/faskes lainnya* Nama Unit Pelapor: _____
 Tanggal Terima Laporan: _____ Tanggal Pelacakan: _____

IDENTITAS BAYI DAN IBU			
Nama Bayi:	Jenis Kelamin:	Anak ke- _____	
Nama Ibu:	Usia:	Pekerjaan:	Pendidikan:
Alamat:	Kecamatan:		
Desa/Kelurahan:	Kecamatan:		

INFORMASI KELAHIRAN BAYI	
1. Apakah bayi lahir hidup?	a. Ya b. Tidak → bila tidak, Stop Pelacakan
2. Tanggal lahir bayi:	Tanggal mulai sakit:
3. Bila bayi meninggal, tanggal meninggal:	
Usur bayi meninggal:	Hari _____
4. Waktu lahir apakah bayi menangis	a. Ya b. Tidak c. Tidak Tahu
5. Bila jawaban no 4 tidak tahu, maka tanyakan apakah terlihat tanda-tanda kelahiran hidup dari bayi (mis. adanya gerakan)	a. Ya b. Tidak c. Tidak Tahu
6. Setelah lahir apakah bayi bisa menyusu/minum dengan baik?	a. Ya b. Tidak c. Tidak Tahu → bila tidak, Stop Pelacakan
7. Apakah 3 hari kemudian tiba-tiba mulut bayi mencucu dan tidak bisa menyusu?	a. Ya b. Tidak c. Tidak Tahu → bila tidak, Stop Pelacakan

Apakah bayi mudah kejang jika disentuh/terkena sinar atau mendengar bunyi?	a. Ya b. Tidak c. Tidak Tahu
Apakah bayi dirawat?	a. Ya b. Tidak
Jika Ya, sebutkan :	
Tempat Perawatan	RS / Puskesmas: _____
Tanggal mulai dirawat (g/ib/td)	
Kondisi bayi setelah dirawat	a. Sembuh b. Meninggal
RIWAYAT PEMERIKSAAN KEHAMILAN IBU	
Berapa kali kunjungan ibu hamil (antenatal care) dilakukan?	Kali _____
1. Tempat pemeriksaan Ibu Hamil	RS/Puskesmas: _____
2. Pemeriksaan kehamilan oleh	a. Dokter b. Bidan/Perawat c. Lainnya: _____
RIWAYAT PERSALINAN	
1. Tempat persalinan (isi salah satu)	RS: _____ Puskesmas: _____ Lainnya: _____
2. Usia kehamilan ibu saat persalinan:	
3. Penolong persalinan:	a. Dokter b. Bidan/Perawat c. Lainnya: _____
4. Alat potong tali pusat:	a. Gunting b. Silet c. Pisau d. Sembilu e. Tidak tahu f. Lainnya: _____
5. Perawatan tali pusat:	a. Alkohol b. Betadine/Yodium c. Ramuan tradisional (sebutkan): _____
6. Kondisi ibu saat ini	a. Hidup b. Meninggal
RIWAYAT IMUNISASI IBU	
1. Sumber informasi	a. Catatan buku KIA/imunisasi b. Ingatan responden
2. Ibu mendapat imunisasi Td pada saat kehamilan ini	a. Ya b. Tidak
Berapa kali mendapat imunisasi Td pada saat kehamilan ini?	_____ kali

Pertama kali	Usia kehamilan: _____ Bulan Tanggal imunisasi: _____
Kedua kali	Usia kehamilan: _____ Bulan Tanggal imunisasi: _____
22. Ibu mendapat imunisasi Td pada kehamilan sebelumnya	a. Ya b. Tidak
Bila Ya, suntikan pertama	Tanggal imunisasi: _____
suntikan kedua	Tanggal imunisasi: _____
23. Ibu mendapat imunisasi Td calon pengantin	a. Ya b. Tidak
Tanggal imunisasi:	
24. Riwayat imunisasi sebelumnya	
Imunisasi DPT-HB-Hib (1)	Tahun/tanggal pemberian: _____
Imunisasi DPT-HB-Hib (2)	Tahun/tanggal pemberian: _____
Imunisasi DPT-HB-Hib (3)	Tahun/tanggal pemberian: _____
Imunisasi DPT-HB-Hib (4)	Tahun/tanggal pemberian: _____
Imunisasi DT kelas 1	Tahun/tanggal pemberian: _____
Imunisasi Td kelas 2	Tahun/tanggal pemberian: _____
Imunisasi Td kelas 5	Tahun/tanggal pemberian: _____
25. Status T ibu hamil saat ini	a. T1 b. T2 c. T3 d. T4 e. T5
RESPON KASUS	
26. Ibu mendapatkan vaksin Td pada saat investigasi kasus (Jika ibu belum mencapai status T5 sesuai interval)	a. Ya b. Tidak c. Tidak Perlu/Sudah protected d. Tidak Tahu
27. Tanggal pemberian vaksin	_____
INFORMASI LAIN	
28. Cakupan imunisasi tetanus pada di desa/Puskesmas kasus TN	
DPT-HB-Hib 1	% _____
DPT-HB-Hib 2	% _____
DPT-HB-Hib 3	% _____

DPT-HB-Hib 3	% _____
DT Kelas 1	% _____
Td kelas 2	% _____
Td Kelas 5	% _____
Td 2+ pada ibu hamil	% _____
Status T5 pada WUS	% _____
29. Cakupan persalinan di Fasilitas Kesehatan	
KN1	% _____
KN2	% _____
KN3	% _____
31. Apakah desa kasus TN mudah dijangkau dari fasilitas Pelayanan Kesehatan? Jelaskan	
32. Apakah terdapat faktor lain yang berpengaruh terhadap pelaksanaan imunisasi? Jelaskan	
33. Apakah terdapat faktor lain yang berpengaruh terhadap proses pertolongan persalinan? Jelaskan	

Petugas Pelaksana Investigasi
 (_____)
 No. Kontak _____



Pencarian Kasus Tambahan TN

Pencarian kasus dilakukan dengan cara:

1. Melacak persalinan yang ditolong selama 3 bulan terakhir di fasyankes atau di luar fasyankes dengan formular TN-01
2. Melacak persalinan kasus tersangka TN ditolong 3 bulan terakhir oleh penolong persalinan yang sama
3. Menanyakan kepada masyarakat setempat, tomas dan kader apakah ada kematian bayi umur 3-28 hari atau kasus yang sama di sekitar tempat tinggal kasus yang tidak diketahui penyebabnya
4. Apabila ditemukan kasus tambahan atau kematian bayi umur 3-28 hari dalam periode 3 bulan terakhir, maka dilakukan kunjungan dan wawancara dengan menggunakan formular TN-02
5. Mengumpulkan data cakupan imunisasi Td2+ pada ibu hamil di tingkat desa, persalinan di fasyankes dan kunjungan neonatal desa kasus bersumber dari puskesmas
6. Lakukan Rapid Community Assessment dengan wawancara minimal 7 atau lebih ibu yang melahirkan dalam 2 tahun terakhir

Analisis Data

Berdasarkan laporan rutin mingguan

- Kelengkapan dan ketepatan laporan nihil mingguan
- Jumlah kasus dan IR per bulan, tahun dan berdasarkan wilayah
- Capaian memepertahankan kasus TN1 < 1000 kelahiran hidup di setiap kab/kota per tahun

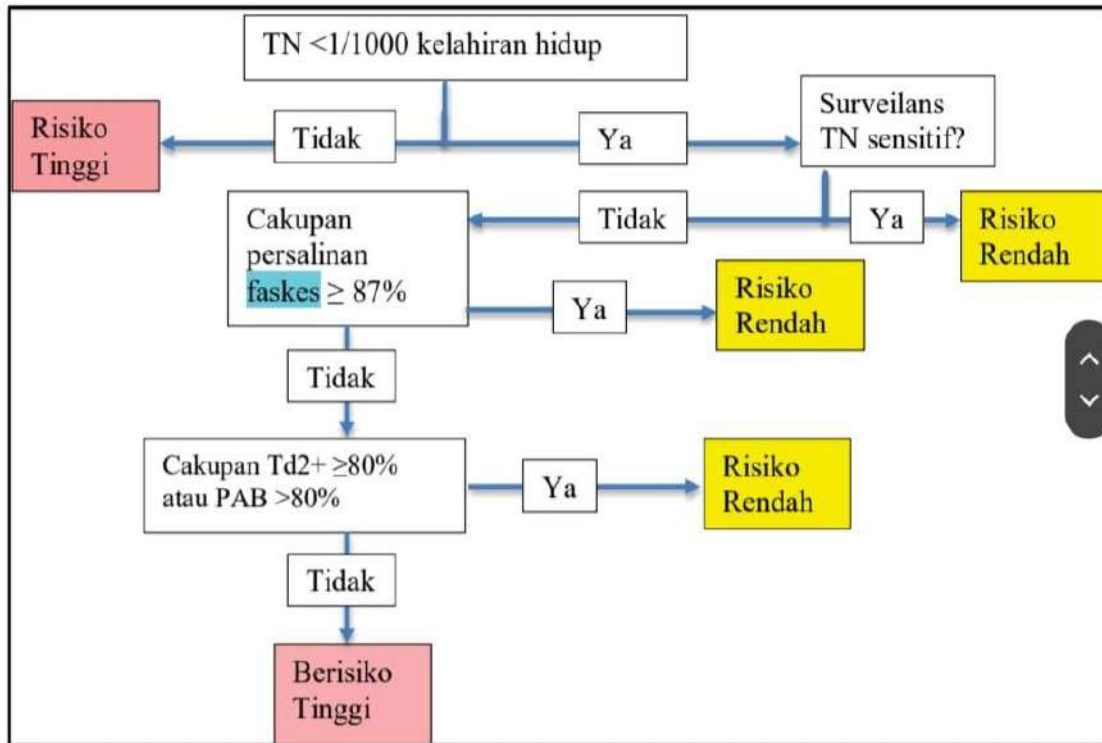
Berdasarkan situasi imunisasi

- Cakupan imunisasi Td 2+ pada ibu hamil per tahun di tingkat desa/kelurahan
- Cakupan status imunisasi tetanus T5 pada WUS per tahun di tingkat desa/kelurahan
- Cakupan imunisasi DPT-HB-Hib3 dan DPT-HB-Hib4 pada bayi dan baduta per tahun di tingkat desa/kelurahan
- Cakupan imunisasi DT dan Td BIAS per tahun di tingkat kecamatan

Berdasarkan case based data

- Jumlah kasus TN berdasarkan jenis kelamin, tempat persalinan, PAB, penolong persalinan, penggunaan alat untuk memotong tali pusat, perawatan tali pusat usia ibu dan paritas, %ANC
- CFR pada kasus TN konfirmasi
- % kasus dengan status imunisasi tetanus ibu minimum T2
- dengan masa perlindungan optimal
- % kasus yang tidak dilaporkan melalui pencarian kasus aktif (retrospektif)
- Distribusi kematian akibat TN per kab/kota

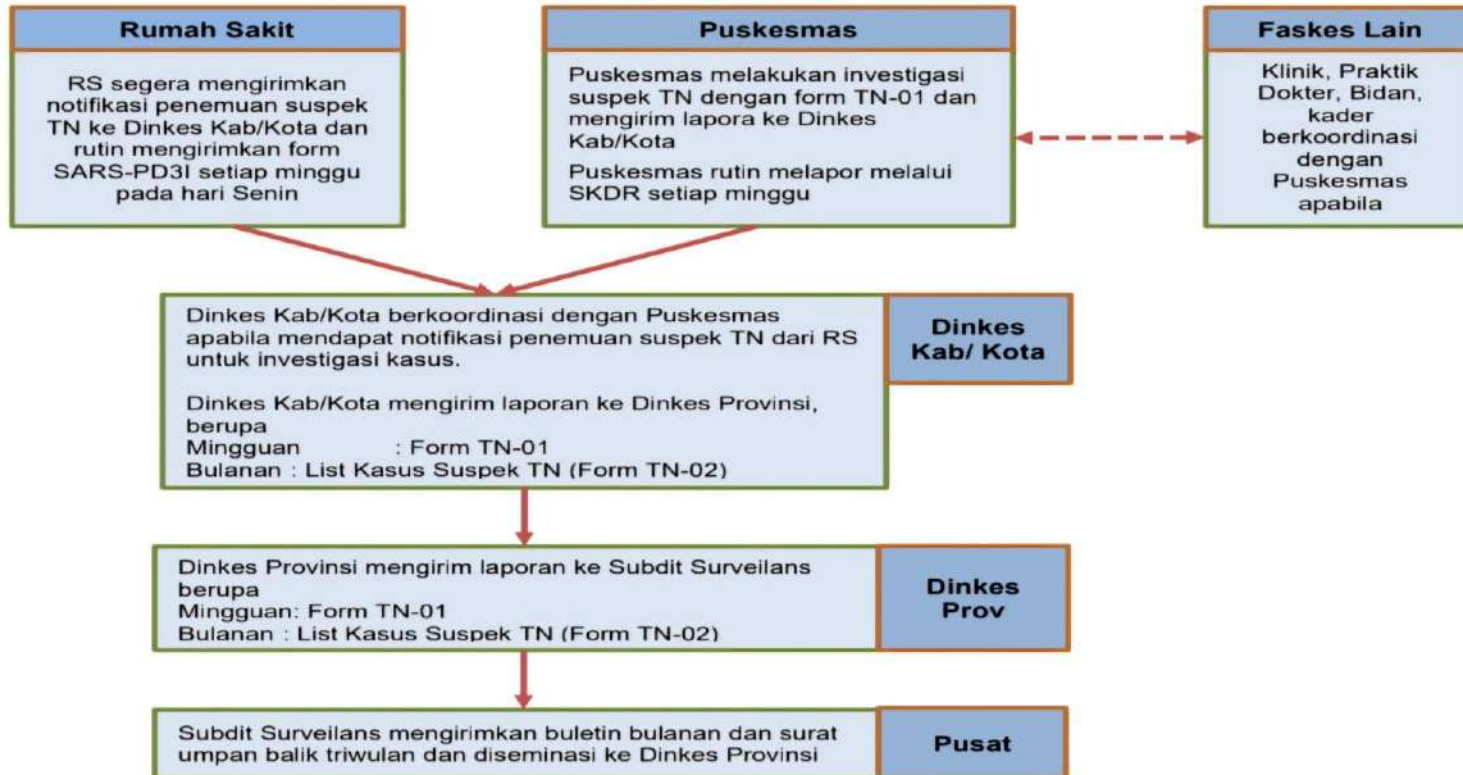
Pemetaan Risiko Wilayah



Keterangan:

1. Surveilans TN Sensitif adalah: a). Sistem laporan berjalan baik; b) kelengkapan laporan surveilans fasyankes di setiap kabupaten/kota $\geq 80\%$; c) HRR dilakukan setidaknya setahun sekali
2. Persalinan oleh tenaga Kesehatan atau sebagaimana ditentukan oleh kebijakan nasional

Pencatatan dan Pelaporan



Imunisasi Rutin Tetanus

Jadwal imunisasi rutin tetanus yaitu sebagai berikut:

1. 4 dosis imunisasi DPT-HB-Hib pada usia 2, 3, 4 dan 18 bulan
2. 1 dosis imunisasi DT pada kelas 1 SD/MI/ sederajat (atau usia 7 tahun bagi anak yang tidak bersekolah)
3. 2 dosis imunisasi Td pada kelas 2 dan 5 SD/MI/ sederajat (atau usia 8 dan 11 tahun bagi anak yang tidak bersekolah)

- Bila anak terlambat mendapatkan imunisasi rutin, segera lakukan imunisasi kejar untuk melengkapi status imunisasinya.
- Cakupan imunisasi rutin harus tinggi dan merata (minimal 95%), agar terbentuk kekebalan kelompok.
- Untuk mencegah tetanus neonatorum pada bayi baru lahir, ibu harus memiliki antibodi yang cukup agar dapat melindungi ibu dan bayi terlindung dari penyakit ini, sehingga setiap WUS (termasuk ibu hamil) harus dilakukan skrining status imunisasi tetanusnya. Bila belum lengkap (belum memiliki status T5) maka harus dilengkapi status imunisasinya, sesuai interval yang dianjurkan.

Referensi

1. **Kemenkes RI. 2017. Petunjuk Teknis Surveilans Tetanus Neonatorium.**



Pedoman Klaster IV

Penyakit Menular DBD

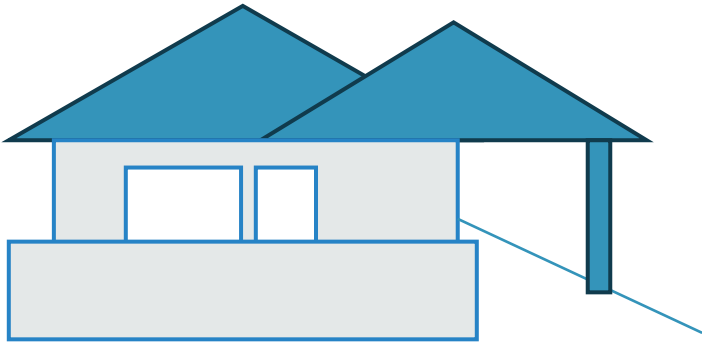




Upaya Penanggulangan Dengue

Hampir semua wilayah Indonesia menghadapi persoalan penyakit demam berdarah dengue yang seringkali menimbulkan KLB dengan risiko meninggal yang masih tinggi.

Setiap Puskesmas wajib melakukan upaya penanggulangan agar tidak terjadi penularan DBD dengan mengendalikan perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*, vektor penular DBD, melaksanakan deteksi dini KLB dan tindakan penanggulangannya serta surveilans DBD

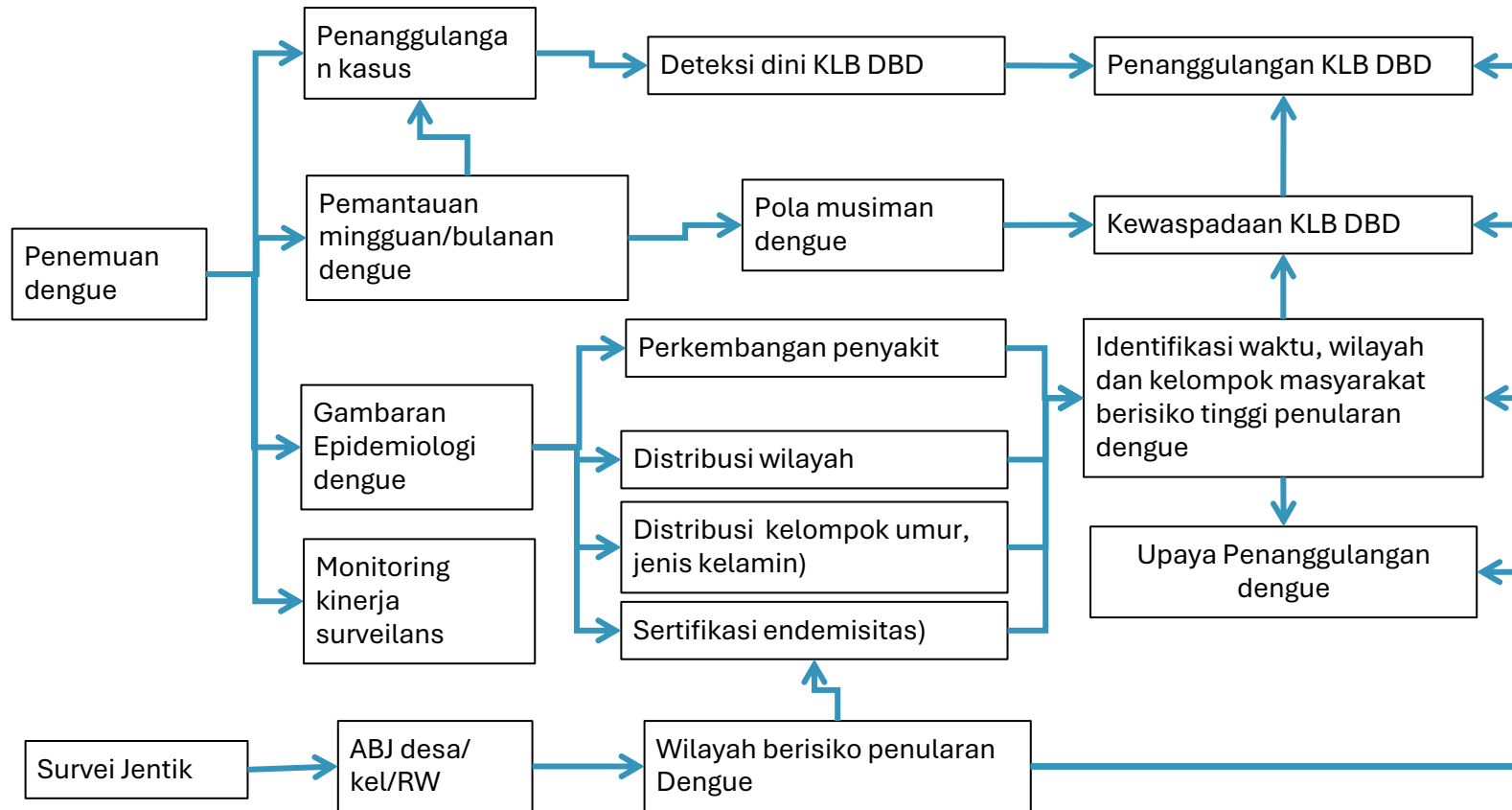




Upaya Penanggulangan Demam Dengue dan DBD

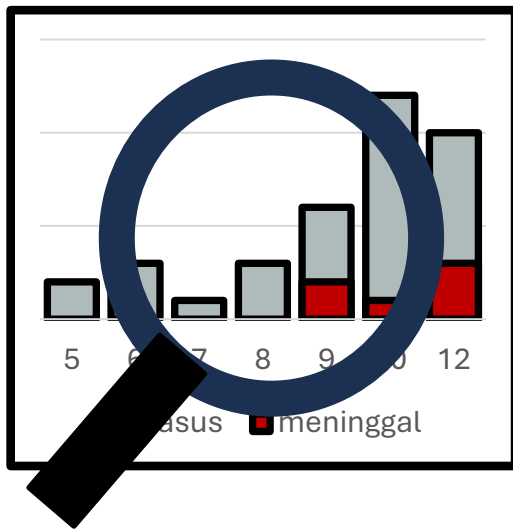
Upaya penanggulangan demam dengue, demam dengue berdarah	
1.	Promosi Kesehatan
2	Surveilans Kasus Dengue (penemuan kasus, kewaspadaan, deteksi dini kasus/klaster/KLB, epidemiologi dengue)
3	Surveilans Vektor : pemantauan jentik (PJ), pemantauan jentik berkala (PJB), pemantauan curah hujan
4	Pengendalian Fokus :penyelidikan epidemiologi, penyuluhan, intensifikasi PSN 3Mplus, larvasidasi selektif, foging fokus
5	Diagnosis (patofisiologi dengue, perjalanan penyakit, diagnosis)
6	Tatalaksana Dengue
7	Penanggulangan KLB (kriteria KLB, penyelidikan epidemiologi, surveilans ketat, penatalaksanaan kasus, pengendalian vektor, komunikasi risiko, pelaporan)
8	Pencatatan dan Pelaporan
x	Referensi

Surveilans Dengue



Indikator Surveilans Dengue Puskesmas :

1. Setiap kasus dengue ditemukan dilakukan penanggulangan kasus sampai dipastikan penularan berakhir
2. DSS dan kematian dengue tidak ada



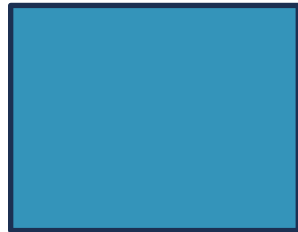
Surveilans dengue dilaksanakan dengan berkualitas tinggi (berkinerja baik) agar :

- Dapat menemukan setiap adanya penularan dengue
- Dapat mendeteksi dini adanya penularan setempat atau KLB dan tindakan penanggulangannya
- Dapat memberikan gambaran perkembangan dan sebaran kasus dengue dan sekaligus
- Dapat membuktikan tidak adanya penularan dengue di wilayah Puskesmas

Surveilans dengue dilaksanakan dengan melaksanakan penemuan kasus, pengumpulan dan pengolahan data, analisis dan interpretasi data dengue dan pemanfaatan data dalam upaya penanggulangan dengue di Puskesmas

Penemuan Dengue

Kasus demam dengue dapat ditemukan ketika kasus datang berobat ke klinik di fasilitas kesehatan ((Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Praktek, RS, fasyankes lain), melacak kasus demam dengue di rumah warga, sekolah , tempat kerja di wilayah berisiko penularan demam berdarah atau masyarakat (kader, guru) menemukan adanya kasus demam dengue dan melaporkan ke petugas Puskesmas



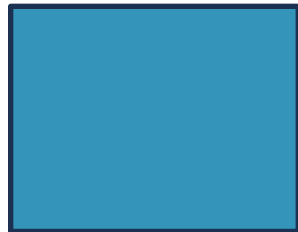
Penemuan di Klinik Puskesmas

Pasien berobat dengan keluhan demam → skrining oleh petugas sebagai kasus dengue (klasifikasi)



Laporan masyarakat

Kader, guru, dokter praktek yang mengetahui adanya dugaan dengue melaporkan ke kader/Puskesmas Pembantu/ Puskesmas



Pelacakan kasus di wilayah berisiko penularan.

Setiap temuan kasus dengue dilakukan pelacakan kasus dengue lain dan pemantauan wilayah berisiko penularan pada kegiatan penanggulangan focus

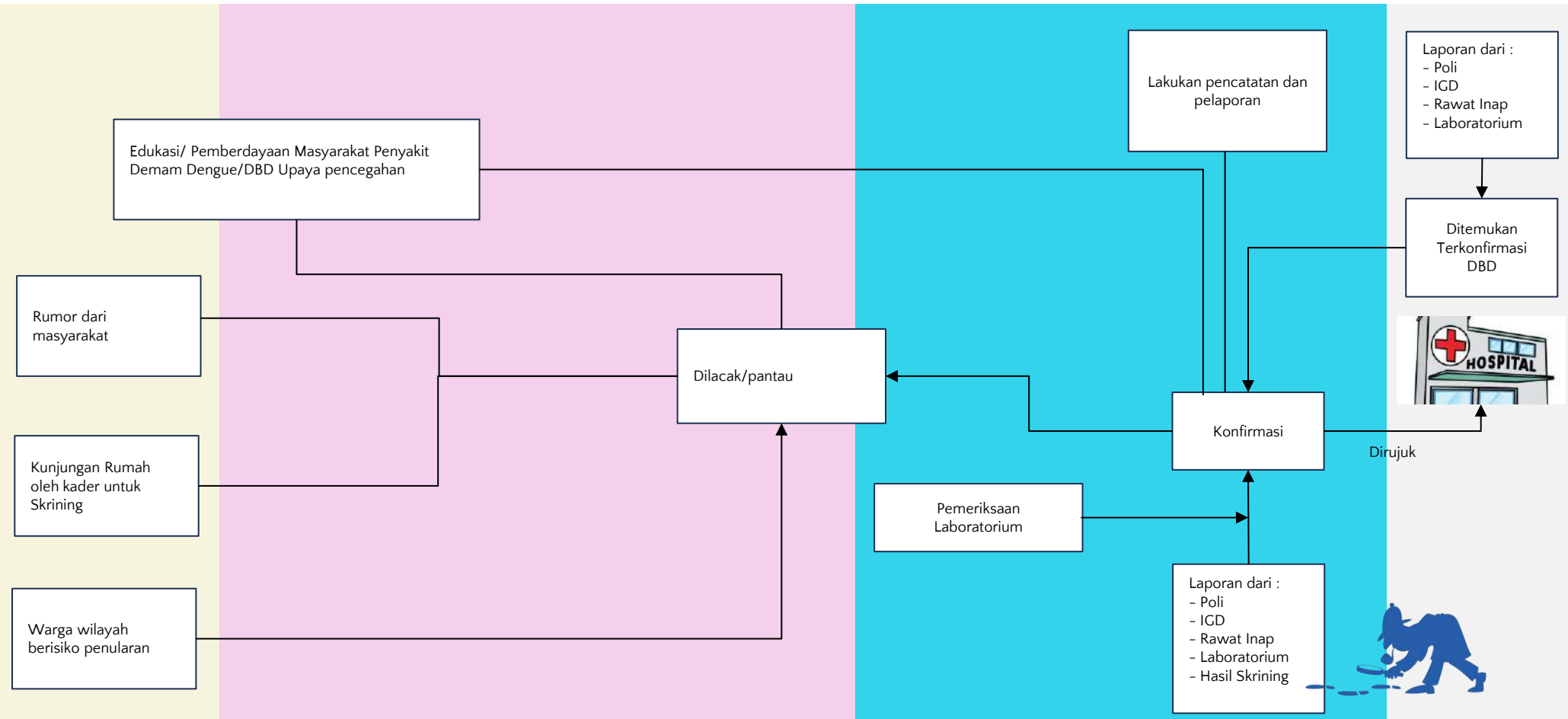
Setiap dugaan dengue diperiksa oleh medis utk penetapan diagnosis DD/DBD/DSS

Penularan DD/DBD

Kasus DD/DBD yang berada pada wilayah dan waktu penularan merupakan kasus DD/DBD yang berhubungan epidemiologis yang mengindikasikan adanya penularan setempat/KLB

Penemuan Kasus (Alur peran)

● Masyarakat
 ● Posyandu
 ● Pustu
 ● Puskesmas/FKTP
 ● FKTL



Pemantauan Mingguan Dengue (1)

Data dengue yang terekam dalam Register Dengue dapat dimanfaatkan untuk pemantauan mingguan dengue dalam rangka deteksi dini penularan setempat atau KLB DBD, penetapan pola musiman dengue wilayah Puskesmas

Pemantauan mingguan Dengue juga berguna untuk memandu upaya penanggulangan KLB DBD menurut wilayah dan kelompok masyarakat, dan sekaligus sebagai alat monitoring perkembangan DBD pasca KLB

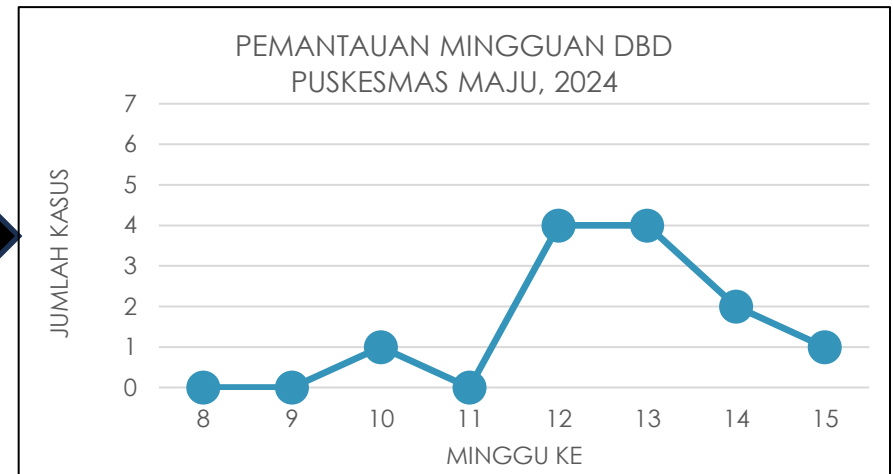
PEMANTAUAN MINGGUAN Dengue PUSKESMAS MAJU 2024								
	MINGGU KE							
RW								
1								
2								
3								
4								
JML								

Langkah Pelaksanaan Pemantauan Mingguan Dengue

1. Dipastikan kasus-kasus dengue (DD/DBD/DSS) telah terdata dengan baik pada Register Dengue Puskesmas (nama, tanggal kejadian, domisili/desa/kelurahan, RW, RT,/dusun) -> siapkan Daftarnya
2. Data diolah dengan membuat nama variabel baru "Minggu"
3. Isikan data Minggu sesuai dengan tanggal kejadian (lihat kalender surveilans)
4. Buat Daftar Kasus Dengue, berisi variabel Minggu ke dan Wilayah (RW)
5. Hitung data jumlah kasus untuk setiap Minggu masing-masing wilayah (RW)
6. Daftar Kasus Dengue digunakan untuk membuat tabel Pemantauan Mingguan Dengue

Deteksi dini penularan dengue – respon berdasarkan Pemantauan Mingguan Dengue

PEMANTAUAN MINGGUAN DENGUE PUSKESMAS MAJU 2024								
	MINGGU KE							
RW	8	9	10	11	12	13	14	15
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	1	1	0	0	0
3	0	0	1	0	3	4	2	0
4	0	0	0	0	0	0	0	1
JML	0	0	1	0	4	4	2	1



Pembahasan

- Terjadi peningkatan jumlah kasus dengue di Puskesmas Maju sejak Minggu ke 10-15. Segera dilakukan penyelidikan, dan apabila HI > 5 % maka segera perlu dilakukan penanggulangan KLB, terutama di RW 3, sedang RW 2 dilakukan penanggulangan kasus
- Surveilans kasus dilakukan pada wilayah RW 2 dan 3 dengan ketat, sampai 4 minggu tidak ada kasus dengue lagi

Epidemiologi Dengue (1)

- Data dengue yang terekam dalam Register Dengue dapat dimanfaatkan untuk mendapatkan gambaran epidemiologi (deskriptif) dengue menurut RW (Rukun Warga) baik data absolut maupun angka kesakitan (incidence rate).
- Data ini dapat saja dihubungkan dengan pemeriksaan jentik dan upaya PSN 3M plus pada wilayah yang sama.

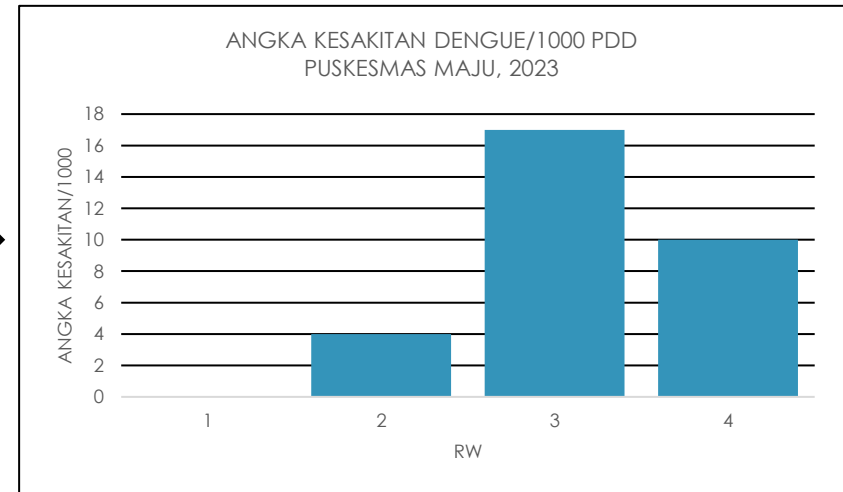
EPIDEMIOLOGI DENGUE PUSKESMAS MAJU, 2023			
RW	KASUS	PDD	AK/ 100.000
1	0	501	0
2	1	250	4
3	7	412	17
4	12	1201	10
JML	20	2364	8

Langkah Pelaksanaan

1. Dipastikan kasus-kasus dengue telah terdata dengan baik pada Register Dengue Puskesmas (variabel tanggal kejadian, domisili (desa/kelurahan, RW, RT,/dusun)
2. Buat Tabel Epidemiologi Dengue (DD/DBD/DSS) berisi variabel RW untuk tahun 2023 (contoh)
3. Hitung data jumlah kasus sesuai RW nya
4. Dari tabel Epidemiologi Dengue dibuat penyajian data dalam bentuk grafik dan peta
5. Lakukan pembahasan (analisis dan interpretasi) risiko penularan dengue masing-masing wilayah (RW)

Epidemiologi Dengue (2)

EPIDEMIOLOGI DENGUE PUSKESMAS MAJU, 2023			
RW	KASUS	PDD	AK/100.000 penduduk
1	0	501	0
2	5	250	20
3	1	501	2
4	0	1201	0
JML	6	2364	2,5

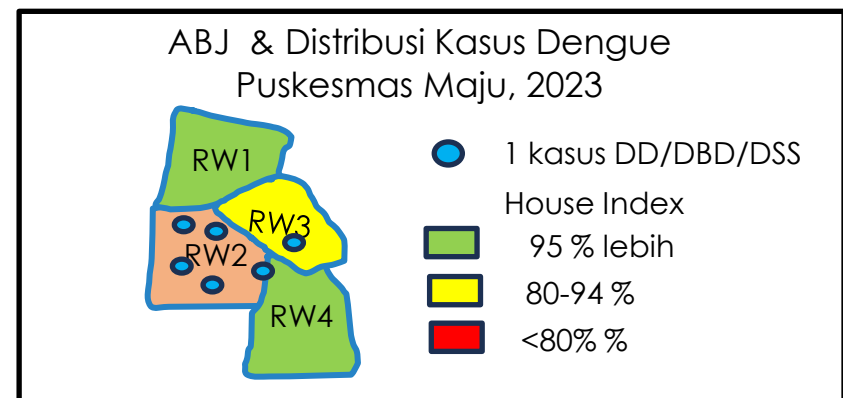


Pembahasan

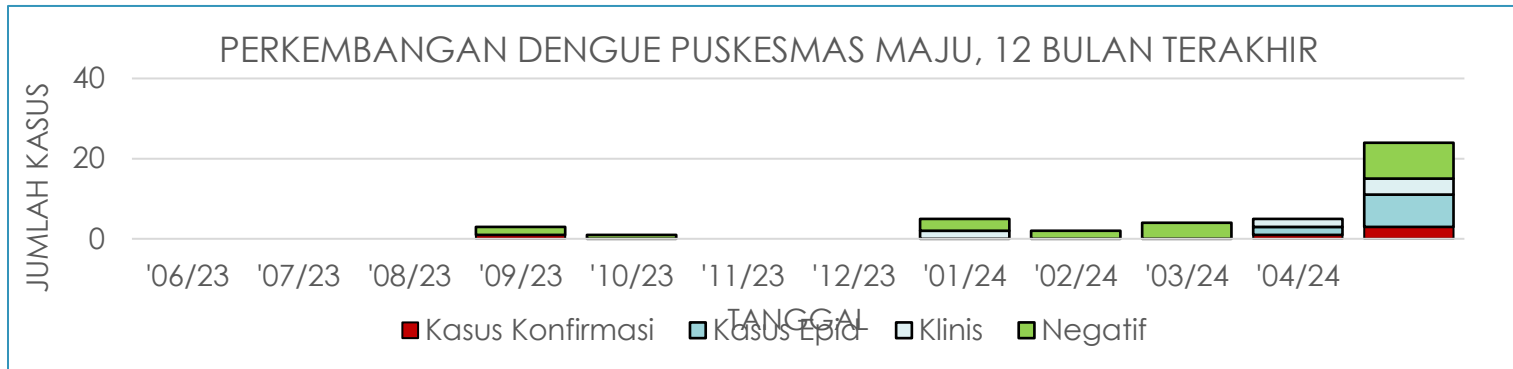
Risiko penularan dengue tinggi di RW 2 (kasus + jentik)

Tindakan

Perlu ada PSN 3M plus dan surveilans yang lebih intensif RW2



Epidemiologi Dengue (2)



PERKEMBANGAN DENGUE (konfirmasi & epid) PUSKESMAS MAJU, 12 BULAN TERAKHIR

RW	2023							2024				
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
002	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	3
003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JML	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	4

Epidemiologi (4)

Stratifikasi Endemisitas Wilayah

Dalam upaya penanggulangan DBD perlu diidentifikasi wilayah-wilayah berisiko tinggi penularan DBD. Oleh karena itu, ditetapkan stratifikasi endemisitas wilayah berdasarkan adanya penularan DBD dalam beberapa tahun terakhir.

Cara menentukan stratifikasi Kelurahan/Desa:

1. Buat daftar jumlah kasus dengue menurut Kelurahan/Desa per tahun dalam 3 tahun terakhir . Jumlah kasus dengue merupakan jumlah penderita DBD, SRD dan EDS dalam 3 (tiga) tahun terakhir
2. Tentukan stratifikasi masing-masing desa/kelurahan, seperti ketentuan sebagai berikut :
 - a. Kelurahan/Desa Endemis adalah kelurahan/desa yang dalam 3 tahun terakhir ditemukan kasus pada setiap tahunnya.
 - b. Kelurahan/Desa Sporadis adalah kelurahan/desa yang dalam 3 tahun terakhir terdapat kasus tetapi tidak setiap tahun.
 - c. Kelurahan/Desa Potensial adalah kelurahan/desa yang dalam 3 tahun terakhir tidak pernah ada kasus, tetapi persentase rumah yang ditemukan jentik lebih atau sama dengan 5%.
 - d. Kelurahan/Desa Bebas yaitu kelurahan/desa yang tidak pernah ada kasus selama 3 tahun terakhir dan persentase rumah yang ditemukan jentik kurang dari 5%.

Stratifikasi Endemisitas Dengue Puskesmas Maju 2024					
Desa	2021	2022	2023	HI	Stratifikasi
A	0	0	0	<5	D
B	0	1	0		B
C	1	1	4		A
D	0	0	0	≥5	

Ukuran Epidemiologi

Ukuran-ukuran epidemiologi yang sering digunakan dalam kegiatan pengendalian DBD adalah Insidens Rate (IR), Angka Kematian (CFR), Attack Rate (AR) dan Angka Bebas Jentik (ABJ)

Angka Kesakitan

Jumlah kasus baru dalam kurun waktu tertentu
 ----- x konstanta
 Jumlah populasi dalam kurun waktu yang sama

CFR

Jumlah kematian dalam kurun waktu tertentu
 ----- x konstanta
 Jumlah kasus dalam kurun waktu yang sama

Attack Rate (AR)

Jumlah kasus baru dalam periode KLB
 ----- x Konstanta
 Jumlah populasi berisiko pada periode KLB yang sama

Angka Bebas Jentik (% ABJ)

jumlah rumah/bangunan pada suatu wilayah yang tidak terdapat jentik.
 ----- x 100
 Jumlah rumah/ bangunan pada suatu wilayah yang sama diperiksa

Surveilans Vektor



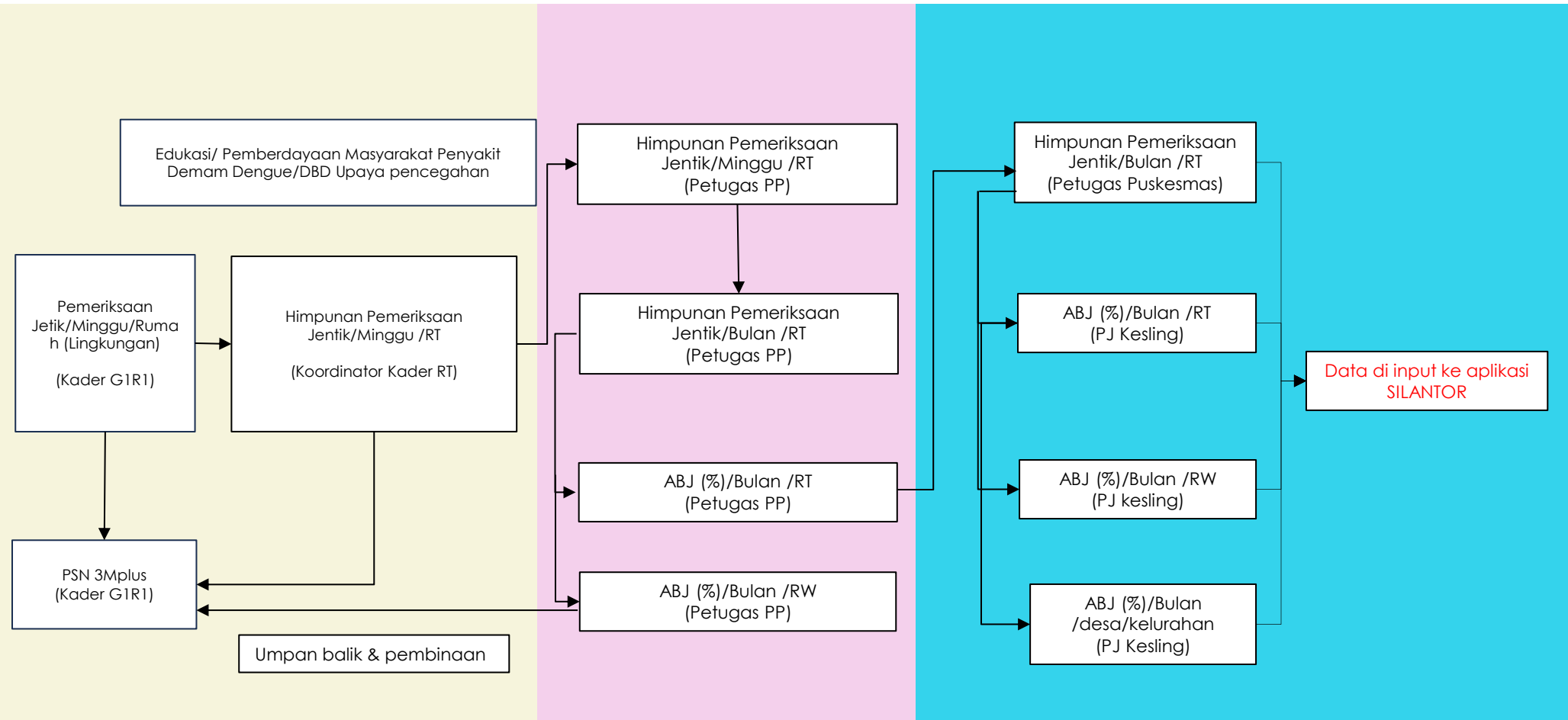
- Surveilans Vektor adalah melakukan pengamatan secara terus menerus dan sistematis terhadap perkembangan vektor penular DBD yang dapat menghasilkan data dan informasi yang dimanfaatkan untuk meningkatkan kewaspadaan, deteksi kondisi rentan KLB dan sebagai bahan dalam pengambilan keputusan/kebijakan dalam upaya pengendalian vektor secara efisien dan efektif.
- Sumber data surveilans vektor adalah Angka Bebas Jentik (ABJ) berdasarkan pemantauan jentik yang dilakukan oleh kader jumantik G1R1J.



Langkah-Langkah

1. Kader G1R1J melakukan pemeriksaan jentik di rumahnya masing-masing/minggu. : rumah ada jentik/tidak ada jentik catat di Kartu Jentik
2. Data pemeriksaan jentik per rumah dihimpun oleh kader koodinator RT/minggu : jumlah rumah ada jentik/tidak ada jentik
3. Data pemeriksaan jentik per RT/minggu dihimpun oleh petugas Puskesmas/PP : jumlah rumah ada jentik/tidak ada jentik/minggu/RT
4. Setiap bulan dihitung ABJ setiap RT : jumlah rumah tidak pernah ada jentik dalam satu bulan/jumlah rumah yang diperiksa dalam sebulan yang sama $\times 100 \%$
5. Juga dihitung ABJ setiap RW dan setiap desa/kelurahan
6. **Data pemeriksaan jentik dapat langsung diinput kedalam aplikasi SILANTOR oleh tenaga puskesmas, sehingga hasil analisis data dapat secara otomatis**

Algoritma Pemantauan Jentik



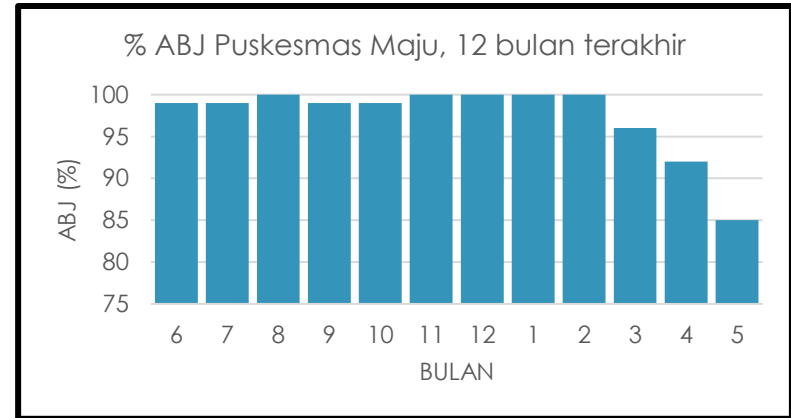
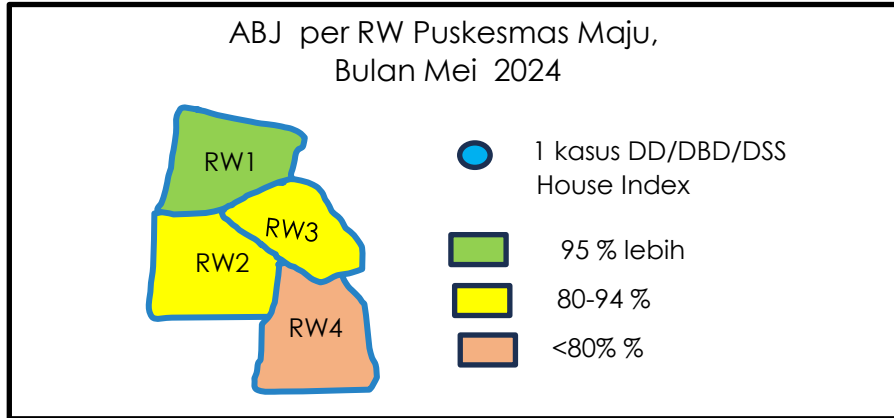
Surveilans Vektor



Hasil Pemeriksaan Jentik Kader G1R1J Puskesmas Maju, 12 Bulan Terakhir												
	Bulan (2023)							Bulan (2024)				
RW *	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
1	20/1	22/0	24/0	20/1	22/0	24/0	20/0	22/0	24/0	18/1	22/0	24/0
2	24/0	24/0	20/0	24/0	22/0	20/0	24/0	24/0	20/0	24/0	24/0	20/2
3	15/0	15/0	17/0	10/0	15/0	17/0	15/0	15/0	17/0	15/1	15/4	17/2
4	25/0	25/1	24/0	25/0	25/1	24/0	25/0	25/0	21/0	25/0	25/3	24/4
JML	84/1	86/1	85/0	79/1	84/1	85/0	84/0	86/0	82/0	82/2	84/7	85/13

ABJ (%) per RW di Puskesmas Maju, 12 bulan terakhir												
	Bulan (2023)							Bulan (2024)				
RW *	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
1	95	100	100	95	100	100	100	100	100	94	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90
3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	93	82	88
4	100	96	100	100	96	100	100	100	100	100	88	83
JML	99	99	100	99	99	100	100	100	100	96	92	85

Surveilans Vektor



ABJ (%) per RW di Puskesmas Maju, 12 bulan terakhir												
RW *	Bulan (2023)							Bulan (2024)				
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
1	95	100	100	95	100	100	100	100	100	94	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90
3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	93	82	88
4	100	96	100	100	96	100	100	100	100	100	88	83
JML	99	99	100	99	99	100	100	100	100	96	92	85

Pengendalian Fokus Dengue

- Setiap temuan kasus dengue (kasus indek) segera dilakukan penyelidikan kemungkinan terjadinya penularan atau KLB DBD agar dapat dilakukan penanggulangan dengan segera dan tepat
- Dengue ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*, oleh karena itu, penyelidikan dilakukan pada radius penularan dengue berdasarkan luas jelajah terbang nyamuk *Aedes aegypti*, yaitu sekitar radius 100 meter, yang meliputi wilayah tempat tinggal, tempat sekolah, tempat kerja atau **tempat – tempat umum lainnya**

Tujuan Pengendalian Fokus

1. Mengetahui adanya kasus lainnya pada wilayah penularan
2. Mengetahui ada /tidaknya jentik nyamuk penular dengue pada wilayah penularan
3. Menentukan risiko penularan setempat
4. Menentukan **metode Intervensi** fokus yang akan dilakukan

Wilayah Penyelidikan

1. Rumah dalam radius 100 meter dari tempat tinggal kasus
2. Wilayah sekolah/tempat kerja kasus/ **tempat – tempat umum lainnya** dan sekitarnya

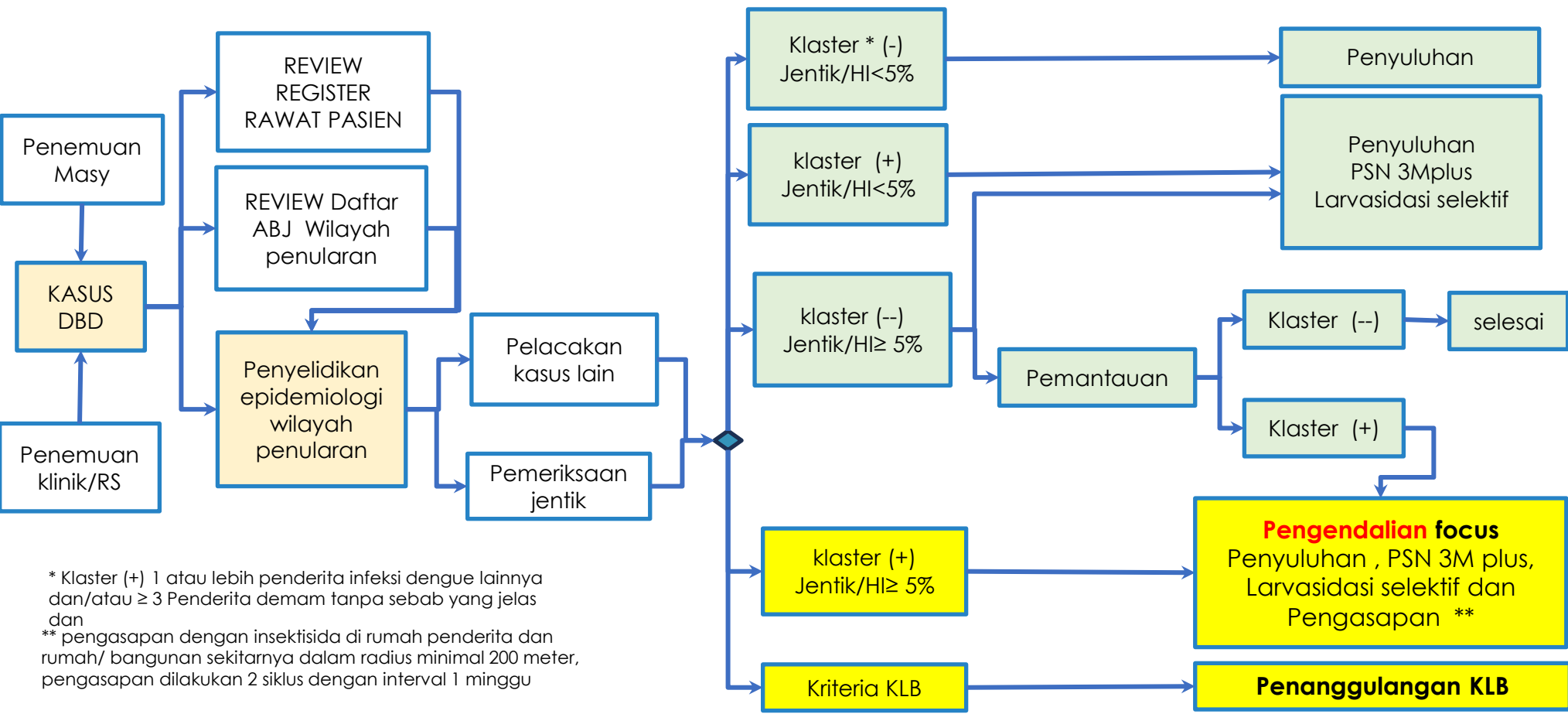
Waktu Penyelidikan

1. Segera setelah diketahuinya kasus

Deskripsi Umum **Pengendalian Fokus Dengue**

- Setelah diketahui **adanya kasus dengue (DD, DBD, DSS) (kasus indek)** , maka segera **dilakukan penyelidikan risiko** penularan di wilayah penularan kasus indek.
- **Wilayah penularan** adalah wilayah sejauh jelajah terbang nyamuk penular dengue (sekitar radius 100 meter dari tempat tinggal/sekolah/tempat kerja kasus indek). Setiap kasus yang ditemukan akan menjadi kasus indeks baru.
- **Penyelidikan** dilakukan dengan melaksanakan **pelacakan kasus dengue** lainnya dan **pemeriksaan jentik** di wilayah penularan melalui kegiatan kunjungan dari rumah ke rumah.
- Berdasarkan temuan kasus –kasus dengue dan keberadaan jentik di setiap rumah **ditetapkan risiko penularan** wilayah penularan dan diikuti dengan **penetapan cara-cara penanggulangan** yang sesuai.
- Setiap temuan kasus dengue segera dilaksanakan surveilans kasus dengue wilayah penularan sampai dinyatakan penularan berakhir.
- **Penularan berakhir** apabila telah **terbukti tidak ada kasus dengue** di wilayah penularan **dalam 4 minggu sejak ditemukannya kasus terakhir**. Setiap kasus baru yang ditemukan, ditetapkan sebagai kasus indeks, dan segera dilakukan penanggulangan fokus untuk kasus ini

Algoritma Penyelidikan dan Pengendalian Fokus Dengue



* Klaster (+) 1 atau lebih penderita infeksi dengue lainnya dan/atau ≥ 3 Penderita demam tanpa sebab yang jelas dan
 ** pengasapan dengan insektisida di rumah penderita dan rumah/ bangunan sekitarnya dalam radius minimal 200 meter, pengasapan dilakukan 2 siklus dengan interval 1 minggu

Pengendalian Fokus Dengue

Langkah-Langkah **Pengendalian** Fokus

Pelacakan adanya kasus lain dan pemeriksaan jentik

1. Persiapan

1. Setelah menemukan/menerima laporan adanya penderita DBD, petugas Puskesmas/ Koordinator DBD segera mencatat dalam Buku catatan Harian Penderita DBD.
2. Menyiapkan peralatan survei, seperti: tensimeter, termometer, senter, formulir PE, dan surat tugas.
3. Memberitahukan kepada Kades/Lurah dan Ketua RW/RT setempat bahwa di wilayahnya ada penderita DBD dan akan dilaksanakan PE.
4. Masyarakat di lokasi tempat tinggal penderita membantu kelancaran pelaksanaan PE

Langkah-Langkah Penyelidikan Epidemiologi (PE) Kasus DD/DBD Pelacakan Kasus Lain dan Pemeriksaan Jentik



FORMULIR PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI (PE)

Nama penderita :
 Nama KK :
 Alamat : RT. RW

Kelurahan/Desa :
 Kecamatan :

Hasil Pemeriksaan									
No	Nama KK	Nama Penderita	Danam*)	Pitaku/ lenda perdarahan lain	Uji tourniquet	Tanda rangsany syok	ROD 1g/mgga	ROD NS1	Jentik (+/-)

*1) Termasuk yang menderita parasit 1 minggu yang lalu

Hasil PE : (Positif ** / Negatif)

Kelengkapan	Ya	Tidak
- Perlu pengasapan (fogging)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Larvasida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PSN 3MPlus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Penyuluhan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hasil PE positif bila

- ditemukan 1 atau lebih penderita suspek/probando/confirm lainnya dan
- ditemukan jentik di rumah/penderita atau sekitarnya

Tanggal :
 Petugas Pelaksanaan PE :

Intervensi bila hasil PE positif : dilakukan penanggulangan fokus (fogging fokus, pengasapan, PSN 3M Plus dan larvasidasi selektif).
 Hasil PE negatif jika tidak ditemukan hal tersebut diatas.
 Intervensi bila hasil PE negatif dilakukan penyuluhan, PSN 3M Plus dan larvasidasi selektif.

2. Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi

1. Petugas Puskesmas memperkenalkan diri dan selanjutnya melakukan **wawancara** dengan keluarga, untuk mengetahui ada tidaknya penderita infeksi dengue lainnya (sudah ada konfirmasi dari rumah sakit atau unit pelayanan kesehatan lainnya), dan penderita demam saat itu dalam kurun waktu 1 minggu sebelumnya.
2. Bila ditemukan penderita demam tanpa sebab yang jelas, dilakukan pemeriksaan kulit (petekie), dan uji tourniquet untuk mencari kemungkinan adanya kasus suspek infeksi dengue.
3. Melakukan pemeriksaan jentik pada tempat penampungan air (TPA) dan tempat-tempat lain yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk Aedes baik di dalam maupun di luar rumah/bangunan.
4. Kegiatan PE dilakukan dalam radius 100 meter dari Lokasi tempat tinggal penderita.
5. Bila penderita adalah siswa sekolah dan pekerja, maka selain dilakukan di rumah penderita tersebut, PE juga dilakukan di sekolah/ tempat kerja penderita oleh puskesmas setempat.
6. Hasil pemeriksaan adanya penderita infeksi dengue lainnya dan hasil pemeriksaan terhadap penderita suspek infeksi dengue dan pemeriksaan jentik dicatat dalam

formulir PE

7. Hasil PE segera dilaporkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota (lampiran 2), untuk tindak lanjut lapangan dikoordinasikan dengan Kades/Lurah setempat (lampiran 3)
8. Bila hasil PE positif (Ditemukan 1 atau lebih penderita infeksi dengue lainnya dan/atau ≥ 3 penderita suspek infeksi dengue, dan ditemukan jentik ($\geq 5\%$), dilakukan **penanggulangan fokus** (fogging fokus, penyuluhan, PSN 3Mplus dan larvasidasi selektif), sedangkan bila negative dilakukan penyuluhan, PSN 3Mplus dan larvasidasi selektif.
9. Surveilans (Pemantauan) pasca penanggulangan focus (mengingatnkan warga untuk lapor ketika demam)

Pengendalian fokus DD/DBD

1. Penggerakan masyarakat dalam PSN DBD dan larvasidasi
 1. Ketua RW/RT, Toma (tokoh masyarakat) dan kader memberikan pengarahan langsung kepada warga pada waktu pelaksanaan PSN DBD
 2. Penyuluhan dan penggerakkan masyarakat PSN DBD dan larvasidasi dilaksanakan sebelum dilakukan pengabutan dengan insektisida.
2. Penyuluhan PSN DBD
3. Penyuluhan dilaksanakan oleh petugas kesehatan/kader atau kelompok kerja (Pokja) DBD Desa/Kelurahan berkoordinasi dengan petugas puskesmas, dengan materi antara lain: 1) Situasi DBD di wilayahnya, 2) Cara-cara pencegahan DBD yang dapat dilaksanakan oleh individu, keluarga dan masyarakat disesuaikan dengan kondisi setempat.
4. Larvasidasi
5. Pengabutan dengan insektisida
 1. Dilakukan oleh petugas puskesmas atau bekerjasama dengan dinas kesehatan kabupaten/kota. Petugas penyemprot adalah petugas puskesmas atau petugas harian lepas terlatih.
 2. Ketua RT, Toma atau kader mendampingi petugas dalam kegiatan pengabutan. (di lapangan tidak hanya mendampingi tapi juga melakukan penyuluhan)

Pemantauan Pasca **Pengendalian** Fokus Dengue

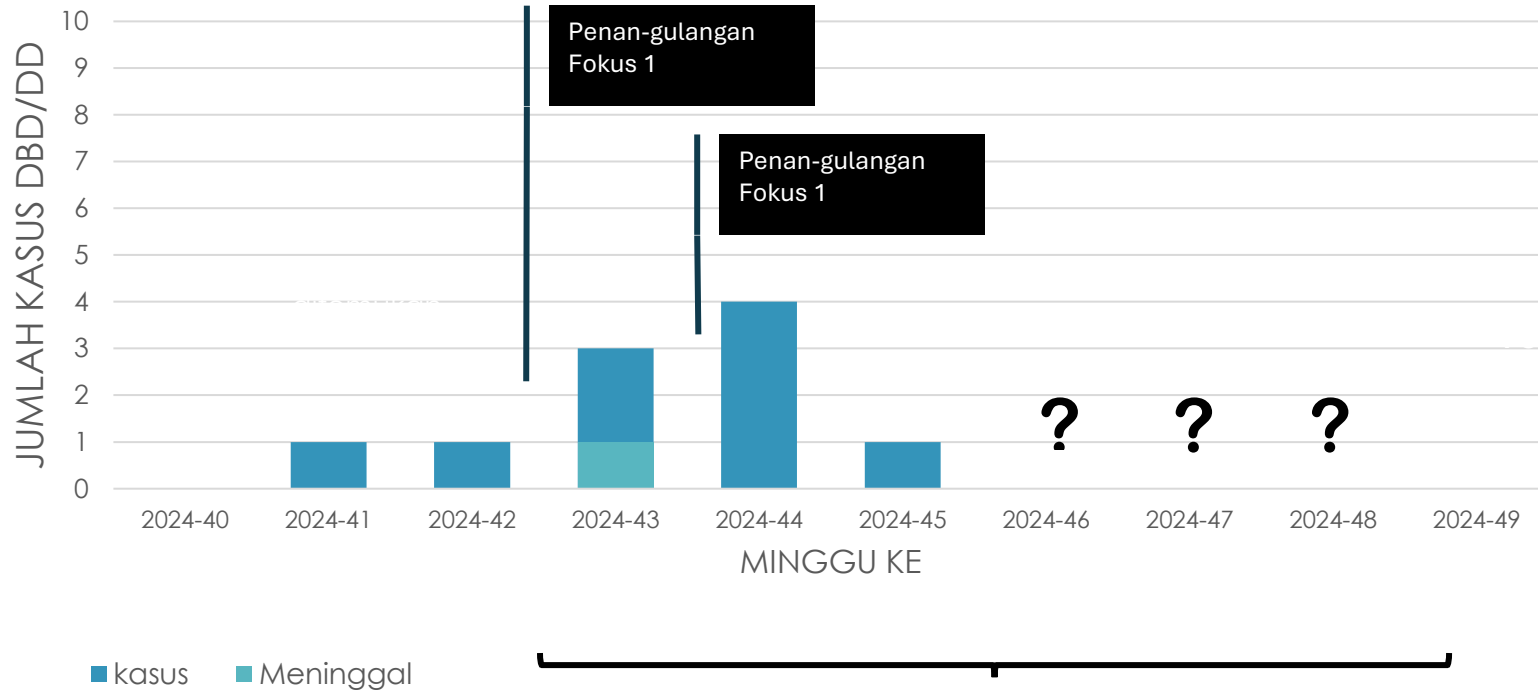


- Setelah dilaksanakan **Pengendalian** focus, diharapkan lingkungan wilayah penularan kasus DBD (sekitar rumah atau sekolah dan sekitarnya) terbebas dari keberadaan nyamuk penular DBD, sehingga penularan DBD dapat dihentikan.
- Untuk **memastikan berhentinya penularan**, perlu dilakukan **pemantauan munculnya kasus baru** di wilayah berisiko penularan DBD (kasus indeks) **sampai dengan minimal 26 hari pasca Pengendalian focus terakhir** (masa inkubasi dalam tubuh nyamuk + masa inkubasi dalam tubuh manusia)

Pemantauan Pasca **Pengendalian** Fokus Dengue



Pemantauan Klaster DBD Aji, Kel.Jaya, Puskesmas Maju



Pemantauan pasca **Pengendalian** Fokus

Langkah-Langkah Pemantauan Pasca **Pengendalian** Fokus

1. Persiapan
 - a. Pemantauan pasca **Pengendalian** focus adalah sama dengan upaya penemuan kasus demm dengue/DBD tetapi lebih diintensifkan dan difokuskan pada penduduk di wilayah berisiko penularan DBD (kasus indeks)
 - b. Dilaksanakan oleh petugas Puskesmas, Puskesmas Pembantu bekerjasama dengan kader kesehatan di wilayah berisiko penularan DBD
 - c. Dipastikan saat kunjungan rumah dalam rangka pelacakan kasus, warga telah diingatkan untuk melapor apabila menunjukkan gejala demam dan mencatat nomor HP yang bisa dihubungi jika dilakukan pemantauan
2. Pelaksanaan
 - a. Melakukan pemantauan berkala kepada setiap warga di wilayah berisiko penularan melalui komunikasi telepon/WA selambat-lambatnya seminggu sekali
 - b. Melakukan pemantauan berkala kepada lurah, RW, RT dan kader setempat tentang adanya warga yang sakit demam
 - c. Warga yang menunjukkan gejala demam, dilakukan pemeriksaan ulang oleh petugas Puskesmas untuk menetapkan sebagai kasus dengue. Warga yang ditetapkan sebagai kasus dengue, ditetapkan sebagai kasus indeks baru.
 - d. Pemantauan dinyatakan selesai apabila tidak dilaporkan lagi adanya warga yang ditetapkan sebagai kasus dengue selama lebih dari 26 hari sejak munculnya gejala pada kasus dengue terakhir.

- Penyebab penyakit Dengue adalah Arthropod borne virus, famili Flaviviridae, genus flavivirus.
- Terdapat empat serotipe virus yang dikenal yakni DEN-1, DEN-2, DEN- 3 dan DEN-4.
- Ke empat serotipe virus ini telah ditemukan di berbagai wilayah Indonesia.
- Hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa Dengue-3 sangat berkaitan dengan kasus DBD berat dan merupakan serotipe yang paling luas distribusinya disusul oleh Dengue-2, Dengue-1 dan Dengue -4.
- Terinfeksi seseorang dengan salah satu serotipe tersebut diatas, akan menyebabkan kekebalan seumur hidup terhadap serotipe virus yang bersangkutan.
- Meskipun keempat serotipe virus tersebut mempunyai daya antigenitas yang sama namun mereka berbeda dalam menimbulkan proteksi silang meski baru beberapa bulan terjadi infeksi dengan salah satu dari mereka.



Dengue

Penyebab penyakit dengue adalah Arthropod borne virus, famili Flaviviridae, genus flavivirus. Terdapat empat serotipe virus yang dikenal yakni DEN-1, DEN-2, DEN- 3 dan

Masa inkubasi di tubuh manusia selama 3 – 14 hari (rata-rata selama 4-7 hari)

Gejala awal penyakit secara mendadak, yang ditandai demam, pusing, myalgia (nyeri otot), hilangnya nafsu makan dan berbagai tanda atau gejala lainnya

Klasifikasi Diagnosis Klinis

Demam Dengue (DD)

Demam tinggi mendadak (biasanya $\geq 39^{\circ}\text{C}$) ditambah 2 atau lebih gejala/tanda penyerta:

- Nyeri kepala
- Nyeri belakang bola mata
- Nyeri otot & tulang
- Ruam kulit
- Manifestasi perdarahan
- Leukopenia (Lekosit $\leq 5000 /\text{mm}^3$)
- Trombositopenia (Trombosit $< 150.000 /\text{mm}^3$)
- Peningkatan hematokrit 5 – 10 %

Demam Berdarah Dengue dengan Syok (Sindrom Syok Dengue/ SSD)

- Memenuhi kriteria Demam Berdarah Dengue
- Ditemukan adanya tanda dan gejala syok hipovolemik baik yang terkompensasi maupun yang dekompensasi

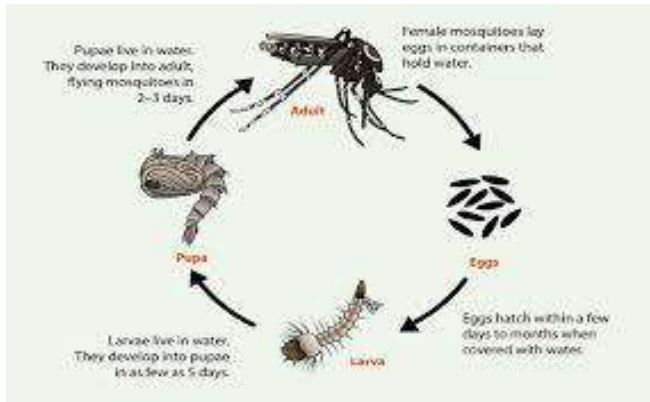
Demam Berdarah Dengue (DBD)

- Demam 2–7 hari yang timbul mendadak, tinggi, terus-menerus
- Adanya manifestasi perdarahan baik yang spontan seperti petekie, purpura, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis dan atau melena; maupun berupa uji tourniquet positif.
- Trombositopenia (Trombosit $\leq 100.000/\text{mm}^3$)
- Adanya kebocoran plasma (plasma leakage) akibat dari peningkatan permeabilitas vaskular yang ditandai salah satu atau lebih tanda berikut:
 - Peningkatan hematokrit/hemokonsentrasi $\geq 20\%$ dari nilai baseline atau penurunan sebesar itu pada fase konvalesens
 - Efusi pleura, asites atau hipoproteinemia/hipoalbuminemia

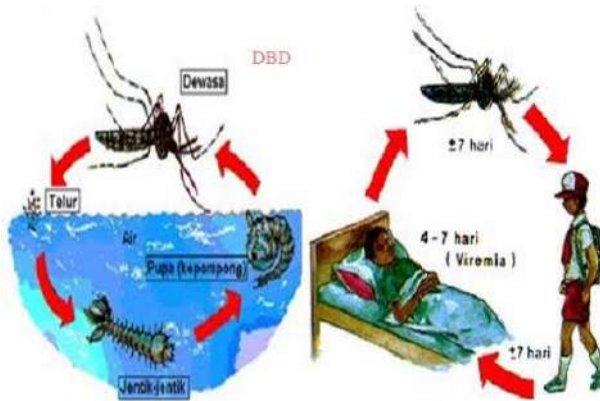
Expanded Dengue Syndrom (EDS)

Memenuhi kriteria Demam Dengue atau Demam Berdarah Dengue baik yang disertai syok maupun tidak, dengan manifestasi klinis komplikasi infeksi virus dengue atau dengan manifestasi klinis yang tidak biasa

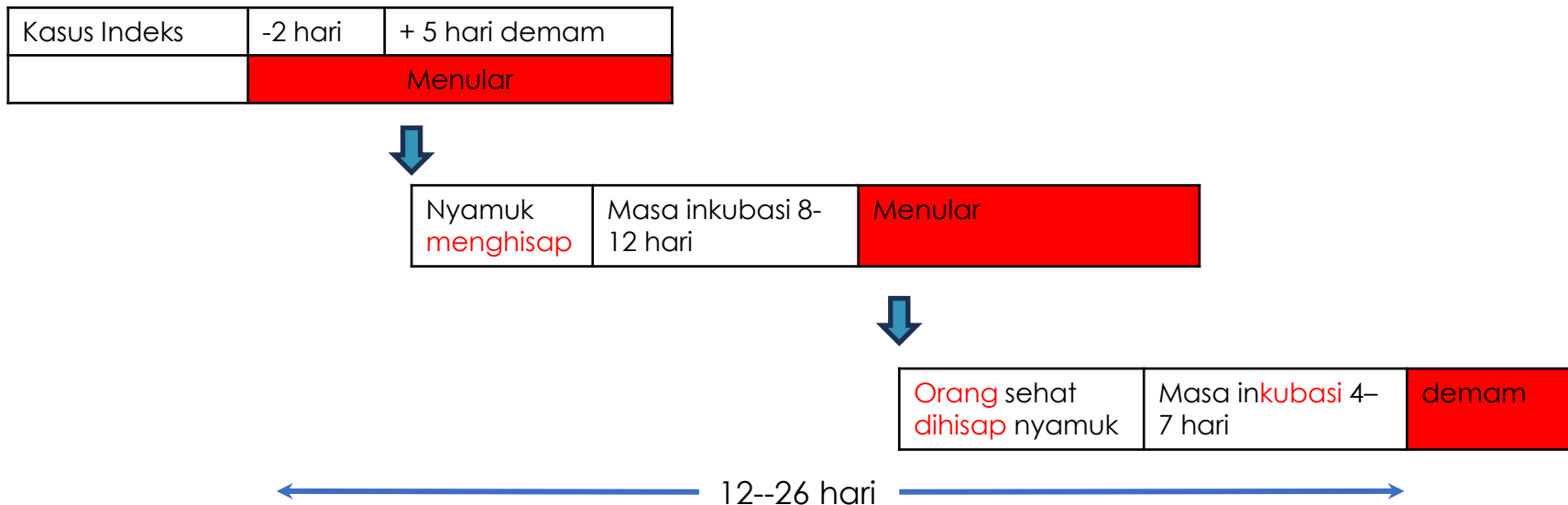
Siklus Penularan



- Virus Dengue ditularkan dari orang ke orang melalui nyamuk *Aedes Aegypti*, *Aedes albopictus* dan *Aedes scutellaris* betina.
- Nyamuk ini berada di dalam dan sekitar rumah.
- Jentik nyamuk hidup dalam air dengan wadah yang dindingnya tidak langsung dengan tanah yang ada didalam dan di sekitar rumah penduduk
- Nyamuk Aedes betina biasanya terinfeksi virus dengue pada saat dia menghisap darah dari seseorang yang sedang dalam fase demam akut (viraemia) yaitu 2 hari sebelum panas sampai 5 hari setelah demam timbul.
- Nyamuk menjadi infeksi 8-12 hari sesudah mengisap darah penderita yang sedang viremia (periode inkubasi ekstrinsik) dan tetap infeksi selama hidupnya
- Setelah melalui periode inkubasi ekstrinsik tersebut, kelenjar ludah nyamuk bersangkutan akan terinfeksi dan virusnya akan ditularkan ketika nyamuk tersebut menggigit dan mengeluarkan cairan ludahnya ke dalam luka gigitan ke tubuh orang lain.
- Setelah masa inkubasi di tubuh manusia selama 3 – 14 hari (rata-rata selama 4-7 hari) timbul gejala awal penyakit secara mendadak, yang ditandai demam, pusing, myalgia (nyeri otot), hilangnya nafsu makan dan berbagai tanda atau gejala lainnya.



Penularan Demam Dengue/DBD virus penyebab DBD ditularkan oleh nyamuk



Masa menular dari penderita DBD adalah 2 hari sebelum sampai dengan 5 hari setelah mulai demam
Masa inkubasi dalam tubuh nyamuk (ekstrinsik) 8-12 hari, sesudah itu akan menular jika nyamuk tersebut menghisap darah orang yang sehat.
Seseorang yang terinfeksi nyamuk infected (masa menular) menderita sakit setelah masa inkubasi 5-7 hari (intristik)

Intervensi Vektor

Intervensi vektor adalah upaya menurunkan faktor risiko penularan oleh vektor dengan cara :

- Meminimalkan habitat perkembangbiakan vektor,
- Menurunkan kepadatan dan umur vektor,
- Mengurangi kontak antara vektor dengan manusia serta
- Memutus rantai penularan penyakit.

Metode **Intervensi** vektor dengue bersifat spesifik lokal, dengan mempertimbangkan faktor-faktor lingkungan fisik (cuaca/iklim, permukiman, tempat perkembangbiakan), lingkungan sosial-budaya (pengetahuan, sikap dan perilaku) dan aspek vektor (perilaku dan status kerentanan vektor).

Intervensi vektor dapat dilakukan secara fisik, biologi, kimia dan terpadu dari metode fisik, biologi dan kimia.



PSN 3M Plus

- Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3 M plus merupakan **Intervensi** vektor dengan **metode** fisik.
- PSN 3M plus dilaksanakan oleh jumantik (**G1R1J**) rumah dan lingkungan beserta anggota keluarga/anggota lingkungan lainnya bersamaan dengan kegiatan pemantauan jentik dan larvasidasi selektif/masal
- **Indikator** keberhasilan PSN 3M plus : Kegiatan PSN 3M plus berhasil, apabila TPA yang ada di setiap rumah/bangunan/ lingkungan di wilayah RT/RW dikelola dengan benar, dan tidak terdapat jentik (<5 %)



Pelaksanaan PSN 3M plus seminggu sekali :

Setiap rumah/bangunan dilakukan pemeriksaan secara mandiri terhadap semua tempat berkembangbiaknya nyamuk penular dengue (tempat penampungan air keperluan sehari-hari dan bukan keperluan sehari-hari serta tempat penampungan air alamiah :

1. Setiap TPA yang ditemukan, dicatat keberadaannya jentiknya (catat Kartu Jentik)
2. Setiap TPA ditemukan dilakukan tindakan 3 M yang sesuai (menguras bak mandi/bak penampungan air, menutup tempat penampungan air, mendaur ulang barang bekas yang dapat menjadi tempat berkembangbiak nyamuk)
3. Larvasidasi TPA yang masih berpotensi menjadi tempat berkembangbiak nyamuk

Larvasidasi

Larvasidasi dalam penanggulangan KLB	
Pelaksana	Tenaga masyarakat dengan bimbingan petugas Puskesmas
Lokasi	Seluruh wilayah penularan (KLB)
Sasaran	Tempat penampungan air di dalam dan luar rumah serta tempat-tempat umum
Larvasida	Sesuai dengan dosis
Cara	Larvasidasi dilaksanakan di seluruh wilayah penularan (KLB)

Larvasidasi dalam pengendalian fokus	
Pelaksana	Tenaga masyarakat dengan bimbingan petugas Puskesmas
Lokasi	Seluruh wilayah penularan (fokus), radius 100 meter dari kasus indeks
Sasaran	Tempat penampungan air di dalam dan luar rumah serta tempat-tempat umum
Larvasida	Sesuai dengan dosis
Cara	Larvasidasi dilaksanakan selektif pada tempat penampungan air yang ada jentik atau berpotensi ada jentik

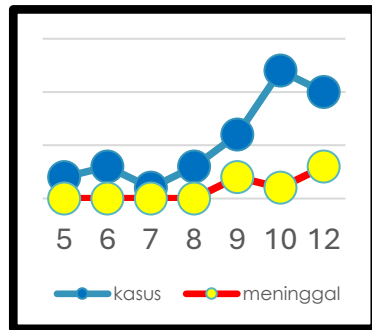
Pengasapan/Foging



Foging dalam Penanggulangan KLB	
Pelaksana	Petugas dinas kesehatan kabupaten/kota, puskesmas, dan tenaga lain yang telah dilatih.
Lokasi	Seluruh wilayah penularan (KLB)
Sasaran	Di dalam rumah dan diluar serta tempat-tempat umum
Insektisida	Sesuai dengan ketentuan dan dosis
Alat	Hot fogger/mesin pengkabut panas atau cold fogger ULV
Waktu Pelaksanaan	Pagi (06.00 – 10.00) dan sore hari (15.00 – 18.00)
Cara	Foging dilaksanakan 2 siklus dengan interval satu minggu

Foging dalam Pengendalian Fokus	
Pelaksana	Petugas puskesmas, dan tenaga lain yang telah dilatih.
Lokasi	Seluruh wilayah penularan (fokus) radius 100 meter dari kasus indeks
Sasaran	Di dalam rumah dan diluar serta tempat-tempat umum
Insektisida	Sesuai dengan ketentuan dan dosis
Alat	Hot fogger/mesin pengkabut panas atau cold fogger ULV
Waktu Pelaksanaan	Pagi (06.00 – 10.00) dan sore hari (15.00 – 18.00)
Cara	Foging dilaksanakan 2 siklus dengan interval satu minggu

Penanggulangan KLB (1) tujuan, kriteria



Tujuan Penanggulangan KLB DBD

- Memutuskan rantai penularan KLB di wilayah terjangkit dan wilayah sekitarnya
- Mencegah komplikasi dan kematian
- Memperpendek periode KLB
- Mencari penyebab/faktor risiko terjadinya KLB
- Menentukan langkah-langkah penanggulangan

Kriteria KLB DBD :

- Timbulnya kasus DBD yang sebelumnya tidak ada atau tidak dikenal pada suatu daerah.
- Jumlah kasus DBD baru dalam periode waktu satu bulan menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan dengan angka rata-rata per bulan dalam tahun sebelumnya.
- Angka kematian karena DBD dalam satu kurun waktu tertentu menunjukkan kenaikan 50% atau lebih dibandingkan dengan angka kematian pada periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama

Penanggulangan KLB (2)

Upaya Penanggulangan KLB DBD

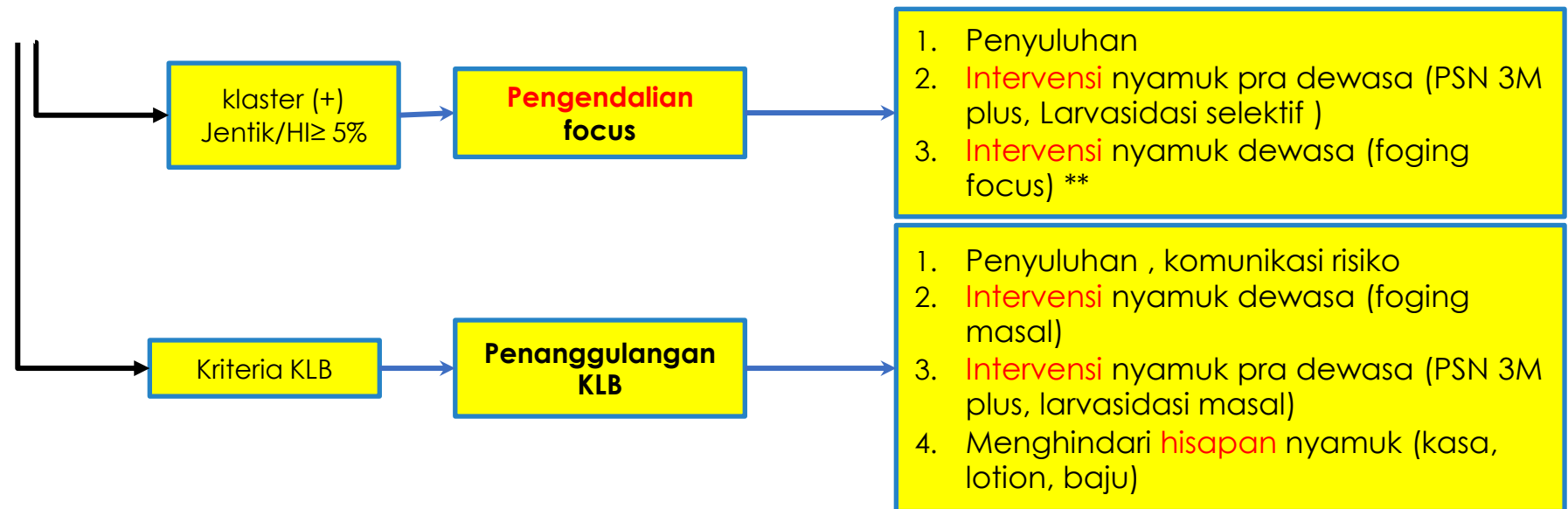
- a. Penyelidikan epidemiologi
- b. Surveilans kasus DBD dan Surveilans Vektor
- c. Pengobatan dan Perawatan
- d. **Intervensi** Vektor (penyemprotan insektisida, pemberantasan sarang jentik/nyamuk /PSN 3Mplus. Dan larvasidasi)
- e. Penyuluhan
- f. Evaluasi penanggulangan

Indikasi KLB DBD berakhir

Tidak terdapat kasus DBD lebih dari 4 minggu sejak kasus terakhir di wilayah berjangkit (wilayah berisiko penularan)

Penyelidikan dilakukan sama dengan penyelidikan pada **pengendalian** focus, yaitu setiap kasus yang ditemukan selama penanggulangan dilakukan pelacakan kasus lain dan pemeriksaan jentik pada wilayah berisiko penularannya .

Penanggulangan KLB DBD Penyelidikan Epidemiologi



Hasil PE positif bila :

Ditemukan 1 atau lebih penderita Dengue lainnya; dan

Persentase rumah/bangunan yang tidak ditemukan jentik ($ABJ \geq 95\%$)/house index .(HI= rumah yang ditemukan jentik > 5% rumah yang)

Intervensi bila hasil PE positif dilakukan **pengendalian** fokus yaitu:

Fogging fokus

Penyuluhan

PSN 3M Plus dan larvasidasi selektif

Hasil PE negatif bila: tidak ditemukan hal tersebut diatas.

Intervensi bila hasil PE negatif dilakukan penyuluhan, PSN 3M Plus dan larvasidasi selektif.

Penanggulangan KLB Surveilans selama periode KLB

Segera setelah ditetapkan KLB, dilakukan surveilans (penemuan kasus, penyajian data kasus dalam tabel dan grafik analisis harian/mingguan)

Penemuan kasus :

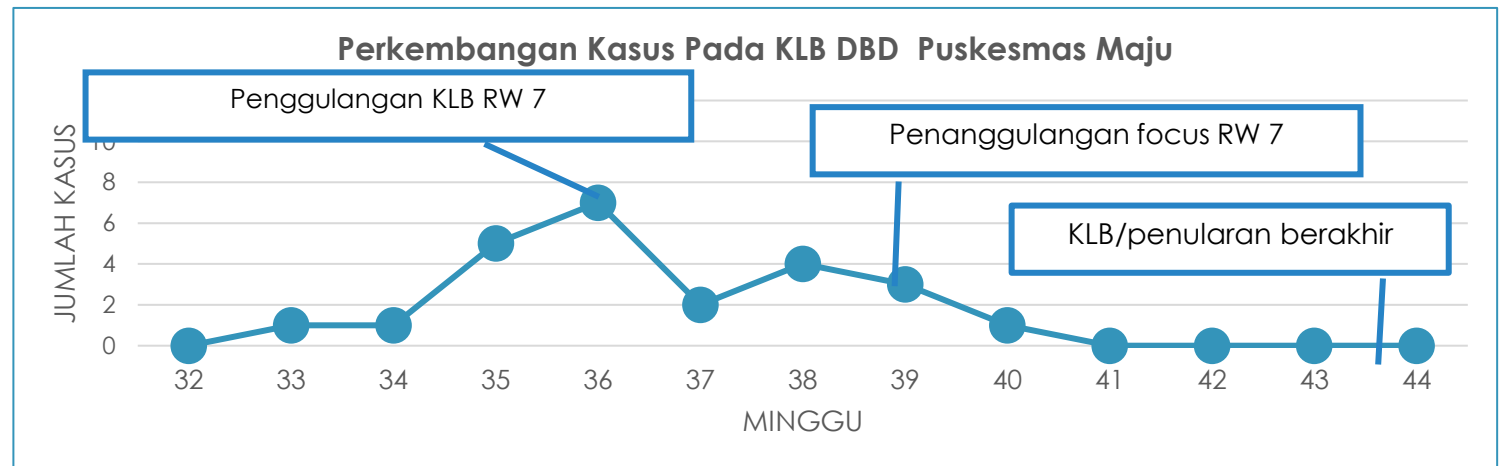
1. Penemuan kasus di fasilitas pelayanan kesehatan
2. Penemuan kasus dari laporan dari masyarakat (dokter, kader, dsb)
3. Penemuan kasus dalam penyelidikan (pelacakan kasus lain)

Penyajian data

1. Data kasus dengue disajikan dalam bentuk tabel kasus dengue harian/mingguan menurut RT/RW/Kelurahan/Desa
2. Data kasus dengue disajikan dalam bentuk grafik perkembangan kasus DBD harian/mingguan Puskesmas

Surveilans selama periode KLB

Perkembangan Kasus Pada KLB DBD Puskesmas Maju, 2024												
RW	MINGGU											
	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	1	0	5	7	2	0	3	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
JML	0	1	1	5	7	2	4	3	1	0	0	0



Penanggulangan KLB Pengobatan dan Perawatan

1. Penyuluhan tatacara pengobatan dan perawatan di rumah serta rujukan
2. Prosedur pengobatan dan perawatan segera
3. Mendekatkan pelayanan di wilayah KLB
4. Menerapkan system rujukan pasien dari masyarakat, fasyankes primer dan fasyankes sekunder

Referensi

Pedoman Pencegahan dan Pengendalian DBD, Dirjen P2P, 2017

https://drive.google.com/file/d/1I_SANBqBptkTDwQiTjuIESqZJD6_mi8x/view

(draft) Lampiran Permenkes Penanggulangan Dengue

https://drive.google.com/open?id=1348_tNzr9AoSeT6LFGCOsp1xU-3ZfXXh

Strategi Nasional Penanggulangan DBD 2021--2025

<https://drive.google.com/open?id=1CCmXq9LxkuizhlsDY8pvF7vFCQOjdlItY>

Juknis Implementasi PSN 3M plus oleh G1R1

<https://drive.google.com/file/d/1agxZ8ljcq9vs6lRB5RsGWsJSBBnsAS7m/view?usp=sharing>

Pedoman Klaster IV

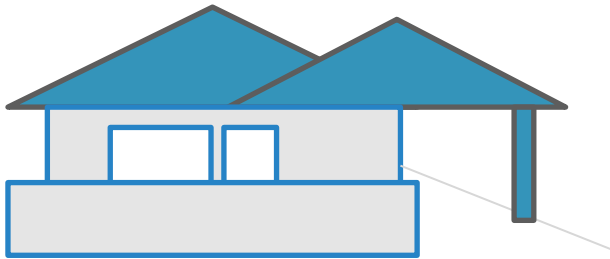
Malaria





Upaya Penanggulangan Malaria

- Sebagian wilayah Indonesia merupakan wilayah endemis malaria, sebagian yang lain sudah ditetapkan sebagai wilayah bebas malaria.
- Berdasarkan 4 wilayah berdasarkan tingkat endemisitas malaria dan tahapan kegiatannya untuk masing-masing tingkat endemisitas tersebut



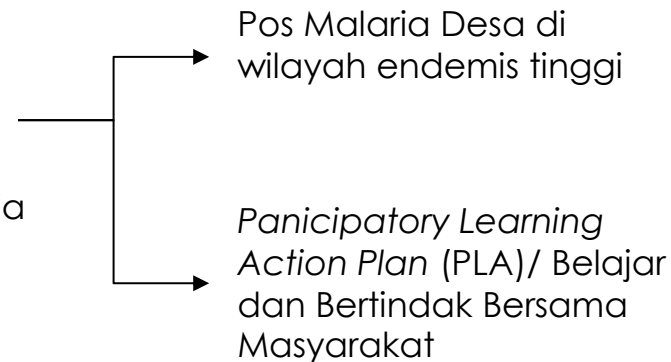
Upaya penanggulangan malaria	
1.	Promosi Kesehatan
2	Surveilans Kasus
3	Surveilans Vektor
4	Pengendalian faktor risiko
5	Penanganan Kasus
6	Penanggulangan KLB
7	Referensi

Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan ditujukan untuk memberdayakan masyarakat agar mampu berperan aktif dalam mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan untuk pencegahan dan pengendalian Malaria.

Bentuk kegiatan promosi :

1. Advokasi
2. Kemitraan
3. Pemberdayaan masyarakat
4. Komunikasi dan perubahan perilaku
5. Strategi Komunikasi Menuju Eliminasi Malaria



Selengkapnya lihat pada Pedoman Kerja Promosi Kesehatan

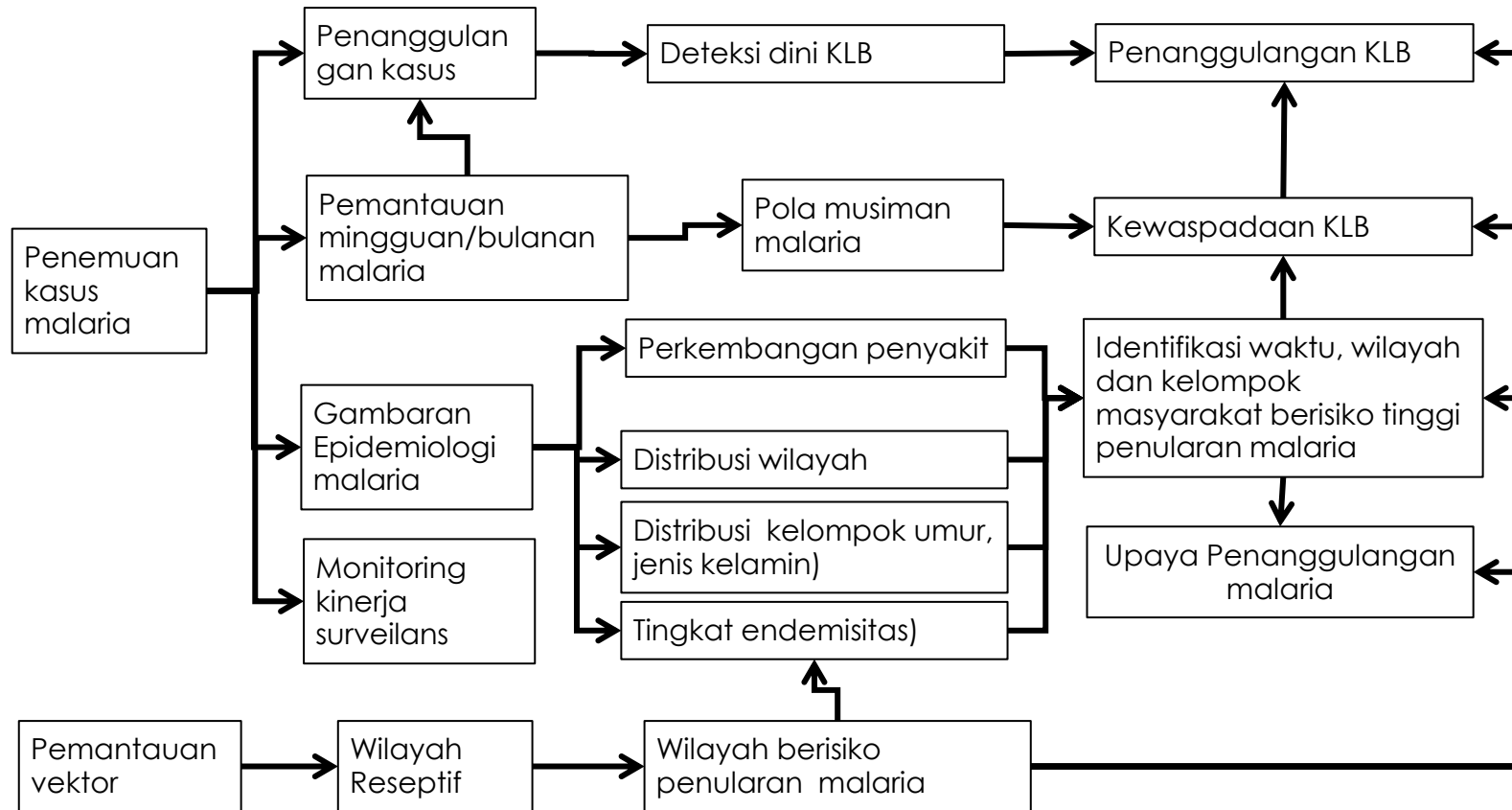
Link Promosi Penanggulangan

Surveilans



- **Surveilans malaria** terdiri dari surveilans kasus malaria dan surveilans faktor risiko
- Surveilans malaria (kasus) digunakan untuk menentukan tindakan penanggulangan malaria secara efektif dan efisien
- Surveilans kasus malaria dilaksanakan dengan melaksanakan kegiatan penemuan kasus, pengumpulan dan pengolahan data, analisis dan interpretasi data kasus malaria serta pemanfaatan data dalam upaya penanggulangan malaria di Puskesmas

Pemanfaatan Data Surveilans Kasus Malaria



Indikator Surveilans Malaria Puskesmas :

1. Setiap kasus malaria ditemukan dilakukan pengobatan dan penanggulangan penularan sampai dipastikan penularan berakhir
2. Malaria berat dan kematian malaria tidak ada
3. Penularan malaria berakhir < 4 minggu sejak kasus indeks ditemukan

Penemuan Kasus Malaria

- Diagnosis malaria ditetapkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Diagnosa pasti malaria ditegakkan apabila pada pemeriksaan laboratorium malaria ditemukan parasite malaria dan / atau adanya antigen dalam darah. Pemeriksaan laboratorium malaria dilakukan dengan pemeriksaan darah, baik secara mikroskopis atau uji diagnosis cepat (RDT). Dapat juga diperiksa dengan metode serologis (EUSA), PCR dan teknologi molekuler lainnya.
- Kasus malaria adalah seseorang yang menunjukkan gejala malaria atau tidak menunjukkan gejala malaria dan ditemukan jejak parasite malaria dalam tubuhnya (pemeriksaan mikroskopis, pemeriksaan serologis atau PCR)
- Kasus adalah seseorang dengan hasil pemeriksaan darah positif Malaria.

Penemuan Kasus Malaria

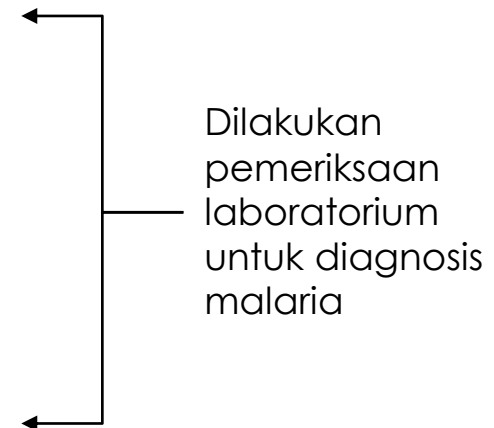
Kasus malaria dapat ditemukan secara aktif maupun pasif.

Penemuan secara aktif

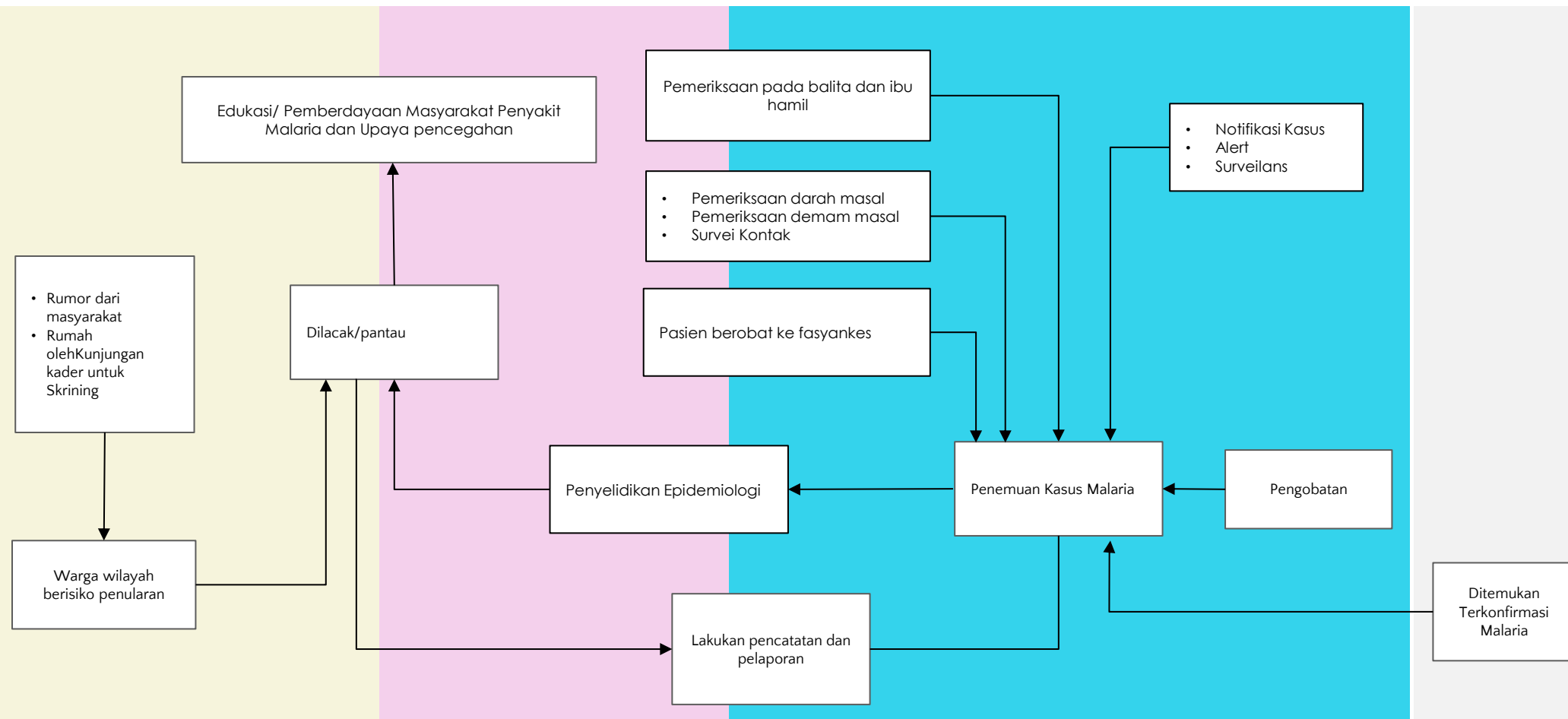
1. kunjungan rumah
2. pemeriksaan darah massal (*mass blood survey/MBS*), pemeriksaan demam massal (*mass fever survey/MFS*), dan survei kontak
3. notifikasi
4. penyelidikan epidemiologi
5. surveilans migrasi.

Penemuan secara pasif

1. Seseorang yang berobat di fasilitas pelayanan kesehatan dan didiagnosis malaria oleh petugas
2. Penapisan malaria pada kunjungan ibu hamil
3. Pemeriksaan malaria pada balita berobat dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)



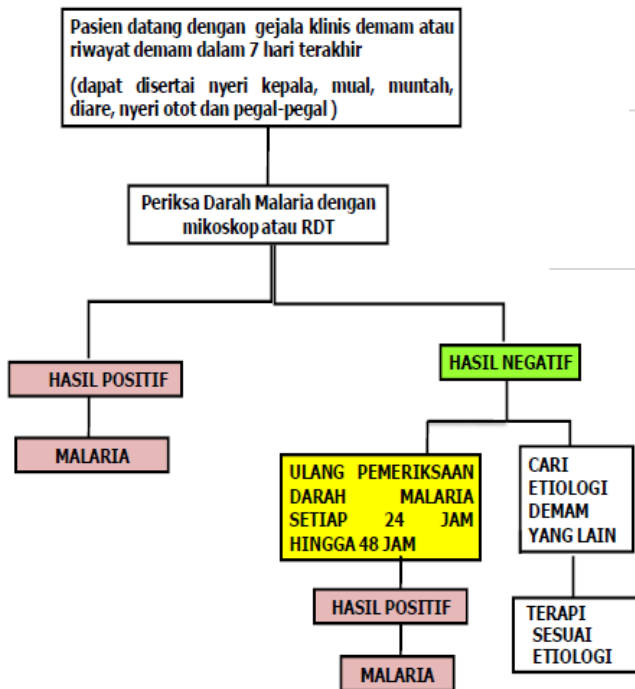
Algoritma Penemuan Kasus



Alur Pemeriksaan Malaria

LAMPIRAN

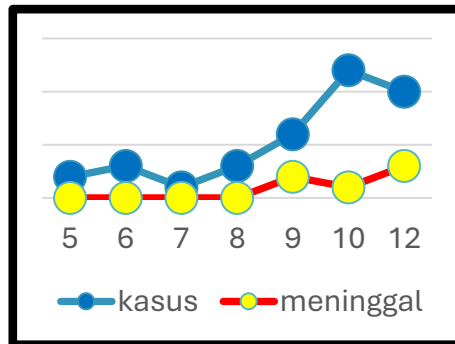
Algoritme 1. Alur Penemuan Penderita Malaria



STANDAR DIAGNOSIS

1. Setiap individu yang tinggal di daerah endemis malaria yang menderita demam atau memiliki riwayat demam dalam 48 jam terakhir atau tampak anemi; wajib diduga malaria tanpa mengesampingkan penyebab demam yang lain.
2. Setiap individu yang tinggal di daerah non endemis malaria yang menderita demam atau riwayat demam dalam 7 hari terakhir dan memiliki risiko tertular malaria; wajib diduga malaria. Risiko tertular malaria termasuk: riwayat bepergian ke daerah endemis malaria atau adanya kunjungan individu dari daerah endemis malaria di lingkungan tempat tinggal penderita atau ada riwayat transfusi darah
3. Setiap individu dengan gejala demam yang punya riwayat sakit malaria sebelumnya maka diduga malaria
4. Setiap penderita yang diduga malaria harus diperiksa darah malaria dengan mikroskop atau RDT.
5. Untuk mendapatkan pengobatan yang cepat maka hasil diagnosis malaria harus didapatkan dalam waktu kurang dari 1 hari terhitung sejak pasien memeriksakan diri.

Penanggulangan KLB (1) : tujuan, kriteria



- **Tujuan Penanggulangan KLB Malaria**
- Memutuskan rantai penularan KLB di wilayah terjangkit dan wilayah sekitarnya
- Mencegah komplikasi dan kematian
- Memperpendek periode KLB
- Mencari penyebab/faktor risiko terjadinya KLB
- Menentukan langkah-langkah penanggulangan

Definisi Operasional :

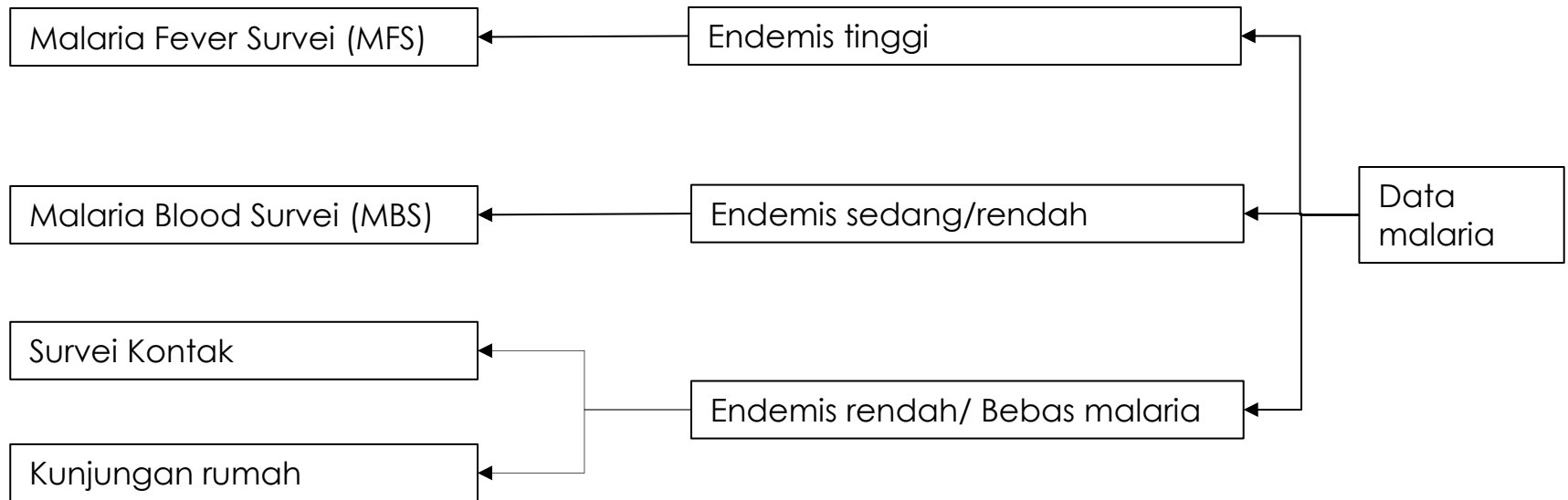
Penderita yang di dalam tubuhnya ditemukan plasmodium atau parasit malaria yang dibuktikan dengan pemeriksaan Mikroskopis positif dan atau RDT (*Rapid Diagnostic Test*) positif.

Kriteria KLB Malaria :

1. Tahap Akselerasi dan Tahap Intensifikasi : peningkatan kasus 2 kali dari periode sebelumnya.
2. Tahap Pembebasan : peningkatan kasus indigenus
3. Tahap Pemeliharaan : Jika ditemukan 1 kasus indigenus

Survei Malaria

untuk penemuan kasus dan tingkat endemisitas



Pemantauan Mingguan/Bulanan Malaria

Data kasus malaria yang terekam dalam Register Malaria dimanfaatkan untuk melaksanakan pemantauan mingguan malaria yang digunakan untuk :

1. mendeteksi dini penularan setempat atau terjadinya KLB malaria
2. penetapan pola musiman malaria wilayah Puskesmas
3. Perkembangan dan sebaran kasus malaria menurut wilayah RT/RW/desa/kelurahan serta kelompok masyarakat

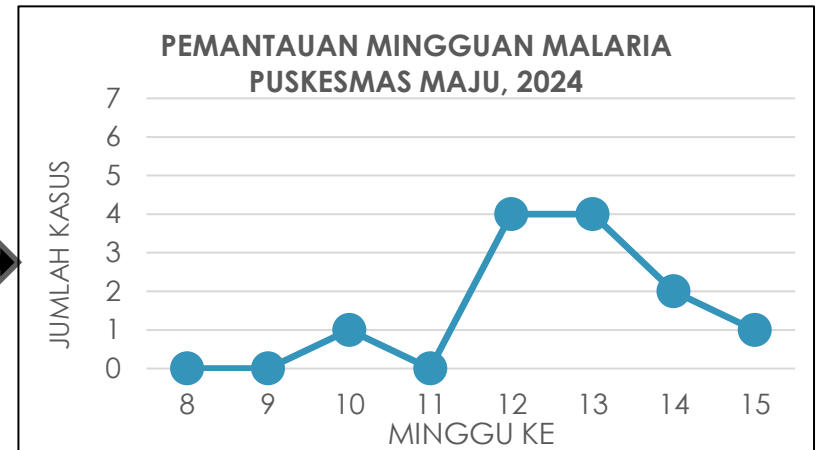
PEMANTAUAN MINGGUAN MALARIA PUSKESMAS MAJU 2024								
RW	MINGGU KE							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2								
3								
4								
JML								

Langkah Pelaksanaan Pemantauan Mingguan Malaria

1. Dipastikan kasus-kasus malaria telah terdata dengan baik pada Register Malaria Puskesmas (nama, tanggal kejadian, domisili/desa/kelurahan, RW, RT,/dusun) -> siapkan Daftarnya
2. Data diolah dengan menambahkan nama variabel baru "Minggu"
3. Isikan data Minggu sesuai dengan tanggal kejadian (lihat kalender surveilans)
4. Buat Daftar Kasus Malaria, berisi variabel Minggu ke dan Wilayah (RW)
5. Hitung data jumlah kasus untuk setiap Minggu masing-masing wilayah (RW)
6. Daftar Kasus Malaria digunakan untuk membuat tabel Pemantauan Mingguan Malaria

Deteksi dini penularan malaria – respon berdasarkan Pemantauan Mingguan/Bulanan Malaria

PEMANTAUAN MINGGUAN MALARIA PUSKESMAS MAJU 2024								
RW	MINGGU KE							
	8	9	10	11	12	13	14	15
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	1	1	0	0	0
3	0	0	1	0	3	4	2	0
4	0	0	0	0	0	0	0	1
JML	0	0	1	0	4	4	2	1



Pembahasan

- Terjadi peningkatan jumlah kasus malaria di Puskesmas Maju sejak Minggu ke 10-15. Segera dilakukan penyelidikan adanya kasus-kasus lain pada wilayah penularan, dan pemeriksaan faktor risiko. Apabila terdapat indikasi KLB, maka segera perlu dilakukan upaya-upaya penanggulangan KLB
- Surveilans kasus malaria diintensifkan pada wilayah penularan sampai terbukti tidak ada penularan lagi (tidak ada kasus baru lagi minimal 4 minggu kasus terakhir di wilayah penularan/RW/desa/kelurahan)

Epidemiologi Malaria

- Data kasus malaria yang terekam dalam Register malaria dimanfaatkan untuk mendapatkan gambaran epidemiologi (deskriptif) malaria menurut RW (Rukun Warga) baik data absolut maupun angka kesakitan (incidence rate).
- Data ini dapat saja dihubungkan dengan pemeriksaan faktor risiko dan upaya pengendalian vektor malaria pada wilayah yang sama.
 1. Perkembangan malaria bulanan dan tahunan menurut wilayah desa/kelurahan
 2. Mengetahui risiko penularan /tingkat endemisitasnya wilayah (RT/RW/desa/kelurahan)

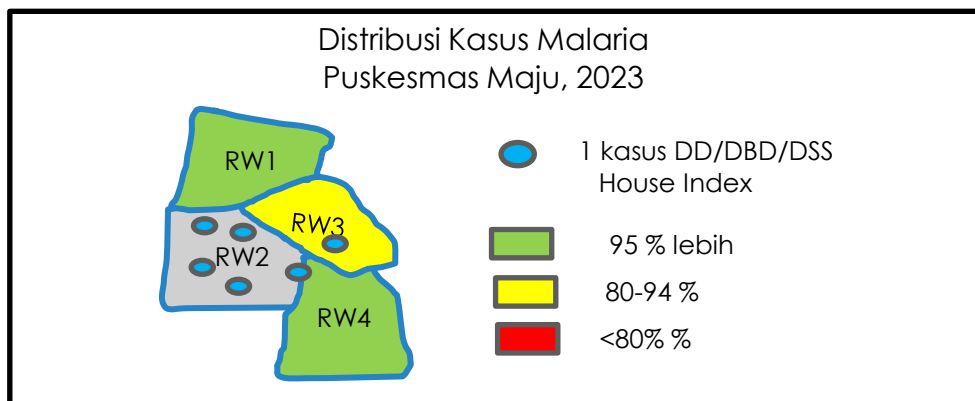
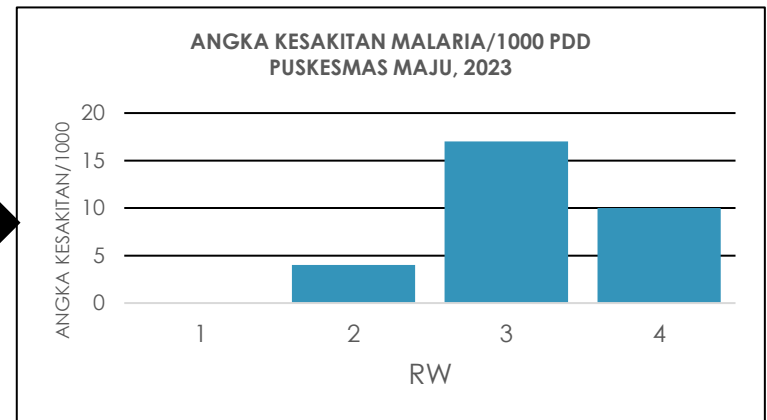
EPIDEMIOLOGI MALARIA PUSKESMAS MAJU, 2023			
RW	KASUS	PDD	AK/1000
1	0	501	0
2	1	250	4
3	7	412	17
4	12	1201	10
JML	20	2364	8

Langkah Pelaksanaan Pemetaan Risiko Penularan Malaria Menurut Wilayah

1. Dipastikan kasus-kasus malaria telah terdata dengan baik pada Register Malaria Puskesmas (variabel tanggal kejadian, domisili (desa/kelurahan, RW, RT./dusun, jenis parasit)
2. Buat Tabel Epidemiologi malaria (sesuai dengan jenis parasite) berisi variabel RW untuk tahun 2023 (contoh)
3. Hitung data jumlah kasus sesuai RW nya
4. Dari tabel Epidemiologi Malaria dibuat penyajian data dalam bentuk grafik dan peta
5. Lakukan pembahasan (analisis dan interpretasi) risiko penularan malaria masing-masing wilayah (RW)

Penyajian Data Epidemiologi Malaria

EPIDEMIOLOGI MALARIA PUSKESMAS MAJU, 2023			
RW	KASUS	PDD	AK/1000
1	0	501	0
2	5	250	20
3	1	501	2
4	0	1201	0
JML	6	2364	2,5



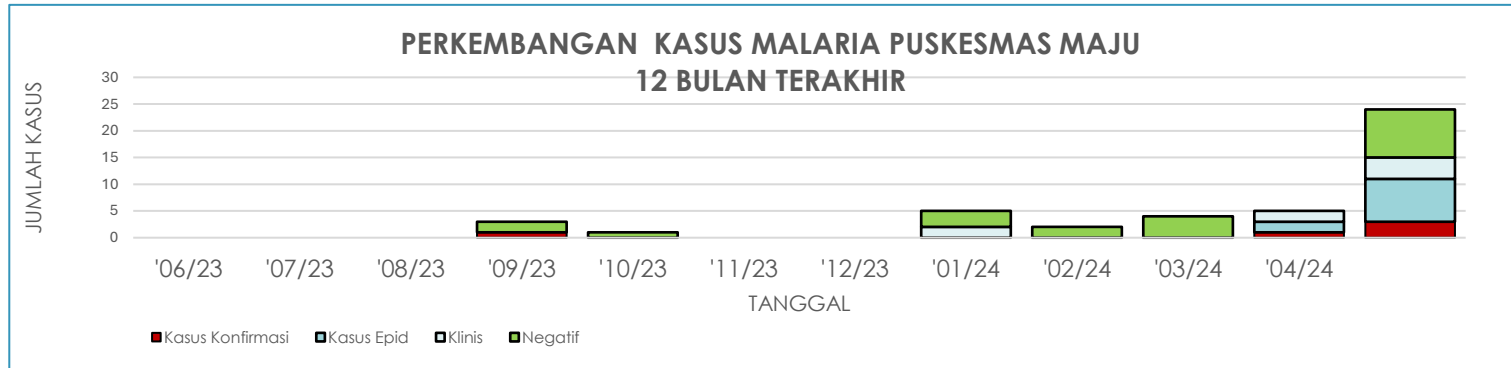
Pembahasan

Risiko penularan malaria tinggi di RW 2 (kasus + faktor risiko)

Tindakan

Perlu ada tindakan pengendalian vektor dan surveilans yang lebih intensif

Penyajian Data Epidemiologi Malaria



PERKEMBANGAN KASUS MALARIA PUSKESMAS MAJU, 12 BULAN TERAKHIR												
	2023							2024				
RW	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
002	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	3
003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JML	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	4

Tingkat Endemisitas Malaria dan Tahapan Tindakan Penanggulangan

Dalam upaya penanggulangan malaria wilayah dibagi dalam 4 tingkatan endemisitas dengan jenis tindakan penanggulangannya . Puskesmas wajib mengetahui tingkat endemisitas wilayahnya .

Insiden Malaria	Tingkat Endemisitas	Tahapan Penanggulangan	Tindakan
>5 /1000 pdd/tahun	Endemisitas Tinggi	akselerasi	Percepatan
1-5 /1000 pdd/tahun	Endemisitas sedang	inensifikasi	Pengurangan penularan setempat
<1/1000 pdd/tahun	Endemisitas rendah	pembebasan	Penghentian penularan setempat
0 kasus/3 tahun	Bebas malaria	pemeliharaan	Pencegahan penularan

Tingkat Endemisitas Malaria dan Tahapan Penanggulangan di Puskesmas

Tingkat Endemisitas Malaria Puskesmas Maju 2024					
Desa	2021	2022	2023	Penularan	Tingkat Endemisitas
A	0	0	0		C
B	0	5	0		B
C	24	12	17		A
D	0	0	0		

Cara menentukan tingkat endemisitas kelurahan/desa:

1. Buat daftar jumlah kasus malaria (setiap jenis parasite) menurut Kelurahan/Desa per tahun dalam 3 tahun terakhir . Jumlah kasus malaria merupakan jumlah penderita malaria pasti

Tingkat Endemisitas adalah tingkat penularan Malaria oleh nyamuk di satu kesatuan wilayah.

Cara menentukan tingkat endemisitas kelurahan/desa:

Tentukan tingkat endemisitas masing-masing desa/kelurahan, seperti ketentuan sebagai berikut :

- a. Kelurahan/Desa Endemis Tinggi adalah kelurahan/desa yang dalam 3 tahun terakhir ditemukan kasus pada setiap tahunnya. (kasus konfirmasi dibandingkan jumlah penduduk $>5\%$.)
- b. Kelurahan/Desa Endemis Sedang adalah kelurahan/desa yang dalam 3 tahun terakhir terdapat kasus tetapi tidak setiap tahun dan ada bukti penularan setempat (kasus konfirmasi dibandingkan jumlah penduduk 1-5 %).
- c. Kelurahan/Desa Endemis Rendah adalah kelurahan/desa yang dalam 3 tahun terakhir tidak terdapat kasus /tidak ada penularan setempat (kasus konfirmasi dibandingkan jumlah penduduk $< 1\%$.)
- d. Kelurahan/Desa bebas yaitu kelurahan/desa yang berada di kabupaten/kota bebas malaria

Ukuran Epidemiologi

Ukuran-ukuran epidemiologi yang sering digunakan dalam kegiatan pengendalian malaria adalah Annual Parasite Incidence (API), Positivity rate (PR), Annual Blood Examination Rate (ABER), % Kasus yang dilakukan PE, Angka

Annual Parasite Incidence (API)

Jumlah total kasus positif dalam kurun waktu tertentu
 ----- x 1000
 Jumlah penduduk dalam kurun waktu yang sama

Positivity rate (PR)

Jumlah total kasus positif dalam kurun waktu tertentu
 ----- x 100%
 Jumlah total pemeriksaan dalam kurun waktu yang sama

% Kasus yang dilakukan PE

Jumlah total kasus positif yang dilakukan PE dalam kurun waktu tertentu
 ----- x 100%
 Jumlah total Kasus Positif dalam kurun waktu yang sama

Annual Blood Examination Rate (ABER)

Jumlah total pemeriksaan dalam kurun waktu tertentu
 ----- x 100%
 Jumlah penduduk dalam kurun waktu yang sama

CFR

Jumlah kematian dalam kurun waktu tertentu
 ----- x 100%
 Jumlah kasus dalam kurun waktu yang sama

Proporsi sediaan darah positif

$\frac{\text{Jumlah sediaan darah diperiksa positif}}{\text{Jumlah sediaan darah diperiksa}} \times \text{konstanta}$

Proporsi skrining ibu hamil

$\frac{\text{Jumlah ibu hamil diskrlning}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil}} \times \text{konstanta}$

Surveilans Vektor

- Pemantauan Vektor
- Pemantauan Lingkungan
- Pemantauan Perilaku Masyarakat

Lihat Petunjuk Teknis Pengendalian Faktor Risiko Malaria

Surveilans Vektor

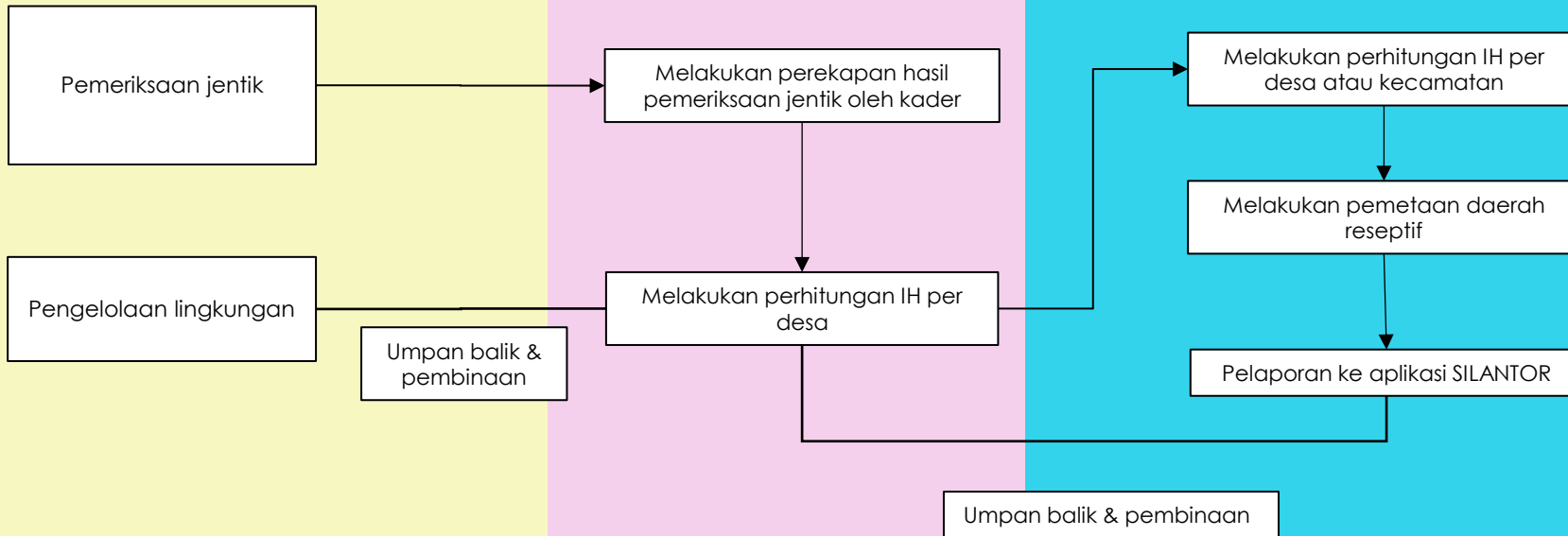
- Surveilans Vektor adalah melakukan pengamatan secara terus menerus dan sistematis terhadap perkembangan vektor penular Malaria yang dapat menghasilkan data dan informasi yang dimanfaatkan untuk meningkatkan kewaspadaan, deteksi kondisi rentan KLB dan isebagai bahan dalam pengambilan keputusan/kebijakan dalam upaya pengendalian vektor secara efisien dan efektif.
- Sumber data surveilans vektor adalah Indeks habitat (IH) untuk jentik dan man biting rate (MBR)



Langkah-Langkah :

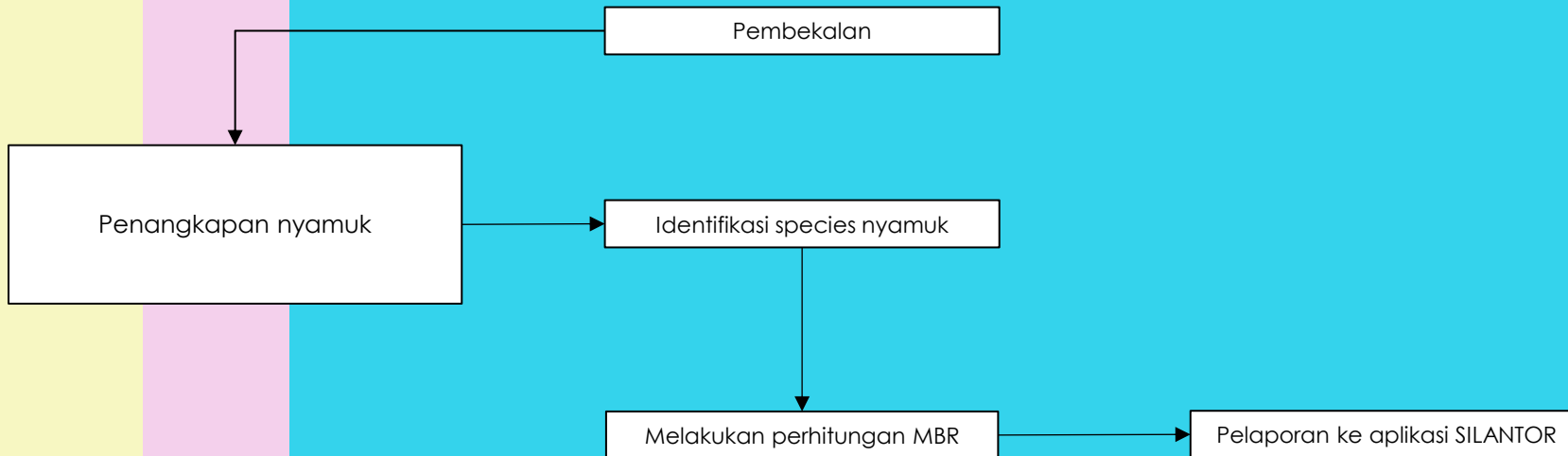
1. Kader malaria melakukan pemeriksaan jentik pada tempat-tempat genangan air (kolam, lagun dll) dan dilakukan pencatatan
2. Data pemeriksaan jentik yang dilakukan oleh kader dilaporkan ke petugas puskesmas
3. Data pemeriksaan jentik per desa dihimpun oleh petugas puskesmas : jumlah habitat yang ada jentik/ jml habitat yang diperiksa (IH)
4. Data hasil pemeriksaan diinput dalam aplikasi SILANTOR oleh petugas puskesmas untuk mendapatkan analisis secara otomatis
5. Petugas puskesmas dan kader melakukan penangkapan nyamuk di malam hari (pkl 18.00 – 06.00)
6. Petugas puskesmas melakukan identifikasi species nyamuk
7. Data hasil penangkapan dihitung MBR : jumlah nyamuk (spesies tertangka)/jumlah penangkap dikalikan waktu penangkapan (jam)

Algoritma Pemantauan Jentik Vektor Malaria



Algoritma Penangkapan nyamuk vector malaria

Masyarakat Kader Pustu Puskesmas/FKTP FKTL



HASIL PENANGKAPAN NYAMUK UMPAN ORANG

Tanggal:

PROVINSI :
KABUPATEN :
KECAMATAN :
DESA :
PUSKESMAS :

Status Survei :



No	Spesies (Jenis Nyamuk)	Tempat Penangkapan	Banyaknya Nyamuk Tangkapan pada pukul											Total	MBR	Pembedahan Ovarium		
			18.00	19.00	20.00	21.00	22.00	23.00	24.00	1.00	2.00	3.00	4.00			5.00	parous	jumlah
			19.00	20.00	21.00	22.00	23.00	24.00	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00					
1	Anopheles kochi	Dalam rumah	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	5,333	0	0	
		Luar rumah	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1				
2		Dalam rumah																
		Luar rumah																
3		Dalam rumah																
		Luar rumah																
4		Dalam rumah																
		Luar rumah																
5		Dalam rumah																
		Luar rumah																
6		Dalam rumah																
		Luar rumah																
		Temperatur Min																
		Temperatur Max																
		Kecepatan Angin																
		Kelembaban (%)																
		Keterangan lain																

Keterangan/Catatan :

- Sebutkan status survei misalnya pengamatan/operasional, sewaktu/spot survei, dll.
- MBR dihitung dengan rumus =

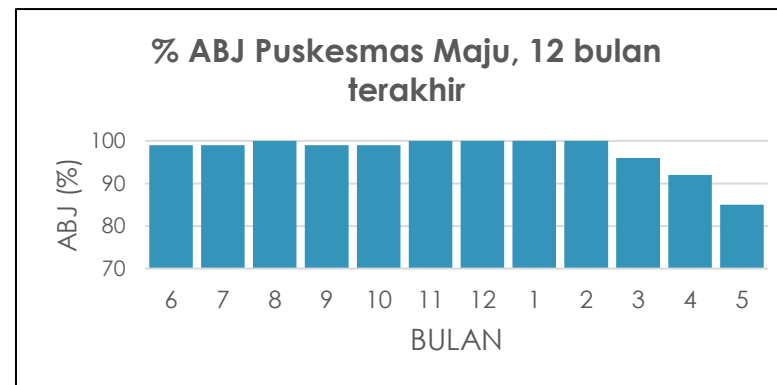
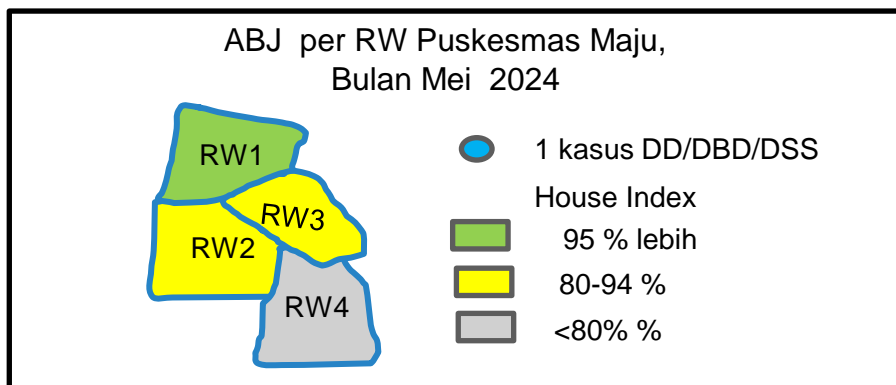
$$\frac{\text{Jumlah nyamuk tertangkap (spesies tertentu)}}{\text{Jumlah penangkap} \times \text{waktu penangkapan}^*}$$

* waktu penangkapan = 40 menit : 60 menit x 12 jam
- parous = nyamuk yang sudah pernah bertelur

Surveilans Vektor Malaria



ABJ (%) per RW di Puskesmas Maju, 12 bulan terakhir												
	Bulan (2023)							Bulan (2024)				
RW *	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
1	95	100	100	95	100	100	100	100	100	94	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90
3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	93	82	88
4	100	96	100	100	96	100	100	100	100	100	88	83
JML	99	99	100	99	99	100	100	100	100	96	92	85



Jenis Survei Vektor Malaria

- A. **Survei Longitudinal (Pengamatan Jangka Panjang)** : adalah pengamatan vektor malaria tahunan yang dilakukan secara terus-menerus setiap dua minggu atau setiap bulan. Tujuan survei ini adalah untuk mengetahui fluktuasi vektor malaria bulanan serta perubahan perilaku (bionomik) vektor malaria
- B. **Survei Intensif (Survei Khusus)** ; hanya dilakukan di daerah bencana, daerah dengan kejadian luar biasa (KLB) dan situasi mata/khusus. Tujuannya adalah untuk mendapatkan data dan informasi tentang vektor malaria yang akan digunakan sebagai dasar untuk melakukan tindakan pengendalian vektor.
- C. **Survei Sesewaktu atau Penyelidikan Sesewaktu (Spot Survei)** ; adalah survei yang dilakukan terutama untuk mengetahui daerah potensial KLB malaria, daerah-daerah yang bermasalah malaria

Kegiatan rutin yang dapat dilakukan di Tingkat puskesmas adalah pemetaan wilayah reseptif. Kegiatan ini berupa penangkapan jentik dan pupa *Anopheles* pada pagi/siang hari. Pada wilayah dengan tempat perindukan potensial dilakukan pencidukan jentik apabila ditemukan jentik *Anopheles spp*, maka wilayah tersebut merupakan wilayah reseptif.

Adapun rumus untuk menghitung indeks habitat sebagai berikut:

$$IH = \frac{\text{Jumlah habitat positif jentik Anopheles}}{\text{Jumlah seluruh Habitat yang diperiksa}} \times 100\%$$

Penanggulangan Faktor Risiko



Tatalaksana Kasus

Diagnosis malaria ditegakkan seperti diagnosis penyakit lainnya berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium.

Untuk malaria berat diagnosis ditegakkan berdasarkan kriteria WHO

Untuk balita diagnosis menggunakan pendekatan MTBS.

- Di daerah endemis tinggi malaria* setiap balita yang sakit diperiksa darah untuk melihat ada tidaknya infeksi malaria.
- Di daerah non endemis, endemis rendah dan sedang pemeriksaan darah malaria dilakukan pada balita demam dengan riwayat perjalanan ke / tinggal di daerah fokus** atau daerah endemis tinggi juga riwayat transfusi darah.

Diagnosis pasti malaria harus ditegakkan dengan pemeriksaan sediaan darah secara mikroskopis dan/atau uji diagnostik cepat (*Rapid Diagnostic Test*=RDT).

Pengobatan
sesuai Jenis
Parasit Malaria

Pengobatan dan Pemantauannya

STANDAR PENGOBATAN

- Pengobatan radikal penderita malaria harus mengikuti kebijakan nasional pengendalian malaria di Indonesia.
- Pengobatan dengan *Artemisinin based Combination Therapy* (ACT) hanya diberikan kepada penderita dengan hasil pemeriksaan darah malaria positif. Pemberian ACT harus segera diberikan setelah ada hasil pemeriksaan darah
- Penderita malaria tanpa komplikasi harus diobati dengan kombinasi berbasis artemisinin (ACT) ditambah primakuin sesuai dengan jenis plasmodiumnya. Tidak diberikan Primakuin pada bayi <6 bulan, ibu hamil, ibu menyusui bayi usia <6 bulan dan penderita malaria dengan defisiensi enzim G6PD. ACT yang ada disiapkan oleh program adalah Dihidroartemisinin-Piperakuin (DHP)
- Pengobatan DHP diberikan selama 3 hari sesuai dengan berat badan, yaitu H(hari) 0 (nol) pada dosis pertama, H1 pada dosis
- Penderita malaria berat atau dengan komplikasi harus diobati dengan Artesunate intravena dan bila tidak memungkinkan diberikan secara intramuscular. Pengobatan minimal 24 jam (jam ke 0, 12 dan 24) dan jika sudah mengalami perbaikan (klinis dan laboratoris) serta intake oral sudah memungkinkan, dilanjutkan DHP oral dan primakuin sesuai pengobatan malaria tanpa komplikasi.
- Setiap tenaga kesehatan harus memastikan pasien minum obat dengan benar (jika memungkinkan dosis pertama dapat diminum didepan petugas) dan kepatuhan pasien meminum obat sampai habis melalui edukasi atau konseling agar tidak terjadi resistensi plasmodium terhadap obat.
- Jika penderita malaria berat akan dirujuk, sebelum dirujuk penderita harus diberi dosis awal Artesunate intravena/ intramuskular.

Pengobatan dan Pemantauannya

STANDAR PEMANTAUAN PENGOBATAN

- Evaluasi pengobatan dilakukan dengan pemeriksaan klinis dan mikroskopik darah.
- Pada penderita rawat jalan, evaluasi pengobatan dilakukan setelah 24 jam pengobatan selesai (hari ke 3) dan hari ke-28
- Pada penderita rawat inap, evaluasi pengobatan dilakukan setiap hari hingga tidak ditemukan parasit dalam sediaan darah selama 3 hari berturut-turut, (H 0,1,2) dan setelahnya di evaluasi seperti pada penderita rawat jalan.

Kegiatan

Penanggulangan KLB Malaria

1. Pembagian/penggunaan kelambu berinsektisida
2. Penyemprotan dinding rumah (PRS) min 80% di daerah fokus penularan
3. Larvasida pada breeding places potensial anopheles
4. Sosialiasai cara pencegahan malaria
5. Anjuran utk segera melapor ke petugas kesehatan jika mengalami gejala malaria

Referensi

Penanggulangan Malaria , PMK 22, tahun 2022

https://drive.google.com/open?id=1_4npwys_T26JtgnYhjUPBOBMoqUWFWQx

Buku Saku Tatalaksana Kasus Malaria

<https://drive.google.com/open?id=1GvncTtHnfE13tmWs1W0JhDfwesV-d-6H>

Internal

1. Pedoman Penanggulangan Malaria

2. Buku Saku

Pedoman Klaster IV

Filariasis



Filariasis



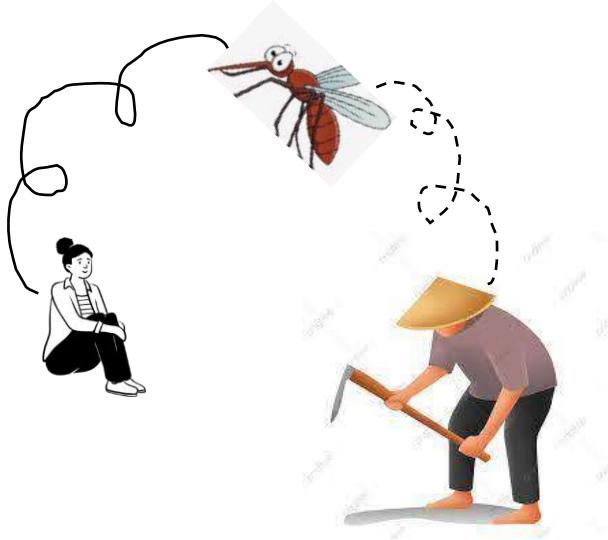
Menu Utama



Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing filaria yang menyerang saluran dan kelenjar getah bening. Penyakit ini dapat merusak sistem limfe, menimbulkan pembengkakan pada tangan, kaki, glandula mammae, dan scrotum, menimbulkan rasa sakit dan cacat seumur hidup serta stigma sosial bagi penderita dan keluarganya.

Cacing filaria dewasa berada pada kelenjar limfe (besar) dan menimbulkan kerusakan jaringan limfe. Cacing dewasa ini dapat bertahan hidup selama 6-8 tahun, dan selama hidupnya memproduksi jutaan mikrofilaria setiap harinya yang bersirkulasi dalam peredaran darah.

Nyamuk yang menggigit seseorang yang terinfeksi filaria, pada saat mikrofilaria berada pada darah tepi (malam hari), maka mikrofilaria terbawa nyamuk yang kemudian memindahkan mikrofilaria ini pada orang lain yang digigit oleh nyamuk terinfeksi filaria tersebut. Dalam tubuh baru, mikrofilaria tumbuh menjadi cacing dewasa yang tinggal di kelenjar limfe



Kegiatan Penanggulangan Filariasis



Menu Utama

1. Surveilans Filariasis

- a. Penemuan penderita
- b. Survei prevalensi mikrofilaria
 - 1) Survei data dasar prevalensi mikrofilaria
 - 2) Survei evaluasi prevalensi mikrofilaria *)
- c. Survei evaluasi penularan filariasis *).

2. Penanganan Penderita

3. Pengendalian faktor risiko

- a. Pemutusan rantai penularan dengan POPM Filariasis *)
- b. Penanggulangan vektor penular filariasis secara terpadu

4. KIE

5. Pencatatan dan Pelaporan

6. Referensi

*) dilaksanakan pada wilayah yang melaksanakan POPM filariasis

Surveilans Filariasis

Ruang lingkup Surveilans meliputi

1. [Penemuan penderita filariasis kronis](#)

Penemuan penderita filariasis kronis dilakukan secara aktif (laporan data penderita filariasis kronis desa/kelurahan) dan pasif (penemuan kasus di fasilitas pelayanan kesehatan dan laporan Masyarakat)

Data yang diperoleh akan berguna untuk mendeteksi dini adanya dugaan penularan filariasis, menetapkan desa/kelurahan dengan risiko penularan tinggi untuk dilakukan survei data dasar prevalensi mikrofilaria dan penetapan sentinel site pada survei evaluasi prevalensi mikrofilaria) dan menetapkan penderita yang memerlukan pengobatan dan perawatan

2. [Survei Data Dasar Prevalensi Mikrofilaria \(Dinkes Kab/Kota\)](#)

3. [Survei Evaluasi Prevalensi Mikrofilaria dan Post Validation Survey \(Dinkes Provinsi\)](#)

4. [Survei Evaluasi Penularan Filariasis \(Dinkes Provinsi\)](#)

5. Sertifikasi Eliminasi Filariasis (Dinkes Kab/Kota)

1a. Langkah Pelaksanaan Penemuan Penderita Filaria Kronis

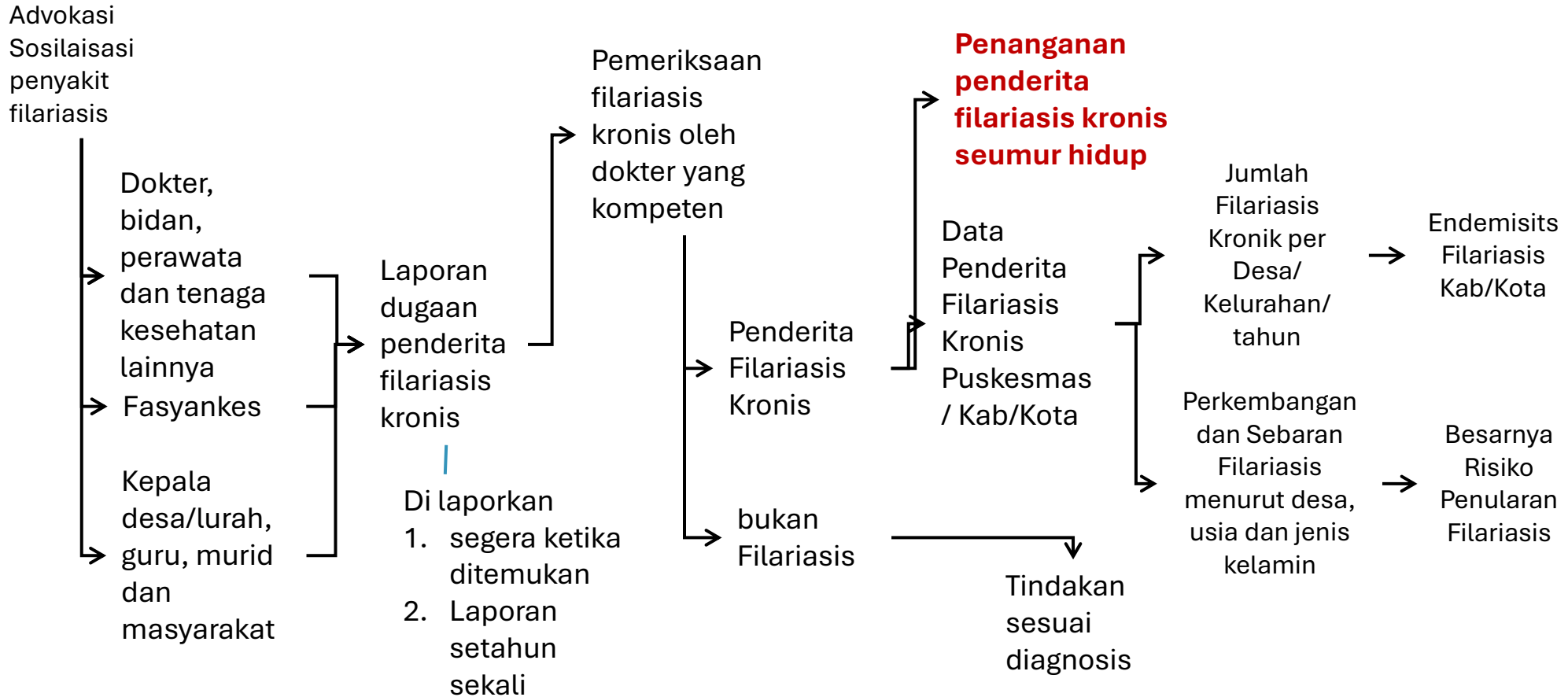
Setiap Puskesmas, baik Puskesmas pada Kabupaten/Kota endemis filariasis, maupun berada pada kabupaten/kota non endemis filaris/sertifikat eliminasi filariasis, berkewajiban melakukan penemuan penderita filariasis kronis baru di wilayahnya dan melaporkannya ke Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan.

Penderita Filariasis Kronis adalah seseorang yang terinfeksi cacing Filariasis dan sudah menunjukkan gejala dan tanda kronis limfedema, lymph scrotum, kiluria, atau hidrokel

Langkah Pelaksanaan Penemuan penderita filariasis kronis sebagai berikut :

1. Penemuan penderita filariasis kronis rutin di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu
Penderita filariasis kronis yang ditemukan di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu tetap harus diperiksa ulang oleh dokter yang kompeten dan data penderita filariasis kronis SEGERA dihimpun dalam Register Penderita Filariasis Kronis Puskesmas
2. Semua fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, kepala desa/lurah yang ada di wilayah Puskesmas mendapat advokasi dan sosialisasi penderita filariasis kronis dan diminta membuat laporan SEGERA ketika ditemukan dan setahun sekali (di absen kelengkapan laporannya setiap akhir tahun).
3. Setiap laporan adanya penderita filariasis kronis oleh tenaga kesehatan, kader, kepala desa/lurah atau masyarakat, dilakukan pemeriksaan ulang oleh dokter yang kompeten dan data penderita filariasis kronis SEGERA dihimpun dalam Register Penderita Filariasis kronis Puskesmas

Alur Kerja Surveilans Filariasis Penemuan Penderita Filariasis Kronis Baru



1b.1) Langkah Pelaksanaan Survei Data Dasar Prevalensi Mikrofilaria

Setiap Puskesmas yang terdapat penderita filariasis kronis (baru), wajib melakukan Survei Darah Jari untuk Penetapan Status Prevalensi Mikrofilaria, setidaknya di desa/kelurahan dengan jumlah penderita filariasis kronis baru dalam setahun terakhir yang tertinggi. Survei diterapkan pada wilayah daerah endemis filariasis atau diduga menjadi wilayah endemis filariasis baru

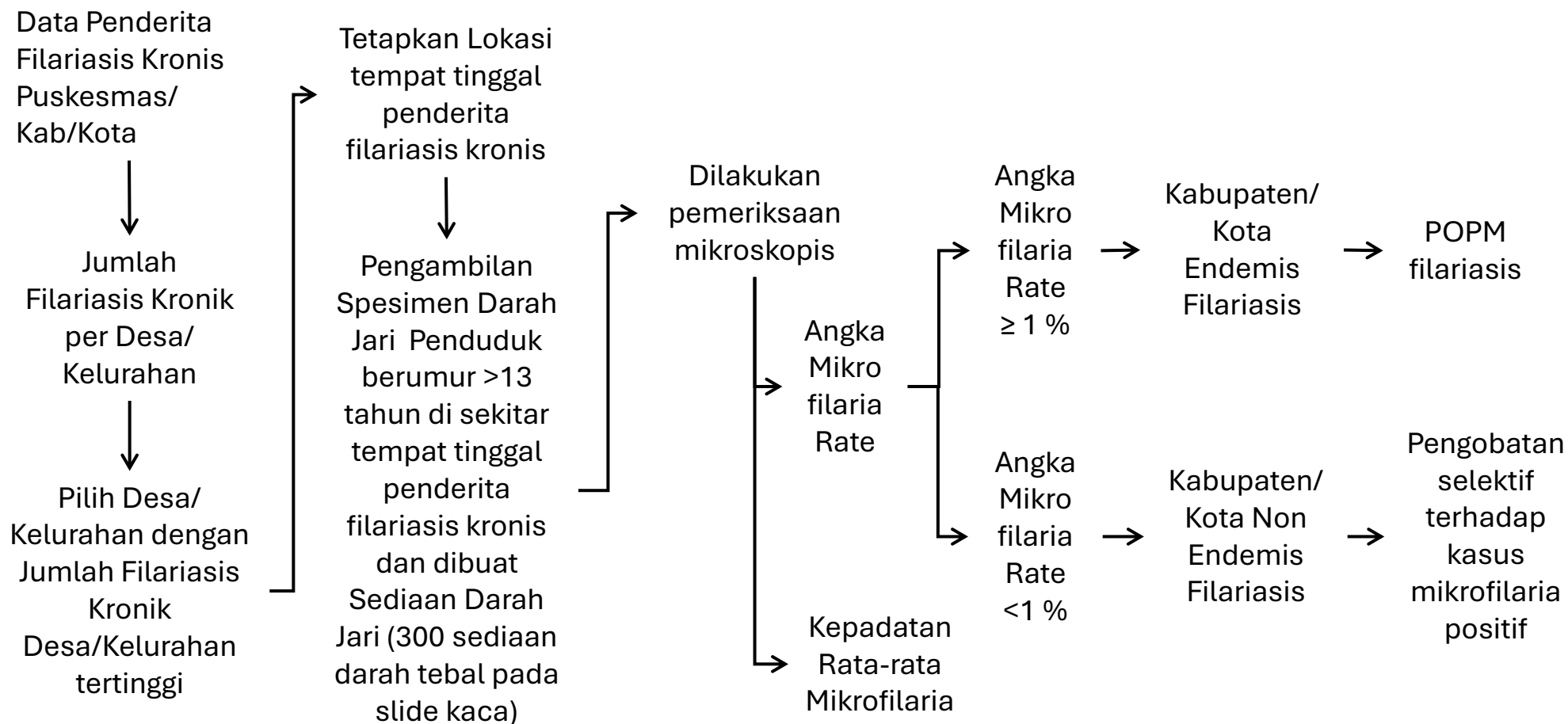
Tim Survei Puskesmas menjadi bagian dari tim survei Dinas Kesehatan Kab/Kota dibawah bimbingan tenaga yang kompeten melaksanakan survei Data Dasar Prevalensi Mikrofilaria yang kompeten

Langkah Pelaksanaan Survei Darah Jari Mikrofilaria sebagai berikut :

1. Memilih wilayah desa dengan jumlah penderita filariasis kronis (baru) dalam setahun terakhir tertinggi
2. Melakukan pemeriksaan keberadaan vektor penular filariasis. Apabila vektor penular filaria tidak ada, survei dilakukan pada desa/kelurahan lainnya
3. Survei dengan pemeriksaan mikroskopis mikrofilaria, pengambilan spesimen darah jari dilaksanakan malam hari, sedang survei dengan pemeriksaan cepat sesuai dengan ketentuan
4. Jumlah sampel 300 sampel pada penduduk berumur >13 tahun yang dipilih penduduk disekitar tempat tinggal penderita filariasis kronis
5. Penyiapan wilayah desa/kelurahan dan formulir pencatatan data survei
6. Setiap orang sampel yang diperiksa untuk pemeriksaan mikroskopis mikrofilaria diambil spesimen darah jari dan dibuat Sediaan Darah Jari filaria
7. Setiap Sediaan Darah Jari ditetapkan keberadaan mikrofilaria dan kepadatan mikrofilaria
8. Dari survei dapat dihitung Angka Mikrofilaria Rate dan Kepadatan Rata-Rata Mikrofilaria

Alur Kerja Surveilans Filariasis

Survei Data Dasar Prevalensi Mikrofilaria



1b.2) Survei Evaluasi Prevalensi Mikrofilaria (SDJ-2)



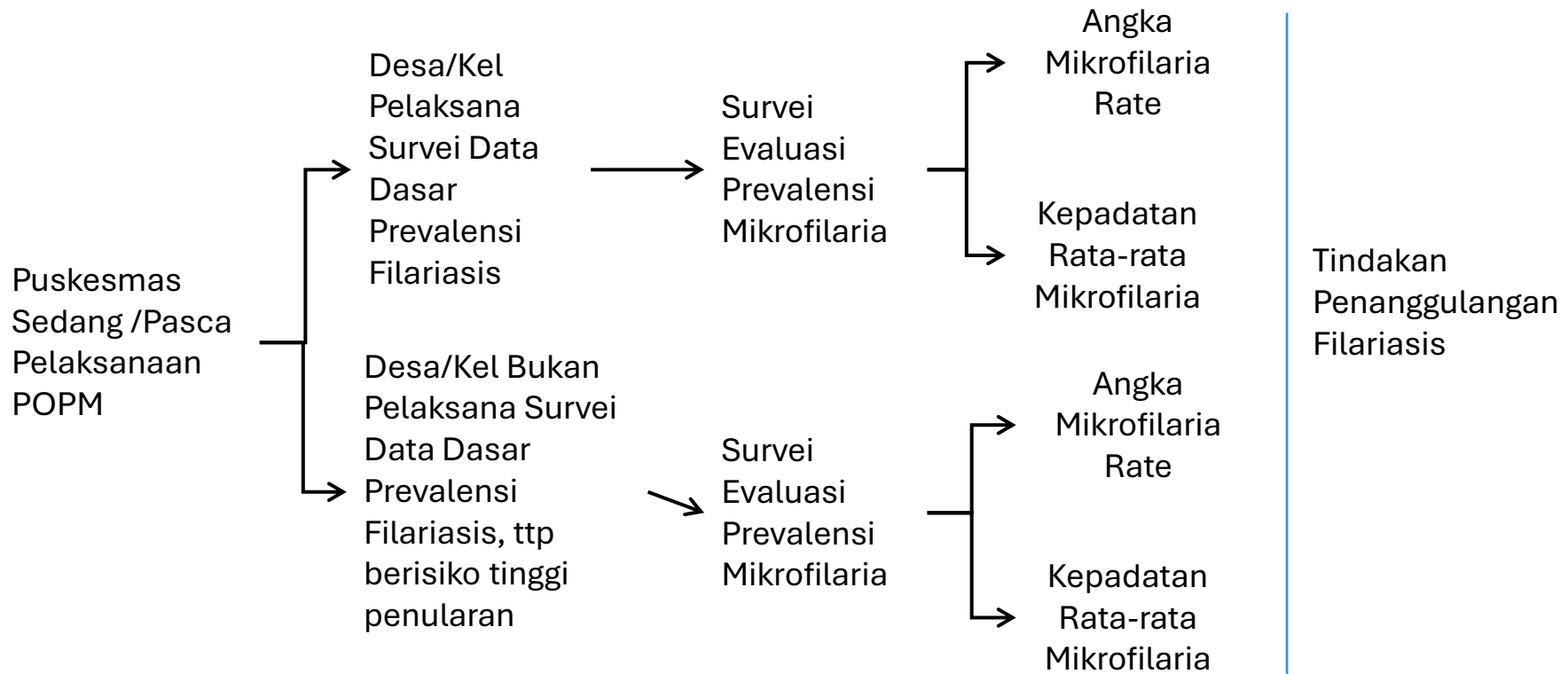
Survei Evaluasi Prevalensi Mikrofilaria adalah survei untuk mengetahui prevalensi mikrofilaria (angka mikrofilaria rate) dan densitas mikrofilaria (kepadatan) setelah dilaksanakan kegiatan POPM Filariasis.

Metode survei sama dengan survei darah jari pada penetapan data dasar prevalensi mikrofilaria, dengan sasaran desa yang dilakukan survei data dasar prevalensi mikrofilaria dan satu desa lain yang dipilih karena ada kecurigaan cakupan pengobatan rendah pada POPM filariasis, dan ada faktor risiko penularan tinggi.

Waktu survei dilaksanakan setelah POPM filariasis tahun ke-3 dan tahun ke-5 dengan sasaran penduduk berumur >5 tahun dan dilaksanakan dalam rangka Post Validation Survey (PVS)

Survei ini dilaksanakan oleh tim survei Evaluasi Prevalensi Mikrofilaria Dinas Kesehatan Provinsi atau tim survei yang mempunyai kompeten, tim survei Puskesmas akan menjadi tim pendukung.

Alur Kerja Surveilans Filariasis Survei Evaluasi Prevalensi Filariasis Post Validation Survey



1c. Survei Evaluasi Penularan Filariasis

Survei Evaluasi Penularan Filariasis atau Transmission Assessment Survey (TAS) merupakan salah satu metode survei untuk menilai apakah masih ditemukan adanya penularan Filariasis di daerah tersebut.

Metode survei melakukan pemeriksaan anak usia 6-7 tahun (anak murid SD kelas 1 dan 2) yang dipilih sebagai sampel berdasarkan metode pemilihan sampel Cluster atau Sistematis sesuai dengan besarnya jumlah populasi pada satu satuan Survei ini.

Waktu survei pertama (TAS1) dilaksanakan setelah rangkaian 5 tahun POPM filariasis selesai dan survei evaluasi prevalensi mikrofilaria <1 % di semua desa survei. Kemudian survei kedua (TAS-2) setelah tahun ke 3 dan setelah tahun ke-5

Survei ini dilaksanakan oleh tim survei Evaluasi Prevalensi Mikrofilaria Dinas Kesehatan Provinsi atau tim survei yang mempunyai kompeten, tim survei Puskesmas akan menjadi tim pendukung.

2. Penanganan Penderita Filariasis Kronis

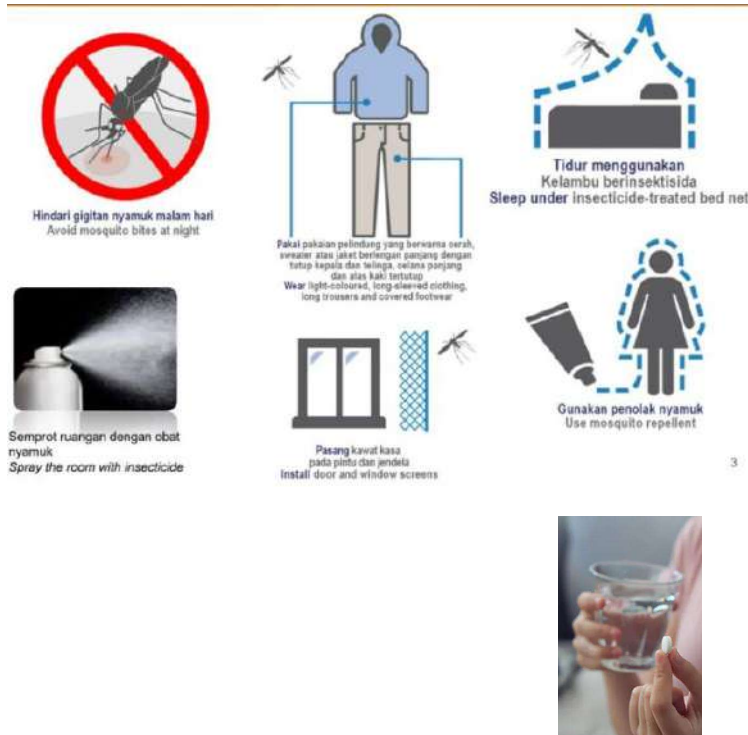


Penanganan penderita dalam Penanggulangan Filariasis bertujuan untuk mencegah dan membatasi kecacatan karena Filariasis, dan agar penderita mampu hidup lebih baik serta dapat berpartisipasi aktif dalam kehidupan bermasyarakat, baik sosial maupun ekonomi.

Secara khusus penanganan penderita bertujuan untuk:

1. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas, penderita filariasis dan keluarganya dalam penatalaksanaan penderita secara mandiri.
2. Menurunnya jumlah serangan akut pada penderita kronis.
3. Mencegah dan membatasi kecacatan
4. Tindakan medik (bedah) pada penderita filariasis hidrokel

3. Pengendalian Faktor Risiko Filariasis



Sumber penularan filariasis utama adalah manusia terinfeksi cacing filaria. Faktor risiko penularan filariasis antara lain adanya vektor penular filariasis (nyamuk yang infeksi), hospes (manusia dan hewan) serta lingkungan yang mendukung

Untuk menghentikan penularan filariasis dengan melakukan

1. Pengendalian vektor penular filariaisis sesuai dengan metode pengendalian vektor penular penyakit.
2. [Melaksanakan POPM filariasis](#)

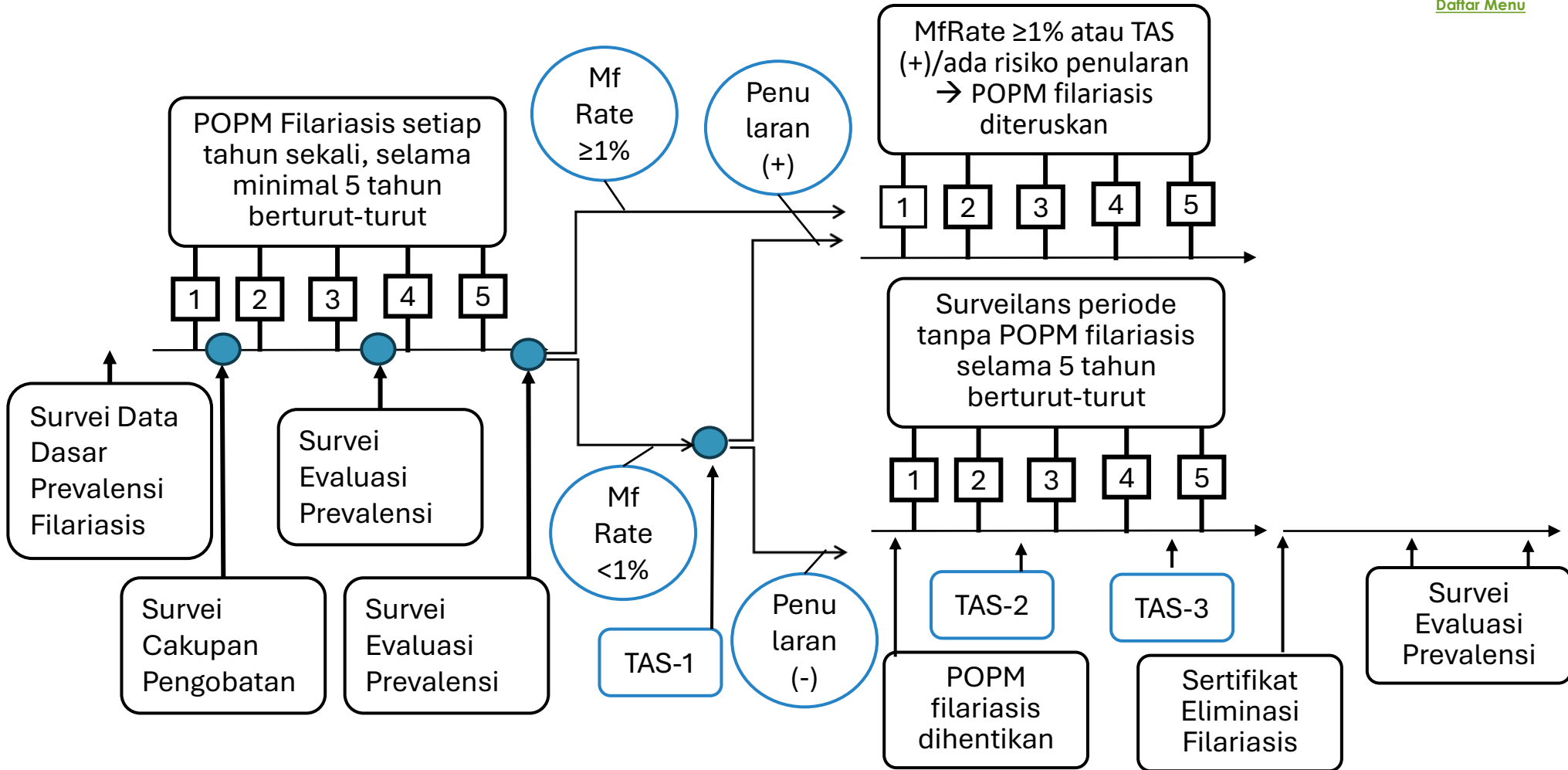
3a. Pemutusan rantai penularan dengan POPM Filariasis



POPM filariasis adalah memberikan obat DEC dan albendazole kepada penduduk usia 2 -70 tahun di seluruh wilayah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis secara massal bersamaan setiap tahun selama minimal 5 tahun berturut-turut

Pemberian obat secara massal bersamaan ini dapat mematikan semua mikrofilaria yang ada di dalam darah setiap penduduk dalam waktu bersamaan, dan mencegah makrofilaria (cacing filaria dewasa) menghasilkan mikrofilaria baru, sehingga rantai penularan Filariasis dapat diputus

Alur Kerja POPM Filariasis



Langkah Pelaksanaan POPM filariasis



Langkah Pelaksanaan POPM filariasis sebagai berikut :

1. Memastikan status kabupaten/kota adalah wilayah endemis filariasis berdasarkan hasil survei Data Dasar Prevalensi Mikrofilaria (SDJ-1)
2. Melaksanakan pemberian obat DEC dan albendazole (POPM filariasis) kepada penduduk sasaran
 - a. Persiapan POPM filariasis per desa, termasuk persiapan formulir pencatatan dan pelaporan POPM filariasis
 - b. Pelaksanaan POPM filariasis , dipastikan semua penduduk sasaran mendapat obat
 - c. Membuat pencatatan dan pelaporan sesuai dengan prosedur
 - d. Melaksanakan survei cakupan pengobatan (dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota))
3. Melaksanakan POPM filariasis tahun ke2, ke-3, ke4 dan ke-5
4. Melaksanakan Survei Evaluasi Prevalensi Mikrofilaria(SDJ-2) setelah POPM filaria tahun ke-3 (Dinkes kab/kota) dan setelah POPM filariasis ke-5
5. Melaksanakan Survei Evaluasi Penularan Filariasis (TAS) setelah 11 bulan POPM filariasis ke-5, setelah 2 tahun dan setelah 4 tahun (Dinkes Kab/Kota)
6. Sertifikasi eliminasi filariasis (Dinkes Kab/Kota)
7. Survei Evaluasi Prevalensi
8. Tetap melaksanakan penemuan penderita filariasis sebagai bagian dari surveilans kasus filariasis

KIE Penanggulangan Filariasis

Komunikasi, informasi, dan edukasi dilakukan dengan cara sosialisasi dan advokasi :

1. Setiap penduduk bersedia datang untuk memeriksakan diri dan diambil darahnya pada malam hari pada waktu survei penduduk.
2. Setiap penduduk di daerah endemis filariasis bersedia minum obat sekali setahun selama minimal 5 tahun berturut-turut sesuai dengan dosis yang telah ditentukan oleh petugas kesehatan dalam upaya memutus rantai penularan filariasis.
3. Setiap penderita filariasis mau memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan dan melaksanakan perawatan secara mandiri dan terus-menerus.
4. Setiap penduduk bersedia mengajak anggota keluarga dan tetangga untuk memeriksakan diri dan minum obat sesuai yang dianjurkan oleh petugas kesehatan.
5. Meningkatkan PSP (Pengetahuan, Sikap dan Perilaku) masyarakat tentang eliminasi filariasis.
6. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan filariasis.

Sasaran KIE adalah sasaran primer (masyarakat), sasaran sekunder (kelompok orang yang dapat mempengaruhi sasaran primer,) dan sasaran tertier (penentu kebijakan)

Pencatatan dan Pelaporan



1. Formulir Data Penderita Filariasis Kronis Desa/Kelurahan.
2. Formulir Data Penderita Filariasis Kronis Puskesmas (Variabel tempat tinggal (desa), jenis kelamin, umur, waktu mulai timbulnya tanda-tanda kronis, dan tempat terjadinya penularan sebelum sakit)
3. Formulir Pencatatan dan Pelaporan Data Penderita Filariasis (Variabel Data Status Klinis Penderita Filariasis dan Pemeriksaan Kemajuan Perawatan Penderita Filariasis pada konsultasi terakhir setiap tahun berjalan)

Indikator

1. % Kelengkapan Laporan Data Penderita Filariasis Kronis Desa/Kelurahan (100 %)
2. % Penderita mendapat pengobatan dan perawatan (100%)

Referensi



PENANGGULANGAN FILARIASIS_PMK No 94 Tahun 2014

<https://drive.google.com/open?id=1g3ndwGwRKRe8YhIPGDMRWx6JUQPpQ-0l>

Pedoman Klaster IV

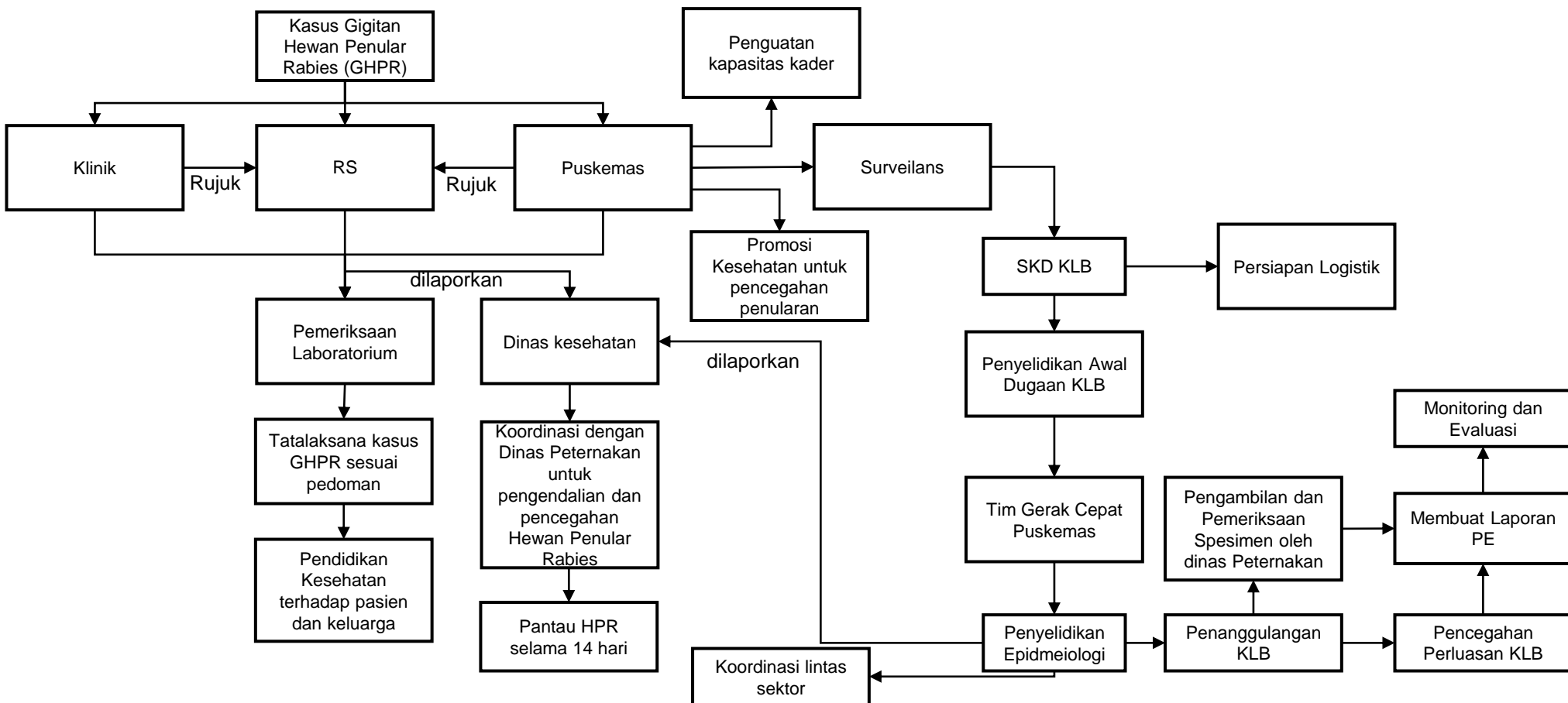
Rabies



Upaya Penanggulangan Rabies



Menu Utama

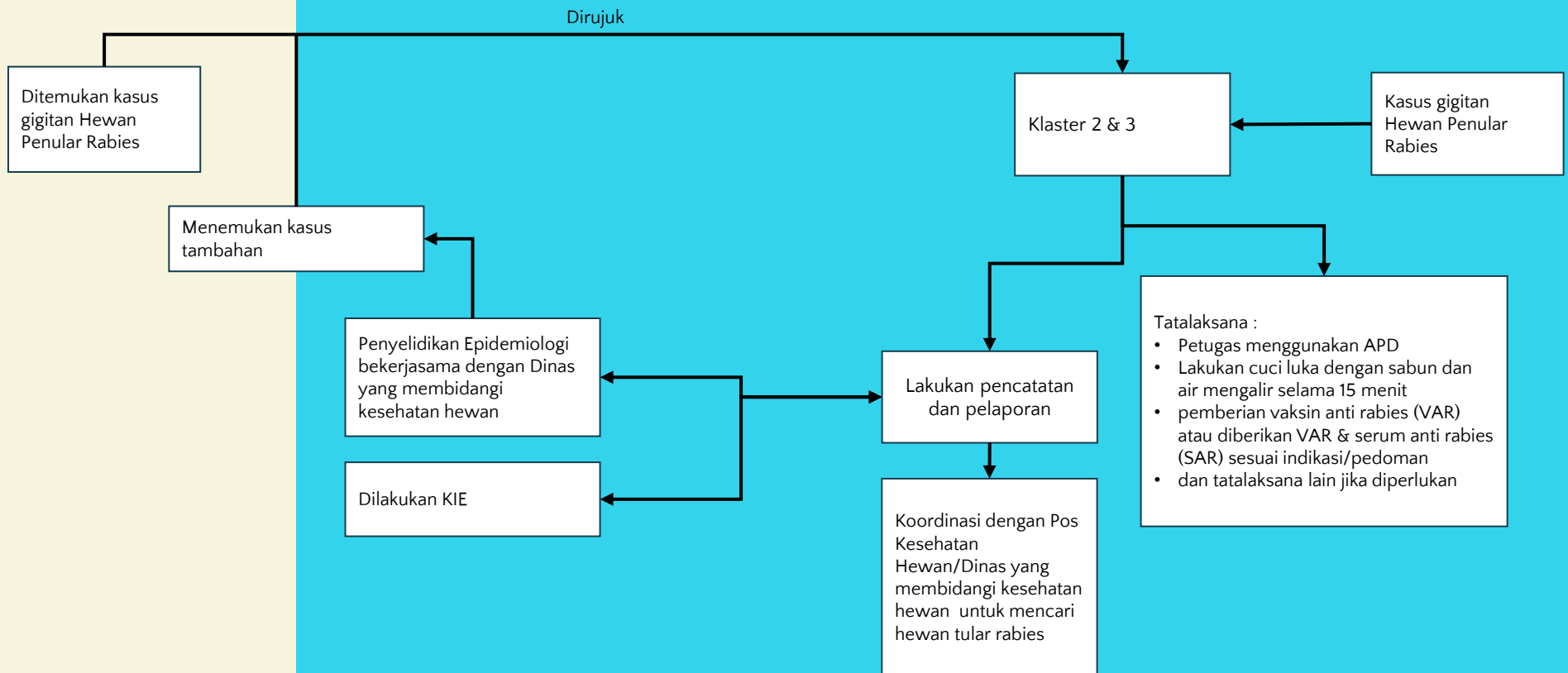


Algoritma Kasus Gigitan (Alur peran)

Keluarga/masyarakat

Puskesmas/FKTP

FKTL

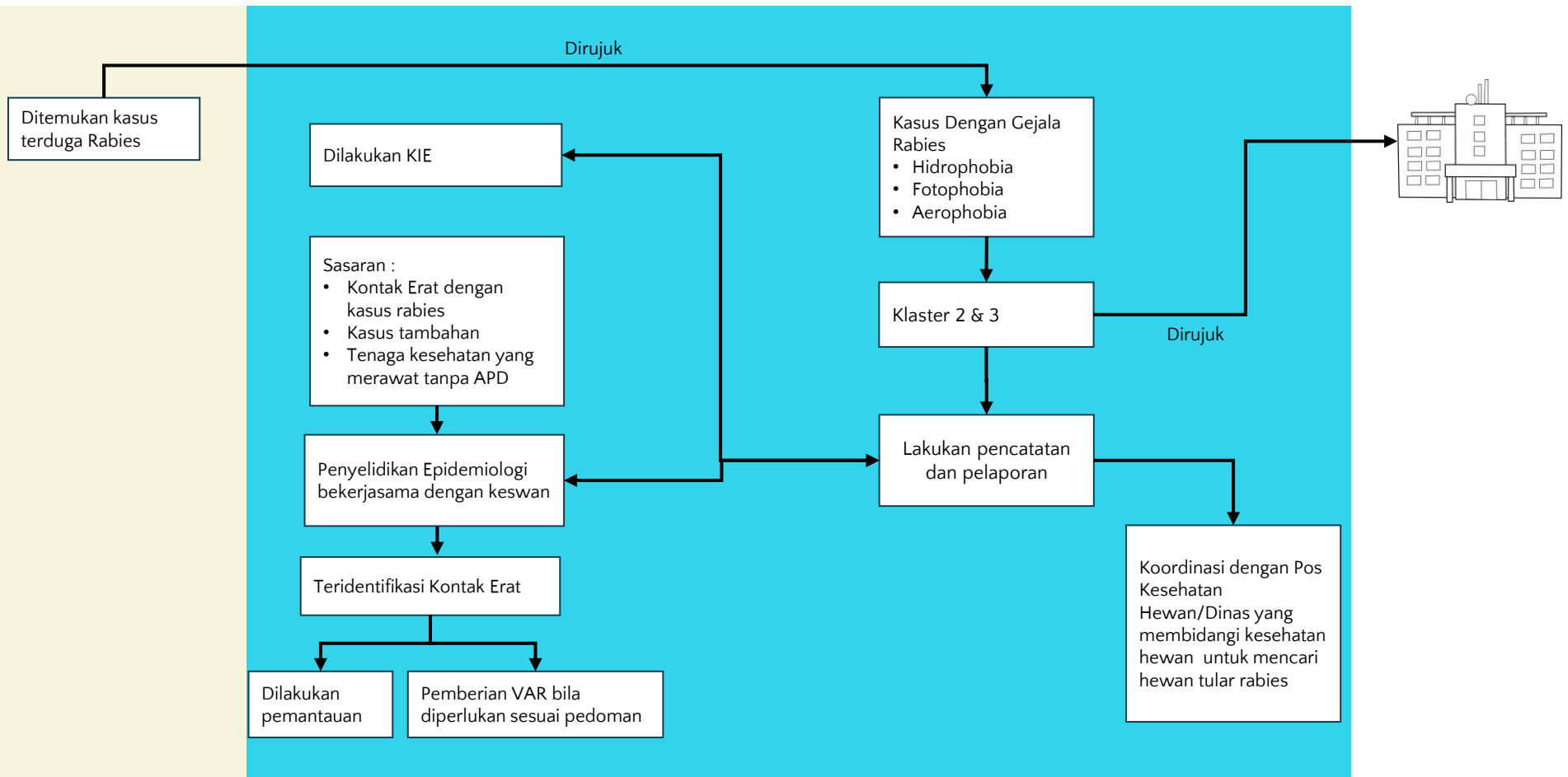


Algoritma Kasus Rabies (Alur peran)

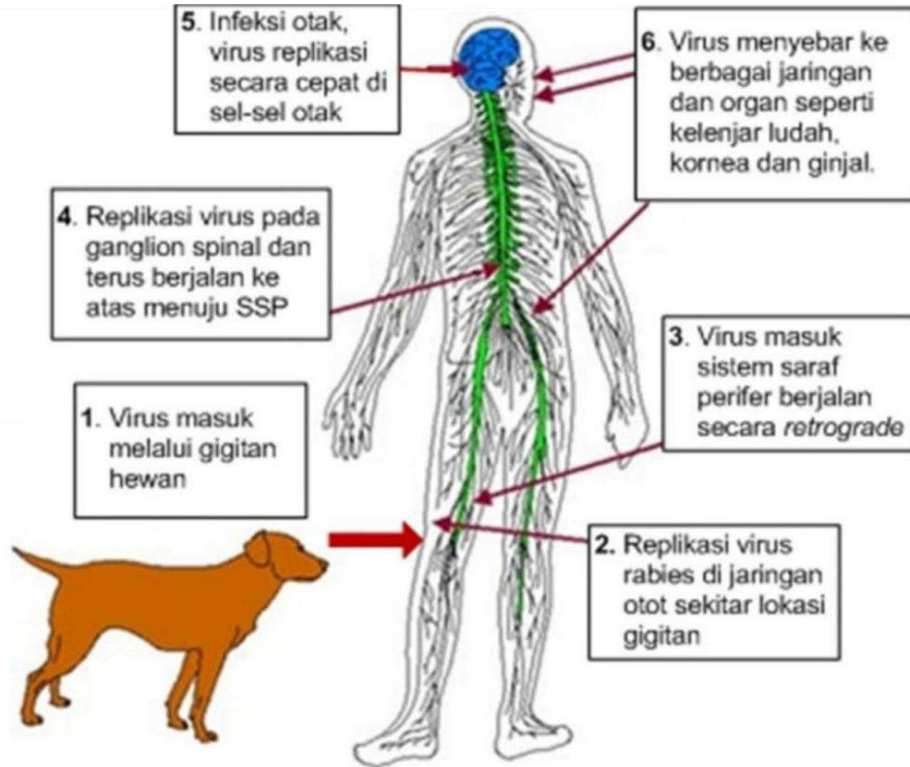
Keluarga/masyarakat

Puskesmas/FKTP

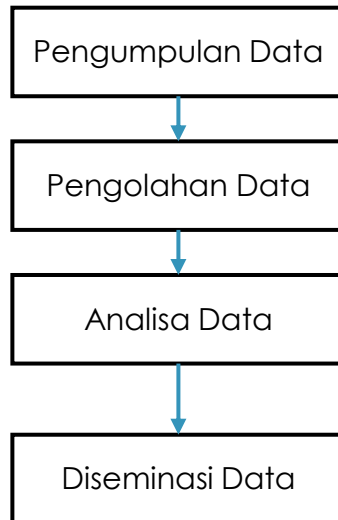
FKTL



Definisi Kasus



- **Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR)** adalah kasus gigitan hewan yang berpotensi menularkan virus rabies, terutama gigitan anjing, kucing, dan monyet/ kera atau hewan berdarah panas lainnya.
- **Kasus Rabies** pada manusia adalah kasus dengan gejala dan tanda radang otak akut (*encephalitis*) seperti hiperaktifitas, kejang, atau kelumpuhan (*paresis/paralisis*), terjadi koma dan biasanya meninggal karena gagal pernafasan pada hari ke 7 – 10 sejak timbul gejala pertama (*onset*)



Kegiatan Surveilans Rabies yaitu:

- Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR)
- Sistem Informasi Kesehatan Hewan Nasional (I-SIKHNAS)

Tujuan Surveilans Rabies yaitu:

1. Mengetahui besaran masalah dan beban penyakit di suatu wilayah
2. Monitor trend/kecenderungan rabies di suatu wilayah, termasuk mendeteksi secara cepat adanya KLB.
3. Memonitor penggunaan vaksin anti rabies (VAR) mengingat tingginya biaya *Post Exposure Prophylaxis* (PEP)
4. Menentukan status wilayah dan identifikasi wilayah risiko tinggi terhadap rabies
5. Sebagai dasar dalam perencanaan dan evaluasi efektivitas program pengendalian rabies di suatu wilayah
6. Menyediakan data dasar untuk penelitian epidemiologi lebih lanjut

Penetapan KLB rabies bila memenuhi salah satu dari kriteria dibawah ini:

1. Adanya satu kasus rabies pada manusia atau hewan dimana sebelumnya tidak ada kasus rabies (daerah bebas rabies).
2. Terjadinya peningkatan dua kali lipat kasus rabies pada manusia di daerah endemis
3. Peningkatan jumlah kasus gigitan HPR yang berindikasi diberikan VAR menurut periode waktu (bulanan) di suatu daerah endemis rabies dibandingkan dengan periode sebelumnya

Langkah-langkah penyelidikan epidemiologi (PE):

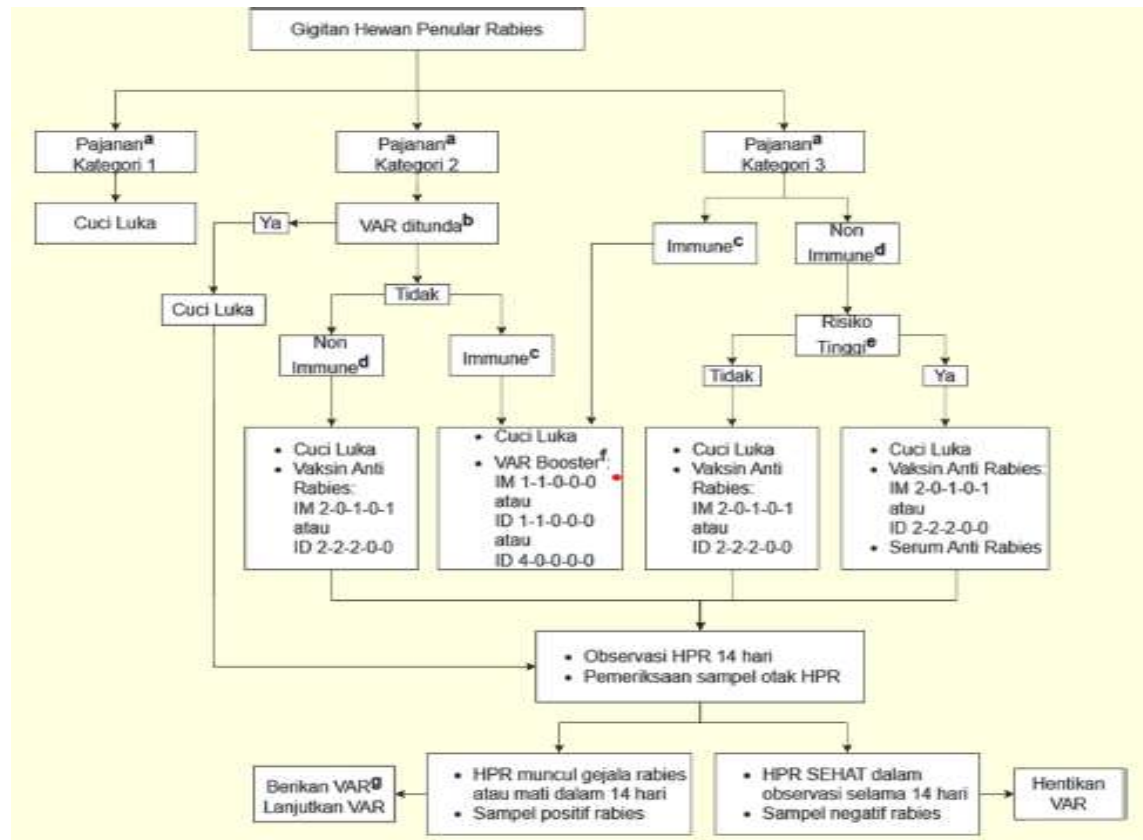
1. Memastikan diagnosis penyakit
2. Menentukan faktor risiko
3. Mengetahui penyebab dan sumber penyebab
4. Mencegah perluasan
5. Menentukan cara penanggulangan
6. Mendapatkan gambaran kasus rabies dan kematian akibat rabies secara epidemiologi

Kegiatan PE rabies dilakukan pada keadaan seperti dibawah ini:

1. Pada saat pertama kali mendapatkan informasi laporan ada dugaan KLB atau rumor KLB dengan kriteria pajanan GPHR.
2. Penyelidikan perkembangan KLB atau penyelidikan KLB lanjutan
3. Penyelidikan KLB untuk mendapatkan data epidemiologi KLB atau penelitian lainnya yang dilaksanakan setelah KLB berakhir.

1. Mendekatkan pelayanan kesehatan dengan tempat kejadian sehingga penderita dapat segera ditangani.
2. Melengkapi unit pelayanan kesehatan dengan logistik untuk pengobatan dan alat pengambilan spesimen bila diperlukan.
3. Menyediakan sarana pencatatan dan pelaporan kasus gigitan HPR maupun kasus rabies pada manusia dan hewan.
4. Melibatkan para pengambil keputusan dan tokoh masyarakat untuk menyampaikan informasi tentang apa yang terjadi dan apa yang harus dilakukan masyarakat bila terjadi kasus gigitan HPR atau rabies.
5. Melaporkan kejadian gigitan HPR atau kasus rabies dengan menyebutkan nama penderita, riwayat gigitan, lokasi gigitan, gejala dan tanda-tanda lainnya
6. Tindakan sementara yang harus dilakukan apabila digigit oleh HPR yaitu dengan cuci luka dengan air mengalir dan sabun selama 15 menit
7. Upaya pencegahan yang dapat dilakukan oleh masyarakat terkait dengan hewan penular rabies yaitu dengan vaksinasi rabies secara rutin dan selalu dikandangkan atau diikat apabila diajak keluar rumah.
8. Tatalaksana kasus gigitan HPR sesuai SOP
9. Perawatan kasus rabies sesuai SOP, apabila tidak tersedia ruang perawatan isolasi untuk penderita segera dirujuk ke RS yang mempunyai kapasitas perawatan penderita rabies.

Alur Tata Laksana Gigitan Hewan Penular Rabies



Pencegahan Perluasan KLB

Kasus Rabies :

1. Melakukan pemeriksaan spesimen otak HPR yang menggigit secepatnya
2. Mencari kasus gigitan lainnya oleh HPR yang sama
3. Pemberian vaksin anti rabies sesuai indikasi

Surveilans Ketat pada KLB Kasus Rabies

1. Memantau perkembangan jumlah kasus gigitan dan kasus rabies melalui surveilans aktif di lapangan berupa data kunjungan berobat, baik registrasi rawat jalan dan rawat inap dari unit pelayanan termasuk rabies center dan masyarakat yang kemudian disajikan dalam bentuk grafik untuk melihat kecenderungan KLB.
2. Berkoordinasi dengan Dinas Peternakan/dinas yang membidangi kesehatan hewan mengenai data perkembangan populasi hewan tersangka rabies.

Pengambilan dan pemeriksaan Spesimen Kasus Rabies

1. Diagnosis rabies dilakukan pengambilan specimen pada HPR yang menggigit karena lebih memungkinkan dilakukan pemeriksaan daripada manusia yang digigit oleh HPR.
2. Pemeriksaan spesimen terhadap HPR dilakukan oleh dinas yang membidangi peternakan atau kesehatan hewan berkerjasama dengan laboratorium kesehatan hewan.
3. Sampel yang digunakan untuk pemeriksaan laboratorium adalah seluruh kepala, otak, dan kelenjar ludah.

Indikator keberhasilan kegiatan pengendalian rabies antara lain:

1. Proporsi ketersediaan VAR dengan rata-rata kasus gigitan pertahun (80%)
2. Proporsi ketersediaan SAR dengan rata-rata kasus gigitan luka risiko tinggi per tahun (80%)
3. Rantai dingin penyimpanan VAR/SAR terjamin (tempat penyimpanan vaksin terkalibrasi dan ada catatan pemantauan suhu)
4. Prosentase rabies center yang memenuhi standar (60%)
5. Jumlah RSUD/RSU Provinsi yang memiliki ruang isolasi dan mampu merawat pasien rabies.
6. Frekuensi pertemuan koordinasi/terpadu pengendalian rabies minimal 2 kali setahun.
7. Persentase kasus gigitan HPR yang dilakukan pencucian luka sesuai protap 100%.
8. Persentase jumlah kasus gigitan yang berindikasi untuk diberikan VAR 100%
9. Jumlah kasus rabies pada manusia nihil atau nol (0)



Referensi

1. Kemenkes RI. 2017. Petunjuk Teknis Surveilans Epidemiologi Rabies Pada Manusia di Indonesia.
2. Kemenkes RI. 2023. Buku Saku Tata Laksana Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR).

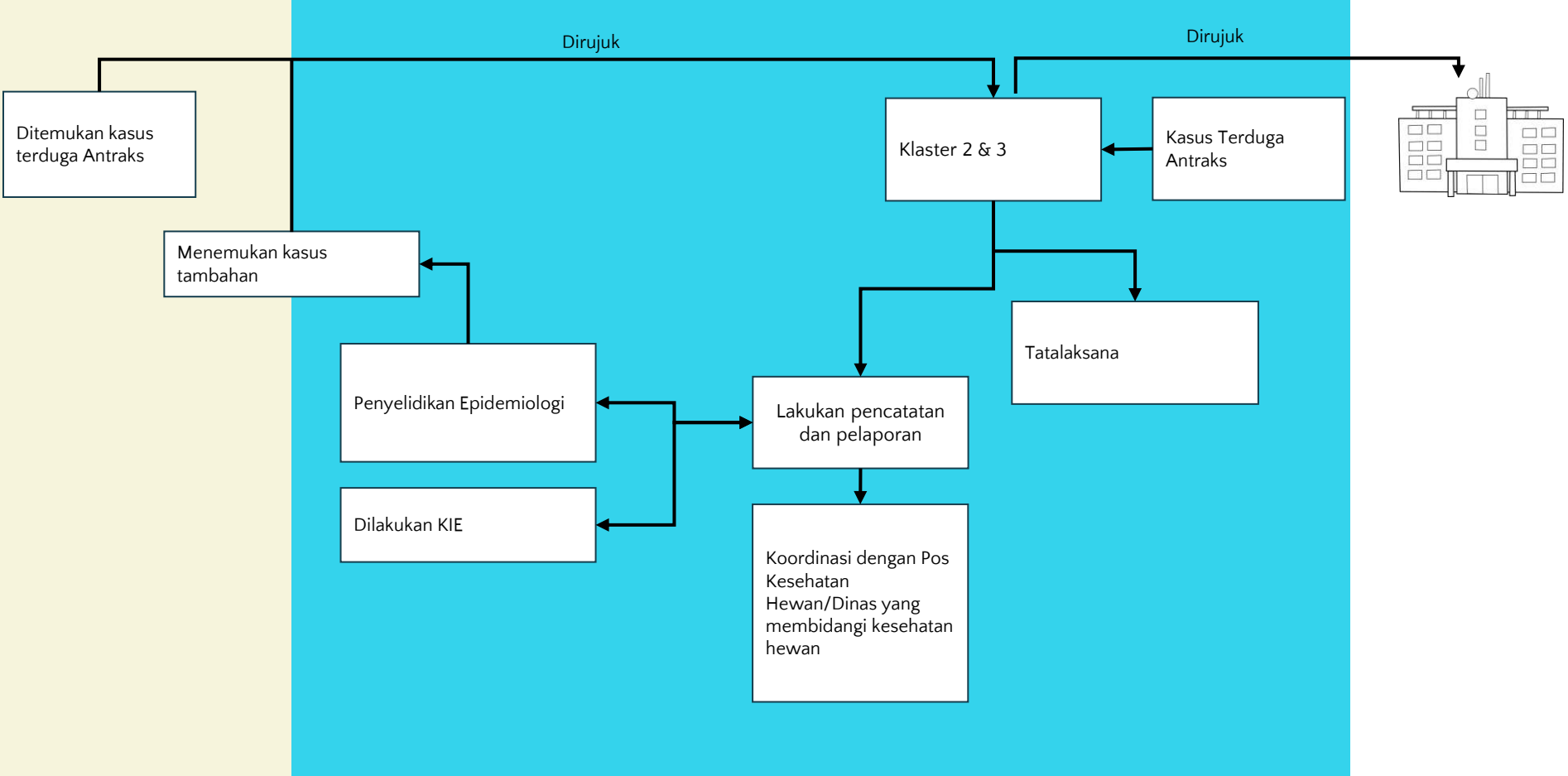
Pedoman Klaster IV

Antraks



Algoritma Antraks (Alur peran)

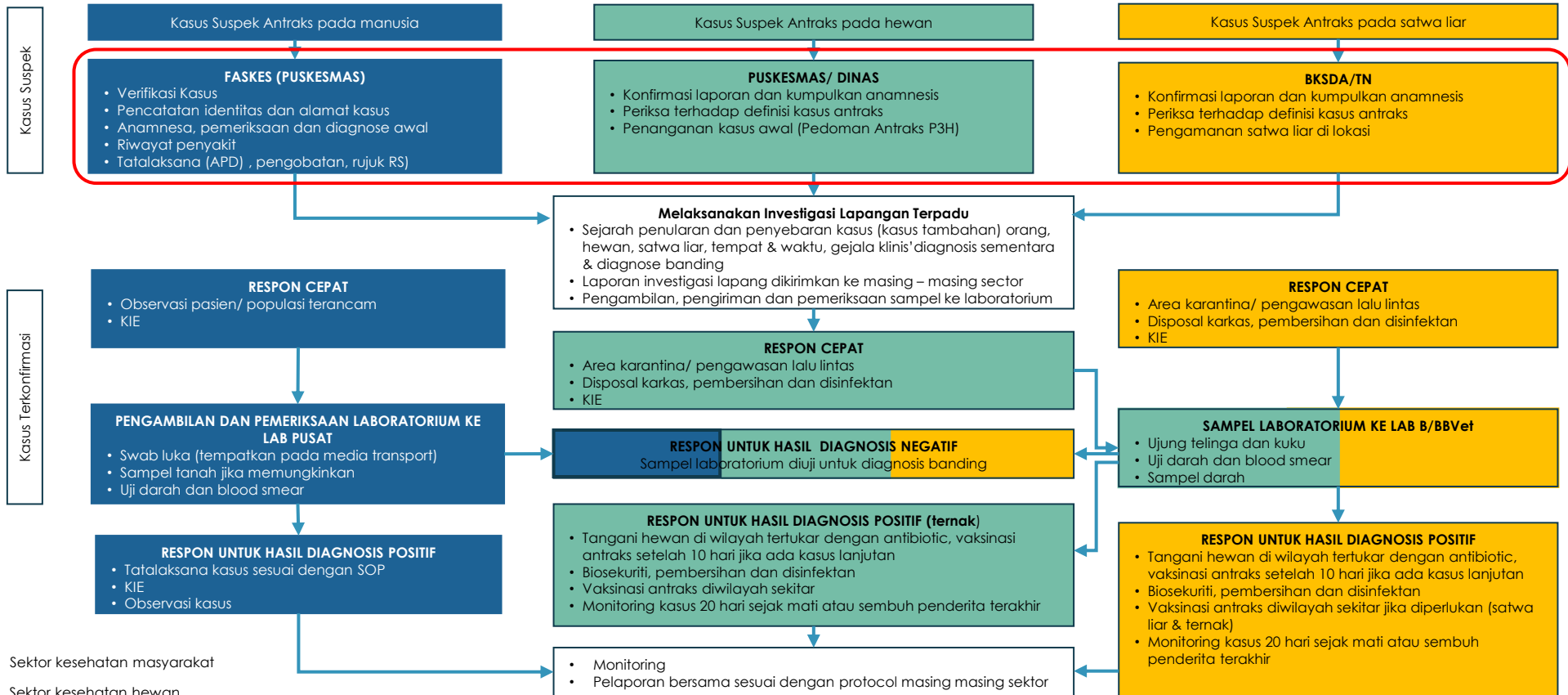
Keluarga/masyarakat Puskesmas/FKTP FKTL



Tatalaksana Antraks



Menu Utama



- Sektor kesehatan masyarakat
- Sektor kesehatan hewan
- Sektor kesehatan satwa liar
- Tiga sector terintegrasi

Kasus Antraks Kulit merupakan tipe yang paling umum dengan memiliki tanda dan gejala yaitu lesi atau ruam kecil berwarna merah dan gatal biasanya pada area tangan, lengan, tungkai, kaki, dan wajah pada masa inkubasi 3-5 hari. Dalam waktu 24-26 jam menjadi membentuk eschar yang khas berwarna hitam dan mengering dikelilingi oleh edema.

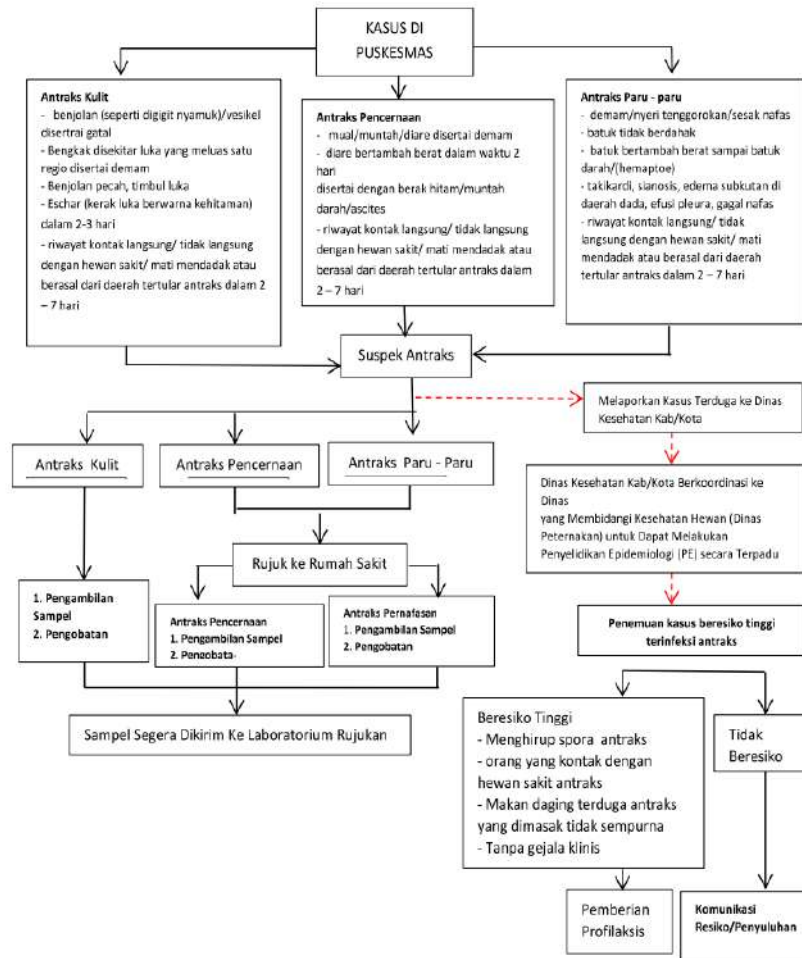


Antraks Saluran Nafas terdapat 2 tahap yaitu tahap pertama yaitu flu, nyeri tenggorokan, demam ringan, sakit kepala, berkeringa, nyeri otot, mual, muntah, sakit perut, diare, batuk

nonproduktif. Tahap ke dua yaitu Shockk, gagal napas, sianosis, stridor, perubahan status mental, nyeri dada, takikardia, ronki basah, tanda-tanda efusi pleura.

Antraks Saluran Cerna ada 2 bentuk kelainan yaitu kelainan orofaring (gejala demam, disfagi, radang tenggorokan, demam limfadenopati regional, leher membengkak) dan kelainanan gastrointestinal (Mual, Nafsu makanmenurun, akut abdomen, melena. Hemetesis, diare berdarah dan ascites. Pemeriksaan fisik ditemukan pembesaran kelenjar limfe daerah lipat paha dan perut membesar dan keras.

Tatalaksana Antraks



Surveilans Antraks



Surveilans antraks bertujuan untuk:

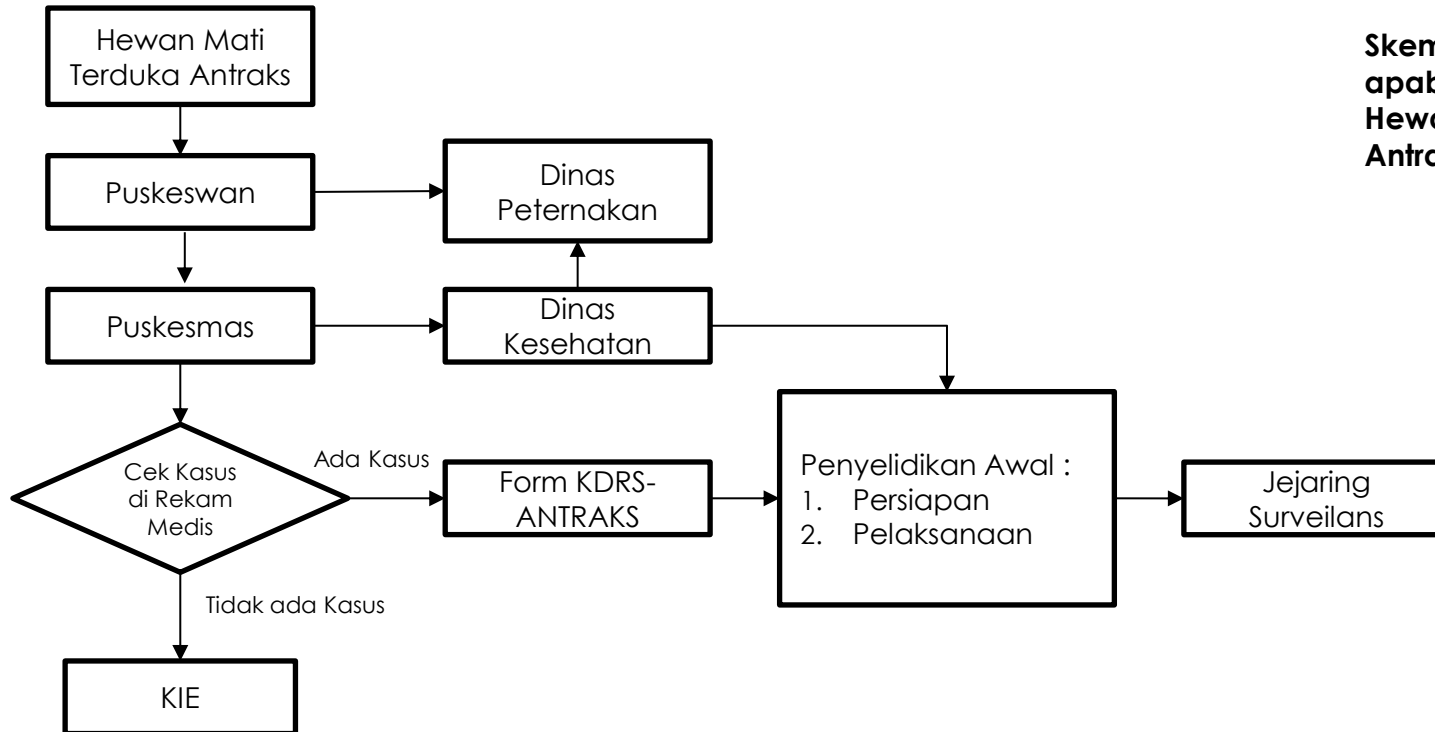
1. Melaksanakan sistem kewaspadaan dini antraks.
2. Mengetahui besaran masalah dan beban penyakit di suatu wilayah.
3. Memantau tren/kecenderungan kasus antraks di suatu wilayah, termasuk mendeteksi secara cepat adanya KLB.
4. Memantau tatalaksana kasus di lapangan sesuai SOP pengobatan.
5. Mengetahui status risiko wilayah terhadap antraks.
6. Menjadi dasar dalam perencanaan dan evaluasi efektivitas program pengendalian antraks di suatu wilayah.
7. Menyediakan data dasar untuk penelitian lebih lanjut.



* Dinas peternakan dan kesehatan hewan atau dinas yang membidangi tugas dan fungsi peternakan dan kesehatan hewan
** *Public Health Emergency Operation Center*

Keterangan

- - -> Umpan balik (feedback)
- > Jalur Koordinasi



**Skema Kasus
apabila ada kasus
Hewan Mati Terduka
Antraks**

Noted : Langkah penyelidikan epidemiologi dapat diakses pada link berikut <https://s.id/27lju>

1. Penggunaan Alat Perlindungan Diri (APD) bagi petugas yang melakukan pengambilan sampel
2. Pengambilan sampel (lesi, tinja dan darah)
 - Siapkan specimen carier
 - Spesimen usap/swab dimasukan dalam media transport bakteri .
 - Segera dikirimkan ke laboratorium pemeriksa pada suhu 2-80 C
 - Untuk specimen darah dan tinja, apabila belum bisa langsung dikirim, spesimen disimpan di lemari pendingin 2-80C. Khusus untuk spesimen usap/swab, paling lama 2 hari
 - Pelabelan specimen
 - Jika melalui jasa kurir/ekspedisi, pastikan spesimen disiapkan sesuai prosedur Pengambilan sampel (lesi, tinja dan darah) :
 - Hasil Laboratorium: Kultur positif Bacillus anthracis, Mikroskopik ditemukan gram positif batang berspora, PCR positif Bacillus anthracis, Serologi antibodi terhadap Bacillus anthracis
 - Laboratorium rujukan antara lain BBLitvet Bogor, BBVET Balitbangkes dan BBTCL-PP Yogyakarta
3. Rujuk pasien ke RS apabila diperlukan penanganan lebih lanjut

Laporan KLB/ Wabah

- Setiap satu suspek Antrax harus dilaporkan dalam 1x24 jam, mengirimkan
- Format Laporan W1
- Data kasus di entri di aplikasi web SKDR pada menu EBS oleh petugas surveilans Dinkes kabupaten kota dan dilanjutkan dengan laporan khusus yang meliputi:
 - Kronologi kasus (sakit).
 - Cara penyebaran serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
 - Keadaan umum penderita.
 - Hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.
 - Hasil penanggulangan KLB dan rencana tindak lanjut

Laporan Mingguan W2

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

Form Pemantauan Kontak



Penyelidikan Epidemiologi Wabah Hewan Penularan Antraks																					
Pemantauan Kontak Lain di Daerah Wabah														Form PE-Antraks							
Lokasi Wabah :																					
Kab/Kota :																					
Nama	L/P	Umur	Pekerjaan yang ada hubungan dng Hewan	Tgl Kontak Terakhir	Tgl dan hasil Pemantauan *)										Hasil Lab				Keterangan		
																	Eksudat lesi	Jaringan		Darah	Lain nya

Form PE-ANTRAKS

Format Laporan



Lampiran 9

LAPORAN KASUS ANTRAKS PUSKESMAS KABUPATEN

BULAN/ TAHUN :

No	Identitas Pasien/ Kasus					Riwayat Sakit				Riwayat Paparan/ Kontak Faktor Risiko								Diagnosa Sementara	Pengobatan			Pemeriksaan laboratorium				Status Pasien			
	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Alamat	Pekerjaan	Onset	Keluhan Umum	Keluhan Spesifik	Dokumentasi Lesi	tgl kontak dengan hewan sakit/ mati	Jenis Hewan Sakit	tgl kontak Produk Hewan	Tgl kontak pupuk kandang	mengolah tanah/ bercocok tanam	mengunjungi / tinggal di daerah banyak kematian hewan mendadak	tanggal kunjungan	Lokasi Kejadian		Tgl diberi Obat	Jenis Pengobatan	Tgl Rujuk	Sampel Manusia	Sampel hewan	Sampel Lingkungan	Hasil Pemeriksaan	Diagnosa	Sembuh	Meninggal	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	

Keterangan

- Kolom 1,2,3,4,5,6 : Jelas
- Kolom 7 : Onset (Tanggal mulai sakit)
- Kolom 8 : Keluhan Umum seperti demam, sakit kepala, lemas, nyeri otot, dll
- Kolom 9 : Keluhan Kulit (ruam disertai bintik merah, rasa sakit pada kelainan kulit, ruam disertai vesikel, ruam disertai vesikel hemoragik, gatal, bengkak, ruam disertai ulkus hemoragik atau escar).
 - vesikel hemoragik, gatal, bengkak, ruam disertai ulkus hemoragik atau escar).
 - Keluhan Saluran Pencernaan (Sakit perut hebat, mual, muntah, tidak nafsu makan, konstipasi, muntah darah atau berak darah).
 - Keluhan Saluran Pernafasan (Batuk tidak berdarah, batuk berdarah atau sesak nafas).
 - Keluhan Gangguan Selaput Otak. (Sakit kepala hebat, kaku kuduk atau gangguan kesadaran).
- Kolom 10: Beri tanda "x" jika ada dokumentasi lesi di kulit
- Kolom 11: Jelas
- Kolom 12 : Sapi, Kambing, Domba, Kerbau, Babi atau burung unta
- Kolom 13 : Kontak dengan produk hewan (daging, kulit, tanduk atau tulang)
- Kolom 14 : Jelas
- Kolom 15 : Beri tanda "x" jika pernah mengolah tanah/ bercocok tanam di daerah yang pernah ada kasus kematian hewan mendadak
- Kolom 16 : Beri tanda "x" jika pernah mengunjungi lingal di daerah banyak kematian hewan mendadak
- Kolom 17 : Jelas
- Kolom 18 : Lokasi kejadian dari kolom 11, 13, 14, 15 atau 16
- Kolom 19 : Suspek/ probable antraks kulit, antraks saluran pencernaan, antraks saluran nafas atau antraks meningitis
- Kolom 20, 21 dan 22 : Jelas
- Kolom 23 : Swab vesikel, serum darah, whole blood, cairan pleura, cairan peritonium, cairan cerebrospinal, dll
- Kolom 24 : Darah perifer, darah dari lubang kumaha, dll
- Kolom 25 : Tanah yang tercemar darah dari hewan, air, dll
- Kolom 26 : Hasil pemeriksaan dari sampel manusia, hewan dan lingkungan.
- Kolom 27 : Konfirmasi Antraks kulit, antraks saluran pencernaan, antraks saluran pernafasan atau antraks meningitis
- Kolom 28 : Beri tanda "x" jika status pasien sembuh
- Kolom 29 : tulis tanggal meninggal jika pasien meninggal

1. Penyelidikan Epidemiologi terpadu
2. Koordinasi dengan dinas yang membidangi fungsi kesehatan hewan untuk upaya pengendalian pada hewan yang diduga antraks termasuk **desinfektan**
3. Isolasi : untuk anthraks kulit dan pernapasan lakukan tindakan kewaspadaan standar selama sakit. Dengan pemberian terapi antibiotik yang tepat lesi kulit bebas dari bakteri dalam waktu 24 jam namun lesi ini tetap berkembang sesuai dengan siklus yang sangat khas dari lesi anthrax yaitu adanya ulserasi, pengelupasan dan resolusi.
4. Disinfeksi serentak : Disinfeksi dilakukan terhadap discharge dari lesi dan terhadap alat-alat yang kontak dengan tanah.
5. Hipoklorit sangat baik dipakai untuk disinfeksi karena dapat membunuh spora dan digunakan jika bahan yang akan didisinfeksi volumenya kecil dan bahan tersebut tidak mudah korosif; hidrogen peroksida, asam perasetik dan glutaraldehid bisa menjadi alternatif; formaldehid, etilen oksida dan iradiasi kobalt juga sering digunakan.



6. Memusnahkan spora dilakukan dengan sterilisasi uap, otoklaf atau dibakar untuk meyakinkan bahwa spora tersebut betul-betul telah musnah. Fumigasi dan disinfeksi kimia dapat digunakan untuk alat-alat berharga. Lakukan pembersihan menyeluruh.
7. Bakteri antraks dapat dimatikan dengan cara sebagai berikut: Merebusnya selama 10 menit, atau dengan pemberian bahan oksidan seperti Kalium Permanganat atau dengan Hidrogen Peroksida atau dengan larutan Formaldehid. Selain itu bacillus anthracis peka terhadap desinfektan, antiseptik

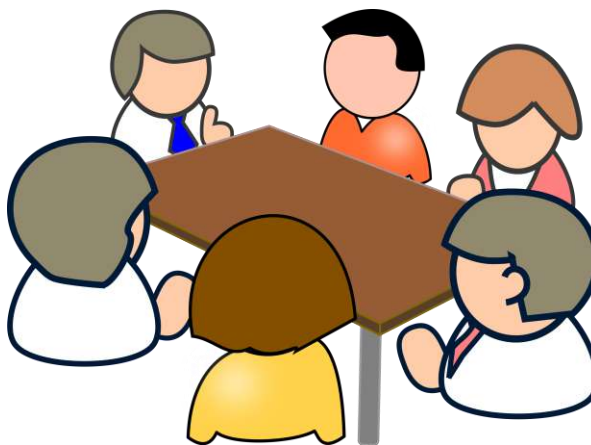


Respon Kesehatan Masyarakat



KIE terpadu kepada masyarakat ttg Antraks dan penanggulangannya :

- Mengenalni hewan yang sakit antraks
- Bagaimana gejala-gejala, cara penularan antraks, mengenalkan potensional penularan antrax serta pentingnya PHBS dalam mencegah penyakit antraks
- Segera berobat ke fasyankes jika mengalami gejala antraks
- Melaporkan kepada petugas yang berwenang jika ada hewan ternak sakit atau mati mendadak dengan gejala seperti antraks
- Hewan harus disembelih di rumah potong hewan (RPH) atau tempat yang diawasi oleh petugas kesehatan hewan
- Tidak boleh memotong dan mengonsumsi daging hewan yang sakit atau hewan yang mati mendadak dengan menunjukan gejala antraks
- Tidak membuang bangkai hewan ternak sembarangan
- KIE



Komunikasi, Informasi dan Edukasi :

- Informasikan agar masyarakat melaporkan ke Puskesmas setempat bila didapatkan penderita antraks
- Informasikan untuk tidak diperbolehkan menyembelih hewan sakit/mati karena antraks, membuka bangkai dan memperjualbelikan produk hewan tersebut.
- Informasikan untuk tidak diperbolehkan mengonsumsi daging yang berasal dari hewan yang sakit antraks.
- Informasikan untuk tidak mengonsumsi makanan yang belum dimasak dengan benar.
- Informasikan agar warga melaporkan jika ada kasus baru hewan sakit /mati



Referensi

1. Kemenkes RI. 2023. Petunjuk Teknis Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Antraks.
2. Tim Kerja Surveilans Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan. 2020. Pedoman Algoritmas Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (KDRS).

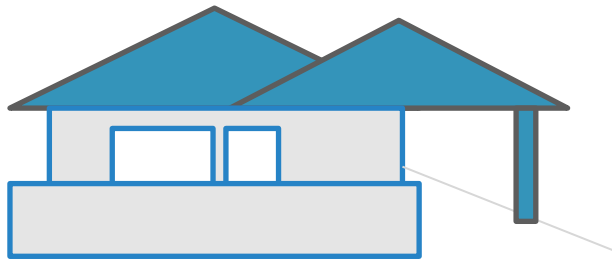
Pedoman Klaster IV

LEPTOSPIROSIS



Upaya Penanggulangan Leptospirosis

Segala upaya yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, atau kematian; agar tidak meluas; dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkannya



Upaya penanggulangan Leptospirosis	
1	Surveilans
2	SKD - KLB
3	Pengendalian Faktor Risiko
4	Promosi Kesehatan

Algoritma Leptospirosis (Alur peran)



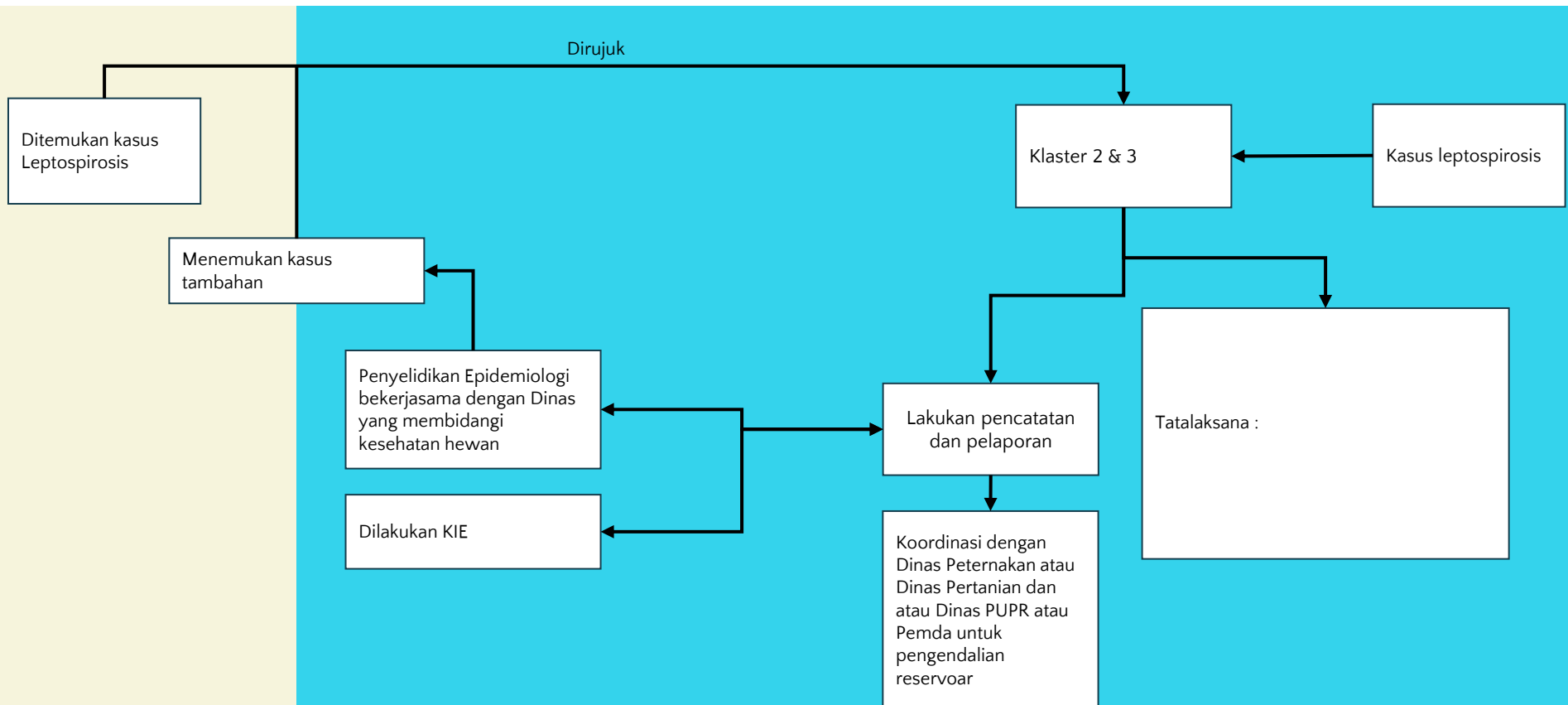
Keluarga/masyarakat



Puskesmas/FKTP



FKTL



Definisi Leptospirosis



Kasus Suspek

Demam akut dengan / tanpa sakit kepala disertai Nyeri otot, Lemah (Malaise) dengan atau tanpa, Conjunctival suffusion (mata merah tanpa eksudat) DAN DISERTAI terdapat riwayat terpapar lingkungan yang terkontaminasi atau aktifitas yang merupakan faktor risiko Leptospirosis dalam 2 minggu sebelumnya

Kasus Konfirmasi

Kasus suspek atau kasus probabel disertai salah satu dari berikut ini:

- Isolasi bakteri *Leptospira* dari spesimen klinik;
- PCR positif;
- Sero konversi MAT dari negatif menjadi positif atau adanya kenaikan titer 4x dari pemeriksaan awal
- Titer MAT 320 (400) atau lebih pada pemeriksaan satu sampel

Kasus Probable

Kasus suspek dengan minimal 2 gejala/tanda klinis : nyeri betis, ikterus, oliguri/anuria, manifestasi perdarahan, sesak nafas, aritmia jantung, batuk dengan/tanpa hemoptisis, ruam kulit

Kasus suspek dengan RDT (untuk deteksi IgM anti *Leptospira*) positif, atau;

Kasus dengan gejala suspek dengan 3 dari gambaran Laboratorium:

- Trombositopenia <100.000 sel/mm
- Lekositosis dengan neutropilia $>80\%$
- Kenaikan bilirubin total $> 2\text{gr}\%$, atau amilase atau CPK
- Pemeriksaan urine proteinuria dan/atau hematuria

- Pengendalian Leptospirosis terdiri dari 2 cara yaitu : pencegahan primer dan pencegahan sekunder. Pencegahan Primer adalah perlindungan terhadap orang sehat agar terhindar dari Leptospirosis, sehingga kegiatannya bersifat promotif, dan proteksi spesifik dengan cara vaksinasi.
- Sedangkan pencegahan sekunder yang sarannya adalah orang yang sudah sakit Leptospirosis, dicegah agar orang tersebut terhindar dari komplikasi yang nantinya akan menyebabkan kematian.
- **Kegiatan pengendalian factor risiko leptospirosis :**

Pengendalian	Aktivitas	Detail
Sumber infeksi	Pengendalian tikus	a. Perbaiki sanitasi
		b. Pengendalian tikus secara mekanik Perangkap tikus, pentungan, senapan angin dsb.
		c. Perangkap tikut di dalam rumah
		d. Perangkap tikut di luar rumah (pekarangan/kebun)
		e. Perangkap tikus di sawah <ul style="list-style-type: none">• Penggunaan Trap Barrier System (TBS)• Penggunaan dan penerapan Linier Trap Barrier System(LTBS)/Bubu Perangkap Linier• Pengendalian kimiawi tikus secara kimiawi (pemberian racun tikus)• Pengendalian tikus secara biologi dengan menggunakan parasit, pathogen dan predator umumnya diaplikasikan diluar rumah• Jadwal pengendalian tikus secara terpadu (pengendalian dilakukan 1 bln sekali, pemantauan setiap hari)

Kegiatan pengendalian factor risiko leptospirosis :

Pengendalian	Aktivitas	Detail
Sumber infeksi	Pengendalian Hewan Reservoir, hewan ternak	a. Pemberian Vaksinasi pada hewan domestic
		b. Bentuk partisipasi masyarakat untuk pengendalian Leptospirosis pada hewan piaraan/ternak. <ul style="list-style-type: none"> • Pemilik hewan domestik harus mengambil tindakan yang diperlukan untuk meminimalkan potensi hewan mereka kontak dengan binatang liar • Hindarkan hewan piaraan untuk buang air kecil di atau dekat kolam atau genangan air • Jauhkan binatang dari kebun, taman bermain, dan tempat-tempat lain anak-anak dapat bermain
Pemutusan Alur Penularan Antara Sumber Infeksi Dan Manusia	Pemberian Desinfeksi Penampungan Air dan Badan Air Alami	
	Pengelolaan tanah yang terkontaminasi bakteri Leptospirosis patogen	Memakai pakaian khusus yang dapat melindungi kontak dengan tanah/bahan yang telah terkontaminasi, misal sepatu bot, masker dan sarung tangan
	Infeksi pada manusia	a. Pengendalian infeksi/penyakit pada manusia dengan antibiotic b. Promosi Kesehatan

Jenis Surveilans :

1. Surveilans berbasis rumah sakit (Hospital-based Surveillance)
 - Melibatkan rumah sakit sebagai sumber data utama
 - Setiap kasus yang masuk kerumah sakit perlu dilaporkan sejak tanggal pertama masuk rumah sakit, perkembangan penyakitnya, hasil laboratoriumnya, hingga status terakhir kasus tersebut apakah meninggal atau sembuh.
 - Dilaporkan secara berkala
2. Surveilans berbasis Komunitas
 - Dilakukan untuk mengamati penyakit melalui pengumpulan data rutin disuatu wilayah
 - Indikator :
 - **Kelengkapan** : unit kesehatan yang terlibat dan menjadi sumber pengumpulan data adalah seluruh puskesmas dan unit pelayanan kesehatan yang berada diwilayah kerja puskesmas, seperti puskesmas pembantu (pustu) bidan desa, mantri, dokter praktek swasta, klinik swasta, dan unit lain yang ditunjuk dengan memperhatikan keterwakilan terhadap suatu kelompok masyarakat. Kondisi ini bertujuan agar tidak ada kasus yang tidak dilaporkan
 - **Katepatan** : pengumpulan data dilakukan secara berkesinambungan dalam periode mingguan, yang ditetapkan sesuai kalender epidemiologi.

Tujuan Surveilans :

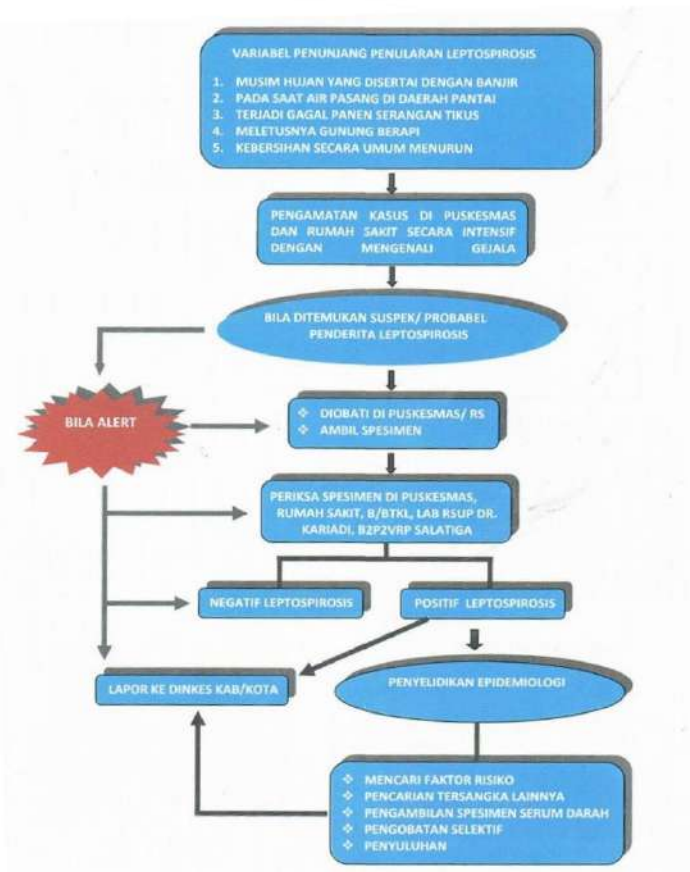
1. Memantau kecenderungan Leptospirosis menurut waktu, tempat dan orang;
2. Mengetahui angka morbiditas dan fatalitas kasus;
3. Mendeteksi secara dini dan memprediksi terjadinya KLB Leptospirosis ;
4. Memantau kemajuan program pengendalian Leptospirosis;
5. Menyediakan informasi untuk perencanaan pengendalian Leptospirosis ;
6. Penyusunan kebijakan pengendalian Leptospirosis

Sasaran Kegiatan :

1. Daerah rawan banjir
2. Daerah persawahan dan perkebunan dengan populasi vector meningkat
3. Daerah rawa atau bergambut
4. Daerah yang terjadi bencana (sumber dan cara penularan)
5. Perubahan kondisi lingkungan seperti iklim (climate change)

- Selain melakukan surveilans rutin Leptospirosis terhadap manusia dan vektor, juga dilakukan sistem kewaspadaan dini (SKD) untuk daerah endemis Leptospirosis, seperti daerah rawan banjir, daerah pasang surut, persawahan dan sebagainya
- Batas SKD yaitu kewaspadaan penyakit beserta faktor risikonya untuk meningkatkan sikap tanggap, kesiapsiagaan upaya pencegahan dan penanggulangan KLB dengan cepat dan tepat.
- SKD ini merupakan salah satu bentuk surveilans ketat yang dilaksanakan jika pada analisis surveilans rutin ditemukan kecenderungan peningkatan jumlah vektor maupun beberapa kondisi rentan lainnya
- **Berikut adalah tindak lanjut dari SKD – KLB :**
 1. Pengamatan terhadap kasus dan factor risiko
 2. Refreshing dan penelitian kader/masyarakat;
 3. Menyiapkan kesiapan logistik obat antibiotik (drug of choice Doksisiklin);
 4. Perbaikan kualitas sarana air bersih dan lingkungan melalui desinfeksi;
 5. Menyiapkan peralatan pengambilan spesimen dan melakukan pemeriksaan RDT;
 6. Bersama dengan B/BTKLPP melakukan pengambilan spesimen air dan tanah;
 7. Penyuluhan kesehatan intensif secara kelompok dan keliling dalam hal kewaspadaan dan pencegahan dengan

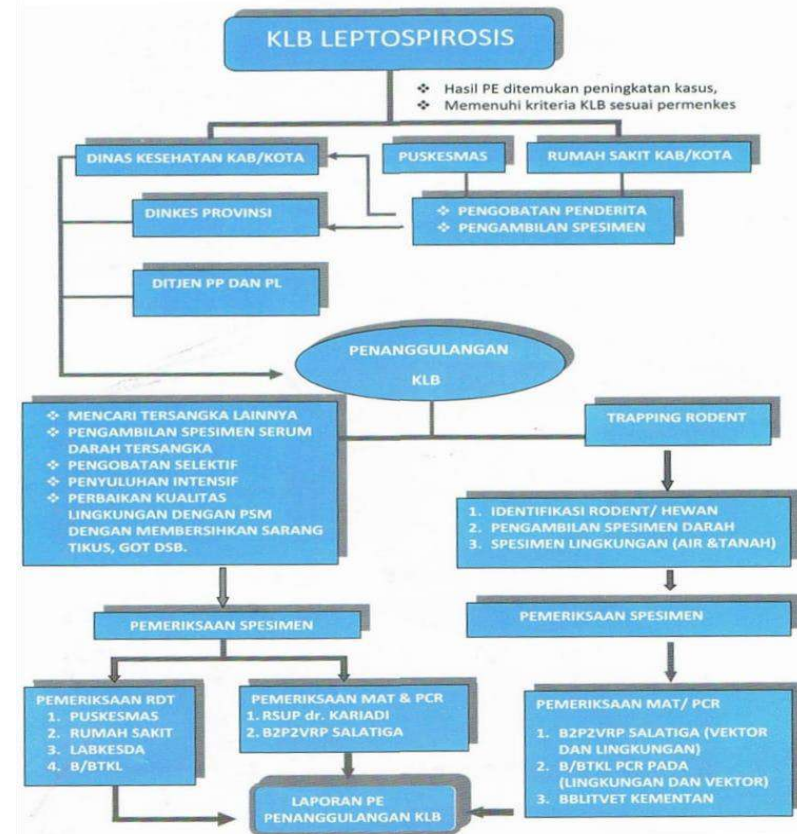
DIAGRAM ALUR SISTEM KEWASPADAAN DINI DAN RESPON LEPTOSPIROSIS DI PUSKESMAS



Respon Kewaspadaan Dini atau SKD bertujuan untuk:

1. Menumbuhkan sikap tanggap terhadap adanya perubahan dalam masyarakat yang berkaitan dengan kesakitan dan kematian.
2. Mengarahkan sikap tanggap tersebut terhadap tindakan penanggulangan secara cepat dan tepat untuk mengurangi jumlah penderita dan mencegah kematian.
3. Memperoleh informasi secara cepat, tepat, dan akurat.

DIAGRAM ALUR PENANGANAN KEJADIAN LUAR BIASA LEPTOSPIROSIS



1. Advokasi

Tujuan : Mempengaruhi pimpinan/pengambil keputusan dan penyandang dana dalam penyelenggaraan promosi pengendalian Leptospirosis

Sarana : pimpinan di wilayah setempat, kepala desa/kelurahan, toga, toma,

Metode : Lobby, Pendekatan informasi, Pertemuan, Dialog interaktif;

Materi pesan :

- Masalah endemisitas Leptospirosis dengan CFR relatif tinggi
- Kebijakan dan program pengendalian Leptospirosis (Banyak kasus under diagnosis, under reported, terabaikan (neclegted);
- Kepentingan bersama (multisektor kompetensi) seperti kesehatan masyarakat, pertanian /kesehatan hewan, kemendagri, pemerintah daerah dll;
- Perlu mendapat dukungan/komitmen pemerintah pusat/daerah, politisi/perwakilan rakyat, republik/masyarakat untuk melindungi segenap tumpah darah Indonesia

Media yang digunakan :

- Factsheet
- Data kasus Leptospirosis;
- Data Pengaruh Leptospirosis terhadap sosial ekonomi dan budaya masyarakat;
- Dan media pendukung lainnya.

2. Strategi Bina Suasana dalam penanggulangan Leptospirosis

Tujuan : Terciptanya suasana yang mendukung pengendalian Leptospirosis

Sarana : Kader, toga, toma, petugas kesehatan, linsek, organisasi pemuda (taruna dll),

Metode : Pelatihan, kunjungan lapangan, dialog interaktif, materi kotbah;

Materi pesan :

- Waspada bahaya leptospirosis
- Diagnosis dan tatalaksana leptospirosis
- Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Media yang digunakan :

- Media masa cetak dan elektronik (radio, televisi, koran, situs internet) dll;
- Media tradisional;
- Kampanye.



3. Strategi Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan : Mempengaruhi pimpinan/pengambil keputusan dan penyandang dana dalam penyelenggaraan promosi pengendalian Leptospirosis

Sarana : masyarakat umum, masyarakat daerah endemis,

Metode : promosi individu, promosi kelompok, promosi masa

Materi pesan :

- Masyarakat Umum
 - Mengetahui tanda dan gejala Leptospirosis;
 - Apabila sakit segera tanggap untuk melakukan pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan;
 - Segera melaporkan kasus Leptospirosis ke desa, kecamatan dan puskesmas.
- Masyarakat di daerah endemis leptospirosis
 - Mengenali gejala sakit Leptospirosis dan segera berobat di fasilitas pelayanan kesehatan apabila sakit;
 - Melakukan pemberantasan tikus dilingkungan;
 - Melakukan perbaikan kesehatan lingkungan setelah terjadi banjir;
 - Melaporkan kasus Leptospirosis ke desa, kecamatan, dan puskesmas

Media yang digunakan :

- Media cetak : Poster, leaflet, sticker, Koran, lembar balik, dll;
- Media elektronik : Radio, televisi, film, video dan lain- lain;
- Media tradisioanl : Kesenian daerah (wayang, ludruk, lenong).

Referensi

1. Kemenkes RI. 2017. Petunjuk Teknis Pengendalian Leptospirosis Cetakan ke-3.
2. Tim Kerja Surveilans Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan. 2020. Pedoman Algoritmas Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (KDRS).
3. Tim Kerja Zoonosis & PAGHB-TB. 2022. Buku Saku Pengendalian Leptospirosis

Pedoman Klaster IV

Kesehatan Lingkungan



Ruang Lingkup Penyelenggaraan Penyehatan Lingkungan (1/2)

No	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode	Pencatatan & Pelaporan
Dalam Gedung				
1.	Konseling (Klinik Sanitasi)	1. Pasien penyakit berbasis lingkungan 2. Klien (warga yang sehat)	Setiap hari	Register manual
2.	Pengelolaan limbah medis padat dan cair	Limbah medis	Setiap hari	E Monev: http://kesling.kesmas.kemkes.go.id/limbahfasyankes/
3	Pemantauan Inspeksi kesling di Fasyankes	Faktor resiko Kesehatan lingkungan	Minimal 1 Tahun sekali	E satu

Ruang Lingkup Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan (2/2)



Menu Utama

No	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode	Pencatatan & Pelaporan
Luar Gedung				
1.	Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) tindak lanjut konseling	Rumah, sarana air, sekolah, dll (berdasarkan hasil konseling)	Setiap hari (kesepakatan waktu dengan pasien/ klien)	Register manual
2.	Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) program rutin	<ol style="list-style-type: none"> TFU (sekolah, pasar, tempat ibadah, bioskop, tempat rekreasi, hotel, dll) TPP (rumah makan/ restoran, jasa boga, depot air minum (DAM), makanan jajanan) PKAM (Sarana Air Minum di rumah tangga dan komunal) 	Minimal setahun sekali untuk masing-masing lokus	<ol style="list-style-type: none"> E Monev: https://e-satu.kemkes.go.id/ E Monev: https://tpm.kemkes.go.id/kesling-web/ E-Monev: https://pkam.kemkes.go.id

Ruang Lingkup Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan (2/2)



Menu Utama

No	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode	Pencatatan & Pelaporan
Luar Gedung				
3.	Investigasi KLB penyakit berbasis lingkungan	Lokasi KLB	Maksimal 1x24 jam	Register manual
4	Pelaksanaan STBM	Masyarakat di komunitas	Disesuaikan dengan waktu dan kondisi dilapangana	E Monev http://monev.stbm.kemkes.go.id/monev/
5	Intervensi	1. Teknologi Tepat Guna (TTG) sanitasi dan air 2. Kampanye lingkungan sehat	Disesuaikan dengan kebutuhan di masyarakat	Register manual



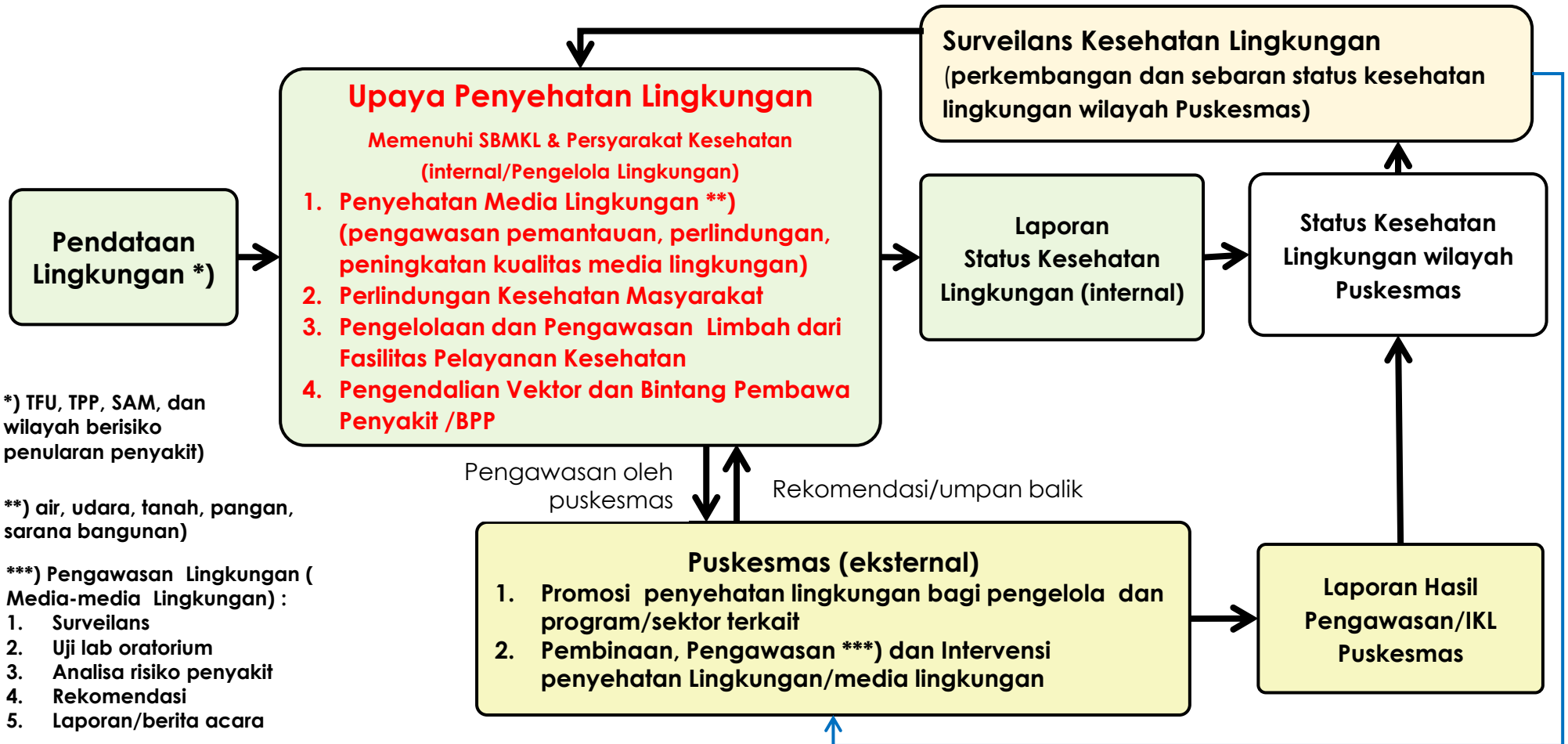
Peran Tenaga Dalam Inspeksi Kesehatan Lingkungan

Pelaksana	Pengamatan fisik media lingkungan	Pengukuran media di tempat	Uji Laboratorium	Analisa Risiko
Tenaga Kesehatan Lingkungan	√	√	√ (ambil sampel)	√
Tenaga non kesling terlatih	√			√
Tenaga non kesling terlatih di jaringan (pustu, posyandu, bidan)	√			
Kader terlatih	√			

Penyehatan Lingkungan (umum)

1. Alur Kerja Penyehatan Lingkungan
2. Lingkungan dan Media Lingkungan
3. Pendataan Lingkungan
4. Pengawasan Lingkungan Oleh Puskesmas
5. Langkah-Langkah Pengawasan Lingkungan
6. Analisis Risiko
7. Perlindungan lingkungan/media lingkungan
8. Perlindungan Kesehatan Masyarakat
9. Peningkatan Kualitas Lingkungan
10. Pengelolaan Limbah
11. Pengendalian Vektor dan BPP

Alur Kerja Penyehatan Lingkungan



*) TFU, TPP, SAM, dan wilayah berisiko penularan penyakit)

**) air, udara, tanah, pangan, sarana bangunan)

***) Pengawasan Lingkungan (Media-media Lingkungan) :

1. Surveilans
2. Uji lab oratorium
3. Analisa risiko penyakit
4. Rekomendasi
5. Laporan/berita acara

Lingkungan dan Media Lingkungan

Pada pedoman ini, lingkungan adalah lokasi yang terdapat kegiatan sehari-hari penduduk, baik sebagai fasilitas umum, fasilitas khusus atau fasilitas pribadi. Lingkungan terdapat sejumlah media lingkungan yang dapat berupa air, air minum, tanah, udara, pangan, vektor, binatang pembawa penyakit dan sebagainya yang dapat menjadi faktor risiko kesehatan penduduk.

Lingkungan dapat berupa tempat fasilitas umum (TFU), tempat pengelolaan pangan (TPP), sarana air minum, pemukiman, dan sebagainya. Penyehatan lingkungan TFU adalah penyehatan terhadap media-media lingkungan yang terdapat pada lingkungan. TFU agar memenuhi SBMKL dan persyaratan kesehatan.

Skema Umum Penyehatan Lingkungan



Pendataan Lingkungan

Langkah-langkah Pendataan Lingkungan

Semua lingkungan wajib dilakukan pendataan dan juga diikuti dengan upaya penyehatan lingkungan

1. Pengelola lingkungan adalah penanggungjawab penerapan upaya penyehatan lingkungan dan berkewajiban mendatakn lingkungan di Puskesmas setempat sesuai tatacara pendataan lingkungan setempat
2. Puskesmas secara aktif melakukan pendataan lingkungan yang dilaporkan oleh masyarakat dan atau penemuan lingkungan di wilayah kerja Puskesmas
3. Lingkungan terdata diregistrasi dalam register lingkungan Puskesmas sesuai dengan ketentuan di masing-masing Puskesmas , setidaknya meliputi tanggal pendataan, kode, nama lingkungan, identitas pengelola, jenis lingkungan, status kesehatan lingkungan, hasil pengawasan Puskesmas
4. Setiap pengelola lingkungan wajib menyampaikan laporan status kesehatan lingkungannya secara berkala secara harian, mingguan, bulanan, trbulanan, semesteran atau tahunan kepada Puskesmas, sesuai jenis leingkungan dan ketentuan masing-masing wilayah
5. Setiap lingkungan yang didata dilakukan pengawasan Puskemas pertama kali saat pendataan awal , pengawasan ruitn dan atau pengawasan sewaktu jika diperlukan dengan menerbitkan laporan hasil pengawasan oleh Puskesmas (sesuai dengan pengaturan di masing-masing wilayah)

Pengawasan Lingkungan oleh Puskesmas (1/4)



Daftar Menu

Pengertian Pengawasan/ Pemantauan Lingkungan oleh Puskesmas

Merupakan kegiatan pemeriksaan dan pengamatan secara langsung terhadap media lingkungan dalam rangka pengawasan berdasarkan standar, norma dan baku mutu dan persyaratan kesehatan lingkungan yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan yang sehat (sesuai dengan Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan/SBMKL)

Alasan dilakukan Pengawasan/ Pemantauan Lingkungan?

1. Berkala (rutin)
2. Meningkat dan meluasnya kejadian kesakitan akibat lingkungan.
3. Dalam rangka investigasi KLB
4. Tindak lanjut konseling pasien/klien
5. Alasan lain sesuai peraturan perundangan

Kegiatan Pengawasan/ Pemantauan Lingkungan

1. Surveilans kesehatan lingkungan :
 - a. Pengamatan fisik media lingkungan
 - b. Pengukuran media lingkungan di tempat
2. Uji laboratorium
3. Analisis risiko kesehatan lingkungan.
4. Rekomendasi
5. Laporan/berita acara

Sasaran Pengawasan/ Pemantauan Lingkungan

adalah media-media lingkungan pada lokus lingkungan :

1. TFU (tempat fasilitas umum)
2. TPP (tempat pengelolaan pangan)
3. Sarana air minum
4. Sarana dan bangunan,
5. Fasyankes (fasilitas pelayanan kesehatan)

Siapa yang melaksanakan Pengawasan/ Pemantauan Lingkungan ?

Tenaga Sanitasi Lingkungan/ Entomolog Kesehatan yang membawa surat tugas dari Kepala Puskesmas dengan rincian tugas yang lengkap.

Siapa saja yang perlu dilibatkan dalam Pengawasan/ Pemantauan Lingkungan ?

Petugas Puskesmas yang melaksanakan program terkait (lintas program), petugas dari Puskesmas Pembantu, Poskesdes, Bidan di desa dan atau kader.

Apa Peran Lintas Program Puskesmas dalam Kegiatan Pengawasan/ Pemantauan Lingkungan ?

1. Melakukan sinergisme dan kerja sama sehingga upaya promotif, preventif dan kuratif dapat terintegrasi
2. Membantu melakukan konseling dan surveilans
3. Menemukan dan melaporkan penderita penyakit karena pengaruh lingkungan



Kapan perlu melakukan Pengawasan/ Pemantauan Lingkungan?

- Pengawasan/pemantauan lingkungan yang dilaksanakan terhadap rumah pasien atau lokus lingkungan lainnya sebagai rekomendasi konseling kesehatan lingkungan, dilaksanakan selambat-lambatnya 24 jam setelah konseling
- Pengawasan/pemantauan lingkungan-rutin dilakukan **secara berkala minimal setahun sekali** pada lokus :
 - a. Pemukiman
 - b. Tempat Kerja
 - c. Tempat Rekreasi
 - d. Tempat Fasilitas Umum

Puskesmas melakukan pengawasan/pemantauan eksternal setiap lokus lingkungan. Pengawasan/pemantauan lingkungan adalah pengawasan/pemantauan setiap media lingkungan yang terdapat pada lokus lingkungan tersebut. sesuai dengan masing--masing jenis lingkungan dan masing-masing jenis media lingkungan

Secara umum, pengawasan/pemantauan lingkungan/media lingkungan oleh Puskesmas terdiri atas :

a. Persiapan

1. Mempelajari hasil Konseling.dan laporan penyehatan lingkungan oleh pengolah lingkungan
2. Tenaga Kesehatan Lingkungan membuat janji kunjungan rumah dan lingkungannya
3. Menyiapkan dan membawa berbagai peralatan dan kelengkapan lapangan yang diperlukan (formulir Inspeksi Kesehatan Lingkungan, formulir pencatatan status kesehatan lingkungan, media penyuluhan, alat pengukur parameter kualitas lingkungan)
4. Melakukan koordinasi dengan perangkat desa/kelurahan (kepala desa/lurah, sekretaris, kepala dusun atau ketua RW/RT) dan petugas kesehatan/bidan di desa.

b. Pelaksanaan pengawasan/pemantauan lingkungan

1. Melakukan pengamatan media lingkungan dan perilaku masyarakat.
2. Melakukan pengukuran media lingkungan di tempat, dengan menggunakan formulir inspeksi kesehatan lingkungan untuk masing-masing jenis lingkungan/media lingkungan
3. Uji laboratorium, terdiri atas 2 kegiatan :
 - a. pengambilan sampel media lingkungan
 - b. Rujukan dan pemeriksaan sampel lingkungan
4. Analisis risiko timbulnya penyakit sesuai kebutuhan.
5. Melakukan penemuan penderita lainnya.
6. Melakukan pemetaan populasi berisiko
7. Memberikan rekomendasi (intervensi kesehatan lingkungan dengan pertimbangan tingkat kesulitan , efektifitas dan biaya, antara lain :
 - a. Perlindungan lingkungan/media lingkungan
 - b. Peningkatan kualitas kesehatan lingkungan
 - c. Perlindungan kesehatan masyarakat
 - d. Pengelolaan dan Pengawasan Limbah dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan
 - e. Pengendalian Vektor dan Bintang Pembawa Penyakit /BPP

Analisis Risiko Kesehatan Lingkungan (1/2)

Definisi

- Merupakan pendekatan dengan mengkaji atau menelaah secara mendalam untuk mengenal, memahami dan memprediksi kondisi dan karakteristik lingkungan yang berpotensi terhadap timbulnya risiko kesehatan, dengan mengembangkan tata laksana terhadap sumber perubahan media lingkungan, masyarakat terpajan dan dampak kesehatan yang terjadi.

Tujuan

- Untuk mencermati besarnya risiko yang dimulai dengan mendiskrisikan masalah kesehatan lingkungan yang telah dikenal dan melibatkan penetapan risiko pada kesehatan manusia yang berkaitan dengan masalah kesehatan lingkungan yang bersangkutan.

Langkah-Langkah Analisis Risiko Kesehatan Lingkungan (2/2)

a. Identifikasi Bahaya	Mengenal dampak buruk kesehatan yang disebabkan oleh pemajanan suatu bahan dan memastikan mutu serta kekuatan bukti yang mendukungnya.
b. Evaluasi Dosis Respon	Melihat daya racun yang terkandung dalam suatu bahan atau untuk menjelaskan bagaimana suatu kondisi pemajanan (cara, dosis, frekuensi, dan durasi) oleh suatu bahan yang berdampak terhadap kesehatan.
c. Pengukuran Pemajanan	Perkiraan besaran, frekuensi dan lamanya pemajanan pada manusia oleh suatu bahan melalui semua jalur dan menghasilkan perkiraan pemajanan
d. Penetapan Risiko	Mengintegrasikan daya racun dan pemajanan kedalam “perkiraan batas atas” risiko kesehatan yang terkandung dalam suatu bahan
e. Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none">• Pengelolaan Risiko• Komunikasi Risiko

Noted : Hasil analisis risiko ditindak lanjuti dengan komunikasi risiko & pengelolaan risiko

Langkah – langkah Pengawasan/Pemantauan Lingkungan/Media lingkungan (5/9)

Perlindungan lingkungan/media lingkungan

Pencegahan penurunan kualitas lingkungan/media lingkungan

1. Komunikasi, informasi dan edukasi

KIE) dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan perilaku masyarakat terhadap masalah kesehatan dan upaya yang diperlukan sehingga dapat mencegah penyakit dan/atau gangguan kesehatan akibat Faktor Risiko Lingkungan.

2. Pengembangan teknologi tepat guna

- untuk mengurangi atau menghilangkan faktor risiko penyebab penyakit dan/atau gangguan kesehatan.
- Pengembangan teknologi tepat guna dilakukan dengan mempertimbangkan permasalahan yang ada dan ketersediaan sumber daya setempat sesuai kearifan lokal.

3. Rekayasa lingkungan

Merupakan upaya mengubah media lingkungan atau kondisi lingkungan untuk mencegah pajanan agen penyakit baik yang bersifat fisik, biologi, maupun kimia serta gangguan dari vektor dan binatang pembawa penyakit

4. Pemeriksaan kesehatan penjamah makanan

5. Penggunaan alat pelindung diri untuk mencegah cemaran pada pangan

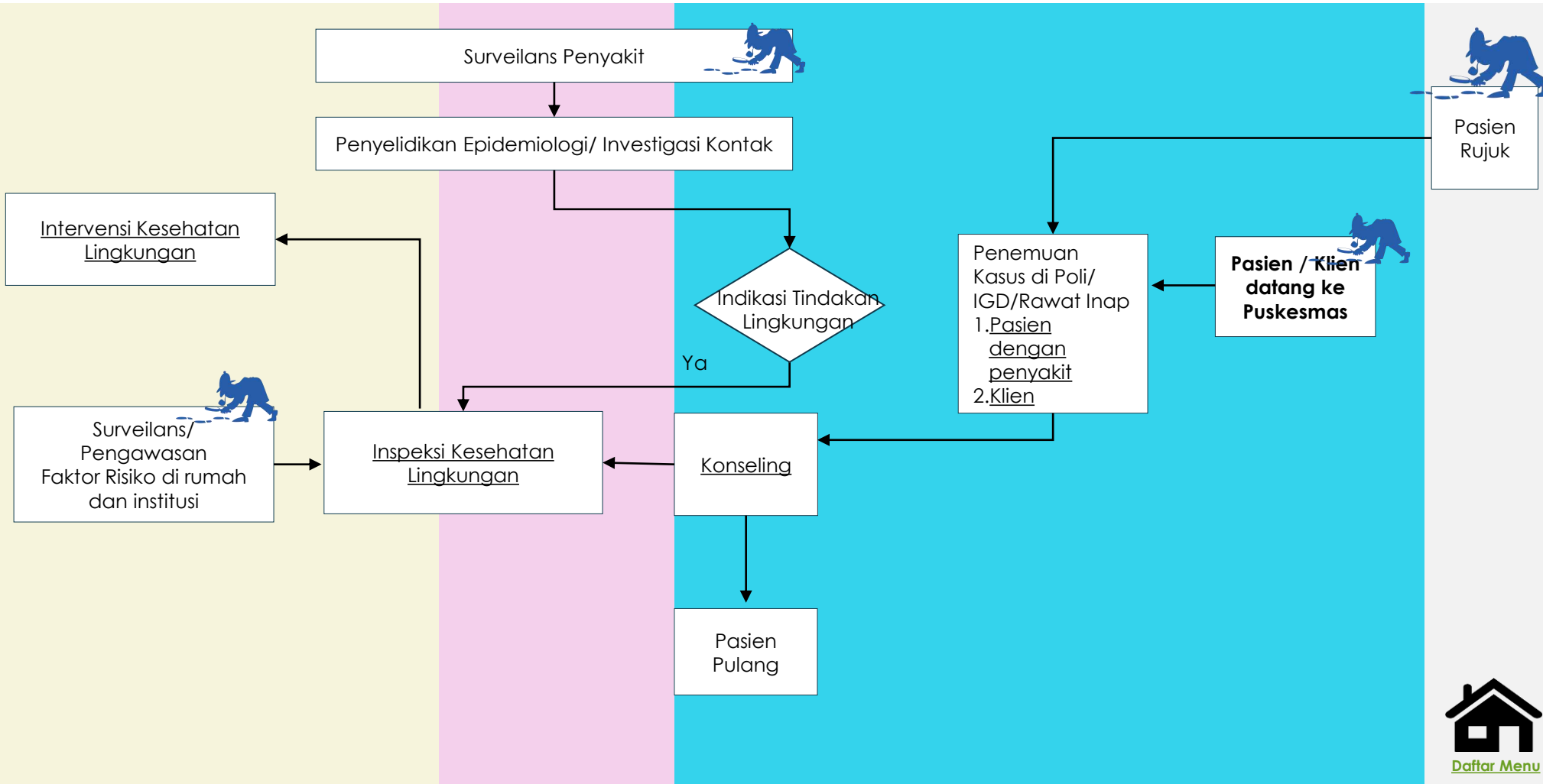
Langkah – langkah Pengawasan/Pemantauan Lingkungan/Media lingkungan (7/9)

Peningkatan Kualitas Media Lingkungan

1. Perbaiki kualitas air dengan memanfaatkan teknologi pengolahan filtrasi, sedimentasi, aerasi, dekontaminasi, desinfeksi dan atau teknologi lain
2. Peningkatan kualitas tanah dilakukan melalui upaya pemulihan terhadap pencemaran tanah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Komunikasi, informasi, dan edukasi
4. Rekayasa teknologi pengolahan Pangan

Alur Layanan Kesehatan Lingkungan (lokasi)

Masyarakat Posyandu Pustu Puskesmas/FKTP FKTL

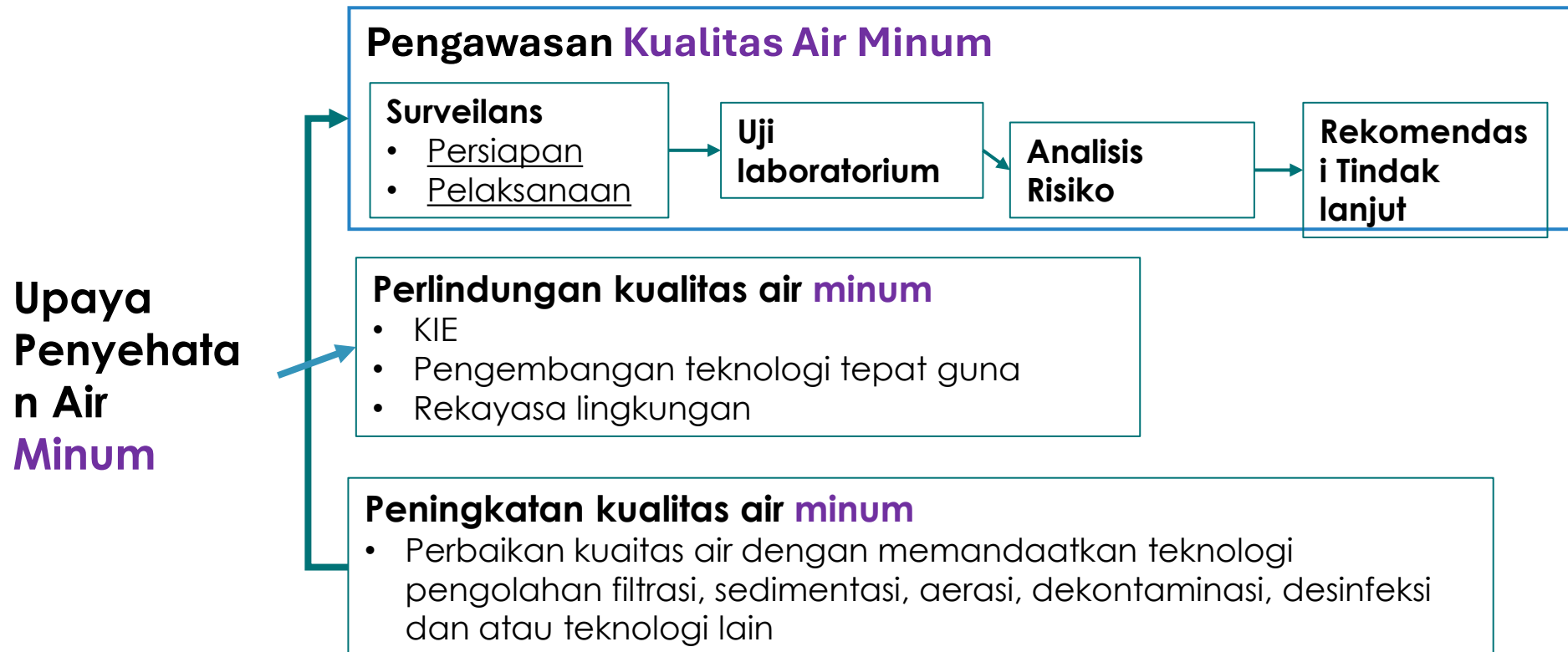


Upaya Penyehatan Media Lingkungan (Air)

Upaya Penyehatan Air Minum

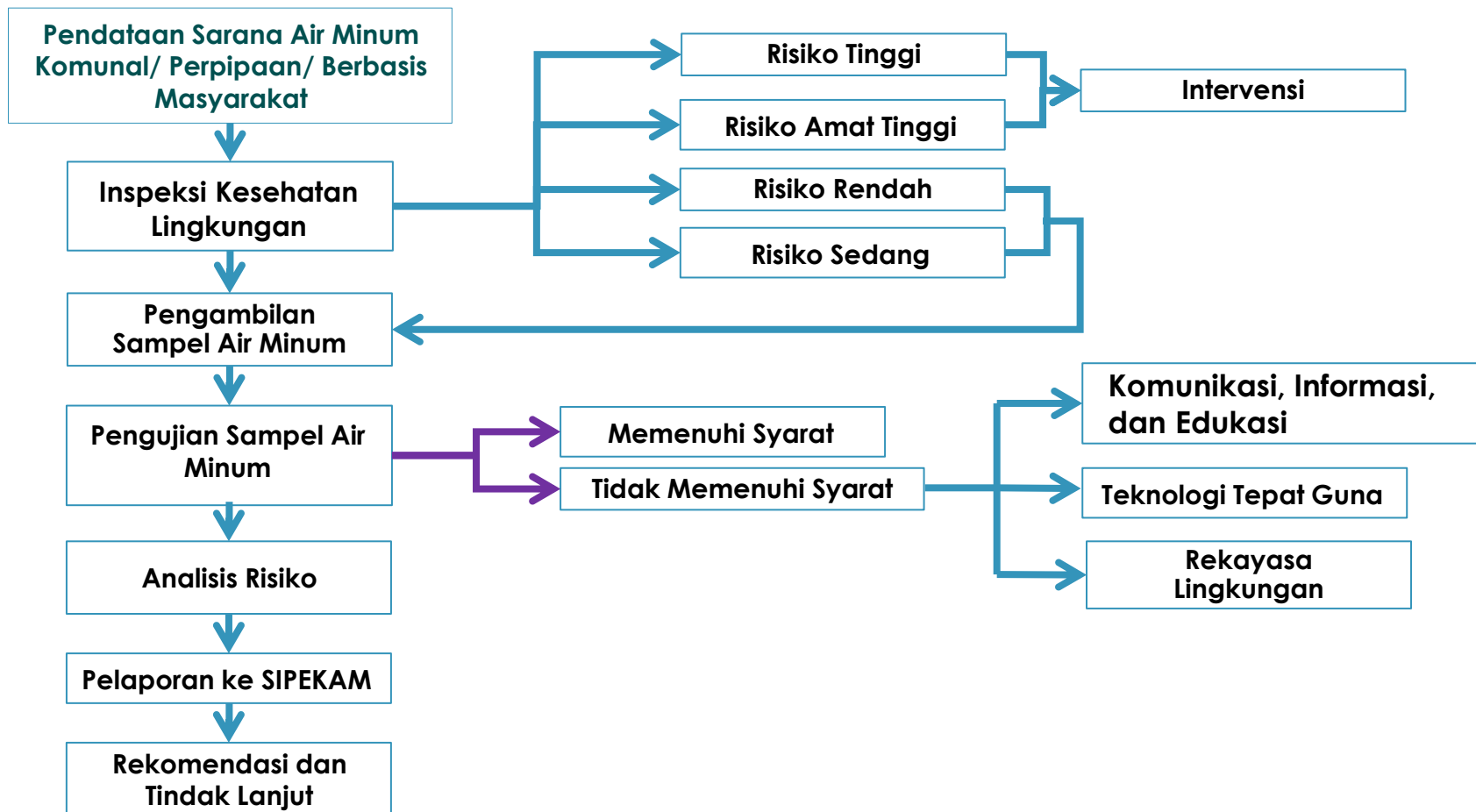


Menu Utama



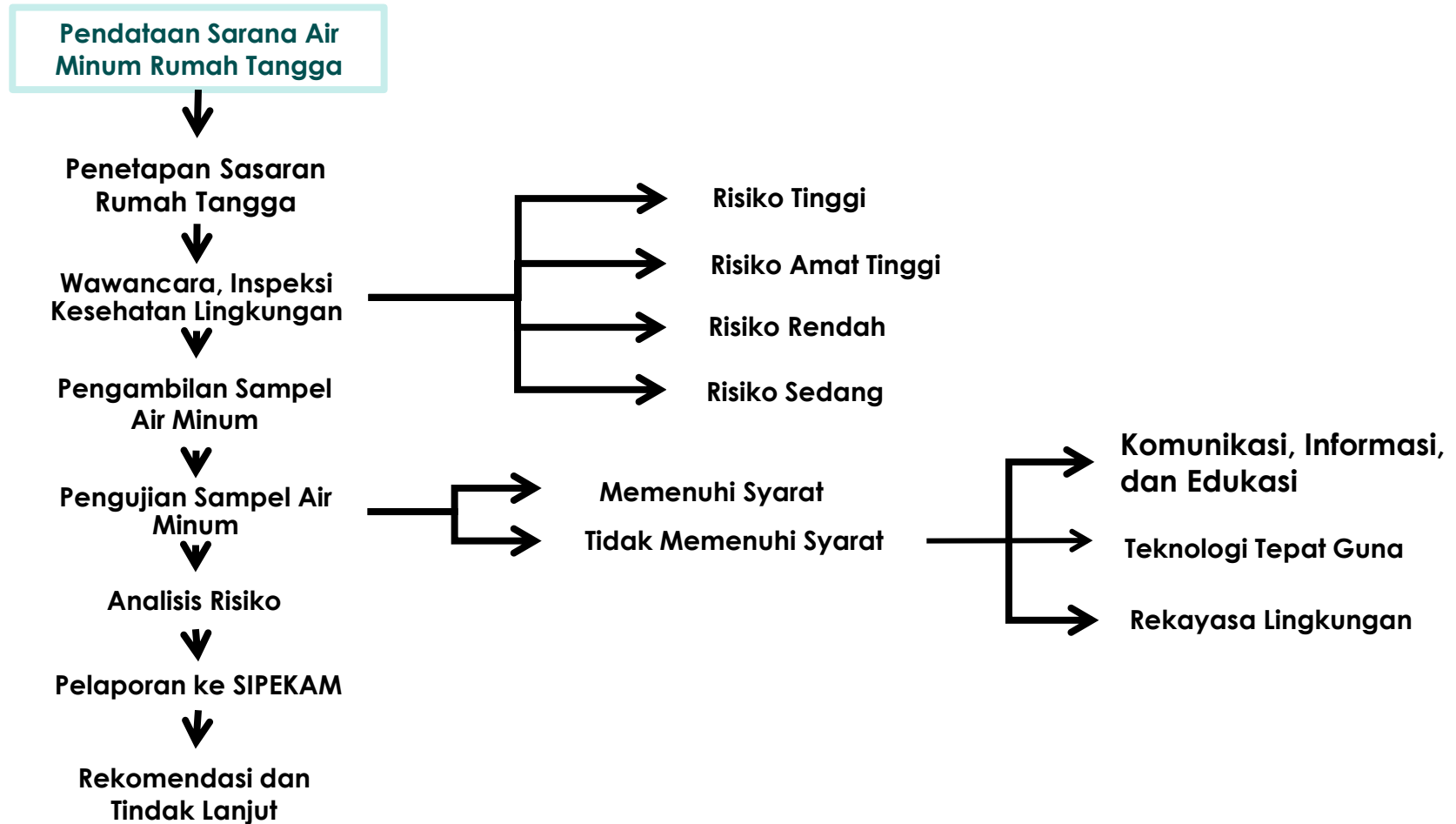
Sumber : Permenkes No 2 Tahun 2023

Alur Pengawasan Kualitas Air Minum pada Sarana Air Minum





Alur Pengawasan Kualitas Air Minum Rumah Tangga





Langkah – Langkah Inspeksi Kesehatan Lingkungan

a. Persiapan

- Mempelajari latarbelakang permasalahan.
- Tenaga Kesehatan Lingkungan membuat janji kunjungan.
- Menyiapkan dan membawa berbagai peralatan dan kelengkapan lapangan yang diperlukan (formulir pengamatan dan pencatatan, media penyuluhan, alat pengukur atau pendukung lainnya)
- Melakukan koordinasi dengan pihak terkait.

b. Pelaksanaan

- Melakukan pengamatan media :
 - a. Mengamati sarana (jenis dan kondisi) penyediaan air minum dan air untuk keperluan higiene sanitasi (sumur gali/sumur pompa tangan/KU/perpipaan/penampungan air hujan).
 - b. Mengamati kualitas air secara fisik, apakah berasa, berwarna, atau berbau.
 - c. Mengetahui kepemilikan sarana penyediaan air minum dan air untuk keperluan higiene sanitasi, apakah milik sendiri atau bersama.
- Menentukan titik pengambilan sampel (jika diperlukan)
- Melakukan pencatatan pada instrumen IKL
- Melihat hasil pengamatan dengan kesesuaian SBMTKL
- Analisa risiko
- Rekomendasi

c. Pencatatan dan pelaporan pada register kesehatan lingkungan

Intervensi Penyehatan Lingkungan

Temuan Permasalahan	Bentuk Intervensi	Kegiatan
Media Air	1. KIE serta penggerakan/pemberdayaan masyarakat;	<ol style="list-style-type: none"> Edukasi hasil IKL ke rumah tangga/pengelola sarana komunal (sanitarian/kader) misal ada temuan parameter yang TMS Sosialisasi/ajakan pemeriksaan kualitas air minum mandiri di masyarakat (bisa melakukan pemeriksaan di puskesmas atau labkesda terdekat) Pengelolaan air minum rumah tangga (PAMRT) pilar 3 STBM : <ul style="list-style-type: none"> • Dimasak sampai mendidih, disaring/filtrasi, • Ditambah larutan tawas, • Ditambah larutan klorin • Dengan penyinaran matahari/UV dll
	2. Perbaiki dan pembangunan sarana	Perbaiki konstruksi fisik Sarana Air Minum yang TMS berdasarkan hasil IKL (di rumah tangga maupun sarana komunal) secara swadaya/mandiri maupun pembiayaan dari desa/kelurahan/kecamatan/mitra

Intervensi Penyehatan Lingkungan

Temuan Permasalahan	Bentuk Intervensi	Kegiatan
Media Air	3. Perbaiki konstruksi fisik Sarana Air Minum yang TMS berdasarkan hasil IKL (di rumah tangga maupun sarana komunal) secara swadaya/mandiri maupun pembiayaan dari desa/kelurahan/kecamatan/mitra;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teknologi Tepat Guna (TTG) skala rumah tangga/komunal dalam rangka meningkatkan kualitas air (penyaringan/penjernihan) 2. Penggunaan bahan lokal utk perbaikan kualitas air secara kimia (misal penggunaan arang batok kelapa utk mengurangi kandungan besi dlm air minum, biji kelor untuk pemurnian/ penjernihan) 3. Pengolahan air minum sederhana untuk layanan air pedesaan/komunal/pamsimas, misal diberikan klorin 4. Penggunaan zeolite utk mengurangi kandungan logam berat seperti krom, arsen atau cadmium 5. Pengembangan TTG sesuai kearifan lokal /pedoman opsi TTG Air Minum 6. Mengacu pada pedoman/daftar Pengembangan opsi sarana TTG Ai Minum

Intervensi Penyehatan Lingkungan

Temuan Permasalahan	Bentuk Intervensi	Kegiatan
Media Air	4. Rekayasa lingkungan (desa)	<ol style="list-style-type: none">1. Pelindungan sumber air baku dg cara mencegah kontaminasi atau polusi2. Menggunakan teknologi modern seperti filtrasi canggih, pengolahan membran, dan metode pemurnian air lanjutan, kualitas air yang buruk dapat diubah menjadi air yang aman untuk dikonsumsi.3. Proteksi daerah serapan air & pengelolaan sampah di level desa

Parameter Wajib Air Minum



Menu Utama

No	Jenis Parameter	Kadar Maksimum Yang Diperbolehkan	Satuan	Metode Pengujian
Mikrobiologi				
1	Eschericia Coli	0	CFU/100m l	SNI/APHA
Fisik				
1	Suhu	Suhi udara ± 3	$^{\circ}\text{C}$	SNI/APHA
2	Total Dissolve Solid	<300	mg/L	SNI/APHA
3	Kekeruhan	<3	NTU	SNI atau yg setara
4	Warna	10	TCU	SNI/APHA
5	Bau	Tidak berbau	-	APHA

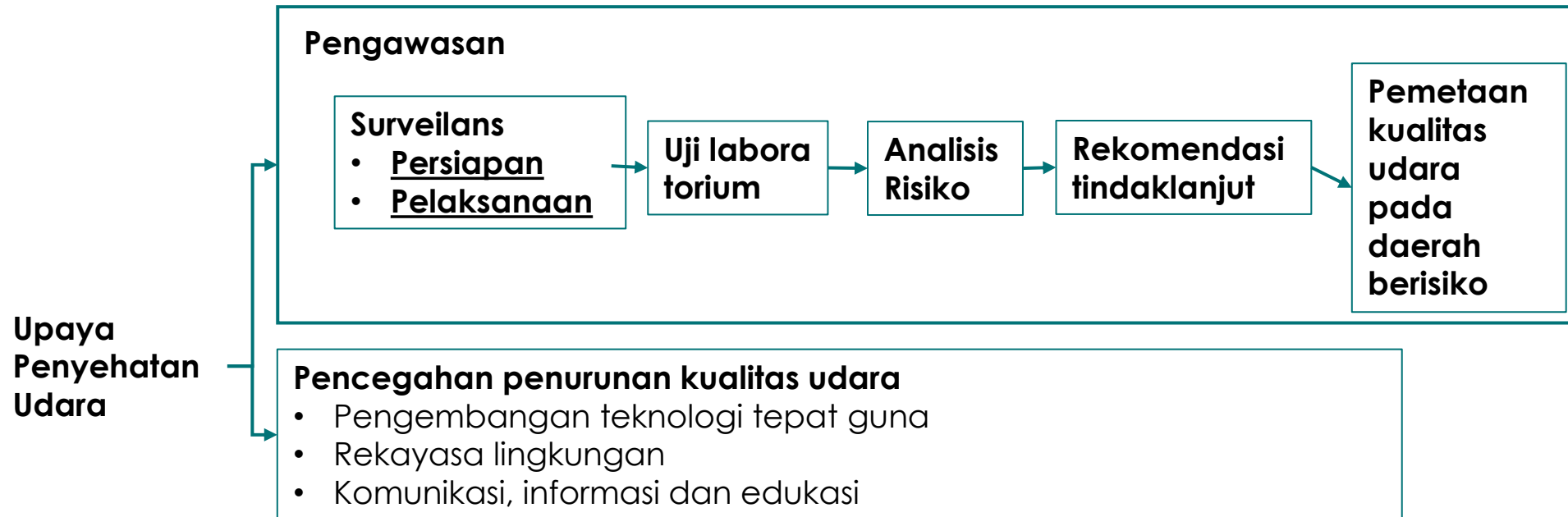
Parameter Wajib Air Minum



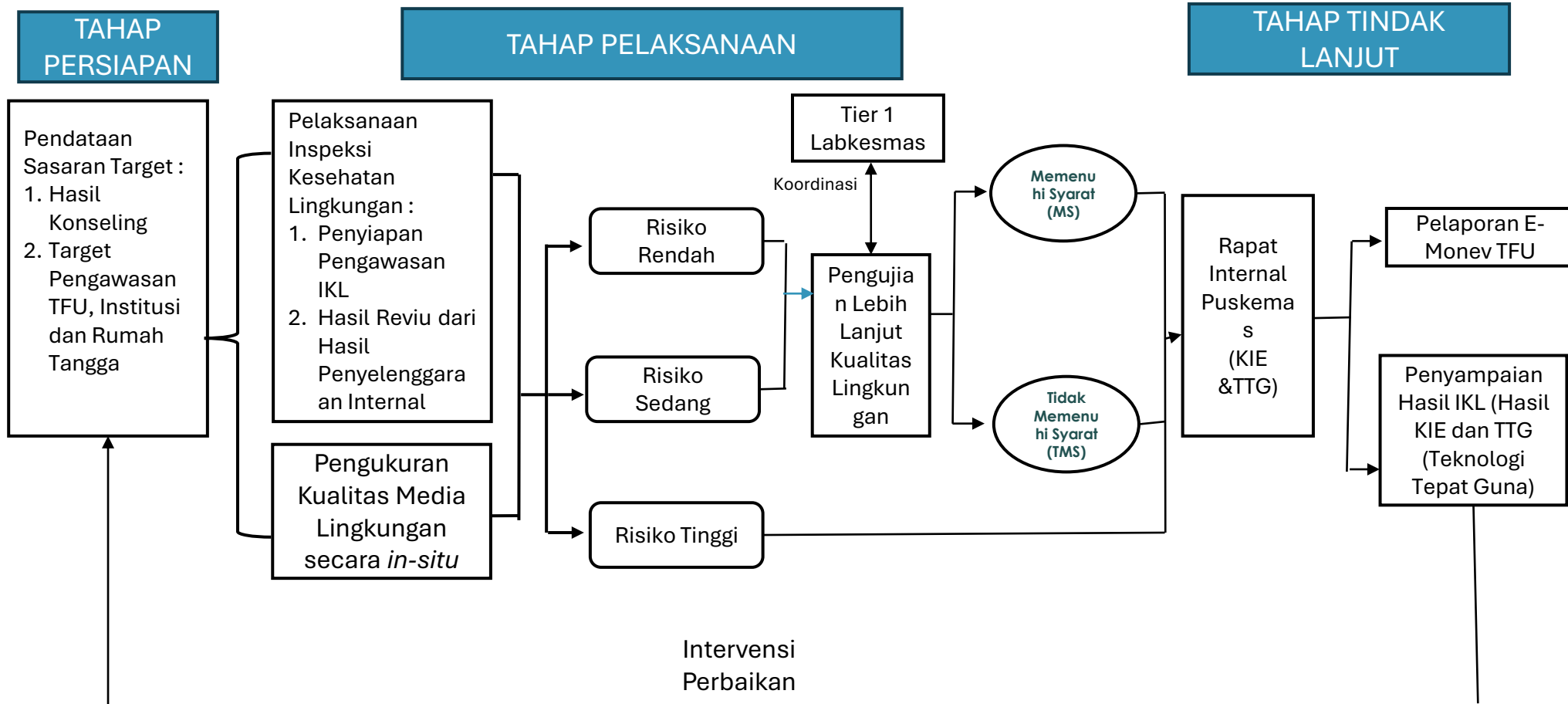
Menu Utama

No	Jenis Parameter	Kadar Maksimum Yang Diperbolehkan	Satuan	Metode Pengujian
Kimia				
1	PH	6.5-8.5	-	SNI/APHA
2	Nitrat (sebagai No^3) (terlarut)	20	mg/L	SNI/APHA
3	Nitrat (sebagai No^2) (terlarut)	3	mg/L	SNI/APHA
4	Kromium Valensi 6 (Cr^{6+}) (terlarut)	0.01	mg/L	SNI/APHA
5	Besi (Fe) (terlarut)	0.2	mg/L	SNI/APHA
6	Mangan (Mn) (terlarut)	0.1	mg/L	SNI/APHA
7	Sisa Klor (terlarut)	0.2 – 0.5 dengan waktu kontak 30 menit	mg/L	SNI/APHA
8	Arsen (As) (terlarut)	0.01	mg/L	SNI/APHA
9	Kadmium (Cd) (terlarut)	0.003	mg/L	SNI/APHA
10	Timbal (Pb) (terlarut)	0.01	mg/L	SNI/APHA
11	Flouride (F) (terlarut)	1.5	mg/L	SNI/APHA
12	Aluminiu, (Al) (terlarut)	0.2	mg/L	SNI/APHA

Upaya Penyehatan ML Udara



Sumber : Permenkes No 2 Tahun 2023





Langkah – Langkah pengamatan media Udara

a. Persiapan

- Mempelajari latarbelakang permasalahan.
- Tenaga Kesehatan Lingkungan membuat janji kunjungan.
- Menyiapkan dan membawa berbagai peralatan dan kelengkapan lapangan yang diperlukan (formulir pengamatan dan pencatatan, media penyuluhan, alat pengukur atau pendukung lainnya)
- Melakukan koordinasi dengan pihak terkait.

b. Pelaksanaan

- Melakukan pengamatan media :
 - a. Mengamati ketersediaan dan kondisi kebersihan ventilasi.
 - b. Mengukur luas ventilasi permanen (minimal 10% dari luas lantai), khusus ventilasi dapur minimal 20% dari luas lantai dapur, asap harus keluar dengan sempurna atau dengan ada exhaust fan atau peralatan lain
- Menentukan titik pengambilan sampel (jika diperlukan)
- Melakukan pencatatan pada instrumen IKL
- Melihat hasil pengamatan dengan kesesuaian SBMTKL
- Analisa risiko
- Rekomendasi

c. Pencatatan dan pelaporan pada register kesehatan lingkungan (...)

Media Udara

- **Persyaratan** Kesehatan Media Udara :

a. Udara dalam ruangan

1. Terdapat sirkulasi dan pertukaran udara
2. Terhindar dari paparan berupa asap rokok, asap dapur, asap dari sumber bergerak dan asap dari sumber lainnya;
3. Tidak berbau
4. Terbebas dari debu

b. Udara Ambien

1. Tidak terpajan suhu udara
2. Tidak berbau
3. Tidak berupa asap
4. Debu tidak melebihi batas toleransi tubuh

Intervensi Kesehatan Lingkungan

Temuan Permasalahan	Bentuk Intervensi	Kegiatan
Media Udara	Pemantauan Kualitas Udara	1. Memeriksa kualitas udara melalui aplikasi atau website
	Pencegahan Penurunan Kualitas Udara	1. Melakukan Sosialisasi terkait dengan <ul style="list-style-type: none">• Pentingnya menjaga kualitas udara dan dampak yang ditimbulkan• Dampak pembakaran sampah secara terbuka 1. Advokasi pada pimpinan di wilayah setempat terkait : <ul style="list-style-type: none">• Pentingnya Penghijauan• Pengelolaan limbah yang baik



Udara dalam ruangan

- SBMKL Udara Dalam Ruangan (indoor) di Pemukiman, Tempat Rekreasi, serta Tempat dan Fasilitas Umum (TFU)
- SBMKL Ventilasi Udara menurut Jenis Ruangan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- SBMKL Suhu, Kelembaban dan Tekanan Udara menurut Jenis Ruangan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- SBMKL Intensitas Pencahayaan menurut Jenis Ruangan atau Unit di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- SBMKL Tekanan Bising/ Sound Pressure Level Menurut Jenis Ruangan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Udara Dalam Ruangan (indoor) di Pemukiman, Tempat Rekreasi, serta Tempat dan Fasilitas Umum (TFU)

No	Parameter	SBMKL	Unit	Metode Pengukuran	Keterangan
Parameter Fisik					
1	Suhu	18-30	°C	Direct reading, thermometer	Tergantung penggunaan ruangan
2	Pencahayaan	Minimal 60	Lux	Direct reading, Luxmeter	Tergantung penggunaan ruangan
3	Kelembapan	40-60	%Rh	Direct reading, Hygrometer	Tergantung penggunaan ruangan
4	Laju Ventilasi	0.15 – 0.25	m/detik	Direct reading, Anemometer	
5	PM ₁₀	70	ug/m ³	Direct reading gravimetri, Dust sampler PM ₁₀	Durasi 24 jam (batas tertinggi)
6	PM _{2,5}	25	ug/m ³	Direct reading gravimetri, Dust sampler PM _{2,5}	Durasi 24 jam (batas tertinggi)

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Udara Dalam Ruangan (indoor) di Pemukiman, Tempat Rekreasi, serta Tempat dan Fasilitas Umum (TFU)

No	Parameter	SBMKL	Unit	Metode Pengukuran	Keterangan
Kebisingan					
1	Pemukiman	55	dB(A)	Direct reading, Sound- level meter	
2	Tempat Rekreasi	70			
3	Fasilitas Pendidikan	55			
4	Tempat Ibadah atau sejenisnya	55			
5	Pasar dan Pusat Perbelanjaan	65			
6	Pelabuhan laut	70			
7	Stasiun Kereta, Terminal, Bandar Udara	Disesuaikan dg ketentuan Menteri Perhubungan			
8	Tempat & Fasilitas Umum (TFU) lainnya kecuali Fasilitas Pelayanan Kesehatan	60			

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Udara Dalam Ruangan (indoor) di Pemukiman, Tempat Rekreasi, serta Tempat dan Fasilitas Umum (TFU)

No	Parameter	SBMKL	Unit	Metode Pengukuran	Keterangan
Parameter Kimia					
1	Sulfur dioksida (SO ₂)	500	ug/m ³	<ul style="list-style-type: none"> • Spektrofotometer • Gas analyzer 	• Rata – rata 10 menit
2		20	ug/m ³		Rata- rata 24 jam
3	Nitrogen dioksida (NO ₂)	200	ug/m ³	<ul style="list-style-type: none"> • Spektrofotometer • Gas analyzer 	• 1 jam
4		40	ug/m ³		1 tahun
5	Ozon (O ₃)	100	ug/m ³	Spektrofotometer	Rata – rata 8 jam

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Udara Dalam Ruangan (indoor) di Pemukiman, Tempat Rekreasi, serta Tempat dan Fasilitas Umum (TFU)

No	Parameter	SBMKL	Unit	Metode Pengukuran	Keterangan
Parameter Kimia Tambahan					
1	Carbon monoksida (CO)	9	ppm	Gas analyzer	8 jam
2	Carbon dioksida (CO ₂)	1000	ppm	Gas analyzer	8 jam
3	Timbal (Pb)	1.5	ug/m ³	Atomic absorban Spektrofotometer/ ASS, Inductively Coupled Plasma (ICP)	24 jam
4	Asbes	5	Serat/ml	Mikroskop	
5	Radon	100-300	Bq/m ³	Radon gas detector	
6	Formaldehida (CH ₂ O)	0.1	ppm	Gas kromatografi	30 menit

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Udara Dalam Ruangan (indoor) di Pemukiman, Tempat Rekreasi, serta Tempat dan Fasilitas Umum (TFU)

No	Parameter	SBMKL	Unit	Metode Pengukuran	Keterangan
Parameter Kimia Tambahan					
7	Volatile Organic Compound (VOC) sebagai CH ₄	3	ppm	Gas kromatografi Gas detektor	8 jam
8	Environmental Tobacco Smoke (Nikotin)	1-10	ppm		Pajanan seumur hidup
9	Merkuri	1	ug/m ³	Portable Mercury Analyzer	
Parameter Biologi					
1	Angka Kuman	700	CFU/m ³		

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Ventilasi Udara menurut Jenis Ruangan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Ruang/Unit	Suplai Udara M ³ / Jam/ Orang	Pertukaran Udara Kali/Jam	Kecepatan Laju Udara m/detik
1	Operasi	2.8	Minimal 10	0.3 – 0.4
2	Perawatan bayi premature	2.8		0.15 – 0.25
3	Ruang luka bakar	2.8	Minimal 5	0.15 – 0.25

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Suhu, Kelembaban dan Tekanan Udara menurut Jenis Ruangan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Ruang/Unit	Suplai Udara M ³ / Jam/ Orang	Pertukaran Udara Kali/Jam	Kecepatan Laju Udara m/detik
1	Operasi	22 - 27	40 - 60	positif
2	Bersalin	24 - 26	40 - 60	positif
3	Pemulihan/ perawatan	22 - 23	40 - 60	seimbang
4	Perawatan bayi baru lahir	24 - 26	40 - 60	seimbang
5	ICU	22 - 23	40 - 60	positif
6	Jenazah/ Autopsi	21 - 24	40 - 60	negatif
7	Penginderaan medis	21 - 24	40 - 60	seimbang

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Suhu, Kelembaban dan Tekanan Udara menurut Jenis Ruangan
di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Ruang/Unit	Suplai Udara M ³ / Jam/ Orang	Pertukaran Udara Kali/Jam	Kecepatan Laju Udara m/detik
8	Laboratorium	20 - 22	40 - 60	negatif
9	Radiologi	17 - 22	40 - 60	seimbang
10	Sterilisasi	21 - 30	40 - 60	negatif
11	Dapur	22 - 30	40 - 60	seimbang
12	Gawat darurat	20 - 24	40 - 60	positif
13	Administrasi	20 - 28	40 - 60	seimbang
14	Ruang luka bakar	24 - 26	40 - 60	positif

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Intensitas Pencahayaan menurut Jenis Ruang atau Unit di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Ruang/Unit	Intensitas Cahaya (lux)	Keterangan
1	Ruang pasien - Saat tidak tidur - Saat tidur	Minimal 100	Warna cahaya sedang
2	Rawat Jalan	Maksimal 50	Perlu penambahan penerangan dengan lampu sorot apabila ada tindakan
3	Unit Gawat Darurat (UGD)	Minimal 100 untuk di koridor (tanpa tindakan)	Perlu penambahan penerangan dengan lampu sorot apabila ada tindakan
4	R. Operasi Umum	300 - 500	Warna cahaya sejuk
5	Meja Operasi	10.000 – 20.000	Warna cahaya sejuk atau sedang tanpa bayangan
6	Anestesi, pemulihan	300 - 500	Warna cahaya sejuk
7	Endoscopy, lab	75-100	

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Intensitas Pencahayaan menurut Jenis Ruangan atau Unit di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Ruang/Unit	Intensitas Cahaya (lux)	Keterangan
1	Sinar X	Minimal 60	Warna cahaya sejuk
2	Koridor	Minimal 100	
3	Tangga	Minimal 100	Malam hari
4	Administrasi/kantor	Minimal 100	Warna cahaya sejuk
5	Ruang alat/gedung	Minimal 200	
6	Farmasi	Minimal 200	
7	Dapur	Minimal 200	
8	Ruang cuci	Minimal 100	
9	Toilet	Minimal 100	
10	Ruang luka bakar	100-200	Warna cahaya sejuk

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Tekanan Bising/ Sound Pressure Level Menurut Jenis
Ruangan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Ruang/Unit	Maksimum Tekanan Bising / Sound Pressure Level (dBA)
1	Ruang Pasien - Saat tidak tidur - Saat tidur	65 55
2	Ruang Operasi	65
3	Ruang Umum	65
4	Anestesi, pemulihan	65
5	Endoskopi, laboratorium	65
6	Sinar X	65
7	Koridor	65
8	Tangga	65
9	Kantor / Lobby	65
10	Ruang alat/ gudang	65

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Tekanan Bising/ Sound Pressure Level Menurut Jenis Ruangan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Ruang/Unit	Maksimum Tekanan Bising / Sound Pressure Level (dBA)
11	Farmasi	65
12	Dapur	70
13	Ruang Cuci	80
14	Ruang Isolasi	55
15	Ruang Poli Gigi	65
16	Ruang ICU	65

SBMKL Partikulat Udara Dalam Ruang di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Parameter Fisik	Rata – rata waktu pengukuran	Konsentrasi Maksimal sbg standart
1	PM ₁₀	8 jam 24 jam	150 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ $\leq 70 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ⁺
2	PM ₂₅	24 jam	35 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ⁺

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Parameter Kimia Udara Dalam Ruang di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Parameter Kimiawi	Rata rata waktu pengukuran	Konsentrasi Maksimum sebagai standart
1	Karbon monoksida (CO)	8 jam	10.000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
2	Karbon dioksida (CO ₂)	8 jam	1 ppm
3	Timbal (Pb)	1 thn	0,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
4	Nitrogen Dioksida (NO ₂)	1 jam	200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
5	Radon (Rn)	-	4pCi/liter
6	Sulfur Dioksida (SO ₂)	24 jam	125 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
7	Formaldehida (HCHO)	30 menit	100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
8	Total senyawa organic yang mudah menguap (T.VOC)	8 jam	3 ppm

Media udara dalam ruangan (indoor)

SBMKL Mikrobiologi Udara di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Ruang	Konsentrasi Maksimum Mikroorganisme per m ³ udara (CFU/m ³)
1	Ruang operasi kosong	35
2	Ruang operasi dengan aktivitas	180
3	Ruang operasi Ultraclean	10

Media udara luar ruangan (ambien)

SBMKL Intensitas Pencahayaan Menurut Jenis Ruangan atau Unit di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Parameter	Waktu Pengukuran	Baku Mutu	Sistem Pengukuran
A	PARAMETER FISIK			
1	Suhu		20 – 30°C	
2	Kelembapan		40 – 70%	
3	a. Debu Partikulat (PM ₁₀)	24 jam	75 µg/m ³	Aktif kontinu
		Tahunan	40 µg/m ³	Aktif kontinu
	b. Debu Partikulat (PM _{2,5})	24 jam	55 µg/m ³	
		Tahunan	15 µg/m ³	
4	Kebisingan			
	a. Perumahan dan Permukiman		55 dB(A)	
	b. Perdagangan dan Jasa		70 dB(A)	
	c. Perkantoran		65 dB(A)	

Media udara luar ruangan (ambien)

SBMKL Intensitas Pencahayaan Menurut Jenis Ruang atau Unit di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Parameter	Waktu Pengukuran	Baku Mutu	Sistem Pengukuran
A	PARAMETER FISIK			
4	Kebisingan			
	d. Ruang terbuka hijau		50 dB(A)	
	e. Industri		70 dB(A)	
	f. Pemerintah dan Fasilitas Umum		60 dB(A)	
	g. Tempat Rekreasi		70 dB(A)	
	h. Stasiun Kereta Api		60 dB(A)	
	i. Pelabuhan laut		70 dB(A)	
	j. Rumah sakit dan sejenisnya		55 dB(A)	
	k. Sekolah atau sejenisnya		55 dB(A)	
	l. Tempat ibadah atau sejenisnya		55 dB(A)	

Media udara luar ruangan (ambien)

SBMKL Intensitas Pencahayaan Menurut Jenis Ruangan atau Unit di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

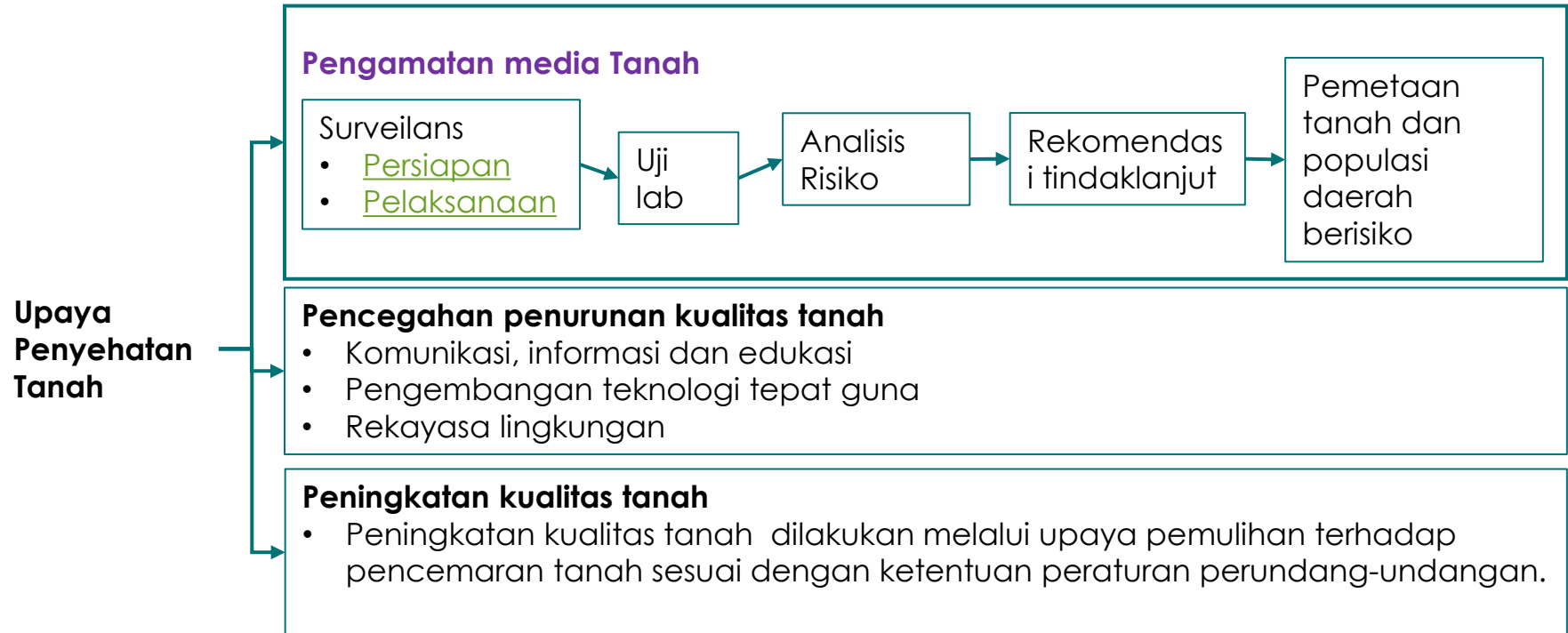
No	Parameter	Waktu Pengukuran	Baku Mutu	Sistem Pengukuran
B	PARAMETER KIMIA			PP 22/2021
1	Karbon Monoksida (CO)	1 jam	10.000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue
		8 jam	4.000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue
2	Ozon (O ₃)	1 jam	150 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue
		8 jam	100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue
		Tahunan	35 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue
3	Nitrogen Dioksida (NO ₂)	1 jam	200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue
		24 jam	65 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue
		Tahunan	50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue

Media udara luar ruangan (ambien)

SBMKL Intensitas Pencahayaan Menurut Jenis Ruangan atau Unit di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

No	Parameter	Waktu Pengukuran	Baku Mutu	Sistem Pengukuran
B	PARAMETER KIMIA			PP 22/2021
4	Sulfur Dioksida (SO ₂)	1 jam	150 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue
		8 jam	75 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue
		Tahunan	45 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif kontinue
5	Partikel Tersuspensi Total (TSP)	24 jam	230 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif manual
6	Timbal (Pb)	24 jam	2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Aktif manual

Upaya Penyehatan ML Tanah



Sumber : Permenkes No 2 Tahun 2023



Langkah – Langkah Pengamatan Media Tanah

- a. Persiapan
 - Mempelajari latarbelakang permasalahan.
 - Tenaga Kesehatan Lingkungan membuat janji kunjungan.
 - Menyiapkan dan membawa berbagai peralatan dan kelengkapan lapangan yang diperlukan (formulir pengamatan dan pencatatan, media penyuluhan, alat pengukur atau pendukung lainnya)
 - Melakukan koordinasi dengan pihak terkait.
- b. Pelaksanaan
 - Mengamati kondisi kualitas tanah yang berpotensi sebagai media penularan penyakit, antara lain tanah bekas Tempat Pembuangan Akhir/TPA Sampah, terletak di daerah banjir, bantaran sungai/aliran sungai/longsor, dan bekas lokasi Pertambangan
 - Menentukan titik pengambilan sampel (jika diperlukan)
 - Melakukan pencatatan pada instrumen IKL
 - Melihat hasil pengamatan dengan kesesuaian SBMTKL
 - Analisa risiko
 - Rekomendasi
- c. Pencatatan dan pelaporan pada register kesehatan lingkungan



SBMKL Media Tanah

Parameter	Satuan	Permukiman, Tempat Kerja, Tempat Rekreasi maupun tempat dan fasilitas umum	Tanah bekas tambang minyak bumi dan atau gas	Tanah bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida	Lokasi dan atau kondisi tertentu	Ket
Fisik Tanah ^(d)						
Suhu		R	R	R	R	Wajib
Kelembapan		R	R	R	R	Wajib
Porositas		R	R	R	R	Wajib
Derajat Keasaman (pH)		R	R	R	R	Wajib

Keterangan :

a= khusus untuk lahan bekas tambang minyak bumi atau gas

b= khusus untuk lahan bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida secara intensif

c= belum tersedia standart untuk tanah dan ditetapkan oleh Bapeten

d= belum tersedia standart

R= total konsentrasi kontaminan pada tanah referensi setempat

R*= jumlah total mikroorganisme/pathogen pada tanah referensi setempat

SBMKL Media Tanah

Parameter	Satuan	Permukiman, Tempat Kerja, Tempat Rekreasi maupun tempat dan fasilitas umum	Tanah bekas tambang minyak bumi dan atau gas	Tanah bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida	Lokasi dan atau kondisi tertentu	Ket
Biologi/ Mikroorganisme Patogen						
E.coli					R*	Khusus
Fecal coliform					R*	Khusus
Enteric. viruses					R*	Khusus
Bacillus anthracis					R*	Khusus
Ascaris sp					R*	Khusus
Taenia					R*	Khusus

Keterangan :

a= khusus untuk lahan bekas tambang minyak bumi atau gas

b= khusus untuk lahan bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida secara intensif

c= belum tersedia standart untuk tanah dan ditetapkan oleh Bapeten

d= belum tersedia standart

R= total konsentrasi kontaminan pada tanah referensi setempat

R*= jumlah total mikroorganisme/pathogen pada tanah referensi setempat

SBMKL Media Tanah

Parameter	Satuan	Permukiman, Tempat Kerja, Tempat Rekreasi maupun tempat dan fasilitas umum	Tanah bekas tambang minyak bumi dan atau gas	Tanah bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida	Lokasi dan atau kondisi tertentu	Ket
Anorganik						
Aluminium (Al)	mg/kg	R	R	R	R	Wajib
Antomoni (Sb)	mg/kg	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	Wajib
Arsenik (As)	mg/kg	≤ 20	≤ 20	≤ 20	≤ 20	Wajib
Barium (Ba)	mg/kg	≤ 160	≤ 160	≤ 160	≤ 160	Wajib
Berillium (Be)	mg/kg	≤ 1,1	≤ 1,1	≤ 1,1	≤ 1,1	Wajib
Boron (B)	mg/kg	≤ 36	≤ 36	≤ 36	≤ 36	Wajib
Kadmium Cd)	mg/kg	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	Wajib
Combat (Co)	mg/kg	R	R	R	R	Wajib

Keterangan :

a= khusus untuk lahan bekas tambang minyak bumi atau gas

b= khusus untuk lahan bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida secara intensif

c= belum tersedia standart untuk tanah dan ditetapkan oleh Bapeten

d= belum tersedia standart

R= total konsentrasi kontaminan pada tanah referensi setempat

R*= jumlah total mikroorganisme/pathogen pada tanah referensi setempat

SBMKL Media Tanah

Parameter	Satuan	Permukiman, Tempat Kerja, Tempat Rekreasi maupun tempat dan fasilitas umum	Tanah bekas tambang minyak bumi dan atau gas	Tanah bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida	Lokasi dan atau kondisi tertentu	Ket
Anorganik						
Krom Valensi 6 (Cr ⁶⁺)	mg/kg	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	Wajib
Tembaga (Cu)	mg/kg	≤ 30	≤ 30	≤ 30	≤ 30	Wajib
Timbal/ Timah Hitam (Pb)	mg/kg	≤ 300	≤ 300	≤ 300	≤ 300	Wajib
Merkuri (Hg)	mg/kg	≤ 0,3	≤ 0,3	≤ 0,3	≤ 0,3	Wajib
Molibdenum (Mo)	mg/kg	≤ 40	≤ 40	≤ 40	≤ 40	Wajib
Nikel (Ni)	mg/kg	≤ 60	≤ 60	≤ 60	≤ 60	Wajib
Selenium (Se)	mg/kg	≤ 10	≤ 10	≤ 10	≤ 10	Wajib
Tin (Sn)	mg/kg	R	R	R	R	Wajib

Keterangan :

a= khusus untuk lahan bekas tambang minyak bumi atau gas

b= khusus untuk lahan bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida secara intensif

c= belum tersedia standart untuk tanah dan ditetapkan oleh Bapeten

d= belum tersedia standart

R= total konsentrasi kontaminan pada tanah referensi setempat

R*= jumlah total mikroorganisme/pathogen pada tanah referensi setempat

SBMKL Media Tanah

Parameter	Satuan	Permukiman, Tempat Kerja, Tempat Rekreasi maupun tempat dan fasilitas umum	Tanah bekas tambang minyak bumi dan atau gas	Tanah bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida	Lokasi dan atau kondisi tertentu	Ket
Anorganik						
Perak (Ag)	mg/kg	≤ 10	≤ 10	≤ 10	≤ 10	Wajib
Seng (Zn)	mg/kg	≤ 120	≤ 120	≤ 120	≤ 120	Wajib
Anion	mg/kg					Wajib
Sianida (Total) (CN)	mg/kg	≤ 50	≤ 50	≤ 50	≤ 50	Wajib
Fluorida	mg/kg	≤ 450	≤ 450	≤ 450	≤ 450	Wajib
Nitrat (NO ₃)	mg/kg	R	R	R	R	Wajib
Nitrat (NO ₂)	mg/kg	R	R	R	R	Wajib

Keterangan :

a= khusus untuk lahan bekas tambang minyak bumi atau gas

b= khusus untuk lahan bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida secara intensif

c= belum tersedia standart untuk tanah dan ditetapkan oleh Bapeten

d= belum tersedia standart

R= total konsentrasi kontaminan pada tanah referensi setempat

R*= jumlah total mikroorganisme/pathogen pada tanah referensi setempat

SBMKL Media Tanah

Parameter	Satuan	Permukiman, Tempat Kerja, Tempat Rekreasi maupun tempat dan fasilitas umum	Tanah bekas tambang minyak bumi dan atau gas	Tanah bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida	Lokasi dan atau kondisi tertentu	Ket
Organik ^(a)						
Benzene	mg/kg		≤ 1			Khusus
C ₆ -C ₉ petroleum Hidrokarbon	mg/kg		≤ 100			Khusus
C ₁₀ -C ₃₆ petroleum Hidrokarbon	mg/kg		≤ 1000			Khusus
Total polycyclic aromatic hudrocarbons (POH)	mg/kg		≤ 1			Khusus
Etilbenze	mg/kg		R			Khusus
Toluen	mg/kg		R			Khusus
Xilen	mg/kg		R			Khusus

Keterangan :

a= khusus untuk lahan bekas tambang minyak bumi atau gas

b= khusus untuk lahan bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida secara intensif

c= belum tersedia standart untuk tanah dan ditetapkan oleh Bapeten

d= belum tersedia standart

R= total konsentrasi kontaminan pada tanah referensi setempat

R*= jumlah total mikroorganisme/pathogen pada tanah referensi setempat

SBMKL Media Tanah

Parameter	Satuan	Permukiman, Tempat Kerja, Tempat Rekreasi maupun tempat dan fasilitas umum	Tanah bekas tambang minyak bumi dan atau gas	Tanah bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida	Lokasi dan atau kondisi tertentu	Ket
Pestisida ^(b)						
Aldrin + Dieldrin	mg/kg			R		Khusus
DDT + DDD + DDE	mg/kg			R		Khusus
Klordana	mg/kg			R		Khusus
Heptaklor	mg/kg			R		Khusus
Lindana	mg/kg			R		Khusus
Metaksiklor	mg/kg			R		Khusus
Pentaklorofenol	mg/kg			R		Khusus

Keterangan :

a= khusus untuk lahan bekas tambang minyak bumi atau gas

b= khusus untuk lahan bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida secara intensif

c= belum tersedia standart untuk tanah dan ditetapkan oleh Bapeten

d= belum tersedia standart

R= total konsentrasi kontaminan pada tanah referensi setempat

R*= jumlah total mikroorganisme/pathogen pada tanah referensi setempat



Intervensi Kesehatan Lingkungan

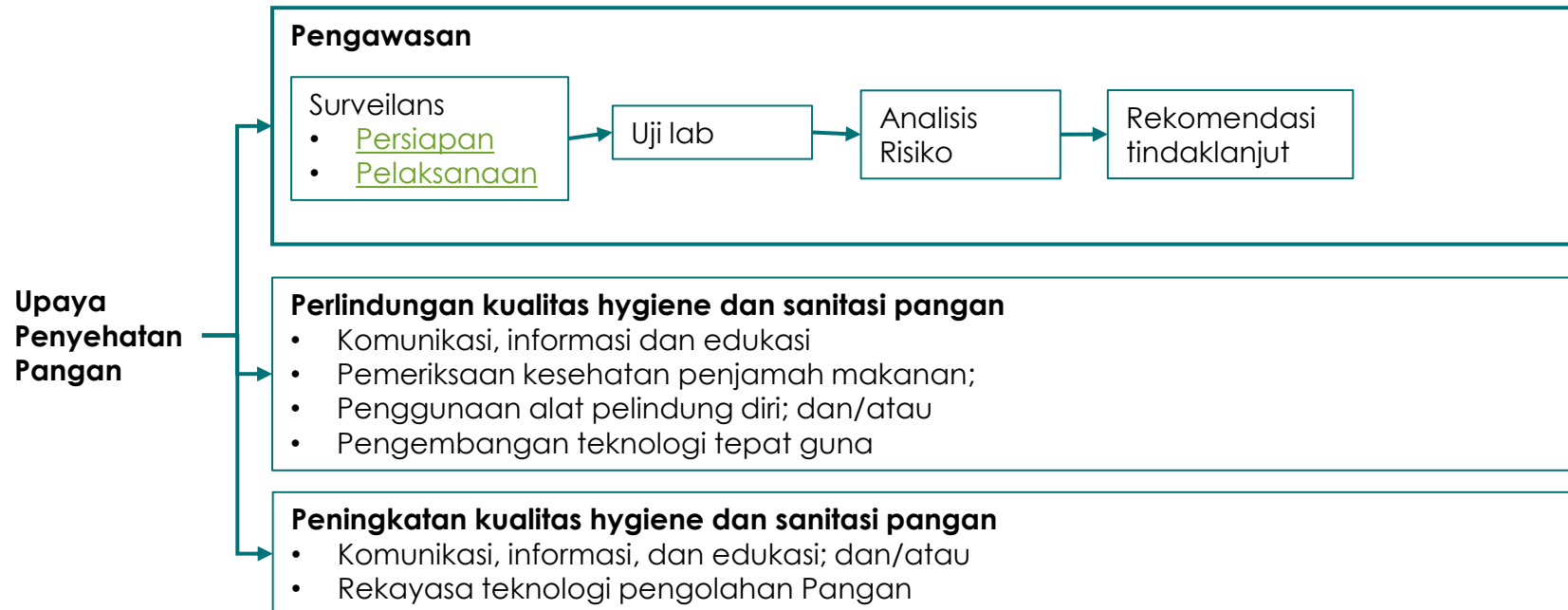
Temuan Permasalahan	Bentuk Intervensi	Kegiatan
Tanah	Pencegahan Penurunan Kualitas Tanah	<ol style="list-style-type: none">1. Melakukan Edukasi terkait dengan Dampak penggunaan pestisida bagi lingkungan2. Peningkatan kualitas tanah dilakukan melalui upaya pemulihan terhadap pencemaran tanah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Upaya Penyehatan ML Pangan

Upaya Penyehatan Pangan (Tempat Pengelolaan Pangan)



Menu Utama

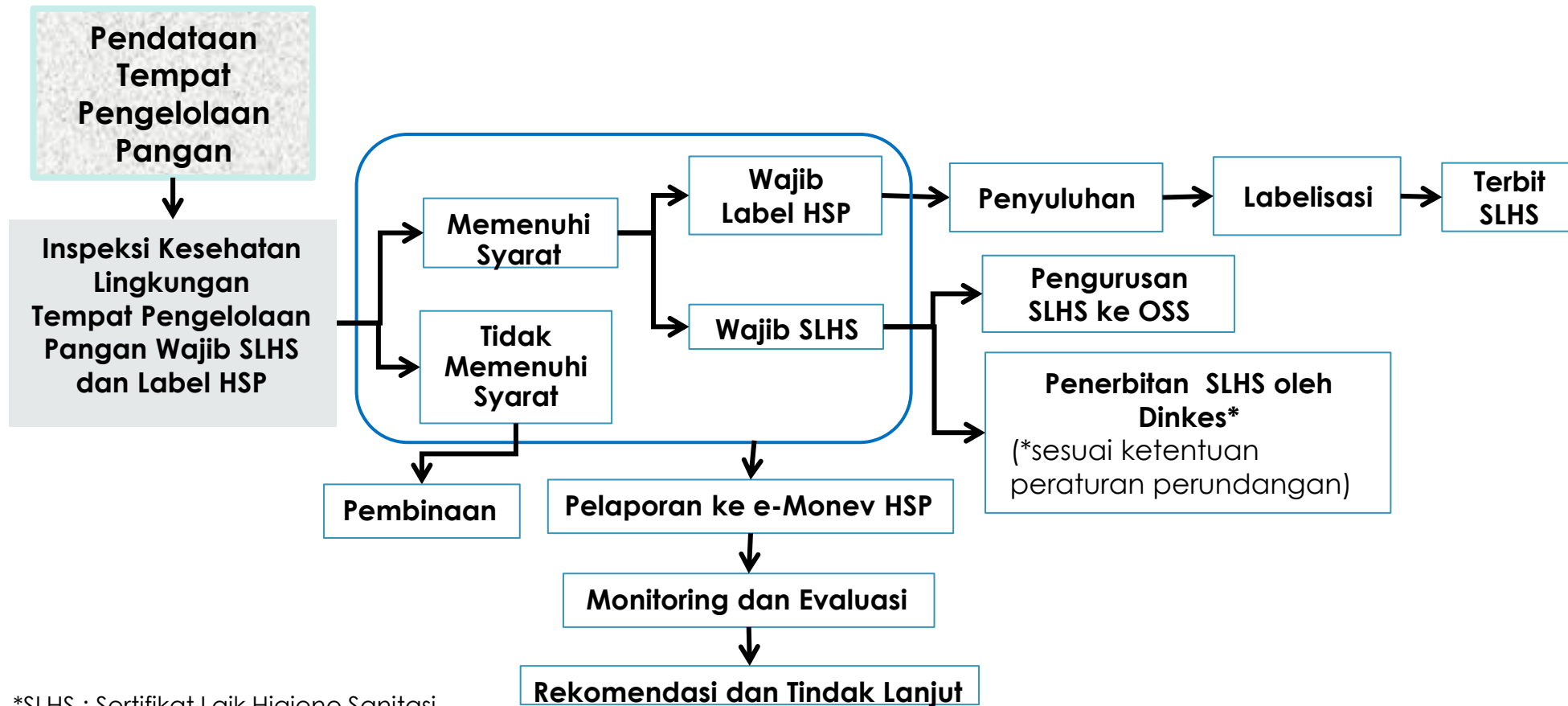


Sumber : Permenkes No 2 Tahun 2023

Alur Pengawasan Tempat Pengelolaan Pangan



Menu Utama



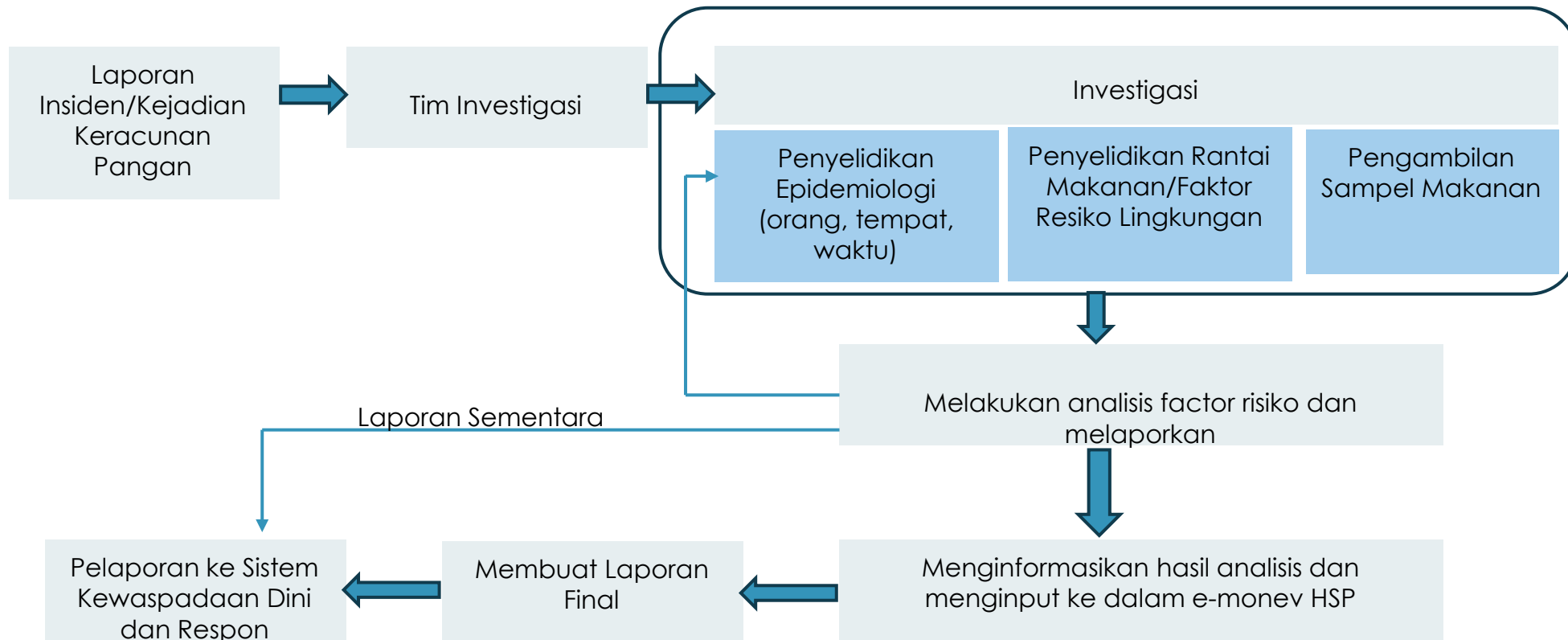
*SLHS : Sertifikat Laik Higiene Sanitasi

*HSP : Higiene Sanitasi Pangan

Alur Surveilans Keracunan Pangan



Menu Utama





Langkah – Langkah pengamatan Media Pangan

a. Persiapan

- Mempelajari latarbelakang permasalahan.
- Tenaga Kesehatan Lingkungan membuat janji kunjungan.
- Menyiapkan dan membawa berbagai peralatan dan kelengkapan lapangan yang diperlukan (formulir pengamatan dan pencatatan, media penyuluhan, alat pengukur atau pendukung lainnya)
- Melakukan koordinasi dengan pihak terkait.

b. Pelaksanaan

- Mengamati kondisi kualitas media pangan, yang memenuhi prinsip-prinsip hygiene sanitasi dalam pengelolaan pangan mulai dari :
 - Pemilihan dan penyimpanan bahan makanan,
 - Pengolahan makanan,
 - Penyimpanan makanan masak,
 - Pengangkutan makanan,
 - Penyajian makanan
- Menentukan titik pengambilan sampel (jika diperlukan)
- Melakukan pencatatan pada instrumen IKL
- Melihat hasil pengamatan dengan kesesuaian SBMTKL
- Analisa risiko
- Rekomendasi

c. Pencatatan dan pelaporan pada register kesehatan lingkungan

Penyelenggaran : sarana pengelolaan pangan

Persyaratan Kesehatan untuk Pangan Olahan Siap Saji :

- Pangan dalam keadaan terlindung dan bebas dari cemaran kontaminan; dan
- Penerimaan/pemilihan bahan Pangan, penyimpanan bahan Pangan, persiapan dan pengelolaan, penyimpanan Pangan matang, pendistribusian/ pengangkutan, dan penyajian Pangan memenuhi prinsip hygiene dan sanitasi



Intervensi Kesehatan Lingkungan

Temuan Permasalahan	Bentuk Intervensi	Kegiatan
Pangan	Perlindungan kualitas hygiene dan sanitasi pangan	<ol style="list-style-type: none">1. Melakukan KIE2. Pemeriksaan kesehatan penjamah makanan;3. Penggunaan alat pelindung diri; dan/atau
	Peningkatan kualitas hygiene dan sanitasi pangan	<ol style="list-style-type: none">1. Melakukan KIE



SBMKL Parameter Media Pangan Olah Siap Saji

Jenis Mikroba/ Parameter Uji Mikroba	Jumlah batas mikroba yang dapat diterima (m)	Keterangan
Biologi		
Parameter Wajib		
Eschericia coli	<3,6 MPN/gr atau <1,1 CFU/gr	
Parameter Khusus		
Salmonella sp	Negatif/ 25 gram	
Staphylococcus aureus	< 100 cfu/gr	
Bacillus cereus	< 100 cfu/gr	
Listeria Monocytogenes	Negatif/25 gr	
Kimia		
	Batas kontaminan kimia	
Parameter wajib		Sesuai potensi risiko (jenis pangan)
Boraks	Negatif/ 25 gram	
Formalin	Negatif/ 25 gram	
Methanil Yellow	Negatif/ 25 gram	
Rhodamin B	Negatif/ 25 gram	

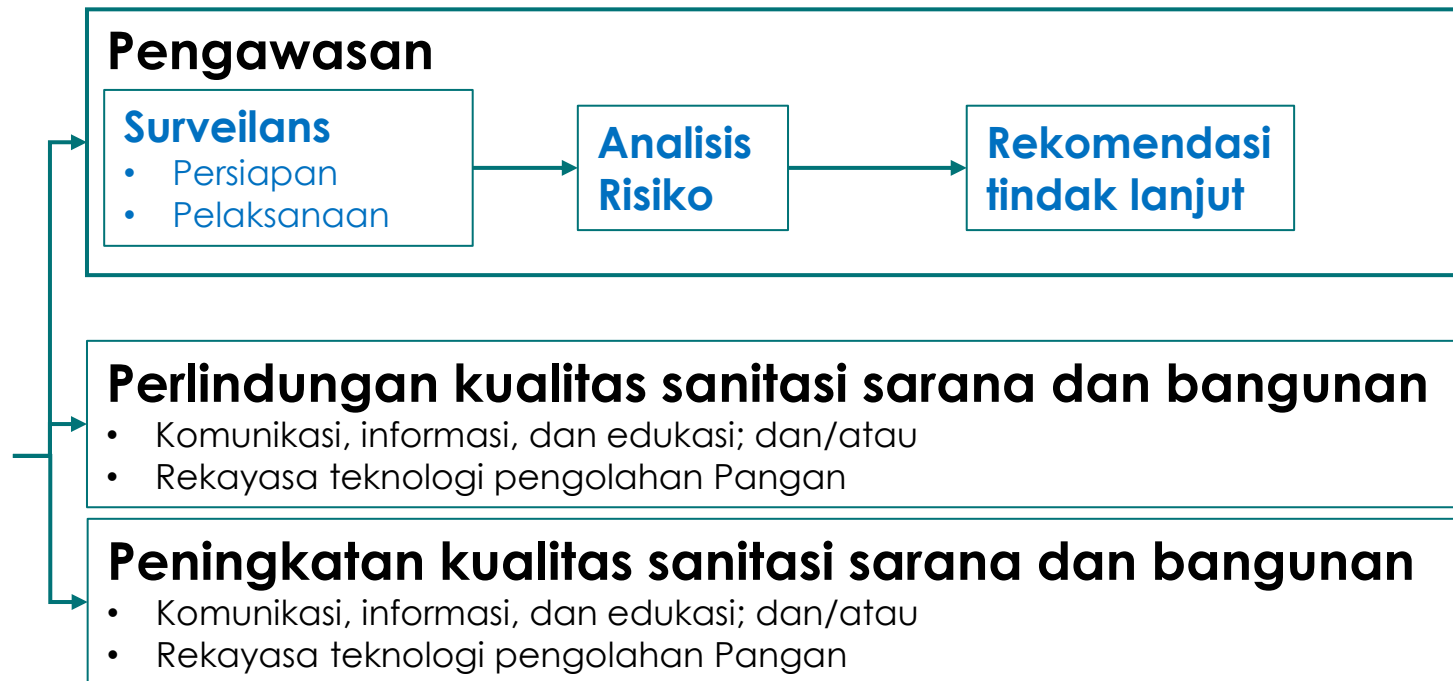


Upaya Penyehatan Sarana dan Bangunan



Upaya Penyehatan Sarana dan Bangunan

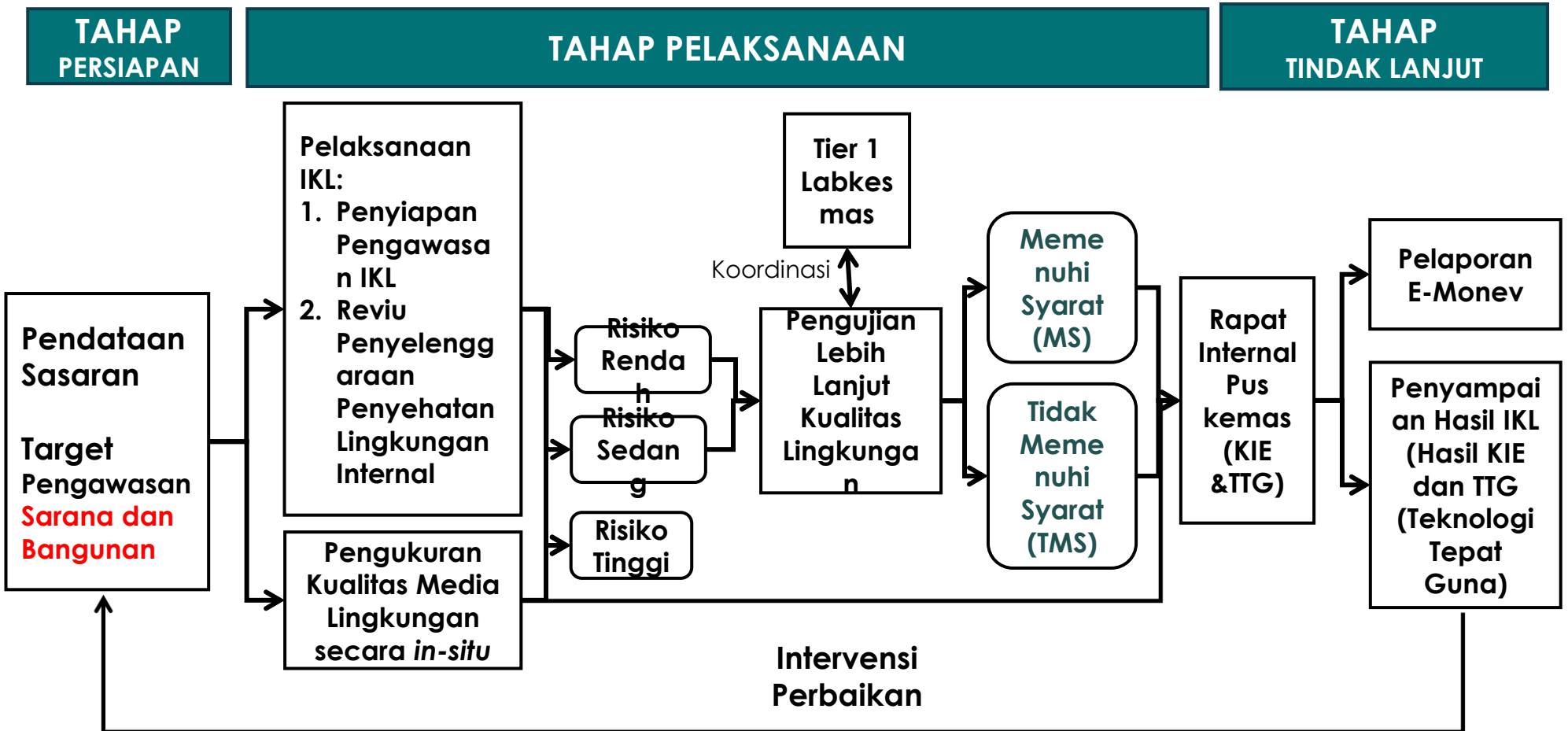
Upaya Penyehatan Sarana dan Bangunan



Sumber : Permenkes No 2 Tahun 2023



Alur Pengawasan Sarana dan Bangunan



Langkah – Langkah pengawasan media Sarana dan Bangunan

- Persiapan
 - Mempelajari latarbelakang permasalahan.
 - Tenaga Kesehatan Lingkungan membuat janji kunjungan.
 - Menyiapkan dan membawa berbagai peralatan dan kelengkapan lapangan yang diperlukan (formulir pengamatan dan pencatatan, media penyuluhan, alat pengukur atau pendukung lainnya)
 - Melakukan koordinasi dengan pihak terkait.
- Pelaksanaan
 - Mengamati dan memeriksa kondisi kualitas bangunan dan sarana pada rumah/tempat, seperti atap, langit-langit, dinding, lantai, jendela, pencahayaan, jamban, sarana pembuangan air limbah, dan sarana pembuangan sampah.
 - Menentukan titik pengambilan sampel (jika diperlukan)
 - Melakukan pencatatan pada instrumen IKL
 - Melihat hasil pengamatan dengan kesesuaian SBMTKL
 - Analisa risiko
 - Rekomendasi
- c. Pencatatan dan pelaporan pada register kesehatan lingkungan

Standart Baku Mutu Kesehatan Lingkungan

- SMBKL media Sarana dan Bangunan meliputi :
 - Parameter Debu
 - Total dan Asbes yang menjadi bagian dalam SBMKL di media Udara Dalam Ruang,
 - Parameter Timbal (Pb) dalam sarana bangunan dapat mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Intervensi Kesehatan Lingkungan

Temuan Permasalahan	Bentuk Intervensi	Kegiatan
Sarana dan Bangunan	Melakukan Pengawasan	1. Melakukan penilaian secara berkala
	Peningkatan kualitas sanitasi sarana dan bangunan	1. Melakukan Komunikasi, informasi, dan edukasi; dan/atau



Pengamatan fisik media lingkungan :

Item
Lokasi
Ruangan Umum
Langit - langit
Ruangan yg digunakan u/ tidur
Tangga
Lantai
Atap
Dinding
Sarana Sanitasi : a. Ketersediaan air b. Toilet/sanitasi c. Sarana cuci tangan pakai sabun d. Tempat pengelolaan sampah e. Tempat pengelolaan air limbah f. Penyalur air hujan

Item
Kepadatan hunian : a. Kebutuhan ruangan per org dihitung berdasarkan aktivitas dasar manusia di dlm rumah b. Kebutuhan luas bangunan dan lahan dengan cakupan Kepala Keluarga (KK)
Design kenyamanan ruang gerak
Ventilasi
Pencahayaan
Kebisingan
Efisiensi energi dan ramah lingkungan
Manajemen kebersihan
Penyediaan sarana untuk penyandang disabilitas & lansia
Memiliki system peringatan bahaya
Jalur evakuasi



[Menu Utama](#)

Pengendalian Vektor dan BPP



Upaya Pengendalian Vektor dan BPP

Upaya Pengendalian Vektor dan BPP

Vektor di Lingkungan Pemukiman, Tempat Kerja, tempat rekreasi, , tempat dan fasilitas umum

Pemantauan kepadatan Vektor dan BPP

Pemantauan Vektor dan BPP

Uji Lab

Analisis Risiko

Rekomendasi tindak lanjut

Pengendalian Vektor dan BPP

Intervensi Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit dengan metode fisik (3M), biologi (Wolbachia), kimia (fogging, abate), dan terpadu.

Sumber : Permenkes No 2 Tahun 2023



Pengamatan Vektor & Binatang Pembawa Penyakit

Langkah pengamatan Vektor & Binatang Pembawa Penyakit

a. Persiapan

- Mempelajari latarbelakang permasalahan.
- Tenaga Kesehatan Lingkungan membuat janji kunjungan.
- Menyiapkan dan membawa berbagai peralatan dan kelengkapan lapangan yang diperlukan (formulir pengamatan dan pencatatan, media penyuluhan, alat pengukur atau pendukung lainnya)
- Melakukan koordinasi dengan pihak terkait.

b. Pelaksanaan

- Mengamati adanya tanda-tanda kehidupan vektor dan binatang pembawa penyakit, antara lain tempat berkembang biaknya jentik, nyamuk, dan jejak tikus..
- Menentukan titik pengambilan sampel (jika diperlukan)
- Melakukan pencatatan pada instrumen IKL
- Melihat hasil pengamatan dengan kesesuaian SBMTKL
- Analisa risiko
- Rekomendasi

c. Pencatatan dan pelaporan pada register kesehatan lingkungan

- **SBMKL untuk vector dan binatang pembawa penyakit terdiri dari :**
 - a. Jenis
 - b. Kepadatan
 - c. Habitat perkembanganbiakan
- **Pengamatan fisik media lingkungan** untuk Vektor dan Binatang Tular Penyakit
 - a. Standart
 1. Vektor
 2. Binatang Tular Penyakit
 - b. Parameter perhitungan
 1. Vektor
 2. Binatang Tular Penyakit

SBMKL Baku Mutu Kesehatan Lingkungan (Vektor)

No	Vektor	Parameter	Satuan Ukur	Nilai Baku Mutu
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Nyamuk Anopheles sp	MBR (Man biting rate)	Angka gigitan nyamuk per orang per malam	< 0,025
		Nyamuk Anopheles Infektif	Nyamuk Anopheles yang mengandung patogen virus/ bakteri/ parasite	0
2	Larva Anopheles sp.	Indeks habitat	Persentase habitat perkembangbiakan yang positif larva	<1
3	Nyamuk Aedes aegypti dan/atau Aedes albopictus	Angka Istirahat (resting rate)	Angka kepadatan nyamuk istirahat (resting) per jam	<0,025
		Nyamuk Anopheles Infektif	Nyamuk Anopheles yang mengandung patogen virus/ bakteri/ parasite	0
4	Larva Aedes aegypti dan/atau Aedes albopictus	ABJ (Angka Bebas Jentik)	Persentase rumah/ bangunan yang negative larva	≥ 95
		Jentik Aedes Infektif	Jentik Aedes yang mengandung patogen virus	0

SBMKL Baku Mutu Kesehatan Lingkungan (Vektor)

No	Vektor	Parameter	Satuan Ukur	Nilai Baku Mutu
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Nyamuk Culex sp	MHD (Man Hour Density)	Angka nyamuk yang hingga per orang per jam	< 1
		Nyamuk Culex Infektif	Nyamuk Culex yang mengandung pathogen virus/bakteri/ parasit	0
6	Larva Culex sp.	Indeks habitat	Persentase habitat perkembangbiakan yang positif larva	<5
7	Mansonia sp.	MHD (Man Hour Density)	Angka nyamuk yang hingga per orang per jam	<5
8	Injal	Indeks Pinjal Khusus	Jml pinjal Xenopsylla cheopis dibagi dg jumlah tikus yang diperiksa	<1
		Indeks Pinjal Umum	Jml pinjal yang tertangkap dibagi dg jmlh tikus yang diperiksa	<2
9	Lalat	Indeks Populasi Lalat	Angka rata – rata populasi lalat	<2
10	Kecoa	Indeks Populasi Kecoa	Angka rata-rata populasi kecoa	<2

Pengamatan fisik media lingkungan : Pamater (Ventor Pembawa Penyakit)

Pamater	Penjelasan	Rumus
Man Biting Rate (MBR)	Angka gigitan nyamuk per orang per malam	$MBR = \frac{jml\ nyamuk\ spesies\ tertntu\ yg\ tertangkap}{jml\ penangkap\ x\ waktu\ penangkapan\ (jam)} \times 100\ \%$
Indeks Habitat	Persetase habitat perkembangbiakan yg positif larva	$\text{Indeks habitat} = \frac{jml\ habitat\ positif\ larva}{Luas\ seluruh\ habitat\ yg\ diamati} \times 100\ \%$
Angka Istirahat	Angka kepadatan nyamuk istirahat per jam	$RR = \frac{jml\ nyamuk\ Aedes\ sp\ yg\ tertangkap}{jml\ penangkap\ x\ waktu\ penangkapan\ (jam) \times waktu\ penangkapan\ (menit)} \times 100\ \%$
Angka Bebas Jentik	Persentase rumah/ bangunan yg bebas jentik	$ABJ = \frac{jml\ rumah\ atau\ bangunan\ negatif\ jentik}{jml\ seluruh\ rumah\ diperiksa} \times 100\ \%$
Man Hour Density (MHD)	Angka nyamuk hinggap per org per jam	$MHD = \frac{jml\ nyamuk\ spesies\ tertentu\ yg\ tertangkap}{jml\ penangkap\ x\ waktu\ penangkapan\ (jam) \times waktu\ penangkapan\ (menit)} \times 100\ \%$

Pamater (Binatang Pembawa Penyakit)

Pamater	Penjelasan	Rumus
Indeks Pinjal	Jumlah pinjal Xenopsylla	Indeks Pinjal Khusus = $\frac{jml\ Xenopsylla\ Cheopus\ yg\ didapat}{jml\ tikus\ yg\ diperiksa} \times 100\ \%$
		Indeks Pinjal Umum = $\frac{jml\ seluruh\ pinjal\ yg\ didapat}{jml\ tikus\ yg\ diperiksa} \times 100\ \%$
Indeks Populasi Lalat	Angka rata rata populasi lalat pada suatu lokasi dg flygrill	
Indeks Populasi Kecoa	Angka rata rata populasi kecoa	Indeks populasi kecoa = $\frac{jml\ kecoa\ yang\ tertangkap}{jml\ perangkap} \times 100\ \%$
Success trap	Persentase perangkap yg mendapatkan tikus	Success trap = $\frac{jml\ perangkap\ yg\ dpt\ tikus}{jml\ perangkap\ yg\ di\ pasang} \times 100\ \%$
Indeks Habitat Keong	Untuk keong penular schistosomiasis	Indeks habitat= $\frac{jml\ keong\ penular\ schistosomiasis\ yg\ didapat}{Luas\ habitat\ (m^2)} \times 100\ \%$

SBMKL Baku Mutu Kesehatan Lingkungan (Binatang Pembawa Penyakit)

No	Binatang Pembawa Penyakit	Parameter	Satuan Ukur	Nilai Baku Mutu
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Tikus	Success trap	Persentase perangkap yang mendapatkan tikus	< 1
		Tikus Infektif	Tikus yang mengandung pathogen virus/ bakteri/parasit	0
2	Keong <i>Oncomelania hupensis lindoensis</i> (keong penular Schistosomiasis/ demam keong)	Indeks habitat	Jumlah keong dalam 10 meter persegi habitat	0
3	Kelelawar	Kelelawar Infektif	Kelelawar yang mengandung virus/ bakteri/parasit	0

Parameter (Binatang Pembawa Penyakit)

Pamater	Penjelasan	Rumus
Success trap	Persentase perangkap yang mendapatkan tikus	Success trap = $\frac{jml\ perangkap\ yg\ dpt\ tikus}{jml\ perangkap\ yang\ dipasang} \times 100\ %$
Indeks Habitat Keong	Untuk keong penular <i>Schistosomiasis</i>	Indeks habitat = $\frac{jml\ keong\ penular\ Schistosomiasis\ yg\ didapat}{Luas\ habitat\ (m^2)} \times 100\ %$



Penanggulangan Vektor DBD

Surveilans Vektor

- Pemantauan Jentik (Kader Jumantik)
- Pemantauan Jentik Berkala (Petugas Terlatih)

Penanggulangan kejadian/fokus dengue

- Pemantauan Jentik (Kader Jumantik)
- Pemantauan Jentik Berkala (Petugas Terlatih)

Lihat Pedoman Kerja Penanggulangan Vektor
DBD



Surveilans Vektor

Surveilans Vektor adalah melakukan pengamatan secara terus menerus dan sistematis terhadap perkembangan vektor penular DBD yang dapat menghasilkan data dan informasi yang dimanfaatkan untuk meningkatkan kewaspadaan, deteksi kondisi rentan KLB dan isebagai bahan dalam pengambilan keputusan/kebijakan dalam upaya pengendalian vektor secara efisien dan efektif.

Sumber data surveilans vektor adalah Angka Bebas Jentik (ABJ) berdasarkan pemantauan jentik yang dilakukan oleh kader jumentik G1R1.

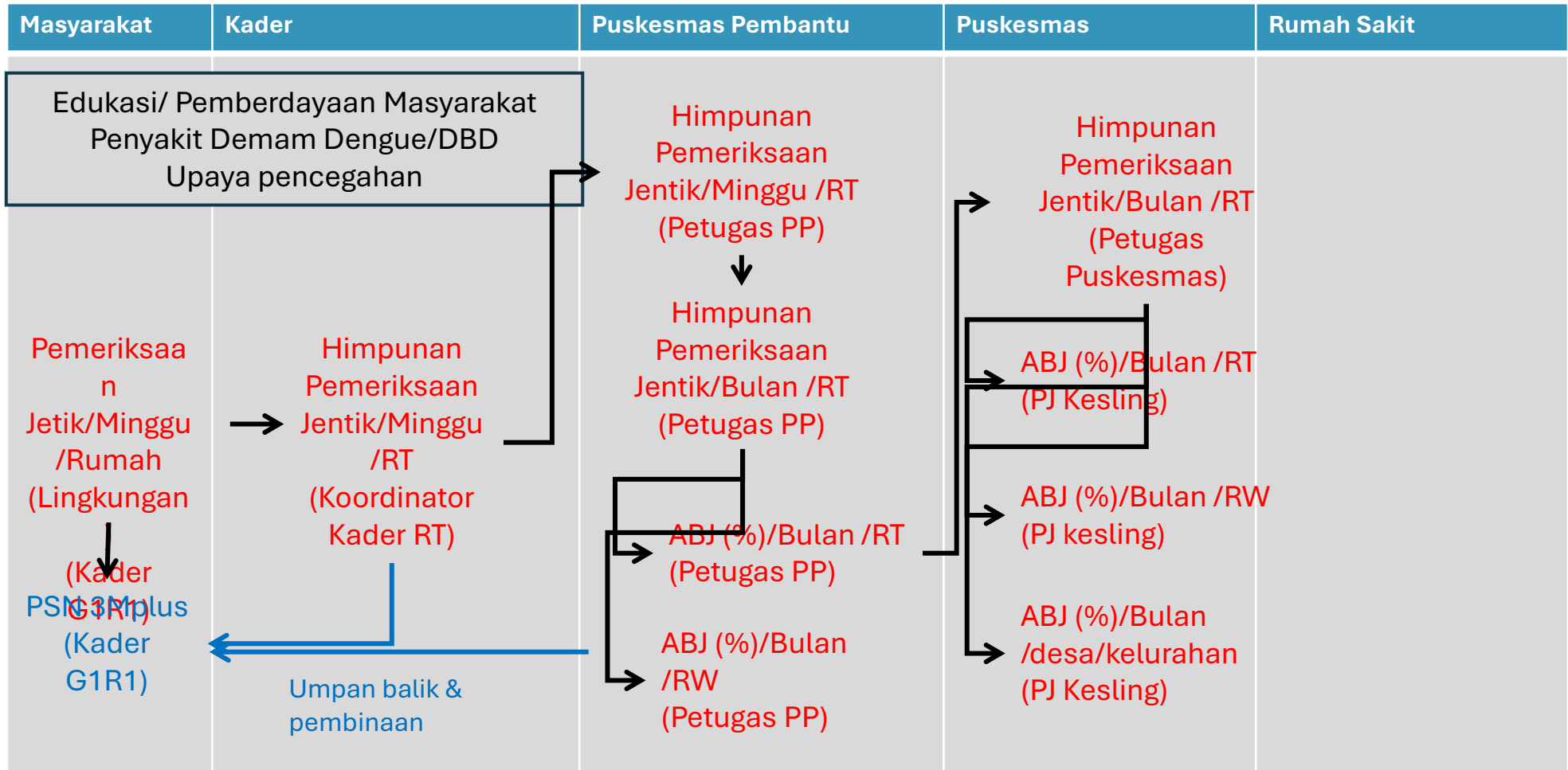


Langkah-Langkah

1. Kader G1R1 melakukan pemeriksaan jentik di rumahnya masing-masing/minggu. : rumah ada jentik/tidak ada jentik catat di [Kartu Jentik](#)
2. Data pemeriksaan jentik per rumah dihimpun oleh kader koodinator RT/minggu : jumlah rumah ada jentik/tidak ada jentik
3. Data pemeriksaan jentik per RT/minggu dihimpun oleh petugas Puskesmas/PP : jumlah rumah ada jentik/tidak ada jentik/minggu/RT
4. Setiap bulan dihitung ABJ setiap RT : jumlah rumah tidak pernah ada jentik dalam satu bulan/jumlah rumah yang diperiksa dalam sebulan yang sama x 100 %
5. Juga dihitung ABJ setiap RW dan setiap desa/kelurahan



Algoritma Pemantauan Jentik





Menu Utama

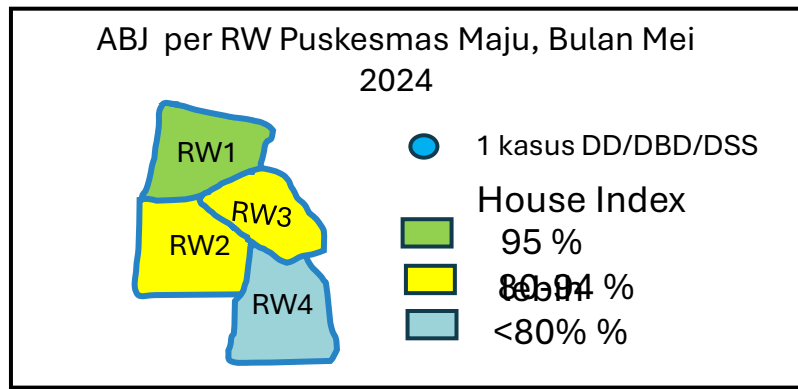
Surveilans Vektor

Hasil Pemeriksaan Jentik Kader G1R1 Puskesmas Maju, 12 Bulan Terakhir

RW *	Bulan (2023)							Bulan (2024)				
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
1	20/1	22/0	24/0	20/1	22/0	24/0	20/0	22/0	24/0	18/1	22/0	24/0
2	24/0	24/0	20/0	24/0	22/0	20/0	24/0	24/0	20/0	24/0	24/0	20/2
3	15/0	15/0	17/0	10/0	15/0	17/0	15/0	15/0	17/0	15/1	15/4	17/2
4	25/0	25/1	24/0	25/0	25/1	24/0	25/0	25/0	21/0	25/0	25/3	24/4
JML	84/1	86/1	85/0	79/1	84/1	85/0	84/0	86/0	82/0	82/2	84/7	85/1 3

ABJ (%) per RW di Puskesmas Maju, 12 bulan terakhir

RW *	Bulan (2023)							Bulan (2024)				
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
1	95	100	100	95	100	100	100	100	100	94	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90
3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	93	82	88
4	100	96	100	100	96	100	100	100	100	100	88	83
JML	99	99	100	99	99	100	100	100	100	96	92	85



% ABJ Puskesmas Maju, 12 bulan terakhir



Surveilans Vektor

ABJ (%) per RW di Puskesmas Maju, 12 bulan terakhir

RW *	Bulan (2023)							Bulan (2024)				
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
1	95	100	100	95	100	100	100	100	100	94	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90
3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	93	82	88
4	100	96	100	100	96	100	100	100	100	100	88	83
JML	99	99	100	99	99	100	100	100	100	96	92	85



[Menu Utama](#)

Penanggulangan Fokus Dengue



Penanggulangan Fokus Dengue

Setiap temuan kasus dengue (kasus indek) segera dilakukan penyelidikan kemungkinan terjadinya penularan atau KLB DBD agar dapat dilakukan penanggulangan dengan segera dan tepat

Dengue ditularkan oleh gigitan nyamuk *Aedes aegypti*, oleh karena itu, penyelidikan dilakukan pada radius penularan dengue berdasarkan luas jelajah terbang nyamuk *Aedes aegypti*, yaitu sekitar radius 100 meter, yang meliputi wilayah tempat tinggal, tempat sekolah atau tempat kerja

Tujuan Penanggulangan Fokus

1. Mengetahui adanya kasus lainnya pada wilayah penularan
2. Mengetahui ada /tidaknya jentik nyamuk penular dengue pada wilayah penularan
3. Menentukan risiko penularan setempat
4. Menentukan jenis tindakan (penanggulangan fokus) yang akan dilakukan

Wilayah Penyelidikan

1. Rumah dalam radius 100 meter dari tempat tinggal kasus
2. Wilayah sekolah/tempat kerja kasus dan sekitarnya

Waktu Penyelidikan

1. Segera setelah diketahuinya kasus

Deskripsi Umum Penanggulangan Fokus



[Menu Utama](#)

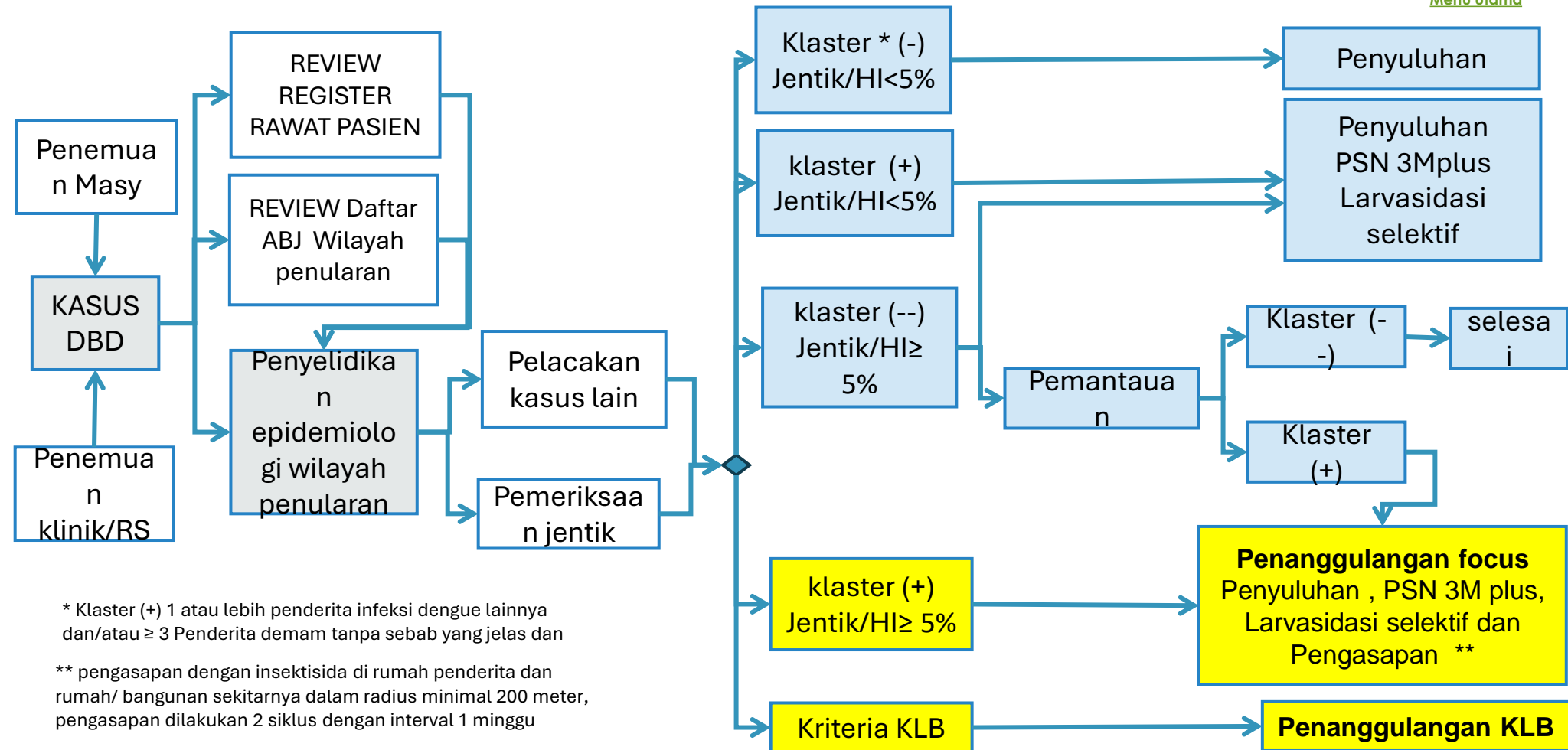
Setelah diketahui adanya kasus dengue (DD, DBD, DSS) (kasus indek) , maka segera dilakukan penyelidikan risiko penularan di wilayah penularan kasus indek. Wilayah penularan adalah wilayah sejauh jelajah terbang nyamuk penular dengue (sekitar radius 100 meter dari tempat tinggal/sekolah/tempat kerja kasus indek). Setiap kasus yang ditemukan akan menjadi kasus indeks baru.

Penyelidikan dilakukan dengan melaksanakan pelacakan kasus dengue lainnya dan pemeriksaan jentik di wilayah penularan melalui kegiatan kunjungan dari rumah ke rumah. Berdasarkan temuan kasus –kasus dengue dan keberadaan jentik di setiap rumah ditetapkan risiko penularan wilayah penularan dan diikuti dengan penetapan cara-cara penanggulangan yang sesuai.

Setiap temuan kasus dengue segera dilaksanakan surveilans kasus dengue wilayah penularan sampai dinyatakan penularan berakhir. Penularan berakhir apabila telah terbukti tidak ada kasus dengue di wilayah penularan dalam 4 minggu sejak ditemukannya kasus terakhir. Setiap kasus baru yang ditemukan, ditetapkan sebagai kasus indeks, dan segera dilakukan penanggulangan fokus untuk kasus ini



Algoritma Penyelidikan dan Penanggulangan Fokus Dengue



* Klaster (+) 1 atau lebih penderita infeksi dengue lainnya dan/atau ≥ 3 Penderita demam tanpa sebab yang jelas dan

** pengasapan dengan insektisida di rumah penderita dan rumah/ bangunan sekitarnya dalam radius minimal 200 meter, pengasapan dilakukan 2 siklus dengan interval 1 minggu



Penanggulangan Fokus Dengue

Langkah-Langkah Penanggulan Fokus

Pelacakan adanya kasus lain dan pemeriksaan jentik

1. Persiapan

1. Setelah menemukan/menerima laporan adanya penderita DBD, petugas Puskesmas/ Koordinator DBD segera mencatat dalam Buku catatan Harian Penderita DBD.
2. Menyiapkan peralatan survei, seperti: tensimeter, termometer, senter, formulir PE, dan surat tugas.
3. Memberitahukan kepada Kades/Lurah dan Ketua RW/RT setempat bahwa di wilayahnya ada penderita DBD dan akan dilaksanakan PE.
4. Masyarakat di lokasi tempat tinggal penderita membantu kelancaran pelaksanaan PE

2. Pelaksanaan

.....

Langkah-Langkah Penyelidikan Epidemiologi (PE) Kasus DD/DBD Pelacakan Kasus Lain dan Pemeriksaan Jentik)



2. Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi

1. Petugas Puskesmas memperkenalkan diri dan selanjutnya melakukan wawancara dengan keluarga, untuk mengetahui ada tidaknya penderita infeksi dengue lainnya (sudah ada konfirmasi dari rumah sakit atau unit pelayanan kesehatan lainnya), dan penderita demam saat itu dalam kurun waktu 1 minggu sebelumnya.
2. Bila ditemukan penderita demam tanpa sebab yang jelas, dilakukan pemeriksaan kulit (petekie), dan uji tourniquet untuk mencari kemungkinan adanya kasus suspek infeksi dengue.
3. Melakukan pemeriksaan jentik pada tempat penampungan air (TPA) dan tempat-tempat lain yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk Aedes baik di dalam maupun di luar rumah/bangunan.
4. Kegiatan PE dilakukan dalam radius 100 meter dari Lokasi tempat tinggal penderita.
5. Bila penderita adalah siswa sekolah dan pekerja, maka selain dilakukan di rumah penderita tersebut, PE juga dilakukan di sekolah/ tempat kerja penderita oleh puskesmas setempat.
6. Hasil pemeriksaan adanya penderita infeksi dengue lainnya dan hasil pemeriksaan terhadap penderita suspek infeksi dengue dan pemeriksaan jentik dicatat dalam formulir PE (lampiran 1)
7. Hasil PE segera dilaporkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota (lampiran 2), untuk tindak lanjut lapangan dikoordinasikan dengan Kades/Lurah setempat (lampiran 3)
8. Bila hasil PE positif (Ditemukan 1 atau lebih penderita infeksi dengue lainnya dan/atau ≥ 3 penderita suspek infeksi dengue, dan ditemukan jentik ($\geq 5\%$), dilakukan **penanggulangan fokus** (fogging fokus, penyuluhan, PSN 3Mplus dan larvasidasi selektif), sedangkan bila negative dilakukan penyuluhan, PSN 3Mplus dan larvasidasi selektif.
9. Surveilans (Pemantauan) pasca penanggulangan focus (mengingatkan warga untuk lapor ketika demam)



Penanggulangan focus DD/DBD

1. Penggerakan masyarakat dalam PSN DBD dan larvasidasi
 1. Ketua RW/RT, Toma (tokoh masyarakat) dan kader memberikan pengarahan langsung kepada warga pada waktu pelaksanaan PSN DBD
 2. Penyuluhan dan penggerakkan masyarakat PSN DBD dan larvasidasi dilaksanakan sebelum dilakukan pengabutan dengan insektisida.
2. Penyuluhan PSN DBD
3. Penyuluhan dilaksanakan oleh petugas kesehatan/kader atau kelompok kerja (Pokja) DBD Desa/Kelurahan berkoordinasi dengan petugas puskesmas, dengan materi antara lain: 1) Situasi DBD di wilayahnya, 2) Cara-cara pencegahan DBD yang dapat dilaksanakan oleh individu, keluarga dan masyarakat disesuaikan dengan kondisi setempat.
4. Larvasidasi
5. Pengabutan dengan insektisida
 1. Dilakukan oleh petugas puskesmas atau bekerjasama dengan dinas kesehatan kabupaten/kota. Petugas penyemprot adalah petugas puskesmas atau petugas harian lepas terlatih.
 2. Ketua RT, Toma atau kader mendampingi petugas dalam kegiatan pengabutan. (di lapangan tidak hanya mendampingi tapi juga melakukan penyuluhan)



Pemantauan Pasca Penanggulangan Fokus Dengue



Setelah dilaksanakan penanggulangan focus, diharapkan lingkungan wilayah penularan kasus DBD (sekitar rumah atau sekolah dan sekitarnya) terbebas dari keberadaan nyamuk penular DBD, sehingga penularan DBD dapat dihentikan.

Untuk memastikan berhentinya penularan, perlu dilakukan pemantauan munculnya kasus baru di wilayah berisiko penularan DBD (kasus indeks) sampai dengan minimal 26 hari pasca penanggulangan focus terakhir (masa inkubasi dalam tubuh nyamuk + masa inkubasi dalam tubuh manusia)



Pemantauan Pasca Penanggulangan Fokus Dengue





Langkah-Langkah Pemantauan Pasca Penanggulangan Fokus

1. Persiapan

- a. Pemantauan pasca penanggulangan focus adalah sama dengan upaya penemuan kasus demm dengue/DBD tetapi lebih diintensifkan dan difokuskan pada penduduk di wilayah berisiko penularan DBD (kasus indeks)
- b. Dilaksanakan oleh petugas Puskesmas, Puskesmas Pembantu bekerjasama dengan kader kesehatan di wilayah berisiko penularan DBD
- c. Dipastikan saat kunjungan rumah dalam rangka pelacakan kasus, warga telah diingatkan untuk melapor apabila menunjukkan gejala demam dan mencatat nomor HP yang bisa dihubungi jika dilakukan pemantauan

2. Pelaksanaan

- a. Melakukan pemantauan berkala kepada setiap warga di wilayah berisiko penularan melalui komunikasi telepon/WA selambat-lambatnya seminggu sekali
- b. Melakukan pemantauan berkala kepada lurah, RW, RT dan kader setempat tentang adanya warga yang sakit demam
- c. Warga yang menunjukkan gejala demam, dilakukan pemeriksaan ulang oleh petugas Puskesmas untuk menetapkan sebagai kasus dengue. Warga yang ditetapkan sebagai kasus dengue, ditetapkan sebagai kasus indeks baru.
- d. Pemantauan dinyatakan selesai apabila tidak dilaporkan lagi adanya warga yang ditetapkan sebagai kasus dengue selama lebih dari 26 hari sejak munculnya gejala pada kasus dengue terakhir.



Penanggulangan Vektor Malaria

1. Tingkat endemisitas wilayah dan Pengendalian vektor malaria pada setiap tahapan
2. Surveilans Vektor/faktor risiko malaria
3. Penanggulangan Vektor/faktor risiko malaria

Tingkat Endemisitas Malaria dan Tindakan Penanggulangannya

Dalam upaya penanggulangan malaria wilayah dibagi dalam 4 tingkatan endemisitas dengan jenis tindakan penanggulangannya . Puskesmas wajib mengetahui tingkat endemisitas wilayahnya .

Insiden Malaria	Tingkat Endemisitas	Tahapan Penanggulangan	Tindakan
>5 /1000 pdd/tahun	Endemisitas Tinggi	akselerasi	Menurunkan intensitas penularan malaria di semua daerah endemis
1-5 /1000 pdd/tahun	Endemisitas sedang	inensifikasi	Menurunkan jumlah fokus aktif
<1/1000 pdd/tahun	Endemisitas rendah	pembebasan	Menghilangkan focus aktif dan menghentikan penularan setempat
0 kasus/3 tahun	Bebas malaria	pemeliharaan	Mencegah kembalinya penularan malaria setempat (indigenous)

Pengendalian Vektor Pada Masing-masing Tahapan Penanggulangan

Pengendalian Vektor		Akse lerasi	Intensifikasi	Pembebasan	Pemeliharaan
Surveilans Vektor	Pemetaan vektor wilayah endemis	V	V		
	Spot survey	V	V		
	Survei jentik			v	v
	Pemetaan wilayah reseptif			v	v
Upaya pengendalian vektor	Kelambu massal anti nyamuk (LLINs)	V	V		
	IRS	V	V		
	Tindakan anti jentik (larvaciding, biological control, manajemen lingkungan)	V	V	v	v
	Cattel barrier	v	V	v	v
	Perlindungan individu			v	v



Surveilans Vektor Malaria

Surveilans Faktor Risiko

surveilans faktor risiko (vektor, lingkungan dan sosial budaya) merupakan kegiatan pengamatan secara sistematis dan terus-menerus terhadap faktor risiko penularan malaria melalui proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan penyebaran informasi, sehingga dapat melakukan tindakan penanggulangan malaria secara cepat dan tepat

Tujuan Surveilans Vektor

- Melakukan identifikasi daerah reseptif sehingga dapat digunakan untuk melakukan stratifikasi daerah dalam kegiatan intervensi, dan penentuan target kegiatan pengendalian vektor serta untuk memastikan cakupan populasi yang berisiko.
- Mengukur kepadatan vektor dari waktu ke waktu untuk menentukan musim penularan dan waktu yang tepat untuk melakukan intervensi

Kegiatan

- Pengamatan Perilaku Vektor
- Perubahan Perilaku Vektor
- Survei nyamuk anopheles
- Survei Jentik dan Pupa *Anopheles*
- Identifikasi Jentik dan Nyamuk *Anopheles*

- 1. Survei Longitudinal (Pengamatan Jangka Panjang)**
- 2. Survei Intensif (Survei Khusus)**
- 3. Survei Sesewaktu atau Penyelidikan Sesewaktu (Spot Survei)**





Menu Utama

Surveilans Vektor Malaria

A. Survei Longitudinal (Pengamatan Jangka Panjang)

pengamatan vektor malaria tahunan yang dilakukan secara terus-menerus setiap dua minggu/setiap bulan. Tujuan : mengetahui fluktuasi vektor malaria bulanan serta perubahan perilaku (bionomik) vektor malaria

B. Survei Intensif (Survei Khusus)

Pengamatan vektor malaria di daerah bencana, daerah dengan KLB dan situasi matra/khusus. Tujuan : mendapatkan data dan informasi tentang vektor malaria yang akan digunakan sebagai dasar untuk melakukan tindakan pengendalian vektor.

C. Survei Sesewaktu atau Penyelidikan Sesewaktu (Spot Survei)

Pengamatan khusus untuk mengetahui daerah potensial KLB malaria, daerah-daerah yang bermasalah malaria

D. Pemetaan wilayah reseptif

Kegiatan ini dilaksanakan terus menerus di setiap Puskesmas

Pelaksanaan : Penangkapan jentik dan pupa *Anopheles* pada pagi/siang hari (rutin) dengan cara melakukan pencidukan jentik pada wilayah/tempat perindukan potensial. Wilayah reseptif = ditemukan jentik *Anopheles spp*,

Indeks Kepadatan Jentik (IKJ)

$$\text{IKJ} = \frac{\text{Jumlah tertangkap dari spesies yang sama}}{\text{Jumlah cidukan}} \times \frac{10}{\text{jumlah tempat perindukan}}$$



Surveilans Faktor Risiko

Lingkungan

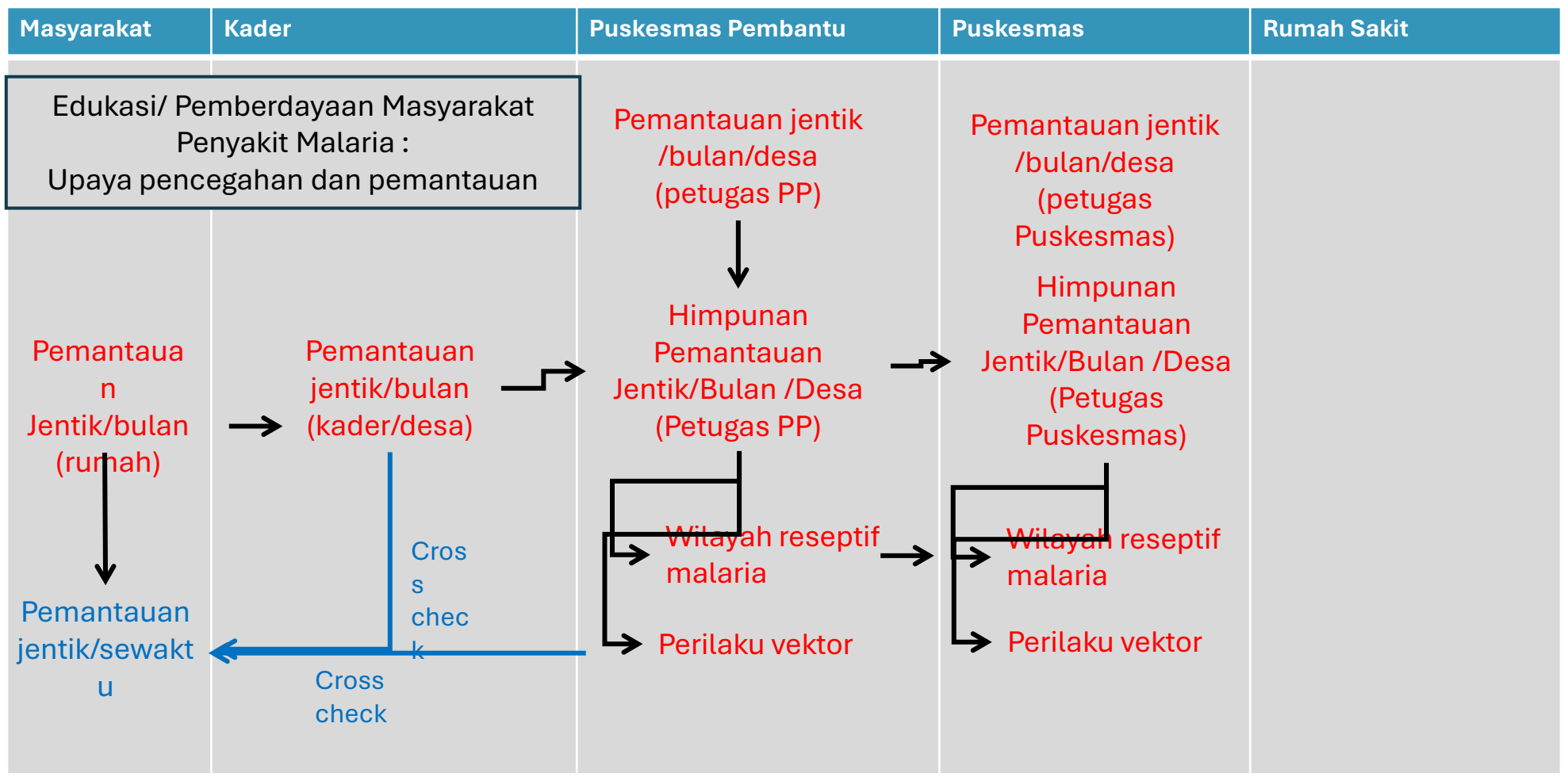
Lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi perkembangbiakan dan penyebaran vektor malaria. Lingkungan mencakup lingkungan fisik (curah hujan, persawahan, genangan, dsb), kimia (salinitas air, pH dsb), dan biologi (tumbuhan air, predator jentik). Perubahan lingkungan potensial perlu dipantau dan dilakukan tindakan pencegahan sebagai sumber penularan malaria yang sesuai).

Sosial Budaya

Penduduk yang tinggal di daerah rentan atau daerah endemis malaria berisiko tinggi tertular malaria apabila mempunyai kebiasaan berisiko tinggi antara lain: kebiasaan berada di luar rumah pada malam hari. Tinggal pada barak pengungsian, bekerja di wilayah berisiko tinggi penularan.

Perilaku penduduk berisiko tertular malaria perlu dipantau, edukasi pencegahan dan berobat Ketika sakit .

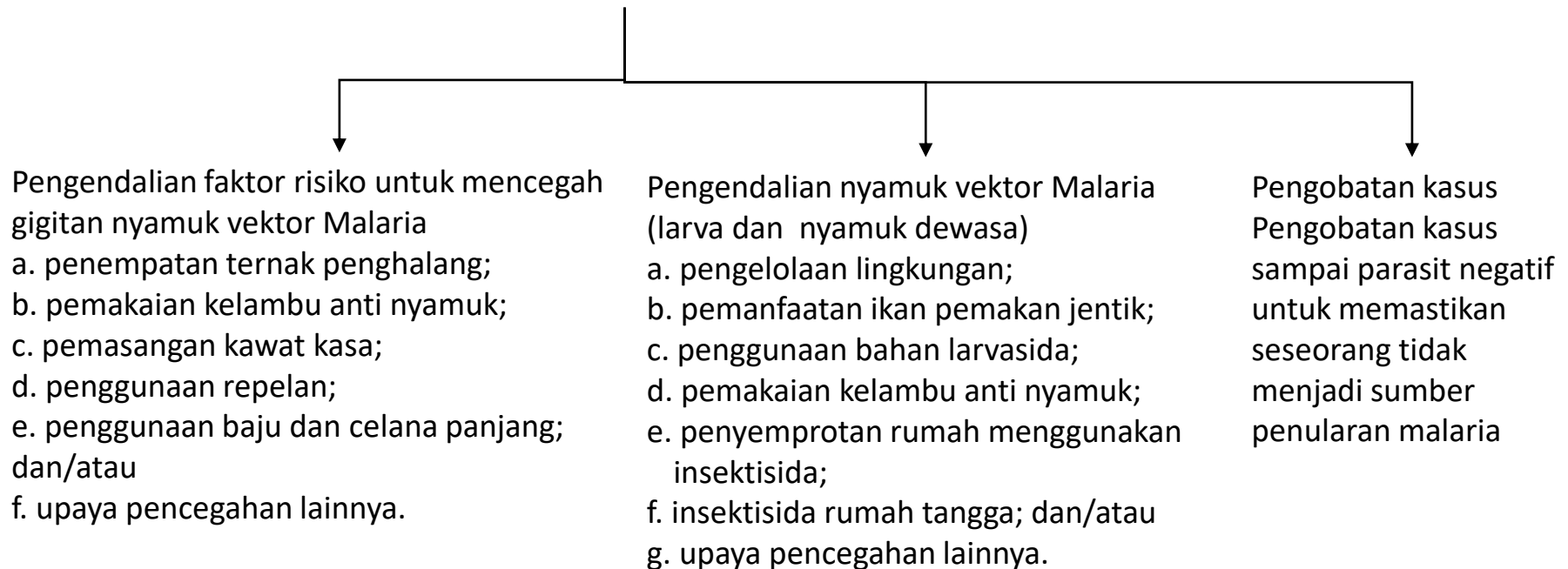
Algoritma Pemantauan Jentik Malaria per lokasi





Penanggulangan Faktor Risiko Malaria

Pengendalian faktor risiko malaria dilakukan untuk mencegah gigitan nyamuk dan upaya pengendalian nyamuk vektor Malaria, serta mengurangi potensi terjadinya Kasus



Referensi



[Menu Utama](#)

Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas PMK Nomor 13, tahun 2015

<https://drive.google.com/open?id=1upaYh1014Ck91msiy09JQ-X64PSbG2vS>

Kesehatan Lingkungan (PP Nomor 66 Tahun 2014)

E-Modul Pengawasan Kualitas Kesling di Puskesmas (

<https://drive.google.com/open?id=10m-MSYKEQiqw8SD6XkxAOj-gLiHesl1R>

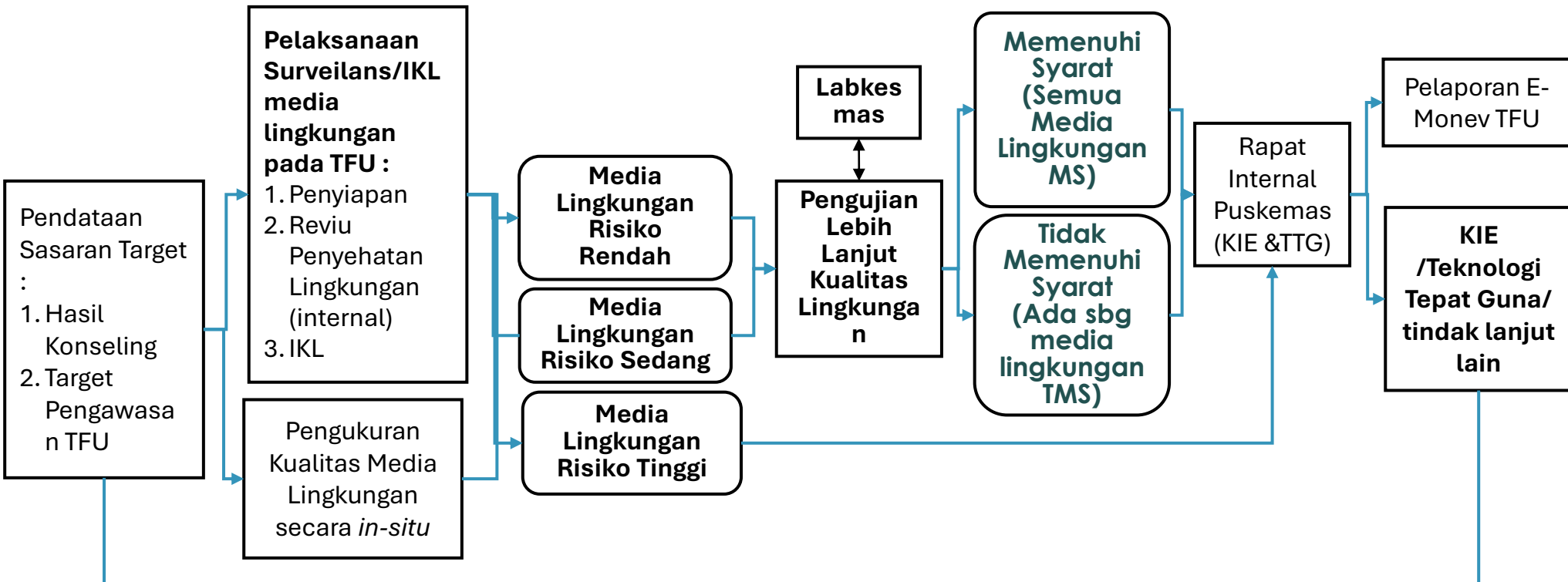
Alur Pengawasan Tempat Fasilitas Umum (Pengawasan terhadap semua media lingkungan yang ada pada TFU)



TAHAP PERSIAPAN

TAHAP PELAKSANAAN

TAHAP TINDAK LANJUT



Intervensi Perbaikan



STBM

1. Pengantar STBM
2. Alur Kerja Pelaksanaan STBM
3. Target STBM
4. Pemicuan
5. Monitoring
6. Verifikasi



Definisi

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM merupakan sebuah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan, dimana outputnya terdiri dari **lima pilar** yaitu

1. Stop Buang Air Besar Sembarangan (STBS)
2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)
3. Pengolahan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT)
4. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT)
5. Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga

Pelaksana :

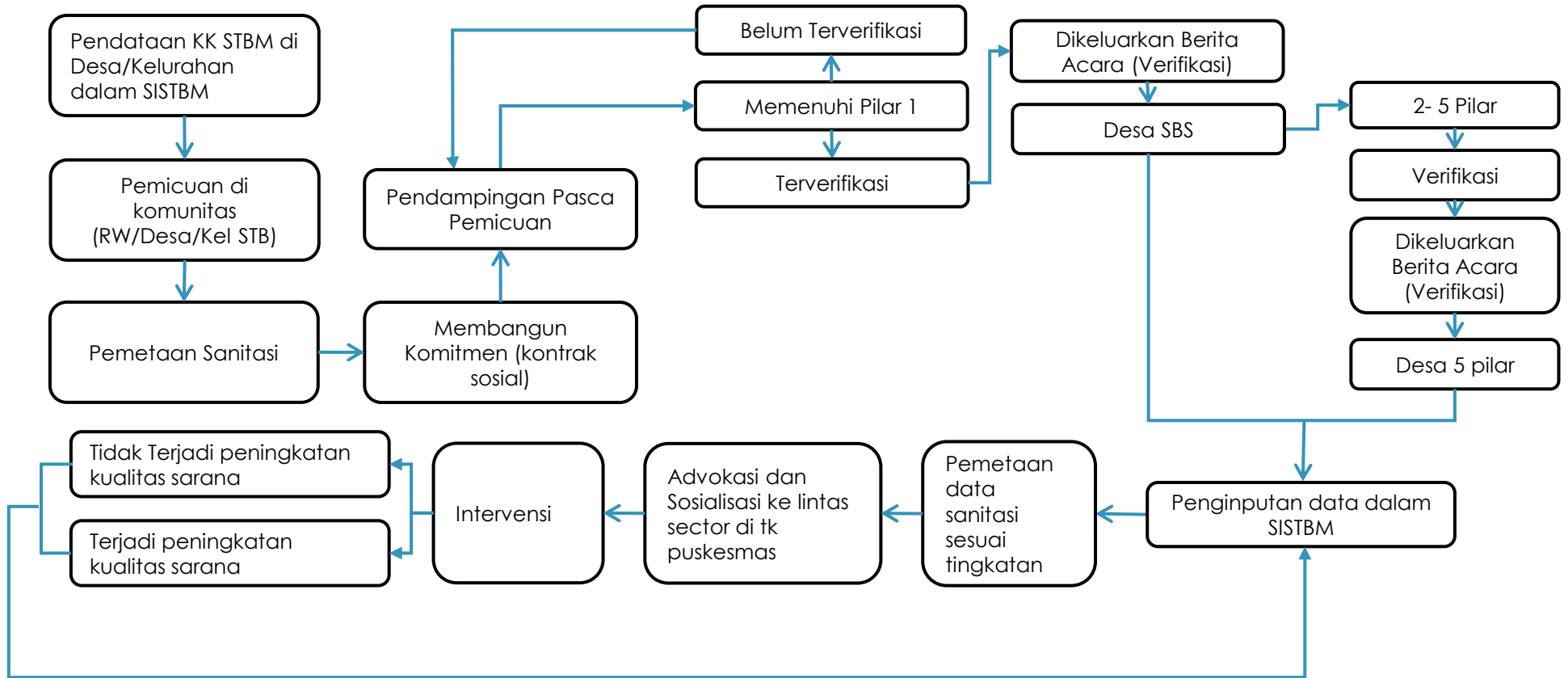
Pemicuan dilakukan oleh fasilitator bersama masyarakat

Tujuan penyelenggaraan STBM

- Mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri tidak hanya di rumah tangga tetapi di kawasan permukiman dan fasilitas umum
- Memastikan setiap orang memiliki kesempatan yang sama dalam menikmati akses layanan air minum dan sanitasi dengan mempertimbangkan aspek kesetaraan gender dan inklusi sosial dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.



Alur Kerja Pelaksanaan Desa/Kelurahan STBM



Target STBM



Menu Utama

Pilar 1 atau Stop Buang Air Besar Sembarangan	Terpenuhi jika kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas menghentikan praktik buang air besar sembarangan ditempat terbuka dengan Komitmen Pemerintah Daerah
Pilar ke 2 (Cuci Tangan Pakai Sabun – CTPS)	Terpenuhi ketika setiap individu dalam rumah tangga memiliki dan menggunakan fasilitas cuci tangan dengan sabun dan air mengalir pada waktu – waktu kritis
Pilar ke 3 – Pengolahan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga – PAMMRT)	Terpenuhi apabila setiap individu dalam rumah tangga melaksanakan pengolahan air minum dan makanan yang aman secara berkelanjutan
Pilar ke 4 – Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT))	<ul style="list-style-type: none">• Tidak ada sampah berserakan di lingkungan sekitar rumah• Ada tempat sampah yang tertutup, kuat dan mudah dibersihkan• Memilah sampah organik dan anorganik. Jika memungkinkan memilah sampah organik, anorganik , B3 dan residu
Pilar ke 5 (Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga)	Terpenuhi jika : <ul style="list-style-type: none">• Tidak terlihat genangan air di sekitar rumah• Dialirkan ke saluran air limbah yang kedap tertutup• Air limbah dilakukan pengolahan atau dialirkan ke sumur resapan sebelum dialirkan ke badan/saluran drainasi



Sasaran Pemicuan

Adalah masyarakat, termasuk laki – laki, perempuan, penyandang disabilitas & kelompok marginal lainnya yang ada dalam komunitas masyarakat (RW/dusun/desa), institusi/tempat fasilitas umum serta lokasi situasi khusus/bencana dengan kriteria sbb :

- Semua keluarga/komunitas yg blm melaksanakan salah satu/lima pilar STBM
- Semua keluarga/komunitas yang telah memiliki fasilitas sanitasi tetapi belum memenuhi persyaratan layak dan aman
- Tokoh kunci atau instansi yang memiliki pengaruh untuk memobilisasi, memicu, dan mendorong perubahan perilaku di masyarakat

Prinsip Pemicuan

Boleh dilakukan	Tidak boleh dilakukan
Memfasilitasi proses, meminta pendapat dan mendengarkan	Menggurui
Membuarkan individu menyadari sendiri	Mengatakan apa yang baik & buruk (mengajari)
Biarkan orang – orang menyampaikan inovasi jamban-jamban/kakus	Mempromosikan rancangan/design jamban/ kakus khusus
Tanpa subsidi	Menawarkan subsidi

Lokasi pemicuan

Desa, Kota, Sekolah, Daerah Bencana, Tempat Fasilitas umum yang belum memenuhi syarat sanitasi layak, seperti di fasilitas Pendidikan , rest area, terminal dll

Kegiatan Pemicuan

Pemicuan dilakukan dalam periode tertentu dan dapat dilakukan lebih dari 1 kali.

Kegiatan pemicuan dilakukan secara bertahap yang terdiri dari 3 kegiatan yaitu :

a) Kegiatan Pra Pemicuan

- 1) Observasi
- 2) Advokasi

b) Persiapan teknis dan logistik

Persiapan teknis logistic seperti temoat pelaksanaan kegiatan, waktu pelaksanaan dan juga penyampaian undangan

c) Pelaksanaan Pemicuan

- 1) Pemetaan social
- 2) Penelusuran Lingkungan (Transect Walk)
- 3) Diskusi Kelompok terfokus
- 4) Menyusun Rencana Aksi

d). Pasca Pemicuan

Tahapan ini paling penting dimana perlu ada pendampingan untuk memastikan terjadinya perubahan perilaku & berkelanjutan



Tahapan Kegiatan

1	Bisa suasana dan kesepakatan
2	Ajak peserta bersama – sama menggambarkan peta lingkungannya. Pastikan semua masyarakat terlibat aktif dalam proses
3	Gambar peta dengan rinci : <ul style="list-style-type: none">• Batas wilayah• Rumah warga dg nama pemiliknya• Kepemilikan jamban dan tempat BAB• Sumber air• Tempat pembuangan sampah• Saluran pembuangan air kotor dan genangan air• Fasilitas umum yang ada disana
4	Untuk memudahkan, buat agenda legenda peta, usahakan warna yang berbeda untuk setiap jenis gambar
5	Tanyakan ulang 'Apakah semua bagian penting bagi masyarakat wilayah ini dicatat dalam peta?' kemudian lanjutkan dengan pertanyaan pendalaman
6	Setelah peta dianggap cukup, tanyakan : 'Dari peta yang kita buat bersama, apakah ada hal baru yang Anda dapatkan? simpulkan
7	Ajak peserta menyepakati hasil dan analisis permasalahan berdasarkan hasil pemetaan. Dilanjutkan klarifikasi melalui penelusuran lingkungan
8	Pindahkan peta ke kertas dan terus perbaharui pada tahapan selanjutnya

Tujuan :

- Menggambarkan ttg persepsi peserta mengenai lingkungannya : sarana, prasarana, kondisi
- Menggambarkan ttg persepsi peserta mengenai kegiatan sehari – hari kelompok ttg kesehatan, sanitasi & hygiene
- Menggambarkan ttg partisipasi kelompok dlm kegiatan di lingkungan (RT/RW, dusun)

Alat dan bahan :

- Kartu metaplan
- Spidol warna warni ukuran besar dan kecil
- Kertas plano/kertas ukuran besar
- Stabilo warna warni sesuai pilar
- Bendera sticker/post-it
- Ranting pohon atau daun
- Kapur tulis
- Pasir dan kerikil



Tahapan Kegiatan



Tujuan :

- Meninjau ulang kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana terkait sanitasi
- Meninjau ulang perilaku sanitasi dan kondisi lingkungan masyarakat
- Memicu kesadaran masyarakat terkait perilaku sanitasi dan kondisi lingkungan

Alat dan bahan :

- Peta yang sudah dibuat dalam pemetaan lingkungan



Tahapan Kegiatan

1	Sebelum FGD dilakukan, misalnya pada saat penelusuran lingkungan atau transect, minta peserta mengambil objek foto terkait dengan 5 pilar STBM antara lain kotoran manusia di tempat terbuka, genangan air kotor, sampah tidak pada tempatnya, selokan yang tersumbat dll
2	Kumpulkan foto yang telah diambil. Arahkan peserta untuk saling menunjukkan
3	Ajak peserta untuk mendiskusikan foto – foto tersebut, pisahkan antara foto yang menunjukkan kondisi yang baik dan yang buruk
4	Tanyakan pendapat peserta ttg foto tsb baik foto kondisi baik maupun buruk, tanyakan juga apakah mereka ingin memiliki lingkungan yang baik sebagaimana ditunjukkan pada foto tsb? Tanyakan bagaimana mereka bisa mencapainya? Tuliskan pada kertas plano
5	Ingatkan kembali hasil diskusi pada saat melakukan penelusuran dan bahas satu per satu

Tujuan :

- Memberikan pemahaman tentang alur penularan kuman atau penyakit, mengenali media penularan (vector), cara penularan, serta mengetahui cara mencegahnya
- Menyampaikan pesan kunci pencegahan penyakit melalui pelaksanaan 5 pilar STBM
- Menggugah masyarakat menuju arah perubahan perilaku hidup bersih dan melalui diskusi kelompok



Tahapan Kegiatan

6	Bagaimana penilaian Anda ttg perilaku tsb? Mana yang baik? Mana yang buruk? Mana yang netral? Buat skala 1-10 untuk masing masing perilaku
7	Menurut Anda, apa yang membuat masyarakat melakukan hal tsb? Apakah bapak/ibu tahu sejak kapan masyarakat mulai berperilaku seperti itu? Bagaimana mulainya? Apakah ada penyebab – penyebab khusus? Bagaimana akhirnya perilaku itu menetap menjadi kebiasaan?
8	Ajak peserta untuk mendiskusikan foto – foto tersebut, pisahkan antara foto yang menunjukkan kondisi yang baik dan yang buruk
9	Menurut Bapak/Ibu, apakah mungkin masyarakat mengubah perilakunya? Mengapa? Faktor – factor apa yang kira kira dapat mengubah perilaku? Adakah contoh yang terjadi di masyarakat?
10	Apa yang terjadi bila tidak diubah?

Alat dan bahan :

- Gambar –gambar dari giagram F berwarna
- Gambar pencegahan penularan penyakit
- Panah warna merah dari karton
- Kartu metaplan
- Spidol warna – warni ukuran besar dan kecil
- Kertas plano/ kertas ukuran besar

Waktu :

- Sesuai dengan kebutuhan



Tahapan Kegiatan

1	Memilih tim penyusun
2	Inventarisir masalah
3	Inventarisir pemecahan masalah
4	Identifikasi keluarga sesuai dengan permasalahan 5 pilar STBM
5	Menyusun rencana pemantauan
6	Pleno rencana aksi

Tujuan:

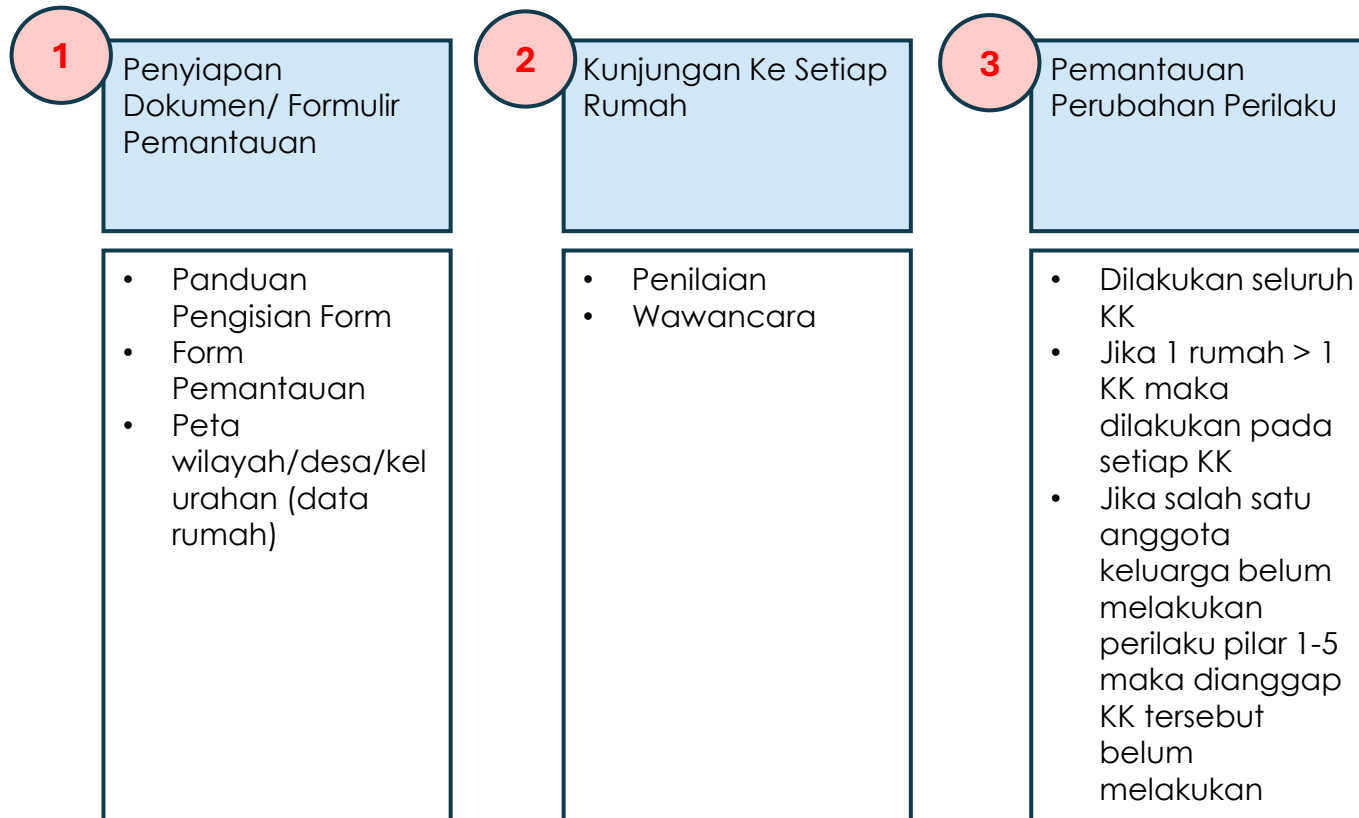
- Tersedianya dokumen rencana kegiatan masyarakat untuk mengatasi masalah hygiene dan sanitasi yang meliputi 5 pilar STBM
- Tersusunya rencana pemantauan masyarakat terhadap pelaksanaan rencana kegiatan masyarakat untuk mencapai 5 pilar STBM

Alat dan bahan :

- Kertas HVS
- Kertas Flipchart
- Spidol
- Peta social sanitasi
- Diagram F
- Foto hasil penelusuran wilayah
- Daftar masyarakat dengan masalah STBM
- Hasil diskusi kelompok terfokus (FGD)



Proses Pemantauan/Monitoring



Tujuan monitoring :

- Memastikan terjadinya proses perubahan perilaku masyarakat
- **Mengetahui tahapan perubahan perilaku masyarakat**
- **Menyiapkan rancangan pendampingan/ upaya percepatan**
- **Advokasi bagi pimpinan dan stakeholder terkait dalam perencanaan, implementasi dan pengembangan program**
- **Klaim keberhasilan 5 pilar STBM.**



Indikator

Monitoring Pilar 1 STBM	<ol style="list-style-type: none">1. Akses sanitasi aman2. Akses sanitasi layak3. Akses sharing4. Akses belum layak5. Open Defecation
Monitoring Pilar 2 STBM	<ol style="list-style-type: none">1. Tersedia sarana, air dan sabun2. Mengetahui cara CTPS3. Mengetahui waktu penting
Monitoring Pilar 3 STBM	<ol style="list-style-type: none">1. Penyehatan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT)
Monitoring Pilar 4 STBM	<ol style="list-style-type: none">1. Pengamanan Sampah Rumah Tangga (PSRT)
Monitoring Pilar 5 STBM	<ol style="list-style-type: none">1. Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga Non Kakus (PALRTNK)

Tahapan Verifikasi 5 Pilar STBM



Menu Utama

1. Persiapan
 - Dilakukan penyamaan persepsi antar tim verifikasi terkait dengan strategi pelaksanaan verifikasi dan alur verifikasi
 - Mempersiapkan berbagai kebutuhan pelaksanaan verifikasi
 - Membagi peran dan tugas dalam melakukan verifikasi berdasarkan wilayah administrasi yang akan diverifikasi
2. Pengumpulan data
 - Melihat kondisi sarana dan prasarana pilar – pilar STBM secara langsung yang akan diverifikasi berbekal data primer, peta dan data SISTBM untuk pilar 1 dan keempat pilar lainnya
 - Melihat kondisi perubahan perilaku warga masyarakat yang akan di verifikasi
3. Rekapitulasi data
 - Mengkaji ulang dan mengevaluasi hasil verifikasi yang telah dilaksanakan
 - Melakukan rekapitulasi data bersama tim verifikasi yang dipergunakan dalam proses pleno
4. Review hasil verifikasi
 - Mengidentifikasi pembelajaran dan tantangan dari hasil verifikasi
5. Pleno hasil verifikasi

BERITA ACARA VERIFIKASI SBS/ODF/LIMA PILAR

Nomor:

Pada hari ini jumat tanggal dua puluh bulan April tahun Dua ribu dua puluh satu, Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama :
Instansi :
Jabatan :
2. Nama :
Instansi :
Jabatan :
3. Nama :
Instansi :
Jabatan :

Berdasarkan :

1. Surat Perintah Tugas Kepala Nomor..... Tanggal.....
2. Surat Perintah Tugas Kepala Nomor..... Tanggal.....
3. Surat Perintah Tugas Kepala Nomor..... Tanggal.....

Telah melakukan verifikasi teknis selama (satu) hari terhitung mulai tanggal s.d
.....

Dengan hasil sebagai berikut :

1.....
2.....

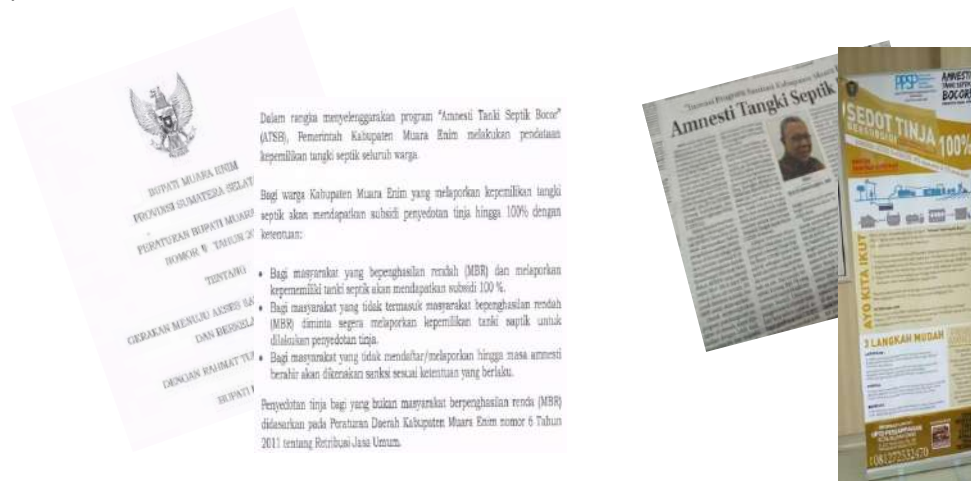
Demikian Berita Acara ini dibuat dengan sebenar benarnya untuk digunakan sebagai mestinya.

Tim Verifikasi Teknis

1..... (.....)
2..... (.....)

Berita Acara Verifikasi

1. Analisis masalah dan rekomendasi.
2. Konsultasi dan internalisasi hasil analisis dan rekomendasi.
3. Penyiapan materi dan advokasi Bupati untuk persetujuan dan arahan tindak lanjut.
4. Menuangkan ATSB dalam Peraturan Bupati
5. Sosialisasi pada masyarakat lewat PKK, Mahasiswa, Kader dan PNS serta kegiatan komunikasi tatap muka lain (STBM, dan Pelatihan Masyarakat).
6. Sosialisasi lewat berbagai media.





Pengamanan (Pengelolaan Limbah)

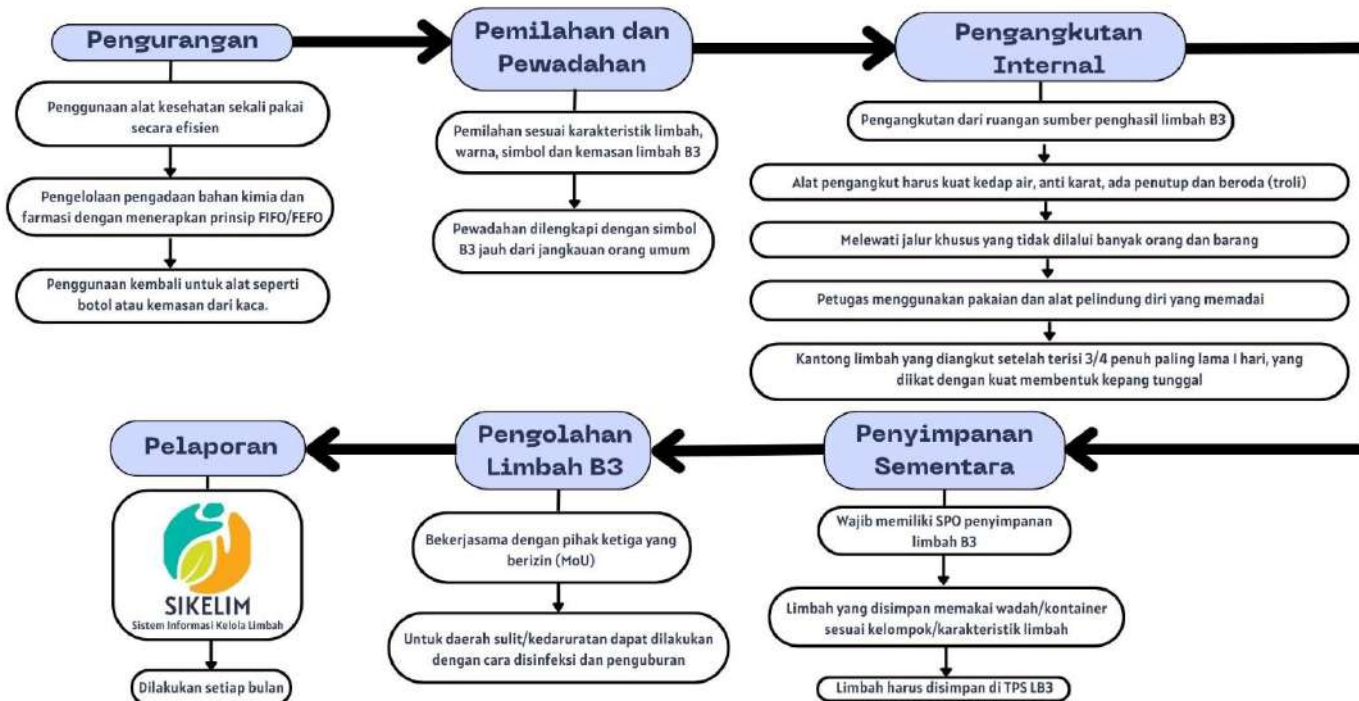
1. [Pengelolaan limbah medis B3](#)
2. [Alur pengelolaan limbah medis B3](#)
3. [Langkah penanganan limbah medis](#)
4. [Cara penanganan dan pengikatan limbah medis](#)
5. [Strategi pengumpulan dan pengangkutan limbah](#)
6. [Proses Pengelolaan Limbah Medis](#)
7. [Petugas Pengelolaan Limbah B3](#)
8. [Tahapan pengelolaan limbah padat \(sampah\)](#)
9. [Tatacara pengelolaan limbah](#)
10. [Dokumen lingkungan](#)

Tatacara pengelolaan limbah

1. [Limbah non infeksius](#)
2. [Limbah tabung gas](#)
3. [Limbah infeksius](#)
4. [Limbah bahan kimia](#)
5. [Limbah benda tajam](#)
6. [Limbah farmasi](#)
7. [Limbah radioaktif](#)



Alur Pengelolaan Limbah B3 Medis Puskesmas



- Limbah medis dikategorikan dalam limbah B3
- Limbah B3 fasyankes meliputi limbah dengan karakteristik infeksius, benda tajam, patologis, bahan kimia kadaluarsa, tumpahan atau sisa kemasan, radioaktif, farmasi, sitotoksik dan peralatan medis yang memiliki kandungan logam berat tinggi dan tabung gas/container bertekanan

- Langkah penanganan (handling) limbah medis :






1	Letakkan dalam wadah atau kantong sesuai jenis dan karakteristik Limbah
2	Pastikan volume paling tinggi Limbah yang dimasukkan ke dalam wadah atau kantong Limbah adalah $\frac{3}{4}$ (tiga per empat) Limbah dari volume
3	Jika limbah benda tajam pastikan telah dibuang sesuai dengan tempatnya dan tidak menumpuk hingga keluar/benda tajam keluar.



Yang harus diperhatikan :

- Dilarang pemadatan atau penekanan Limbah dalam wadah atau kantong Limbah dengan tangan atau kaki.
- Penanganan Limbah secara manual harus dihindari. Apabila hal tersebut harus dilakukan, bagian atas kantong Limbah harus tertutup dan penanganannya sejauh mungkin dari tubuh.

- Cara penanganan dan pengikatan limbah medis :

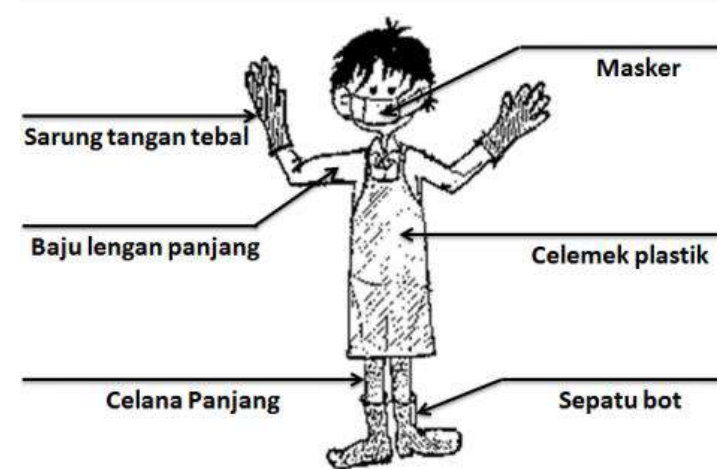
1	Letakkan dalam wadah atau kantong sesuai jenis dan karakteristik Limbah. Hanya limbah infeksius yang boleh dimasukkan dalam wadah dengan dilengkapi kantong	
2	Tarik kantong/plastik secara perlahan sehingga udara dalam kantong berkurang. Jangan mendorong kantong ke bawah atau melubanginya untuk mengeluarkan udara	
3	Putar ujung atas plastik untuk membentuk keping tunggal	
4	Gunakan keping plastik untuk membentuk ikatan tunggal. Dilarang mengikat dengan model 'telinga kelinci'	
5	Letakkan penutup wadah dan tempat pada tempat penyimpanan sementara (atau pada lokasi pengumpulan internal)	

- **Perlindungan petugas pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun**

Kegiatan pengelolaan limbah B3 dari fasilitas pelayanan kesehatan memiliki potensi membahayakan manusia, termasuk pekerja. Untuk itu, perlindungan untuk pencegahan cedera penting bagi semua pekerja di setiap rangkaian pengelolaan limbah B3

Jenis pakaian perlindungan APD yang digunakan untuk semua petugas yang melakukan pengelolaan limbah medis di fasyankes :

1. Helm, dengan warna atau tanpa kaca
2. Masker wajah (tergantung pada jenis kegiatannya)
3. Perlindungan mata (goggle) (tergantung pada jenis kegiatannya)
4. Apron / celemek yang sesuai
5. Perlindungan kaki dan atau sepatu boot
6. Satung tangan sekali pakai atau sarung tangan untuk tugas berat

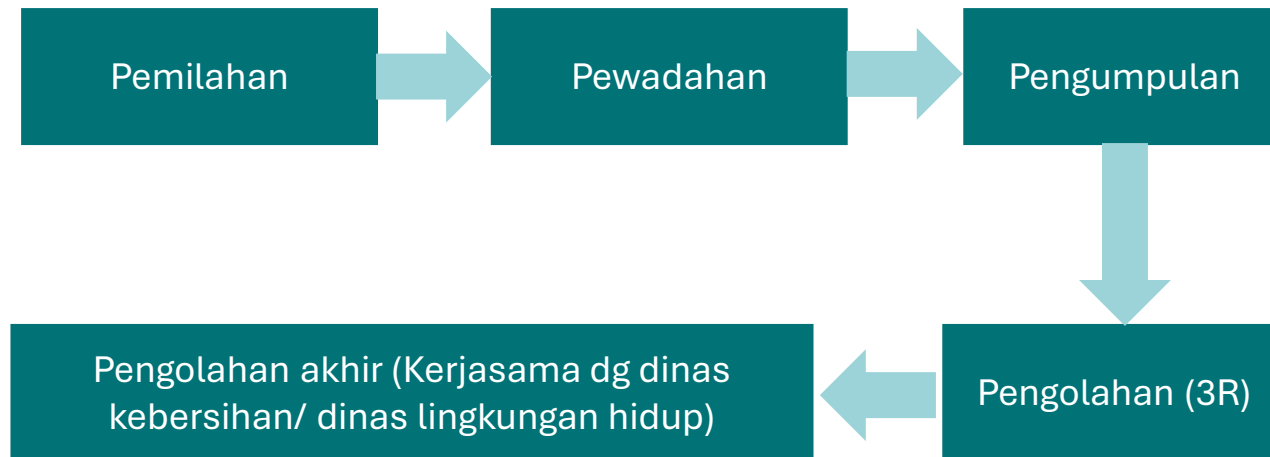


Contoh cara berpakaian petugas pengelola limbah medis

Tahapan Pengelolaan limbah Padat Domestik (sampah)



Menu Utama



- Limbah domestic merupakan Limbah yang tidak mengandung bahaya biologis, kimiawi, radioaktif maupun fisik, seperti limbah dari kegiatan dapur, perkantoran, pasien, pengunjung dan pertamanan

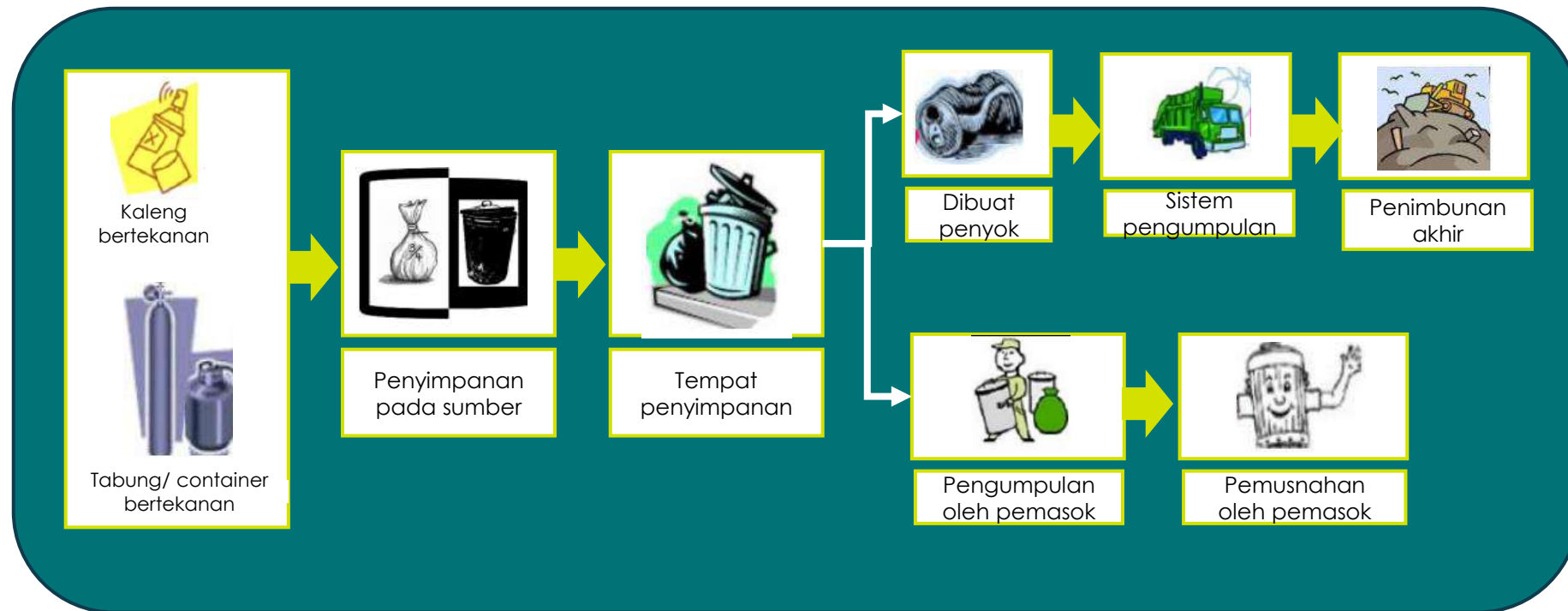


• Limbah Domestik

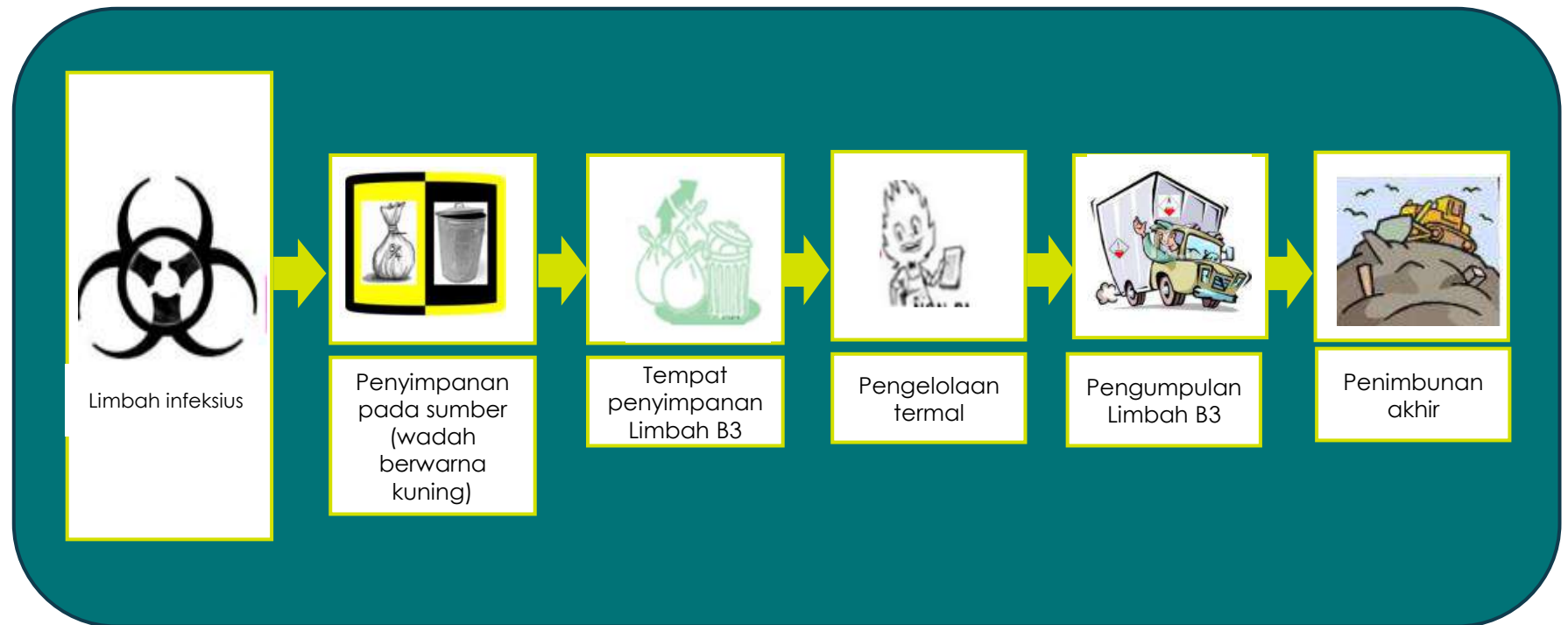




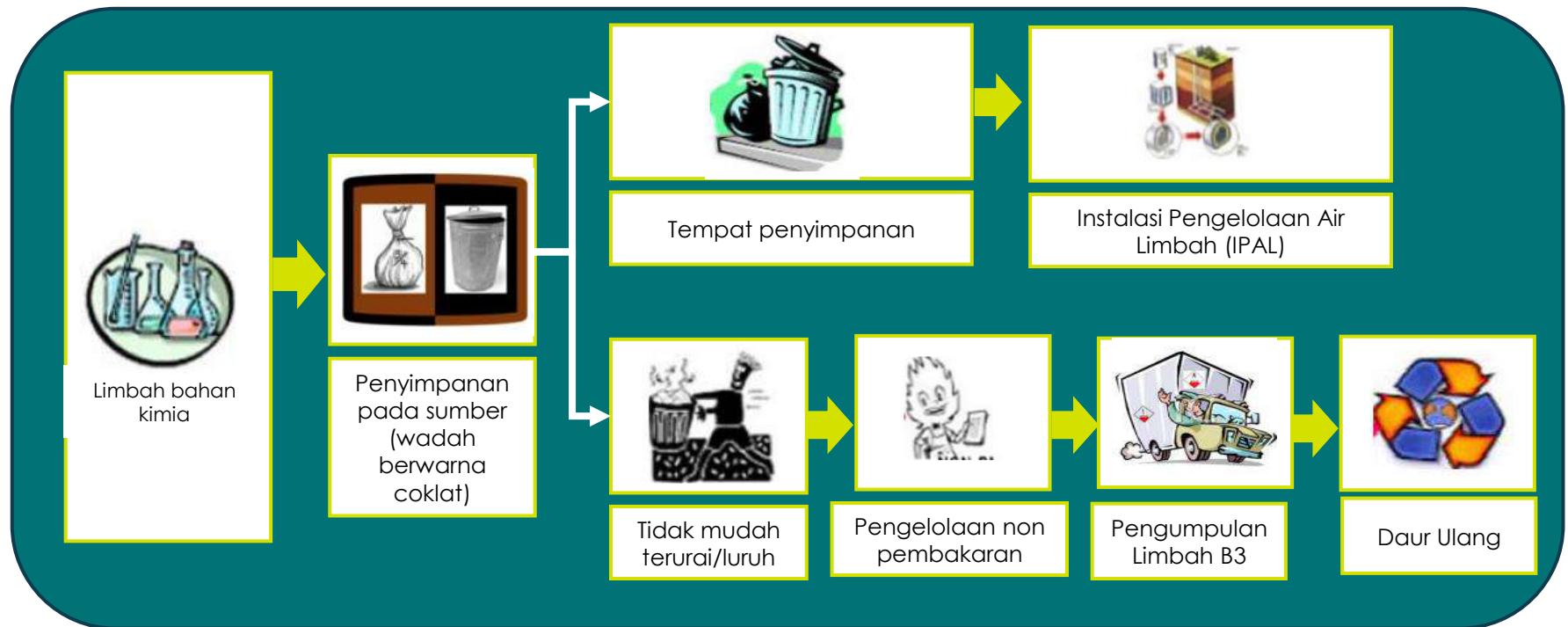
- **Limbah Tabung Gas (Kontainer Bertekanan)**



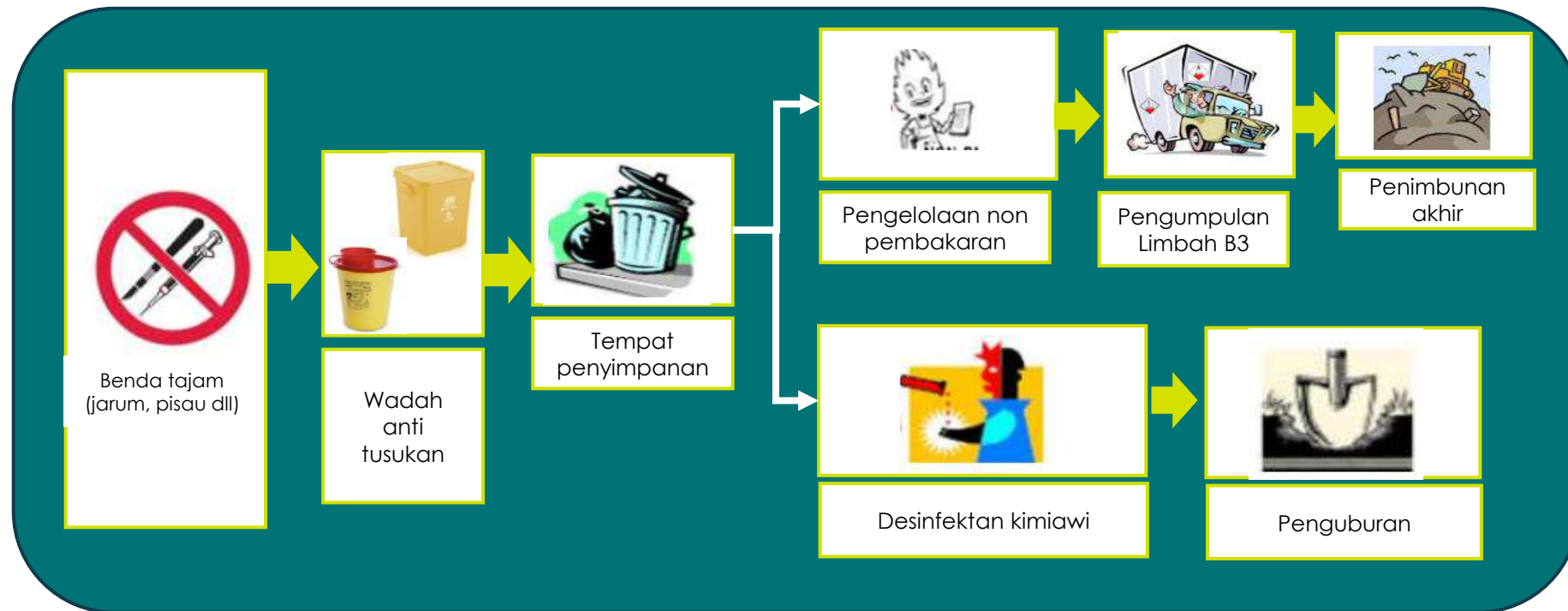
- **Limbah Infeksius**



- **Limbah Bahan Kimia**



- **Limbah Benda Tajam**





- **Limbah Farmasi**





- Setiap puskesmas wajib melakukan pengolahan limbah cairnya
- Pengolahan limbah cair dapat dilakukan secara mandiri (IPAL) atau bekerjasama dengan pihak ke 3 pengolah limbah cair atau melalui IPAL komunal perkotaan.



- Diterbitkan oleh dinas lingkungan hidup
- Komitmen puskesmas untuk mengelola limbah
- Dokumen lingkungan Wajib dimiliki setiap puskesmas
- Upaya Pengelolaan Lingkungan dan Upaya Pemantauan Lingkungan (UKL-UPL) atau surat pernyataan pengelolaan lingkungan (SPPL)

- Puskesmas hrs memiliki dokumen lingkungan hidup (UKL-UPL / SPPL)
- Puskesmas hrs melakukan pemantauan Kualitas lingkungan
- Puskesmas wajib melakukan pelaporan pemantauan Kualitas lingkungan



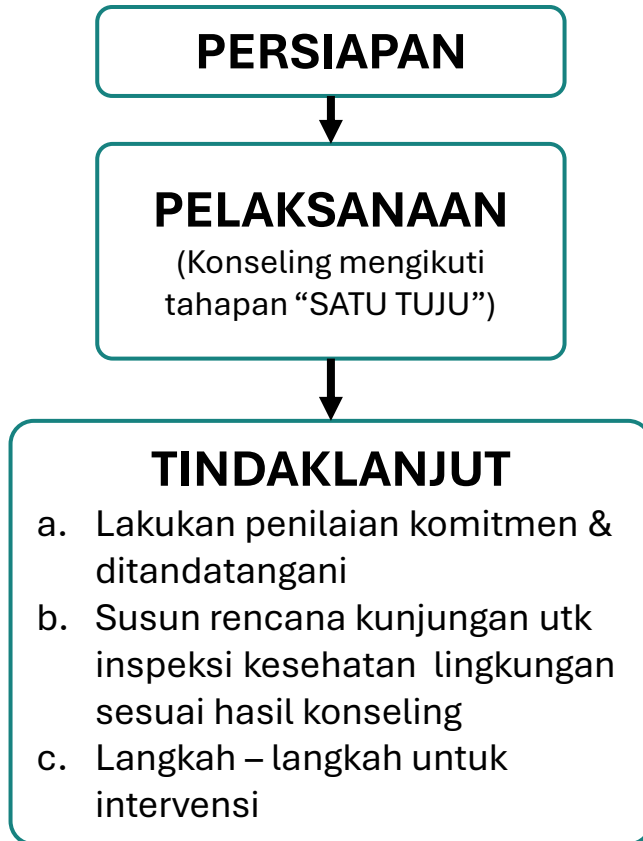
- Pedoman Pelaksanaan Monitoring dan Verifikasi STBM 5 Pilar. Direktorat Kesehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI Tahun 2021
- Panduan Praktis Pemicuan 5 Pilar STBM 2020. Kementerian Kesehatan RI
- Pedoman Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Revisi 1. Direktorat Kesehatan Lingkungan. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2024
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 13 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 2 Tahun 2023 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah No 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan
- Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan RI No : P.56/Menlhk-Setjen/2015 Tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun Dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan



KONSELING

Kesehatan Lingkungan

1. Pelaksanaan Konseling di Puskesmas
2. Alur Pelayanan konseling
3. Bagan-Daftar Pertanyaan Konseling berdasarkan penyakit



1. Persiapan

- Menyiapkan tempat yang aman, nyaman dan tenang;
- Menyiapkan daftar pertanyaan untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan;
- Menyiapkan media informasi dan alat peraga bila diperlukan seperti poster, lembar balik, leaflet, maket (rumah sehat, jamban sehat, dan lain-lain) serta alat peraga lainnya

2. Pelaksanaan

Tenaga Kesehatan Lingkungan menggali data/informasi kepada Pasien atau keluarganya, sebagai berikut:

- Umum, berupa data individu/keluarga dan data lingkungan;
- Khusus, meliputi:
 - Identifikasi prilaku/kebiasaan;
 - Identifikasi kondisi kualitas kesehatan lingkungan;
 - Dugaan penyebab; dan
 - Saran dan rencana tindak lanjut

KONSELING TAHAPAN 'SATU TUJU'

- Tanyakan bagaimana keadaan atau minta Pasien untuk menyampaikan masalahnya pada Anda.
- Dengarkan penuh perhatian dan rasa empati.
- Tanyakan apa peluang yang dimilikinya.
- Tanyakan apa hambatan yang dihadapinya.
- Beritahukan bahwa semua keterangan itu diperlukan untuk menolong mencari cara pemecahan masalah yang terbaik bagi Pasien

- Bantu Pasien mencocokkan keadaannya dengan berbagai kemungkinan yang bisa dipilihnya untuk memperbaiki keadaannya atau mengatasi masalahnya

- Ulangi pokok-pokok yang perlu diketahui dan diingatnya.
- Yakinkan bahwa anda selalu bersedia membantunya



1 Salam, Sambut

- Beri salam, sambut Pasien dengan hangat.
- Tunjukkan bahwa Anda memperhatikannya, mengerti keadaan dan keperluannya, bersedia menolongnya dan mau meluangkan waktu.
- Tunjukkan sikap ramah.
- Perkenalkan diri dan tugas Anda.
- Yakinkan dia, bahwa Anda bisa dipercaya dan akan menjaga kerahasiaan percakapan anda dengan Pasien.
- Tumbuhkan keberaniannya untuk dapat mengungkapkan diri

2 Tanyakan



3 Uraikan

- Uraikan tentang hal-hal yang ingin diketahuinya atau anda menganggap perlu diketahuinya agar lebih memahami dirinya, keadaan dan kebutuhannya untuk memecahkan masalah
- Gunakan media bantu untuk mengurai yaitu dengan media komunikasi, informasi dan edukasi.



4 Bantu



5 Jelaskan

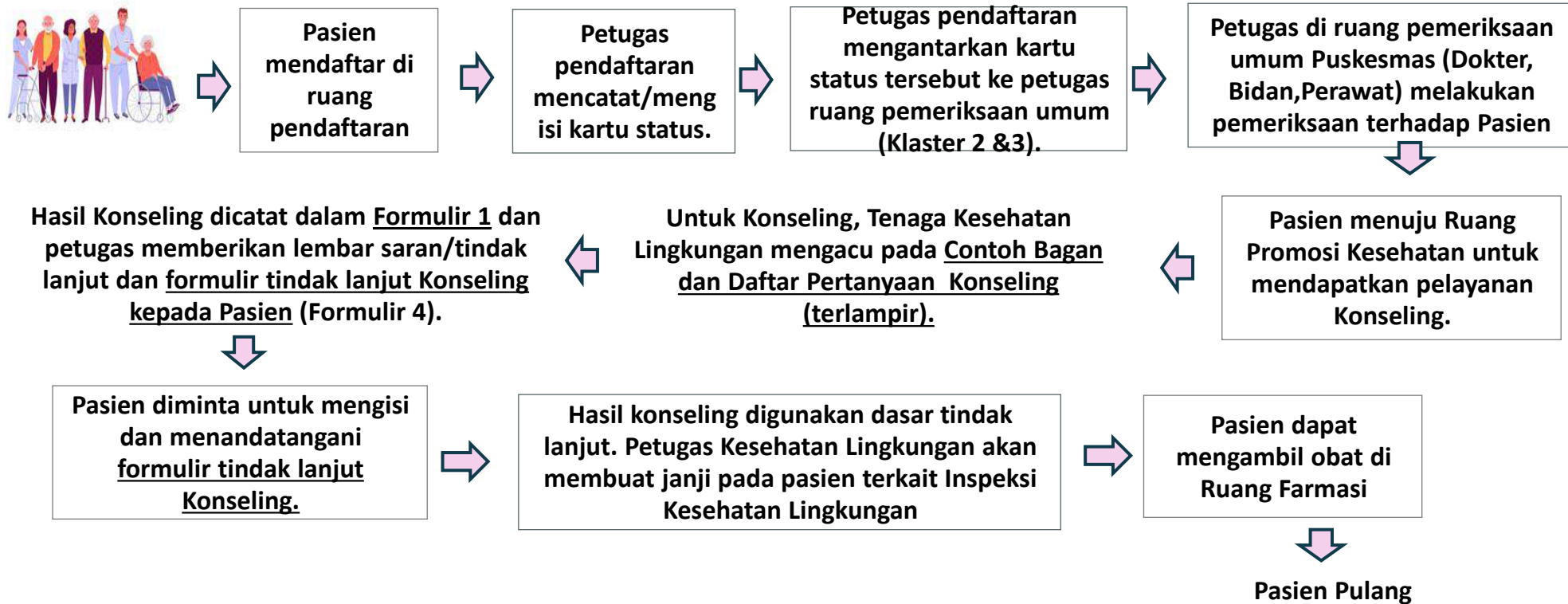
- Berikan penjelasan yang lebih lengkap mengenai cara mengatasi permasalahan yang dihadapi Pasien dari segi positif dan negative
- Jelaskan upaya untuk mengatasi hambatan yg mungkin terjadi
- Jelaskan jenis pelayanan yg dapat dimanfaatkan untuk memecahkannya

6 Ulangi



ALUR PELAYANAN KONSELING PASIEN

- Konsultasi pasien yang menderita penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh faktor risiko lingkungan



ALUR PELAYANAN KONSELING KLIEN

- Klien konsultasi masalah kesehatan lingkungan



KONSELING (5/5)



BAGAN KONSELING

Penyakit Diare

Malaria

Demam Berdarah Dengue

Penyakit Kulit

Kecacingan

ISPA

Tuberculosis (TB Paru)

Keracunan Pangan

Keracuna Pestisida/Bahan Kimia

Flu Burung

Chikungunya

Filariasis

DAFTAR PERTANYAAN KONSELING

Penyakit Diare

Malaria

Demam Berdarah Dengue

Penyakit Kulit

Kecacingan

ISPA

Tuberculosis (TB Paru)

Keracunan Pangan

Keracuna Pestisida/Bahan Kimia

Flu Burung

Chikungunya

Filariasis

TANYAKAN !!

- Lama Sakit
- Makanan yang dimakan sebelum sakit
- Sumber air bersih
- Tempat buang air besar
- Pemilikan jamban
- Memasak air
- Memberi ASI
- dll

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Penyediaan Air Tidak Memenuhi Syarat

Pembuangan Kotoran Tidak Saniter

Perilaku Tidak Higienis

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Gunakan air dari sumber terlindung
- Pelihara dan tutup sarana agar terhindar dari pencemaran

Sarankan pasien/klien untuk :

- BAB di jamban
- Buang tinja bayi di jamban
- Bila blm punya, anjurkan utk membangun sendiri/berkelompok dg tetangga

Sarankan pasien/klien untuk :

- Cuci tangan sbkm makan/siapkan makanan
- Cuci tangan pakai sabun setelah BAB
- Minum air yg sudah di masak
- Tutup makanan dg tudung saji
- Cuci alat makan dg air bersih
- Jangan makan jajanan yg kurang bersih
- Bila yg diare bayi, sarankan untuk cuci botol & alat makan bayi dg air panas/mendidih

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH
Hari :
Tanggal :

Langkah Konseling Penderita Penyakit Malaria



TANYAKAN

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pernah sakit sebelumnya • Ada anggota rumah tangga lain yg sakit • Ada tetangga yg sakit sejenis • Keadaan selokan • Semak- semak | <ul style="list-style-type: none"> • Genangan Air • Kandang ternak • Ventilasi • Penggunaan kelambu | <ul style="list-style-type: none"> • Kebiasaan Tidur • Kebiasaan diluar rumah pd malam hari (begadang) • dll |
|---|---|---|

Lingkungan Rumah/Ventilasi Kurang Baik

Lingkungan Sekitar Rumah Tidak Terawat

Perilaku Tidak Sehat

Sarankan pasien/klien untuk :

- Memasang Kawat Kasa pd Ventilasi/Lubang penghawaan
- Jauhkan kandang ternak dari rumah
- Buat kandang kolektif
- Buka jendela & pasang genting kaca agar terang & tidak lembab

Sarankan pasien/klien untuk :

- Sering membersihkan semak – semak disekitar rumah & tepi selokan
- Genangan air dialirkan/ditimbun
- Memelihara tambak ikan & bersihkan lumut
- Menebar ikan pemakan jentik

Sarankan pasien/klien untuk :

- Melipat dan menurunkan kain/baju yang bergantung
- Tidur dalam kelambu
- Pada malam hari berada di dalam rumah
- Menggunakan pelindung nyamuk ketika keluar rumah (lotion nyamuk/lengan pangan/celana dll)

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :

TINDAKAN/SARAN

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

TANYAKAN

- Tempat berpergian sbm sakit
- Ada anggota rumah tangga lain yg menderita serupa
- Ventilasi

- Bagaimana cahaya matahari masuk rumah
- Frekuensi pengurasan
- Memelihara burung

- Ada vas bunga, ban, kaleng atau botol/gelas bekas
- dll

Lingkungan Rumah/Ventilasi Kurang Baik

Lingkungan Sekitar Rumah Tidak Terawat

Perilaku Tidak Sehat

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Menutup tempat-tempat penampungan air
- Menguras bak mandi 1 minggu sekali
- Memasang kawat kasa pada ventilasi/lubang penghawaan
- Bunga jendela & pasang genting kaca agar terang & tdk lembab

Sarankan pasien/klien untuk :

- Seminggu sekali mengganti air tempat minum burung & vas bunga
- Menimbun ban, kaleng & botol/gelas bekas
- Menaburkan bubuk abate pada tempat penampungan air yg jarang dikuras/memelihara ikan pemakan jentik

Sarankan pasien/ klien untuk :

- Melipat dan menurunkan kain/baju yang bergantung

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :

Langkah Konseling Penderita Penyakit Kulit



TANYAKAN

- Sumber air bersih
- Tempat mandi
- Kebiasaan mandi

- Kebiasaan buang air besar
- Penggunaan pakaian
- Kebersihan tangan dan kuku dll

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Penyediaan Air Tidak Memenuhi Syarat

Kesehatan Perorangan Jelek

Perilaku Tidak Higienis

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Gunakan air dari sumber terlindung
- Pelihara dan tutup sarana agar terhindar dari pencemaran

Sarankan pasien/klien untuk :

- Cuci tangan pakai sabun
- Mandi 2 kali sehari dan pakai sabun
- Potong pendek kuku jari tangan

Sarankan pasien/klien untuk :

- Peralatan tidur dijemur
- Tidak menggunakan handuk & sisir secara bersama
- Sering mengganti pakaian
- Pakaian sering dicuci
- Buang air besar di jamban
- Beristirahat yang cukup
- Makan makanan yang bergizi

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :

Langkah Konseling Penderita Penyakit Kecacingan



TANYAKAN

- Tempat buang air besar
- Bahan lantai rumah
- Cuci tangan sebelum makan
- Cuci tangan setelah buang air besar
- Kebiasaan menggunakan alas kaki
- Kebiasaan makan makanan mentah
- dll

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Pembuangan Kotoran Tidak Saniter

Pengelolaan Makanan Tidak Saniter

Perilaku Tidak Higienis

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Buang air besar/buang tinja di jamban
- Lubang WC/jamban ditutup
- Bila belum punya, anjurkan untuk membangun sendiri atau berkelompok dengan tetangga
- Lantai rumah disemen

Sarankan pasien/klien untuk :

- Cuci sayuran dan buah-buahan yang akan dimakan dengan air bersih
- Masak makanan sampai benar-benar matang
- Menutup makanan pakai tudung saji.

Sarankan pasien/klien untuk :

- Cuci tangan pakai sabun sebelum makan
- Cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar
- Gunakan selalu alas kaki.
- Potong pendek kuku
- Tidak gunakan tinja segar untuk pupuk tanaman

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :

Langkah Konseling Penderita Penyakit ISPA



- TANYAKAN**
- Apakah batuk dan/kesukaran bernapas
 - Lubang penghawaan
 - Kebiasaan Tidur
 - Lama Sakit
 - Luas rumah
 - Perilaku batuk
 - Jumlah yang sakit
 - Bahan bakar masak
 - dll
 - Keadaan pintu/jendela
 - Cerobong asap

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Peningkatan Hunian Rumah Padat

Ventilasi Rumah/Dapur Tidak Memenuhi Syarat

Perilaku

TINDAKAN/SARAN

- Sarankan pasien/klien untuk :**
- Satu kamar dihuni tidak lebih dari 2 orang atau sebaiknya luas kamar > 8 m²/jiwa
 - Lantai rumah disemen

- Sarankan pasien/klien untuk :**
- Memperbaiki lubang penghawaan/ ventilasi
 - Selalu membuka pintu/jendela terutama pada pagi hari
 - Menambah ventilasi buatan

- Sarankan pasien/klien untuk :**
- Tidak membawa anak/bayi saat/bayi saat memasak di dapur
 - Menutup mulut bila batuk
 - Membuang ludah/riak pada tempatnya
 - Tidak gunakan obat anti nyamuk bakar
 - Tidur sementara terpisah dari penderita

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk **mengklarifikasi masalah & tindakan/saran** yang diberikan

Langkah Konseling Penderita Penyakit TB Paru



TANYAKAN

- Ada balita
- Lama sakit
- Jumlah orang yang sakit
- Keadaan pintu/jendela
- Penerangan
- Luas kamar
- Lantai rumah
- Kebiasaan Tidur
- Perilaku batuk
- dll

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Tingkat Hunian Rumah Padat

Ventilasi Rumah/Dapur Tidak Memenuhi Syarat

Perilaku Tidak Higienis

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Satu kamar dihuni tidak lebih dari 2 orang atau sebaiknya luas kamar > 8 m²/jiwa
- Lantai rumah disemen

Sarankan pasien/klien untuk :

- Memperbaiki lubang penghawaan/ ventilasi
- Selalu membuka pintu/jendela terutama pada pagi hari
- Menambah ventilasi buatan

Sarankan pasien/klien untuk :

- Menutup mulut bila batuk
- Membuang ludah/riak pada tempatnya
- Jemur peralatan dapur
- Jaga kebersihan diri
- Istirahat yang cukup
- Tidur terpisah dengan penderita
- Makan makanan yang bergizi

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :

Langkah Konseling Penderita Keracunan Makanan



TANYAKAN

- Waktu mulai sakit
- Makanan yang dimakan sebelum sakit
- Keadaan makanan
- Kapan waktu masak
- Makanan dipanaskan
- Sumber makanan
- Tempat olah makanan
- Keadaan penjamah makanan
- Pengamanan makanan
- dll

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Makanan Rusak atau Kadaluausa

Pengolahan Makanan Tidak Adekuat

Lingkungan Tidak Bersih/Higienis

Perilaku Tidak Bersih/Higienis

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Pilih bahan makanan yang baik dan utuh
- Makanan yang rusak atau kadaluwarsa tidak dimakan

Sarankan pasien/klien untuk :

- Memasak dengan matang dan panas yang cukup
- Makan makanan dalam keadaan panas/hangat
- Panaskan makanan bila akan dimakan

Sarankan pasien/klien untuk :

- Tempat penyimpanan makanan matang dan mentah terpisah
- Simpanlah makanan pada tempat yang tertutup
- Kandang ternak jauh dari rumah
- Tempat sampah tertutup

Sarankan pasien/klien untuk :

- Cuci tangan sebelum makan dan siapkan makanan
- Cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar
- Bila sedang sakit jangan menjamah makanan/ pakailah tutup mulut

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

Langkah Konseling Penderita Keracunan Pestisida/ Bahan Kimia



TANYAKAN

- Waktu mulai sakit
- Apakah pekerjaannya berhubungan dengan bahan kimia/pestisida?
- Apakah pernah kontak dg bahan kimia/pestisida?
- Bila pernah apakah menggunakan APD?
- Apakah selalu membersihkan badan?
- Waktu mencampur bahan menggunakan APD?
- Bagaimana cara penyemprotan?
- Apakah sambal merokok atau makan/minum?
- Dimana kemasan pestisida disimpan
- dll

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Cara Penyimpanan Tidak Baik

Cara Kerja Tidak Benar

Perilaku Tidak Higienis

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Simpan bahan kimia/pestisida pada tempat khusus yang tidak mudah dijangkau anak-anak
- Berilah label yang jelas dan diberi kode "racun"
- Simpan alat penyemprotan pada tempat khusus

Sarankan pasien/klien untuk :

- Jangan gunakan bahan kimia/pestisida melebihi dosis yang dianjurkan
- Menyemprot jangan melawan arus angin
- Jangan tiup nozzle dengan mulut
- Jangan cuci alat semprot di tempat umum (sumur, sungai)

Sarankan pasien/klien untuk :

- Hindari kontak langsung dengan bahan kimia/pestisida
- Cuci tangan pakai sabun setelah kontak dengan pestisida
- Hindari penggunaan bahan tambahan makanan yang bukan untuk makanan
- Tidak makan/minum atau merokok saat bekerja dengan bahan kimia/pestisida

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :

Langkah Konseling Penderita Penyakit Flu Burung



TANYAKAN

- Apakah memelihara unggas?
- Dimana memelihara unggas?
- Kebersihan kandang unggas?
- Ada unggas mati mendadak?
- Kebersihan kandang
- Penggunaan penutup mulut/hidung, sarung tangan bisa ke kandang unggas
- Kontak dg kotoran unggas (pupuk) sblm sakit
- CTPS setelah kontak dg unggas/kotorannya
- Apa sekitar 7hr sblm sakit kontak dg unggas (ayam, bebek, burung dsb)
- Apa sekitar 7hr sblm sakit makan masakan dari unggas
- Cara memasak unggas?

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Pengolahan Makanan dari Unggas Tidak Adekuat

Kandang Unggas Tidak Terpelihara

Perilaku Tidak Sehat

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Memasak unggas dengan sempurna sampai matang dengan panas yang cukup
- Menyimpan secara terpisah unggas yang sudah dimasak, dengan daging unggas mentah

Sarankan pasien/klien untuk :

- Menjauhkan kandang unggas dari tempat tinggal
- Menjaga kebersihan/sanitasi kandang unggas
- Secara berkala mencuci hama kandang unggas
- Unggas mati segera di kubur/ dibakar

Sarankan pasien/klien untuk :

- Menggunakan penutup mulut/ hidung bila kekandang unggas
- Menggunakan sarung tangan bila menjamah unggas mati/pupuk dari kotoran unggas
- Cuci tangan pakai sabun setelah kontak dengan unggas

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :

Langkah Konseling Penderita Penyakit Chikungunya



TANYAKAN

- Tepat berpergian sebelum sakit (3-11 hari)
- Ada anggota rumah tangga lain yg menderita serupa ventilasi
- Bagaimana cahaya matahari masuk rumah
- Frekuensi pengurasan
- Memelihara burung
- Ada vas bunga, ban, kaleng atau botol/gelas bekas
- Keberadaan jentik jentik nyamuk dll

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)



TINDAKAN/SARAN

- Sarankan pasien/klien untuk :**
- Menutup tempat-tempat penampungan air
 - Menguras bak mandi 1 minggu sekali
 - Memasang kawat kasa pada ventilasi/lubang penghawaan
 - Buka jendela dan pasang genting kaca agar terang dan tidak lembab

- Sarankan pasien/klien untuk :**
- Seminggu sekali mengganti air tempat minum burung dan vas bunga
 - Menimbun ban, kaleng dan botol/gelas bekas
 - Menaburkan bubuk abate pada tempat penampungan air yang jarang dikuras atau memelihara ikan pemakan jentik

- Sarankan pasien/klien untuk :**
- Melipat dan menurunkan kain/baju yang bergantung

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :

Langkah Konseling Penderita Penyakit Filariasis



TANYAKAN

- Tempat kerja, apakah sawah kebun, rawa/danau
- Tempat yg berkunjung 3-6bln sebelum sakit
- Ventilasi
- Sinar matahari masuk kedalam rumah
- Penyimpanan pakaian dikamar
- Penggunaan kelambu
- Genangan air
- Kandang ternak disekitar rumah
- Semak – semak
- Kebiasaan keluar rumah pd malam hari

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)



TINDAKAN/SARAN

- Sarankan pasien/klien untuk :**
- Memasang kawat kasa pada ventilasi/lubang penghawaan
 - Jauhkan kandang ternak dari rumah. Buat kandang kolektif
 - Buka jendela dan pasang genting kaca agar terang dan tidak lembab

- Sarankan pasien/klien untuk :**
- Sering membersihkan semak semak di sekitar rumah dan tepi selokan
 - Genangan air dialirkan atau ditimbun
 - Memelihara tambak ikan dan bersihkan lumut
 - Menebar ikan pemakan jentik

- Sarankan pasien/klien untuk :**
- Melipat dan menurunkan kain/baju yang bergantung
 - Tidur dalam kelambu
 - Pada malam hari berada di dalam rumah

BUAT KESEPAKATAN KAPAN KUNJUNGAN RUMAH

Hari :
Tanggal :



Langkah Inspeksi Lingkungan Per Penyakit (Tindak Lanjut Konseling)

BAGAN INSPEKSI

<u>Penyakit Diare</u>
<u>Malaria</u>
<u>Demam Berdarah Dengue</u>
<u>Penyakit Kulit</u>
<u>Kecacingan</u>
<u>ISPA</u>
<u>Tuberculosis (TB Paru)</u>
<u>Keracunan Makanan</u>
<u>Keracuna Pesticida/Bahan Kimia</u>
<u>Flu Burung</u>
<u>Chikungunya</u>
<u>Filariasis</u>

DAFTAR PERTANYAAN INSPEKSI LINGKUNGAN

<u>Penyakit Diare</u>
<u>Malaria</u>
<u>Demam Berdarah Dengue</u>
<u>Penyakit Kulit</u>
<u>Kecacingan</u>
<u>ISPA</u>
<u>Tuberculosis (TB Paru)</u>
<u>Keracunan Makanan</u>
<u>Keracuna Pesticida/Bahan Kimia</u>
<u>Flu Burung</u>
<u>Chikungunya</u>
<u>Filariasis</u>

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit Diare



AMATI

- Sumber air
- Jamban
- Kebiasaan BAB
- Kebiasaan masak air
- Pemberian ASI dan makanan tambahan
- Kebiasaan cuci tangan
- Dan lain lain

UKUR

- Jarak sarana air bersih dg sumber pencemaran m
- Bila perlu, ambil sampel air bersih utk diperiksa di lab

MASALAH (lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai)

Penyediaan Air Tidak Memenuhi Syarat

Pembuangan Kotoran Tidak Saniter

Perilaku Tidak Higienis

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Gunakan air dari sumber terlindung
- Pelihara dan tutup sarana agar terhindar dari pencemaran

Sarankan pasien/klien untuk :

- Buang air besar di jamban
- Buang tinja bayi di jamban
- Bila belum punya, anjurkan untuk membangun sendiri atau berkelompok dengan tetangga

Sarankan pasien/klien untuk :

- Cuci tangan sebelum makan atau siapkan makanan
- Cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar
- Minum air yang sudah dimasak.
- Tutup makanan dengan tudung saji
- Cuci alat makan dengan air bersih
- Jangan makan jajanan yang kurang bersih
- Bila yang diare bayi, sarankan untuk cuci botol dan alat makan bayi dengan air panas/mendidih

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit Malaria



AMATI

- Ventilasi
- Sinas matahari masuk kedalam rumah
- Penyimpanan pakaian dikamar
- Penggunaan kelambu
- Genangan air
- Kandang ternak disekitar rumah
- Keadaan selokan
- Semak – semak
- dll

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai)

Ventilasi Kurang Baik

Lingkungan Sekitar Rumah Tidak Terawat

Perilaku Tidak Sehat

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Memasang kawat kasa pada ventilasi/lubang penghawaaan
- Jauhkan kandang ternak dari rumah. Buat kandang kolektif
- Buka jendela dan pasang genting kaca agar terang dan tidak lembab

Sarankan pasien/klien untuk :

- Sering membersihkan semak-semak di sekitar rumah dan tepi selokan
- Genangan air dialirkan atau ditimbun
- Memelihara tambak ikan dan bersihkan lumut
- Menebar ikan pemakan jentik

Sarankan pasien/klien untuk :

- Melipat dan menurunkan kain/baju yang bergantung
- Tidur dalam kelambu
- Pada malam hari berada di dalam rumah

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit DBD



AMATI

- Ventilasi
- Sinas matahari masuk kedalam rumah
- Penampungan air apa saja yg ada disekitar rumah
- Adakah ban, kaleng, atau boto/gelas bekas di sekitar rumah
- Penyimpanan pakaian dikamar
- dll

PERIKSA

Apakah ada jenyik nyamuk Aedes Aegypti pada tempat – tempat penampungan air tsb

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Lingkungan Rumah/Ventilasi Kurang Baik

Lingkungan Sekitar Rumah Tidak Terawat

Perilaku Tidak Sehat

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Menutup tempat-tempat penampungan air
- Menguras bak mandi 1 minggu sekali
- Memasang kawat kasa pada vetilasi/lubang penghawaan
- Buka jendela dan pasang genting kaca agar terang dan tidak lembab

Sarankan pasien/klien untuk :

- Seminggu sekali mengganti air tempat minum burung dan vas bunga
- Menimbun ban, kaleng dan boto/gelas bekas
- Menaburkan bubuk abate pada tempat penampungan air yang jarang dikuras atau memelihara ikan pemakan jentik

Sarankan pasien/klien untuk :

- Melipat dan menurunkan kain/baju yang bergantung

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit Kulit



AMATI

- Sumber air bersih
- Tempat mandi
- Kebiasaan mandi
- Kebiasaan BAB
- Penggunaan pakaian
- Kebersihan tangan dan kuku
- Dan lain - lain

UKUR

- Jarak sarana air bersih dg sumber pencemaran m
- Bila perlu, ambil sampel air bersih utk diperiksa di lab

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Penyediaan Air Tidak Memenuhi Syarat

Kesehatan Perorangan Jelek

Perilaku Tidak Higienis

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Gunakan air dari sumber terlindung
- Pelihara dan tutup sarana agar terhindar dari pencemaran

Sarankan pasien/klien untuk :

- Cuci tangan pakai sabun
- Mandi 2 kali sehari dan pakai sabun
- Potong pendek kuku jari tangan

Sarankan pasien/klien untuk :

- Peralatan tidur dijemur
- Tidak menggunakan handuk dan sisir secara bersama.
- Sering mengganti pakaian
- Pakaian sering dicuci
- Buang air besar di jamban
- Bistirahat yang cukup
- Makan makanan yang bergizi

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit Kecacingan



AMATI

- Tempat BAB
- Bahan lantai rumah
- Cuci tangan sebelum makan
- Cuci tangan setelah BAB
- Kebiasaan menggunakan alas kaki
- Kebiasaan makan makanan mentah
- Kebersihan kuku/tangan
- dll

MASALAH *(lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai)*

Pembuangan Kotoran Tidak Saniter

Pengelolaan Makanan Tidak Saniter

Perilaku Tidak Higienis

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Buang air besar/buang tinja di jamban
- Lubang WC/jamban ditutup
- Bila belum punya, anjurkan untuk membangun sendiri atau berkelompok dengan tetangga
- Lantai rumah disemen

Sarankan pasien/klien untuk :

- Cuci sayuran dan buah-buahan yang akan dimakan dengan air bersih
- Masak makanan sampai benar-benar matang
- Menutup makanan pakai tudung saji

Sarankan pasien/klien untuk :

- Cuci tangan pakai sabun sebelum makan
- Cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar
- Gunakan selalu alas kaki
- Potong pendek kuku
- Tidak gunakan tinja segar untuk pupuk sayuran

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit ISPA



UKUR DAN AMATI

- Apakah batuk dan/ kesukaran bernapas
- Lama sakit
- Jumlah yang sakit
- Keadaan pintu/jendela
- Lubang penghawaan
- Luas Rumah
- Bahan bakar masak
- Cerobong asap
- Kebiasaan tidur
- Perilaku batuk
- Dan lain lain

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Tingkat Hunian Rumah Padat

Ventilasi Rumah/Dapur Tidak Memenuhi Syarat

Perilaku

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Satu kamar dihuni tidak lebih dari 2 orang atau sebaiknya luas kamar > 8 m²/jiwa
- Lantai rumah disemen

Sarankan pasien/klien untuk :

- Memperbaiki lubang penghawaan/ ventilasi
- Selalu membuka pintu/jendela terutama pada pagi hari
- Menambah ventilasi buatan

Sarankan pasien/klien untuk :

- Tidak membawa anak/bayi saat/bayi saat memasak di dapur
- Menutup mulut bila batuk
- Membuang ludah/riak pada tempatnya
- Tidak gunakan obat anti nyamuk bakar

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit TB Paru



UKUR DAN AMATI

- Perilaku batuk
- Kebiasaan buang dahak
- Ventilasi
- Penyinaran
- Tanda- tanda pintu/jendela
- Dan lain lain

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk **mengklarifikasi masalah & tindakan/saran** yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Tingkat Hunian Rumah Padat

Ventilasi Rumah/Dapur Tidak Memenuhi Syarat

Perilaku

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Satu kamar dihuni tidak lebih dari 2 orang atau sebaiknya luas kamar > 8 m²/jiwa
- Lantai rumah disemen

Sarankan pasien/klien untuk :

- Memperbaiki lubang penghawaan/ ventilasi
- Selalu membuka pintu/jendela terutama pada pagi hari
- Menambah ventilasi buatan

Sarankan pasien/klien untuk :

- Menutup mulut bila batuk
- Membuang ludah/riak pada tempatnya
- Jemur peralatan dapur
- Jaga kebersihan diri
- Istirahat yang cukup
- Tidur terpisah dengan penderita
- Makan makanan yang bergizi

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Keracunan Makanan



TANYAKAN

- Sumber air
- Keadaan fisik air
- Jamban
- SPAL
- Tempat buang sampah
- Lantai dapur
- Lubang penghawaan dapur
- Tempat cuci alat
- Tempat penyimpanan alat & Bahan makanan
- Penggunaan bahan tambahan makanan
- Penyajian makanan
- Kebersihan perorangan, dll

Bila perlu ambil sampel makanan untuk diperiksa di lab

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai)

Makanan Rusak atau Kadaluarsa

Pengolahan Makanan Tidak Adekuat

Lingkungan Tidak Bersih/Higienis

Lingkungan Tidak Bersih/Higienis

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Pilih bahan makanan yang baik dan utuh
- Makanan yang rusak atau kadaluarsa tidak dimakan

Sarankan pasien/klien untuk :

- Memasak dengan matang dan panas yang cukup
- Makan makanan dalam keadaan panas/hangat
- Panaskan makanan bila akan dimakan

Sarankan pasien/klien untuk :

- Tempat penyimpanan makanan matang dan mentah terpisah
- Simpanlah makanan pada tempat yang tertutup
- Kandang ternak jauh dari rumah
- Tempat sampah tertutup

Sarankan pasien/klien untuk :

- Cuci tangan sebelum makan dan siapkan makanan
- Cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar
- Bila sedang sakit jangan menjamah makanan atau pakailah tutup mulut

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit Bahan Kimia



TANYAKAN

- Bagaimana tempat penyimpanan bahan kimia / pestisida
- Perlengkapan APD
- Tempat/wadah untuk mencampur pestisida
- Tempat mencuci alat penyemprotan
- Bekas kemasan pestisida
- Jenis bahan kimia/pestisida yang digunakan
- Dan lain - lain

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai)

Cara Penyimpanan Tidak Baik

Cara Kerja Tidak Benar

Perilaku Tidak Higienis

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Simpan bahan kimia/pestisida pada tempat khusus yang tidak mudah dijangkau anak-anak
- Berilah label yang jelas dan diberi kode "racun"
- Simpan alat penyemprotan pada tempat khusus

Sarankan pasien/klien untuk :

- Jangan gunakan bahan kimia/pestisida melebihi dosis yang dianjurkan
- Menyemprot jangan melawan arus angin
- Jangan tiup nozzle dengan mulut
- Jangan cuci alat semprot di tempat umum (sumur, sungai)

Sarankan pasien/klien untuk :

- Hindari kontak langsung dengan bahan kimia/pestisida
- Cuci tangan pakai sabun setelah kontak dengan pestisida
- Hindari penggunaan bahan tambahan makanan yang bukan untuk makanan
- Tidak makan/minum atau merokok saat bekerja dengan bahan kimia/pestisida.

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit Flu Burung



TANYAKAN DAN AMATI

- Kandang unggas/ termasuk kandang/ sangkar burung
- Kebersihan kandang unggas
- Jarak kandang dg tempat tinggal
- Apakah ada unggas yang mati mendadak
- Penggunaan penutup mulut/hidung, sarung tangan bila ke kandang uanggih
- Penggunaan kotoran unggas utk pupuk tanaman
- Cara memasak unggas
- CTPS setelah kontak dg unggas/kotorannya,, dll

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk **mengklarifikasi masalah & tindakan/saran** yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

Pengolahan Makanan dari Unggas Tidak Adekuat

Kandang Unggas Tidak Terpelihara

Perilaku Tidak Sehat

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Memasak unggas dengan sempurna sampai matang dengan panas yang cukup
- Menyimpan secara terpisah unggas yang sudah dimasak, dengan daging unggas mentah

Sarankan pasien/klien untuk :

- Menjauhkan kandang unggas dari tempat tinggal
- Menjaga kebersihan/sanitasi kandang unggas
- Secara berkala mencuci hama kandang unggas
- Unggas mati segera di kubur/ dibakar

Sarankan pasien/klien untuk :

- Menggunakan penutup mulut/ hidung bila kekandang unggas
- Menggunakan sarung tangan bila menjamah unggas mati/pupuk dari kotoran unggas
- Cuci tangan pakai sabun setelah kontak dengan unggas

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit Filariasis



TANYAKAN DAN AMATI

- Kondisi rumah/ ventilasi
- Sinar matahari masuk kedalam rumah
- Penyimpanan pakaian dikamar
- Penggunaan kelambu
- Genangan air
- Kandang ternak disekitar rumah
- Semak- semak
- Kebiasaan keluar rumah pada malam hari

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai)

Lingkungan Rumah/
Ventilasi Kurang
Baik

Lingkungan Sekitar
Rumah Tidak
Terawat

Perilaku Tidak
Sehat

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Menutup tempat-tempat penampungan air
- Menguras bak mandi 1 minggu sekali
- Memasang kawat kasa pada ventilasi/lubang penghawaan
- Buka jendela dan pasang genting kaca agar terang dan tidak lembab

Sarankan pasien/klien untuk :

- Seminggu sekali mengganti air tempat minum burung dan vas bunga
- Menimbun ban, kaleng dan botol/gelas bekas
- Menaburkan bubuk abate pada tempat penampungan air yang jarang dikuras atau memelihara ikan pemakan jentik

Sarankan pasien/klien untuk :

- Melipat dan menurunkan kain/baju yang bergantung

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:

Bagan Inpeksi Kesehatan Lingkungan Penderita Penyakit Chikungunya



TANYAKAN DAN AMATI

- Ventilasi
- Sinar matahari masuk kedalam rumah
- Penampungan air apa saja yg ada disekitar rumah
- Adakah ban, kaleng atau botol/ gelas bekas
- Penyimpanan pakaian di kamar
- Dan lain - lain

PERIKSA

Apakah ada jentik nyamuk Aedes Aegypti pada tempat – tempat penampungan air

Gunakan semua kolom pertanyaan untuk mengklarifikasi masalah & tindakan/saran yang diberikan

MASALAH (*lingkari/centang masalah serta saran yg sesuai*)

**Kondisi Rumah/
Ventilasi**

**Lingkungan Sekitar
Rumah Tidak
Terawat**

**Perilaku Tidak
Sehat**

TINDAKAN/SARAN

Sarankan pasien/klien untuk :

- Memasang kawat kasa pada ventilasi/lubang penghawaan
- Jauhkan kandang ternak dari rumah. Buat kandang kolektif
- Buka jendela dan pasang genting kaca agar terang dan tidak lembab

Sarankan pasien/klien untuk :

- Sering membersihkan semak-semak di sekitar rumah dan tepi selokan
- Genangan air dialirkan atau ditimbun
- Memelihara tambak ikan dan bersihkan lumut
- Menebar ikan pemakan jentik

Sarankan pasien/klien untuk :

- Melipat dan menurunkan kain/baju yang bergantung
- Tidur dalam kelambu
- Pada malam hari berada di dalam rumah

Mintalah kepada petugas kesehatan, ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah atau kader kesehatan lingkungan setempat untuk turut menindak lanjuti:



Merupakan tindakan penyehatan, pengamanan, dan pengendalian untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial

Bentuk Kegiatan :

1. KIE serta penggerakan/
pemberdayaan
masyarakat;

KIE) dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan perilaku masyarakat terhadap masalah kesehatan dan upaya yang diperlukan sehingga dapat mencegah penyakit dan/atau gangguan kesehatan akibat Faktor Risiko Lingkungan.

2. Perbaikan dan
pembangunan sarana;

Diperlukan apabila pada hasil Inspeksi Kesehatan Lingkungan menunjukkan adanya Faktor Risiko Lingkungan penyebab penyakit dan/atau gangguan kesehatan pada lingkungan dan/atau rumah Pasien.

3. Pengembangan
teknologi tepat guna

- untuk mengurangi atau menghilangkan faktor risiko penyebab penyakit dan/atau gangguan kesehatan.
- Pengembangan teknologi tepat guna dilakukan dengan mempertimbangkan permasalahan yang ada dan ketersediaan sumber daya setempat sesuai kearifan lokal.

4. Rekayasa lingkungan.

Merupakan upaya mengubah media lingkungan atau kondisi lingkungan untuk mencegah pajanan agen penyakit baik yang bersifat fisik, biologi, maupun kimia serta gangguan dari vektor dan binatang pembawa penyakit

Intervensi Kesehatan Lingkungan Media Air

Merupakan tindakan penyehatan, pengamanan, dan pengendalian untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial

Bentuk Kegiatan :

1. KIE serta penggerakan/
pemberdayaan
masyarakat;

1. Edukasi hasil IKL ke rumah tangga/pengelola sarana komunal (sanitarian/kader) missal ada temuan parameter yang TMS
2. Sosialisasi/ajakan pemeriksaan kualitas air minum mandiri di masyarakat (bisa melakukan di puskesmas atau labkesda terdekat)
3. Dilakukan Pengelolaan air minum rumah tangga (PAMRT) pilar 3 STBM :
 - Dimasak sampai mendidih, disaring/filtrasi,
 - Ditambah larutan tawas,
 - Ditambah larutan klorin
 - Dengan penyinaran matahari/UV dll

2. Perbaikan dan
pembangunan sarana;

Perbaikan konstruksi fisik Sarana Air Minum yang TMS berdasarkan hasil IKL (di rumah tangga maupun sarana komunal) secara swadaya/mandiri maupun pembiayaan dari desa/kelurahan/kecamatan/mitra

Intervensi Kesehatan Lingkungan Media Air

Merupakan tindakan penyehatan, pengamanan, dan pengendalian untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial

Bentuk Kegiatan :

3. Pengembangan teknologi tepat guna (desa)

- Teknologi Tepat Guna (TTG) skala rumah tangga/komunal dalam rangka meningkatkan kualitas air (penyaringan/penjernihan)
- Penggunaan bahan lokal utk perbaikan kualitas air secara kimia (misal penggunaan arang kelapa utk mengurangi kandungan besi dlm air minum)
- Pengolahan air minum sederhana untuk layanan air pedesaan/komunal/pamsimas, misal diberikan klorin
- Penggunaan zeolite utk mengurangi kandungan logam berat seperti krom, arsen atau cadmium
- Pengembangan TTG sesuai kearifan lokal /pedoman opsi TTG Air Minum
- Mengacu pada pedoman/daftar Pengembangan opsi sarana TTG Air Minum

4. Rekayasa lingkungan (desa).

- Pelindungan sumber air baku dg cara mencegah kontaminasi atau polusi
- Menggunakan teknologi modern seperti filtrasi canggih, pengolahan membran, dan metode pemurnian air lanjutan, kualitas air yang buruk dapat diubah menjadi air yang aman untuk dikonsumsi.
- Proteksi daerah serapan air & pengelolaan sampah di level desa

- a. Berdasarkan jenis penyakit/masalah kesehatan
 - Bentuk intervensi perjenis penyakit/masalah kesehatan
 - Konseling
- b. Berdasarkan temuan permasalahan pada media air
 - Perlindungan kualitas air
 - Peningkatan kualitas air
- c. Berdasarkan temuan permasalahan pada media udara
 - Pemantauan kualitas udara
 - Pencegahan penurunan kualitas udara
- d. Berdasarkan temuan permasalahan pada media tanah
 - Pencegahan penurunan kualitas tanah
 - Penyehatan tanah dan peningkatan kualitas tanah
- e. Berdasarkan temuan permasalahan kualitas hygiene dan sanitasi
 - Perlindungan kualitas hygiene dan sanitasi pangan
 - Peningkatan kualitas hygiene dan sanitasi pangan
- f. Berdasarkan temuan permasalahan sarana dan bangunan
 - Perlindungan kualitas sanitasi sarana dan bangunan
 - Peningkatan kualitas sanitasi sarana dan bangunan



Pemantauan dan Evaluasi



Tujuan

- Untuk memperoleh gambaran hasil Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas terhadap akses masyarakat untuk memperoleh Pelayanan Kesehatan Lingkungan, kualitas Pelayanan Kesehatan Lingkungan Puskesmas, masalah yang dihadapi, dan dampak kesehatan masyarakat.

Manfaat

- Untuk Meningkatkan mutu pelayanan puskesmas

Cakupan

- Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas
- Pelaksanaan pengawasan kualitas media lingkungan dalam rangka program kesehatan

Arah Program

- Untuk mengendalikan faktor risiko penyakit dan/atau gangguan kesehatan akibat buruknya kondisi kesehatan lingkungan melalui upaya promotif dan preventif, serta spesifik proteksi

Indikator Pemantauan dan Evaluasi Kinerja Puskesmas (2/2)



Menu Utama

No	Indikator	Cara Pengukuran
1	Akses masyarakat untuk memperoleh Pelayanan Kesehatan Lingkungan	Jumlah Pasien yang mendapat Pelayanan Kesehatan Lingkungan dibanding Pasien yang membutuhkan Pelayanan Kesehatan Lingkungan
2	Kualitas Pelayanan Kesehatan Lingkungan Puskesmas.	Jumlah Pasien yang menindaklanjuti hasil rekomendasi Konseling dibanding jumlah seluruh Pasien yang melakukan Konseling.
		Jumlah Pasien yang menindaklanjuti hasil rekomendasi Inspeksi Kesehatan Lingkungan dibanding jumlah seluruh Pasien yang dikunjungi.
3	Masalah yang dihadapi dalam Pelayanan Kesehatan Lingkungan.	Hasil penilaian akses masyarakat untuk memperoleh Pelayanan Kesehatan Lingkungan dikurangi Hasil penilaian kualitas Pelayanan Kesehatan Lingkungan Puskesmas
4	Dampak yang terjadi	Peningkatan atau penurunan insidens dan prevalensi penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang diakibatkan Faktor Risiko Lingkungan.

Pedoman Klaster IV

PERENCANAAN KEGIATAN KLASTER 4

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
1.	TBC	Advokasi/Sosialisasi	1. Pasien 2. Komunitas	Sesuai Kebutuhan
		Promosi Kesehatan		
		Skrining TBC dan atau laten TB		
		Pelacakan kasus kontak/ Investigasi Kontak		
		Pelacakan kasus mangkir		
		Inspeksi Kesehatan Lingkungan (Analisa lingkungan berisiko)		
2	Frambusia	Advokasi	• Pemangku kebijakan	Sesuai kebutuhan
		Skrining di sekolah & desa	• Anak Sekolah & Masyarakat	1 tahun sekali
		Pelacakan kasus diantara kontak	• Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Pemberian Obat Pencegahan Masal Kasus-Kontak/Total	• Kelompok berisiko	Sesuai kebutuhan
		Promosi Kesehatan	• Nakes, kelompok berisiko, masyarakat	Sesuai kebutuhan

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Luar Gedung				
	HIV	Promosi Kesehatan		
		a Advokasi/Sosialisasi/Penyuluhan	Masyarakat, petugas kesehatan, pengambil keputusan, LP/LS, tokoh masyarakat, tokoh agama dan tokoh adat	Sesuai Kebutuhan
		b Penyuluhan	Sekolah, pesantren	Setiap sekolah/ pesantren minimal 1x per tahun
		c Penjangkauan dan edukasi	Populasi Kunci	Setiap minggu
		Skринing populasi risti : mobile testing, skrining IMS & PrEP	Populasi kunci, pasangan risti, pasangan ODHIV	Setiap minggu
		Integrasi PPIA dengan KIA di Pustu dan Posyandu	Ibu hamil dan bayi dari ibu HIV	Sesuai kebutuhan
		Skринing HIV/IMS	Populasi khusus (misal : WBP, pasien TBC) dan populasi rentan (misal: bersama Bilai Karantina Kesehatan di wilayah kerja Bandara/Pelabuhan)	Sesuai kebutuhan
		Pendampingan ODHIV on ART	ODHIV	Sesuai kebutuhan
		Penelusuran LTFU	ODHIV	1 bulan sekali
		Klinik berbasis komunitas (ex/ : nakes ke Posyandu)	Populasi kunci dan ODHIV	Sesuai kebutuhan

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
	Hepatitis	Advokasi/Sosialisasi/Penyuluhan	<ul style="list-style-type: none"> Masyarakat, petugas kesehatan, pengambil keputusan, tokoh masyarakat, tokoh agama dan tokoh adat 	Sesuai Kebutuhan
		Penjangkauan ibu hamil dg kunjungan rumah atau posyandu/pustu	<ul style="list-style-type: none"> Ibu hamil 	Sesuai Kebutuhan
		Penjangkauan pasangan dan anak/kontak erat serumah dg kunjungan rumah atau posyandu/pustu	<ul style="list-style-type: none"> Pasangan dan anak/kontak erat serumah 	Sesuai Kebutuhan
		Penjangkauan populasi kunci	<ul style="list-style-type: none"> Populasi kunci 	Sesuai jadwal kegiatan luar gedung program HIV-IMS

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
	Diare	Advokasi/Sosialisasi/Penyuluhan	<ul style="list-style-type: none">Masyarakat, petugas kesehatan, pengambil keputusan, tokoh masyarakat, tokoh agama dan tokoh adat	Sesuai Kebutuhan

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
3	Kusta	Advokasi	<ul style="list-style-type: none"> Pemangku kebijakan 	Sesuai kebutuhan
		Skruining	<ul style="list-style-type: none"> Masyarakat dan anak sekolah di desa/kelurahan diwilayah berisiko 	1 tahun sekali
		Penyelidikan Epidemiologi Awal	<ul style="list-style-type: none"> Komunitas 	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi lanjutan	<ul style="list-style-type: none"> Komunitas 	Sesuai kebutuhan
		Kunjungan rumah	<ul style="list-style-type: none"> Kelompok berisiko 	Sesuai kebutuhan
		Pelacakan kasus diantara kontak	<ul style="list-style-type: none"> Komunitas 	Sesuai kebutuhan
		Pemberian Obat Pencegahan Masal Kasus-Kontak/Total (Endemisitas Tinggi)	<ul style="list-style-type: none"> Kelompok berisiko 	Sesuai kebutuhan
		Promosi Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Nakes, kelompok berisiko, masyarakat 	Sesuai kebutuhan

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
4.	Polio	Penyuluhan		
		a Advokasi/Sosialisasi	Pemangku Kebijakan, toga/toma, kelompok profesional	Sesuai kebutuhan
		b Promosi Kesehatan	Komunitas, Sekolah, kelompok berisiko, perangkat desa dan kelurahan	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi Awal	Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan	Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Outbreak Response Imunisasi (ORI)	Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Rapid Convenience Assessment	Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Surveilans Lingkungan	Site yg sesuai dengan SOP/Juknis seperti IPAL, open draine	Sesuai kebutuhan

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode	
Dalam Gedung					
5.	Difteri	Promosi Kesehatan			
		a	Advokasi dan Sosialisasi	Pemangku kebijakan	Sesuai kebutuhan
		b	Penyuluhan	Sekolah, kelompok berisiko, perangkat desa dan kelurahan	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi Awal		Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan		Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Outbreak Response Imunisasi (ORI)		Nakes, kelompok berisiko	Sesuai kebutuhan
		Rapid Convenience Assessment		Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Pemberian Profilaksis		Pada Kontak Erat	Sesuai kebutuhan

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
5.	Campak	Promosi Kesehatan		
		a Advokasi	Pemangku kebijakan Pemangku Kebijakan, toga/toma, kelompok professional, perangkat desa/kelurahan	Sesuai kebutuhan
		b Penyuluhan dan Sosialisai	Komunitas, sekolah, kelompok berisiko, tenaga kesehatan dan tenaga medis	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi Awal	Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan	Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Outbreak Response Imunisasi (ORI)	Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Rapid Convenience Assessment	Komunitas	Sesuai kebutuhan
		Pemberian Profilaksis	Pada Kontak Erat	Sesuai kebutuhan

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
5.	Tetanus	Promosi Kesehatan		
		a Advokasi	<ul style="list-style-type: none"> Pemangku Kebijakan, toga/toma, kelompok profesional 	Sesuai kebutuhan
		b Penyuluhan dan Sosialisai	<ul style="list-style-type: none"> Sekolah, semua WUS, masyarakat, kader, dukun 	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi Awal	<ul style="list-style-type: none"> Komunitas 	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan	<ul style="list-style-type: none"> Komunitas 	Sesuai kebutuhan
		Imunisasi Kejar	<ul style="list-style-type: none"> Komunitas 	Sesuai kebutuhan

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
8.	Leptospirosis	Advokasi/Sosialisasi	1. Pemangku Kebijakan, toga/toma, kelompok profesional	Sesuai kebutuhan
		Promosi Kesehatan	• Komunitas	
		Penyelidikan Epidemiologi Awal	• Komunitas	
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan	• Komunitas	
		Surveilans Aktif	• Komunitas	
		Pemasangan perangkap tikus	• Komunitas	Sesuai kebutuhan
9.	Rabies	Advokasi/Sosialisasi	1. Pemangku Kebijakan, toga/toma, kelompok profesional, dinas pertanian, dokter hewan	Sesuai kebutuhan
		Promosi Kesehatan	• Masyarakat yang memiliki hewan peliharaan	
		Penyelidikan Epidemiologi Awal	• Komunitas	
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan	• Komunitas	
		Pemberian VAR	• Kelompok berisiko	
		Penemuan kasus	• Komunitas	

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
10.	Diare	Advokasi/Sosialisasi	1. Pemangku Kebijakan, toga/toma, kelompok profesional	Sesuai kebutuhan
		Promosi Kesehatan	• Komunitas	
		Penyelidikan Epidemiologi Awal	• Komunitas	
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan	• Komunitas	
		Surveilans Aktif	• Komunitas	
		Melakukan respon kesehatan masyarakat ketika terjadi KLB	• Kelompok berisiko	
11	COVID-19	Advokasi/Sosialisasi	1. Pemangku Kebijakan, toga/toma, kelompok profesional	Sesuai kebutuhan
		Promosi Kesehatan	• Masyarakat, kasus, kontak	
		Penyelidikan Epidemiologi Awal	• Komunitas	
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan	• Komunitas	
		Surveilans aktif	• Komunitas	

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
12.	Antraks	Promosi Kesehatan		Sesuai kebutuhan
		1. Advokasi/Sosialisasi	1. Pemangku Kebijakan, toga/toma, kelompok profesiona	
		2. Promosi Kesehatan (Penyuluhan)	• Masyarakat, pemilik ternak, jagal, penjual sate dan pedagang ternak	
		Penyelidikan Epidemiologi Awal	• Komunitas	
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan	• Komunitas	
		Disinfektan	• Tempat berisiko	
13.	Malaria	Advokasi/Sosialisasi	1. Pemangku Kebijakan, toga/toma	Sesuai kebutuhan
		Promosi Kesehatan	• Masyarakat	
		Penyelidikan Epidemiologi Awal	• Komunitas	
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan	• Komunitas	
		Surveilans aktif	• Komunitas	
		Surveilans vektor	• Komunitas	
		Pemberian Obat Pencegahan Secara Masal	• Kelompok berisiko	
		Intervensi vector melalui metode fisik, kimia dan biologi	• Kelompok berisiko	

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Penanggulangan Penyakit



Menu Utama

No	Penyakit	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode
Dalam Gedung				
14.	DBD	Advokasi/Sosialisasi	1. Pemangku Kebijakan	Sesuai kebutuhan
		Promosi Kesehatan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi Awal		
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan		
		Pemeriksaan jentik		
		Intervensi vector dengan metode fisik, kimia dan biologi serta terpadu	Lingkungan berisiko	Sesuai kebutuhan
15.	Filariasis	Advokasi/Sosialisasi		
		Promosi Kesehatan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
		Penyelidikan Epidemiologi Awal		
		Penyelidikan Epidemiologi Lanjutan		
		Pemberian Obat Pencegahan Masal	Kelompok berisiko	Sesuai kebutuhan
		Perawatan Penderita	Kasus	Sesuai kebutuhan

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Kesehatan Lingkungan



Menu Utama

No	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode	Pencatatan & Pelaporan
Dalam Gedung				
1.	Konseling (Klinik Sanitasi)	1. Pasien penyakit berbasis lingkungan 2. Klien (warga yang sehat)	Setiap hari	Register manual
2.	Pengelolaan limbah medis padat dan cair			
	• Sosialisasi Pengelolaan limbah	Nakes	3 bulan sekali	
	• Pengelolaan limbah medis padat dan cair	Limbah medis	Setiap hari	E Monev: http://kesling.kesmas.kemkes.go.id/li mbahfasyankes/
	• Promosi Kesehatan	Nakes	Setiap hari	
3	Pengelolaan linen	Linen Pasien & Petugas	Setiap hari	Register manual

Perencanaan Kegiatan Lapangan – Kesehatan Lingkungan



Menu Utama

No	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode	Pencatatan & Pelaporan
Dalam Gedung				
4	Pemantauan Inspeksi kesling di Fasyankes			
	• Advokasi	Faktor resiko Kesehatan lingkungan		
	• Pengawasan terhadap sarana dan kualitas air minum	Tempat Penyedia Sarana Air Minum	Minimal 1 bulan sekali	SIKELIM
	• Pemantauan PH dan Debit air limbah	Air Limbah	Setiap hari	Log book kualitas air limbah (harian), laporan bulanan di SIKELIM
	• Inspeksi kualitas air keperluan hygiene dan sanitasi	Tempat Penyedia Sarana Air	Minimal 1 bulan sekali	
	• Pemantauan/Inspeksi kesling di Fasyankes	Faktor resiko Kesehatan lingkungan	Minimal 1 Tahun sekali	E satu
	• Uji Laboratorium (pengambilan, pengepakan dan pengiriman sampel)	Sampel air (air limbah, air minum?)	Minimal 1 bulan sekali (air limbah)	SIKELIM
• Promosi Kesehatan	Faktor resiko Kesehatan lingkungan			



Perencanaan Kegiatan – Kesehatan Lingkungan

No	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode	Pencatatan & Pelaporan
Luar Gedung				
1.	Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) tindak lanjut konseling			
	<ul style="list-style-type: none"> Advokasi Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) tindak lanjut konseling Promosi Kesehatan (penyuluhan) 	Rumah, sarana air, sekolah, dll (berdasarkan hasil konseling)	Setiap hari (kesepakatan waktu dengan pasien/ klien)	Register manual
2	Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) program rutin			
	<ul style="list-style-type: none"> Advokasi Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) program rutin 	<ol style="list-style-type: none"> TFU (sekolah, pasar, tempat ibadah, bioskop, tempat rekreasi, hotel, dll) TPP (rumah makan/ restoran, jasa boga, depot air minum (DAM), makanan jajanan) PKAM (Sarana Air Minum di rumah tangga dan komunal) 	Minimal setahun sekali untuk masing-masing lokus	<ol style="list-style-type: none"> E Monev: https://e-satu.kemkes.go.id/ E Monev: https://tpm.kemkes.go.id/kesling-web/ E-Monev: https://pkam.kemkes.go.id
	<ul style="list-style-type: none"> Promosi Kesehatan (penyuluhan) 			



Perencanaan Kegiatan – Kesehatan Lingkungan

No	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode	Pencatatan & Pelaporan
..... Luar Gedung				
3.	STBM			
	Advokasi dan sosialisasi	Stakholder bidang sanitasi di tingkat/kecamatan/desa/kelurahan	Sesuai kebutuhan perubahan perilaku yang difokuskan	
	Pemicuan STBM 1. Pra pemicuan 2. Pelaksanaan pemicuan 3. Monitoring pasca pemicuan	Camat, kepala desa/lurah, tokoh agama, tokoh masyarakat dan Masyarakat di komunitas	Sesuai kebutuhan perubahan perilaku yang difokuskan	
	Mengembangkan Opsi Sarana Sanitasi	Pemerintah kecamatan/desa/kelurahan; Masyarakat di komunitas dan pasar sanitasi	Proses pemenuhan pembangunan layanan sanitasi di tingkat masyarakat	



Perencanaan Kegiatan – Kesehatan Lingkungan

No	Kegiatan	Sasaran	Waktu/ Periode	Pencatatan & Pelaporan
..... Luar Gedung				
3.	STBM			
	Monitoring dan Evaluasi hasil pelaksanaan STBM	Masyarakat dikomunitas	Setiap bulan	
	Verifikasi STBM	Masyarakat di komunitas (seluruh Individu di komunitas)	Setelah dinyatakan mencapai STBM	
	Menjaring komitmen pemerintah di tingkat kecamatan/desa/kelurahan	Camat/kepala desa/lurah dan perangkat kecamatan/desa/kelurahan	Setelah terverifikasi dan mencapai STBM	
4.	Investigasi KLB penyakit berbasis lingkungan	Lokasi KLB	Maksimal 1x24 jam	Register manual

Pedoman Klaster IV

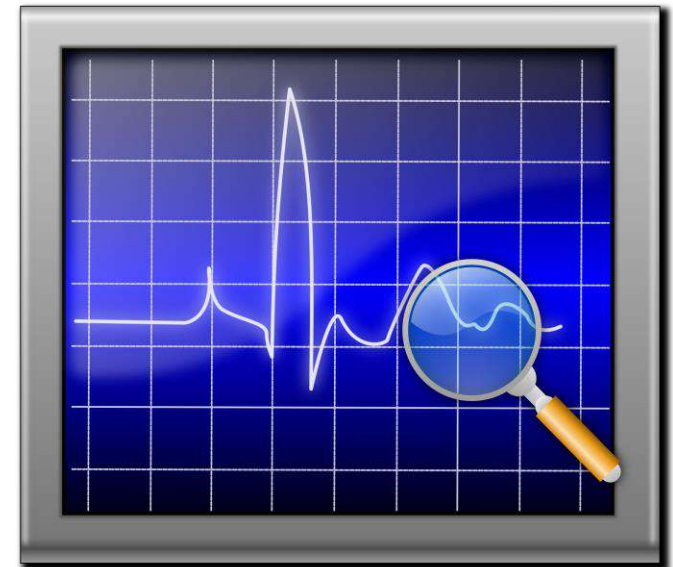
PWS

Definisi Operasional :

Pemantauan Wilayah Setempat merupakan alat manajemen pencatatan dan pelaporan guna memantau situasi kesehatan di suatu wilayah baik di tingkat Puskesmas maupun Dinas Kesehatan di masing-masing daerah yang dilakukan secara berkelanjutan, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerjanya

Kegunaan PWS adalah :

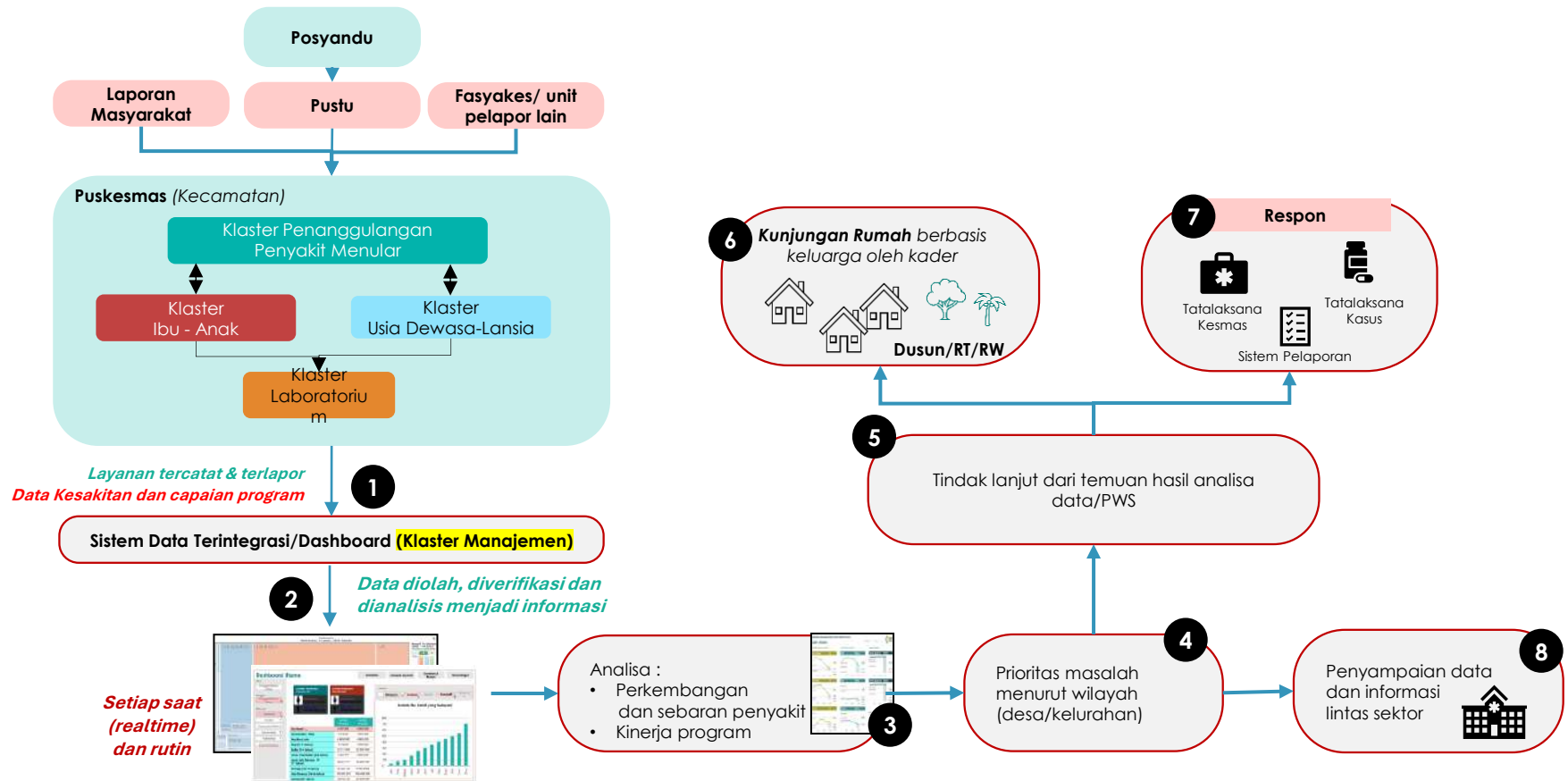
- a. Memantau ~~Morbiditas dan~~ Cakupan pelayanan
- b. Monitoring dan Evaluasi
- c. ~~Pemantauan Deteksi Wabah~~
- d. Pemantauan Masalah Kesehatan
- e. Pemantauan untuk Penilaian Kinerja Puskesmas
- f. Perencanaan Puskesmas
- g. Pembuatan Profil Puskesmas



Bagan Kerja PWS



Menu Utama





Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Cara Perhitungan
Tuberculosis (TBC)	Cakupan penemuan kasus TBC	$\frac{\text{Jumlah semua kasus TB yang ditemukan dan diagnosis selama periode tertentu}}{\text{Jumlah total kasus TBC yang diperkirakan ada di populasi tersebut}} \times 100\%$
	Cakupan Pasien TBC memulai pengobatan (Enrollment)	$\frac{\text{Jumlah pasien TB yang memulai pengobatan}}{\text{Jumlah pasien TBC yang didiagnosis}} \times 100\%$
	Pengobatan Semua Kasus TB	$\frac{\text{Jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan}}{\text{Jumlah penduduk yang ada disuatu wilayah penduduk tertentu}} \times 100\%$
	Angka Keberhasilan Pengobatan TB	$\frac{\text{Jumlah semua kasus TB yang sembuh dan pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan}} \times 100\%$
	Cakupan penemuan kasus TB RO	$\frac{\text{Jumlah kasus TB yang hasil pemeriksaan TCM maupun konvensionalnya menunjukkan resistensi terhadap rifampisin (RR) dan atau TB MDR}}{\text{Perkiraan kasus TB RO}} \times 100\%$
	Cakupan pasien TB RO memulai pengobatan (Enrollment)	$\frac{\text{Jumlah pasien TB RO yang memulai pengobatan}}{\text{Jumlah pasien TB RO yang didiagnosis pada periode tertentu}} \times 100\%$



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Cara Perhitungan
Tuberculosis (TBC)	Angka keberhasilan pengobatan pasien TB RO	$\frac{\text{Jumlah kasus TB resisten obat (TB resisten rifampisin dan atau TB MDR) yang dinyatakan sembuh dan pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah kasus TB resisten obat (TB resisten rifampisin dan atau TB MDR) yang memulai pengobatan TB lini kedua}} \times 100\%$
	Presentase pasien TB yang mengetahui status HIV	$\frac{\text{Jumlah pasien TB yang mempunyai hasil tes HIV yang dicatat di formulir pencatatan TB dan hasil tes HIV diketahui termasuk pasien TB yang sebelumnya mengetahui status HIV pada saat ini}}{\text{Jumlah Seluruh pasien TB terdaftar (ditemukan dan diobati)}} \times 100\%$
	Cakupan Investigasi Kontak pada pasien TB klinis	$\frac{\text{Jumlah individu yang telah diperiksa atau diinvestigasi karena kontak erat dengan pasien TB klinis,}}{\text{Jumlah Total individu yang seharusnya diinvestigasi berdasarkan jumlah kontak yang teridentifikasi}} \times 100\%$
	Cakupan Terapi Pencegahan Tuberculosis (TPT)	$\frac{\text{Jumlah individu yang telah memulai menjalankan TPT}}{\text{Jumlah individu yang telah teridentifikasi dan dinyatakan memerlukan TPT}} \times 100\%$
	% angka penyelesaian pemberian TPT	$\frac{\text{Jumlah individu yang menyelesaikan TPT}}{\text{Jumlah individu yang memulai TPT}} \times 100\%$
	Cakupan penemuan TB anak	$\frac{\text{Jumlah seluruh kasus Tb anak yang ditemukan}}{\text{Perkiraan jumlah kasus TB anak}} \times 100\%$



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Cara Perhitungan
Frambusia	Pelaporan bulanan puskesmas ke dinas 100% dalam setahun	
	Jumlah kasus suspek RDT/RDP negatif (discarded) dalam 12 bulan terakhir.	
	100% Sekolah dilakukan pemeriksaan frambusia	$\frac{\text{Jumlah sekolah yang diperiksa}}{\text{Jumlah sekolah}} \times 100\%$
	90 % anak murid kelas 3, 4 dan 5 dilakukan pemeriksaan frambusia	$\frac{\text{Jumlah siswa kelas 3,4 dan 5 yang diperiksa}}{\text{Jumlah siswa kelas 3,4 dan 5}} \times 100\%$
	% desa/kelurahan dilakukan pemeriksaan frambusia	$\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan yang diperiksa}}{\text{Jumlah desa/kelurahan}} \times 100\%$
Kusta	Semua penderita kusta ditemukan dan diobati sesuai standar	
	% kusta selesai pengobatan tepat waktu (RFT) (target : >90 %)	$\frac{\text{Jumlah penderita selesai pengobatan tepat waktu}}{\text{Jumlah penderita selesai pengobatan pada periode ttt}} \times 100\%$
	Penderita kusta baru yang ditemukan tanpa cacat tingkat 2 (target : 100 %)	$\frac{\text{Jumlah penderita kusta baru yang ditemukan tanpa cacat tingkat 2}}{\text{Jumlah penderita kusta baru}} \times 100\%$
	Semua kontak erat penderita kusta (serumah dan tetangga) dilakukan pemantauan kontak (100 %) (pemeriksaan sekali setahun selama minimal 5 tahun berturut-turut)	
	Survei desa berisiko penularan 1 tahun sekali	



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan
HIV & IMS	Cakupan ODHIV mengalami supresi virus	Persentase ODHIV yang mengalami supresi virus	$\frac{\text{Jumlah ODHIV dengan Viral Load} < 1000 \text{ copies/mL}}{\text{Jumlah Total ODHIV yang menjalani pengobatan ARV}} \times 100\%$
	Cakupan ODHIV dalam pengobatan ARV(on ART)	% ODHIV yang melakukan pengobatan ARV	$\frac{\text{Jumlah ODHIV yang sedang menjalani pengobatan ARV}}{\text{Jumlah Total ODHIV yang tahu status HIV}} \times 100\%$
	Cakupan Penemuan Kasus	% orang yang diagnosis HIV	$\frac{\text{Jumlah orang baru yang terdiagnosis HIV pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah estimasi ODHIV pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	Cakupan Pengobatan ARV	Persentase ODHIV baru yang memulai pengobatan ARV	$\frac{\text{Jumlah ODHIV baru yang memulai pengobatan ARV pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah orang baru didiagnosis pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	Cakupan tes HIV	Persentase orang yang di tes HIV	$\frac{\text{Jumlah orang yang dites HIV pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran tes pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	Cakupan tes HIV pada ibu hamil	Persentase ibu hamil yang di tes HIV	$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang dites HIV pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah ibu hamil pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	Cakupan pengobatan ARV pada ibu hamil	Persentase ODHIV hamil yang baru memulai pengobatan ARV	$\frac{\text{Jumlah ODHIV hamil yang baru mulai pengobatan ARV pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah ODHIV hamil pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	Cakupan pemberian ARV profilaksis pada bayi	Persentase bayi lahir dari ODHIV yang mendapatkan profilaksis ARV < 72 jam	$\frac{\text{Jumlah bayi lahir dari ODHIV yang mendapat ARV profilaksis} < 72 \text{ jam pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah bayi lahir dari ODHIV pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	Cakupan tes sifilis pada ibu hamil	Persentase ibu hamil yang dites serologis sifilis	$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang dites serologi sifilis pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah ibu hamil pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan
HIV & IMS	Cakupan profilaksis BPG pada bayi lahir dari ibu sifilis	Persentase bayi lahir dari ibu sifilis yang mendapatkan profilaksis BPG	$\frac{\text{Jumlah bayi lahir dari ibu sifilis yang mendapatkan BPG pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah bayi lahir dari ibu sifilis pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	% pasien sifilis yang diobati	Persentase pasien sifilis yang diobati	$\frac{\text{Jumlah pasien sifilis yang diobati pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah pasien sifilis yang didiagnosis pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	% skrining (kaji status) TBC di antara ODHIV	Persentase ODHIV baru yang diskriming TBC atau dikaji status TBC	$\frac{\text{Jumlah ODHIV baru yang diskriming TBC pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah ODHIV baru pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	% pemberian TPT pada ODHIV	Persentase Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) pada ODHIV baru dan lama yang memenuhi syarat TPT	$\frac{\text{Jumlah ODHIV baru dan lama didiagnosis HIV (masuk PDP) yang memulai TPT pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah ODHIV baru dan lama yang dilaporkan –ODHIV dengan TBC aktif, suspek TBC, Kontraindikasi obat TPT dan sudah pernah mendapatkan TPT dalam 5th terakhir (tidak ada gejala atau tanda TBC) pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	% penyelesaian TPT pada ODHIV	Persentase ODHIV baru dan lama yang menyelesaikan TPT di antara ODHIV baru dan lama yang mendapatkan TPT	$\frac{\text{Jumlah ODHIV baru dan lama yang menyelesaikan TPT pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah ODHIV baru dan lama yang mendapatkan TPT pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan
HIV & IMS	% ODHIV yang terkonfirmasi TBC dan mendapatkan pengobatan TBC	Persentase ODHIV yang terkonfirmasi TBC dan mendapatkan pengobatan TBC dan ARV	$\frac{\text{Jumlah pasien koinfeksi TB-HIV yang mendapatkan obat ARV dan OAT pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah pasien koinfeksi TB-HIV pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	% orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar (SPM)	Persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar	$\frac{\text{Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu tertentu satu tahun}}{\text{Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV di Kabupaten atau Kota pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$



Daftar Indikator

No	Indikator	Target	Cara Perhitungan
1	Penemuan penderita Diare semua umur di Sarana	90%	$90\% \times$ perkiraan penderita diare yang datang ke pelayanan
2	Penemuan penderita Diare pada balita di sarana	100%	$100\% \times$ perkiraan penderita diare yang datang ke pelayanan
3	Penemuan penderita Diare oleh Kader	10%	$10\% \times$ Perkiraan Penderita diare semua umur dalam satu tahun

Keterangan :

- Perkiraan penderita diare semua umur adalah angka kesakitan kali jumlah penduduk
- Penderita diare yang datang ke pelayanan = $10\% \times$ perkiraan penderita diare semua umur
- Perkiraan penderita diare pada balita adalah angka kesakitan diare balita x jumlah balita dalam setahun
- Perkiraan penderita diare pada balita yang datang ke pelayanan = 20% dari perkiraan penderita diare pada balita



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Cara Perhitungannya
Hepatitis	Cakupan skrining hepatitis B	
	Cakupan skrining hepatitis C	
	Cakupan penanganan hepatitis B	
	Cakupan pengobatan lengkap hepatitis C	
COVID-19	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	
	Ketepatan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 80\%$	



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Cara perhitungan
Campak Rubella (MR)	Semua suspek campak yang ditemukan dilakukan pengujian serologi campak/rubella,	Jumlah suspek campak diambil spesimen serum dibagi jumlah suspek campak dikali 100%
	Suspek campak discarded minimal 1 kasus atau lebih per Puskesmas dalam 12 bulan terakhir	Jumlah suspek campak dengan hasil serologi negatif campak negatif rubella
	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	Jumlah laporan yang masuk dibagi jumlah laporan yang seharusnya masuk x 100%
	Ketepatan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 80\%$	Jumlah laporan yang masuk tepat waktu pada hari Senin atau Selasa pada minggu epidemiologi dibagi jumlah laporan yang seharusnya masuk x 100%



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Cara perhitungan
Polio	Cakupan bOPV dosis 1, 2, 3 dan 4 > 95% per desa	
	Cakupan IPV 1 dan 2 >95% per desa	
	Non Polio AFP rate pada penduduk berusia < 15 tahun dengan Target: $\geq 2/100.000$ (tk kab/prov) dibreak down melalui Penemuan kasus AFP minimal 1 kasus per puskesmas per tahun	Non polio AFP rate = jumlah kasus non AFP yg dilaporkan/jmlh penduduk <15 tahun *100.000
	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	Jumlah laporan yang masuk dibagi jumlah laporan yang seharusnya masuk x 100%
	Ketepatan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 80\%$	Jumlah laporan yang masuk tepat waktu pada hari Senin atau Selasa pada minggu epidemiologi dibagi jumlah laporan yang seharusnya masuk x 100%
	Specimen adekuat	Jumlah kasus AFP yang diinvestigasi dengan spesimen adekuat dibagi jumlah kasus AFP yang diinvestigasi dikali 100%



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Cara perhitungan
Difteri	Penemuan suspek difteri minimal 1 kasus per tahun	
	% suspek yang ditemukan dilakukan investigasi kasus difteri (<24 jam)	
	Kasus suspek Difteri yang diinvestigasi adekuat (< 48 jam) $\geq 80\%$	
	Kasus suspek Difteri yang diperiksa spesimennya $\geq 80\%$	Jumlah suspek difteri yang diperiksa spesimen dibagi jumlah total suspek difteri dikali 100%
	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	Jumlah laporan yang masuk dibagi jumlah laporan yang seharusnya masuk x 100%



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Cara perhitungan
Tetanus	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	
	Ketepatan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 80\%$	Jumlah laporan yang masuk tepat waktu pada hari Senin atau Selasa pada minggu epidemiologi dibagi jumlah laporan yang seharusnya masuk x 100%
	90% jumlah kasus TN yang diinvestigasi dibagi jumlah kasus TN yang dilaporkan dikali 100%	jumlah kasus TN yang diinvestigasi dibagi jumlah kasus TN yang dilaporkan x 100%
	80% jumlah suspek TN yang diinvestigasi dalam waktu 7 hari sejak dilaporkan dibagi jumlah kasus TN yang diinvestigasi 100%	jumlah suspek TN yang diinvestigasi dalam waktu 7 hari sejak dilaporkan dibagi jumlah kasus TN yang diinvestigasi dikali 100%
	100% jumlah ibu dengan kasus TN yang menerima vaksin Td berdasarkan hasil skrining saat investigasi dibagi jumlah total investigasi kasus TN dibagi 100	
	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Cara Perhitungan
Difteri	Penemuan suspek difteri minimal 1 kasus per tahun	
	% suspek yang ditemukan dilakukan investigasi kasus difteri (<24 jam)	
	Kasus suspek Difteri yang diinvestigasi adekuat (< 48 jam) $\geq 80\%$	
	Kasus suspek Difteri yang diperiksa spesimennya $\geq 80\%$	
	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	
Tetanus	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	
	Ketepatan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 80\%$	
	90% jumlah kasus TN yang diinvestigasi dibagi jumlah kasus TN yang dilaporkan dikali 100%	
	80% jumlah suspek TN yang diinvestigasi dalam waktu 7 hari sejak dilaporkan dibagi jumlah kasus TN yang diinvestigasi 100%	
	100% jumlah ibu dengan kasus TN yang menerima vaksin Td berdasarkan hasil skrining saat investigasi dibagi jumlah total investigasi kasus TN dibagi 100	
	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	
DBD	Angka Kesakitan	$\frac{\text{jumlah kasus baru dalam kurun waktu tertentu}}{\text{jumlah populasi dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	CFR	$\frac{\text{jumlah kematian dalam kurun waktu tertentu}}{\text{jumlah populasi dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	Attacke Rate	$\frac{\text{jumlah kasus baru dalam periode KLB}}{\text{jumlah populasi berisiko pada periode KLB yang sama}} \times 100\%$
	Angka Bebas Jentik	$\frac{\text{jumlah rumah atau bangunan pada suatu wilayah yang tidak terdapat jentik}}{\text{jumlah rumah/bangunan pada wilayah yang sama diperiksa}} \times 100\%$
Malaria	Angka Kesakitan	$\frac{\text{jumlah kasus baru dalam kurun waktu tertentu}}{\text{jumlah populasi dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	CFR	$\frac{\text{jumlah kematian dalam kurun waktu tertentu}}{\text{jumlah populasi dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	Attacke Rate	$\frac{\text{jumlah kasus baru dalam periode KLB}}{\text{jumlah populasi berisiko pada periode KLB yang sama}} \times 100\%$
	Proporsi Sediaan Darah	$\frac{\text{jumlah sediaan darah diperiksa positif}}{\text{jumlah sediaan darah diperiksa}} \times 100\%$
	Proporsi skrining Ibu Hamil	$\frac{\text{jumlah ibu yang diskriming}}{\text{jumlah sasaran ibu hamil}} \times 100\%$
	Indeks Habitat	$\frac{\text{Jumlah habitat positif jentik Anopheles}}{\text{jumlah seluruh habitat yang diperiksa}} \times 100\%$
Filariasis	% Kelengkapan Laporan Data Penderita Filariasis Kronis Desa/Kelurahan (100 %)	$\frac{\text{Jumlah desa yang melaporkan data lengkap}}{\text{jumlah kelurahan/desa}} \times 100\%$
	% Penderita mendapat pengobatan dan perawatan (100%)	$\frac{\text{Jumlah penderita mendapat pengobatan dan perawatan}}{\text{jumlah penderita}} \times 100\%$



Daftar Indikator

Nama Penyakit	Indikator	Cara Perhitungan
GHPR	Persentase kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR) yang dilakukan pencucian luka sesuai protap	Jumlah kasus GHPR yang mendapatkan cuci luka sesuai protap/ jml kasus GHPR yang datang ke faskes dikali 100%
	Persentase jumlah kasus GHPR kategori luka 2 dan 3 yang mendapatkan VAR lengkap	Jumlah kasus GHPR kategori luka 2 & 3 yang mendapat VAR lengkap/ jml kasus GHPR kategori luka 2 & 3 yang datang ke faskes dikali 100%
Antraks	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	
	Ketepatan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 80\%$	
	Persentase kasus antraks yang ditangani sesuai SOP	
Leptospirosis	Kelengkapan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 90\%$	
	Ketepatan laporan Puskesmas (SKDR) $\geq 80\%$	

Pedoman Klaster IV

PWS

Kesehatan Lingkungan

Daftar Indikator Kesehatan Lingkungan

No	Indikator	Cara Perhitungan
1	Kab/Kota dengan kualitas air minum aman	Jumlah total kab/kota yang melaksanakan Surveilans KAMRT untuk menghasilkan data kab/kota dengan kualitas air minum aman
2	Persentase KK SBS	$\frac{\text{Jumlah KK dg akses sanitasi aman, akses sanitasi layak sendiri, akses sanitasi layak bersama dan akses sanitasi belum layak (BABS tertutup)}}{\text{Jumlah Kepala Keluarga}} \times 100\%$
3	Persentase KK dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Layak	$\frac{\text{Jumlah KK dg akses sanitasi aman, akses sanitasi layak sendiri, akses sanitasi layak bersama}}{\text{Jumlah Kepala Keluarga}} \times 100\%$
4	Persentase KK dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Aman	$\frac{\text{Jumlah KK dg akses sanitasi aman}}{\text{Jumlah Kepala Keluarga}} \times 100\%$



Daftar Indikator Kesehatan Lingkungan

No	Indikator	Cara Perhitungan
1	Persentase desa/kelurahan stop BABS (SBS)	$\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan yang telah terverifikasi SBS di wilayah dan pada periode tertentu}}{\text{Jumlah desa/kelurahan di wilayah dan pada periode yang sama}} \times 100\%$
2	Persentase KK CTPS	$\frac{\text{Jumlah KK CTPS yang telah terverifikasi di wilayah dan pada periode yang sama}}{\text{Jumlah Kepala Keluarga}} \times 100\%$
3	Persentase KK PAMMRT	$\frac{\text{Jumlah KK PAMMRT yang telah terverifikasi di wilayah dan pada periode yang sama}}{\text{Jumlah Kepala Keluarga}} \times 100\%$
4	Persentase KK PSRT	$\frac{\text{Jumlah KK PSRT yang telah terverifikasi di wilayah dan pada periode yang sama}}{\text{Jumlah Kepala Keluarga}} \times 100\%$
5	Persentase KK PALDRT	$\frac{\text{Jumlah KK PALDRT yang telah terverifikasi di wilayah dan pada periode yang sama}}{\text{Jumlah Kepala Keluarga}} \times 100\%$
6	Persentase desa/kelurahan lima pilar STBM	$\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan yang telah terverifikasi 100% SBS dan minimal 75% melaksanakan pilar 2,3,4 dan minimal 30% melaksanakan pilar 5 wilayah dan pada periode tertentu}}{\text{Jumlah desa/kelurahan di wilayah dan pada periode yang sama}} \times 100\%$

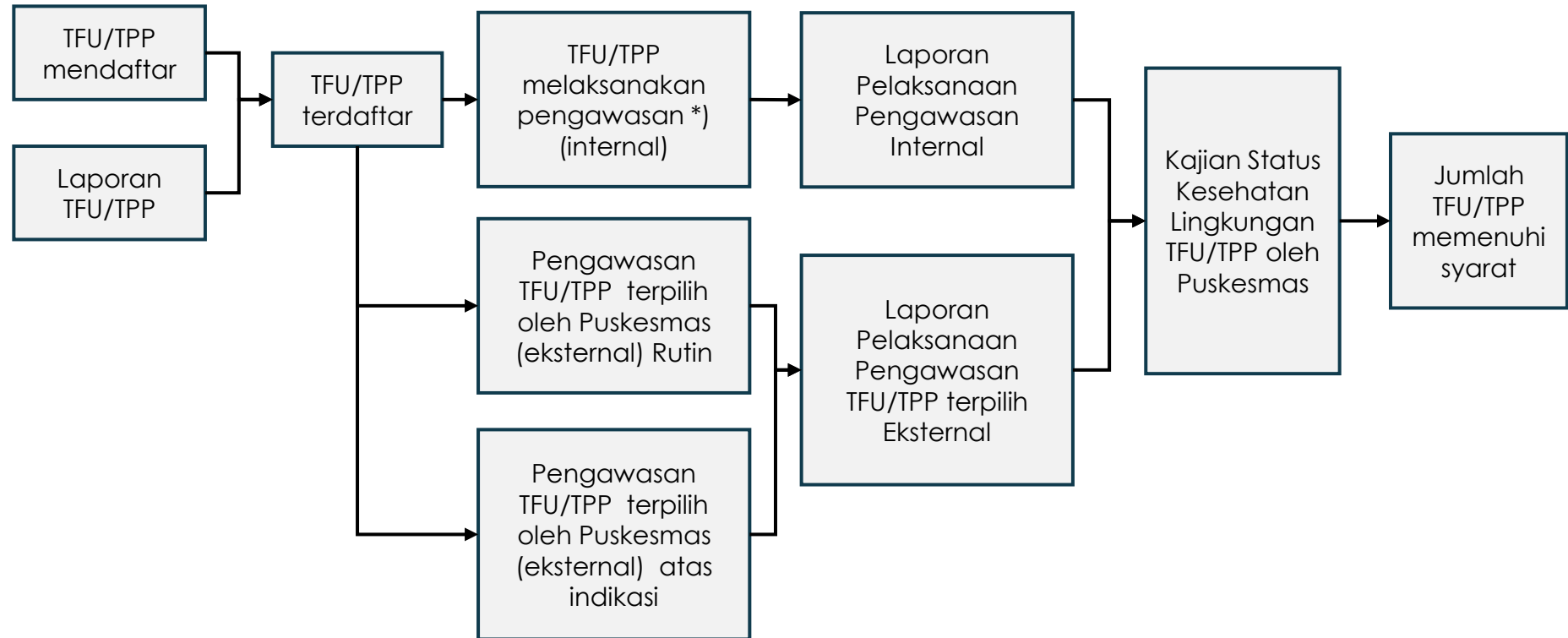


Daftar Indikator Kesehatan Lingkungan

Indikator	Cara Perhitungan	
TFU/TPP/PAM		
Persentase tempat dan fasilitas umum (TFU) melaksanakan pengawasan kesehatan lingkungan	Jumlah TFU melaksanakan pengawasan TFU	X 100
	Jumlah TFU terdaftar	
Persentase tempat dan fasilitas umum (TFU) memenuhi syarat	Jumlah TFU memenuhi syarat	X 100
	Jumlah TFU terdaftar	
<p>Target setiap TFU melaksanakan pengawasan TFU (laporan) minimal sekali setahun</p> <p>Target TFU di wilayah Puskesmas memenuhi syarat adalah 65 % atau lebih</p> <p>Target TPP di wilayah Puskesmas memenuhi syarat adalah</p> <p>Target PAM di wilayah Puskesmas memenuhi syarat adalah</p>		
<p>Sumber data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan Pelaksanaan Pengawasan TFU oleh Penyelenggara TFU 2. Laporan Pelaksanaan Pengawasan TFU oleh Puskesmas 2. Data TFU terdaftar di Puskesmas 		

Skema PWS kesling (TFU/TPP)

Proses Data di Peroleh (Pencatatan dan Pelaporan)



*) Pengawasan kesehatan lingkungan TFU/TPP : pengawasan/pemantauan dengan formulir IKL, uji lab sesuai standar, analisis risiko /penilaian status kesehatan lingkungan dan rencana perbaikan

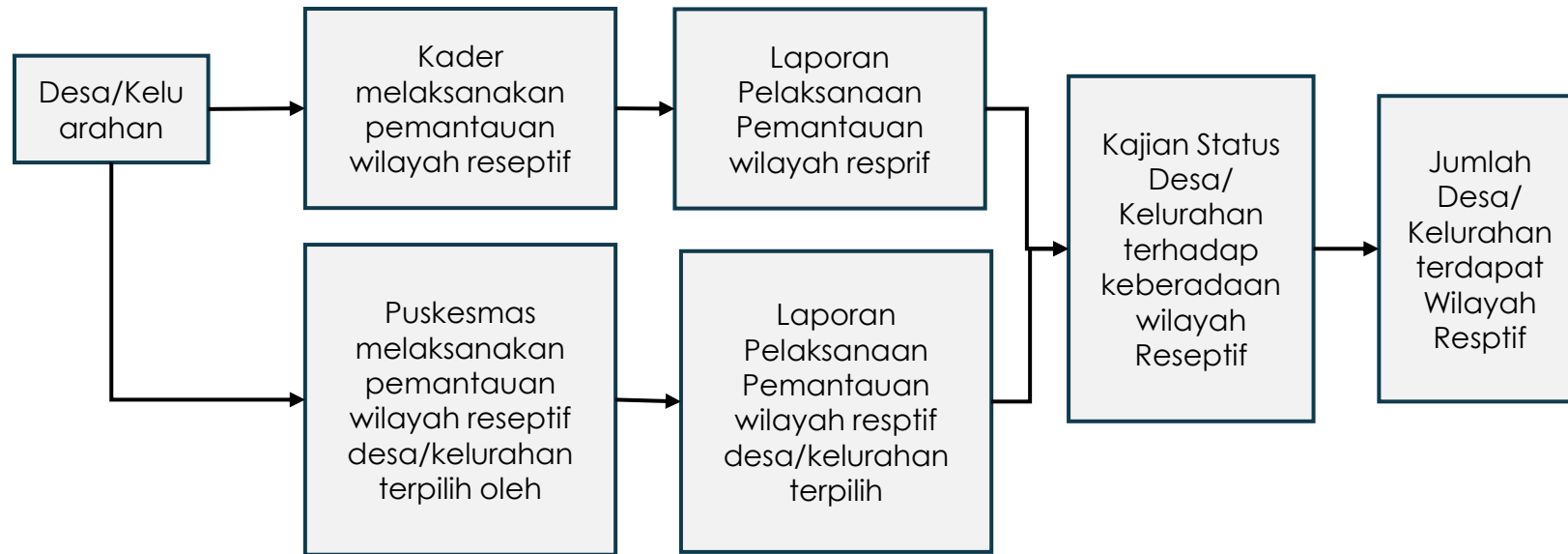
Daftar Indikator Kesehatan Lingkungan

Indikator	Cara Perhitungan	
Pemantauan Wilayah Reseptif Malaria di Desa/Kelurahan		
Persentase desa/kelurahan melaksanakan pemantauan wilayah reseptif vektor penular malaria	Jumlah desa/kelurahan melaksanakan pemantauan wilayah reseptif vektor penular malaria	X 100
	Jumlah desa/kelurahan	
Persentase desa/kelurahan dengan wilayah reseptif vektor penular malaria	Jumlah desa/kelurahan terdapat wilayah reseptif vektor penular malaria	X 100
	Jumlah desa/kelurahan	
Target Persentase desa/kelurahan melaksanakan pemantauan wilayah reseptif 100 %		
Target % desa/kelurahan tidak ada wilayah reseptif (sesuai kebijakan daerah)		
Sumber data		
1. Laporan Pelaksanaan Pemantauan Wilayah Reseptif Vektor Penular Malaria Desa/Kelurahan oleh petugas pelaksana entomologi Puskesmas (bekerjasama dengan kader)		
2. Data Desa/Kelurahan		



Skema PWS kesling (Pemantauan Reseptif Malaria)

Proses Data di Peroleh (Pencatatan dan Pelaporan)



*) Pemantauan keberadaan wilayah reseptif vektor penular malaria di desa/kelurahan : melakukan pemeriksaan adanya tempat berkembang biak vektor penular malaria di desa dan analisis risiko terjadinya penularan malaria

*reseptif : tempat berkembangbiak vector malaria

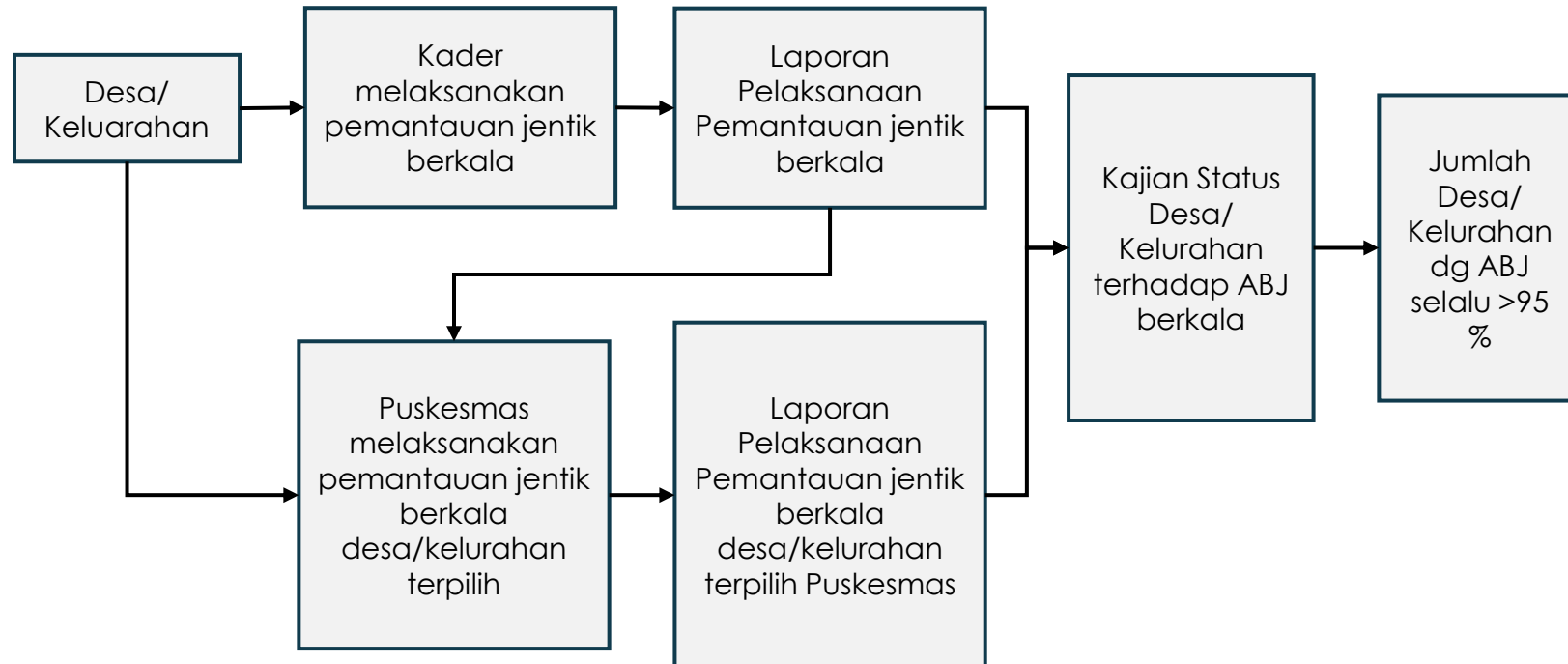
Daftar Indikator Kesehatan Lingkungan

Indikator	Cara Perhitungan	
Pemantauan Tempat Berkembang Biak Vektor Penular Dengue		
Persentase desa/kelurahan melaksanakan pemantauan jentik vektor penular dengue berkala mingguan	Jumlah desa/kelurahan melaksanakan pemantauan jentik berkala dalam 40 minggu atau lebih pada 52 minggu terakhir	X 100
	Jumlah desa/kelurahan	
Persentase desa/kelurahan dengan ABJ terukur selalu lebih dari 95 %	Jumlah desa/kelurahan dengan ABJ terukur selalu lebih dari 95 %	X 100
	Jumlah desa/kelurahan	
Target Persentase desa/kelurahan melaksanakan pemantauan jentik berkala 100 %		
Target % desa/kelurahan dg ABJ terukur selalu lebih dari 95 % adalah 100 %		
Sumber data		
1. Laporan Pelaksanaan Pemantauan Tempat Berkembang biak Vektor Penular Dengue Desa/Kelurahan oleh petugas pelaksana entomologi Puskesmas (bekerjasama dengan kader)		
2. Data Desa/Kelurahan		



Skema PWS kesling (Pemantauan Tempat Berkembang Biak Vektor Penular Dengue)

Proses Data di Peroleh (Pencatatan dan Pelaporan)





Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

Indikator	Definisi Operasional
Surveilans Kualitas Air Minum Rumah Tangga	Surveilans Kualitas Air Minum di rumah tangga yang merepresentasikan kondisi kualitas air minum dalam suatu kondisi wilayah kab/kota, dilaksanakan setiap satu tahun sekali.
Sasaran populasi	Seluruh Rumah Tangga di setiap kabupaten/kota
Target jumlah sampel per puskesmas	Ketentuan Jumlah Sampel per Puskesmas adalah : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah sampel rumah tangga berasal dari seluruh puskesmas yang ada di Kab/Kota tersebut. 2. Merujuk pada Pedoman Surveilans Kualitas Air Minum Rumah Tangga yang telah melalui perhitungan sampel, maka sampel minimum adalah 200 sampel rumah tangga per Kab/Kota. 3. Rata-rata sampel minimal yang diambil per puskesmas 15-20 sampel selama memenuhi ketentuan minimal sampel rumah tangga adalah 150-200., tergantung anggaran 4. Bagi Kab/Kota yang memiliki jumlah puskesmas sedikit (< 13 Puskesmas), maka sampel minimal adalah 200 dibagi jumlah puskesmas.
Akses rumah tangga dengan air minum aman	Jumlah dari rumah tangga menggunakan sumber air minum akses layak, lokasi sumber air minum berada di dalam atau di halaman rumah (on premises), tersedia setiap saat dibutuhkan, dan memenuhi syarat kualitas air minum sebagaimana tercantum pada PERMENKES Kualitas Air Minum yang sedang berlaku. Apabila dari salah satu parameter fisik/kimia/mikrobiologi terdapat parameter yang tidak memenuhi syarat, maka dianggap tidak aman.



Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

Indikator	Definisi Operasional
Akses rumah tangga dengan air minum layak	Rumah tangga yang menggunakan sumber air minum yang terlindung, dengan resiko penilaian inspeksi kesehatan lingkungan kualitas sarana berada pada katagori Rendah dan Sedang, meliputi: (i) ledeng perpipaan (keran individual); (ii) ledeng eceran; (iii) keran umum/hydrant umum; (iv) terminal air; (v) penjual eceran; (vi) penampungan air hujan (PAH); (vii) mata air terlindungi; (viii) sumur terlindungi; dan (ix) sumur bor atau sumur pompa.
Akses rumah tangga dengan air minum tidak layak	Rumah tangga menggunakan sumber air minum yang berasal dari sumur tidak terlindung atau mata air tidak terlindung atau atau sumber air minum lainnya yang tidak terlindungi (sebagai implementasi dalam inspeksi kesehatan lingkungan untuk pengawasan kualitas air minum pada sarana adalah ketika penilaian masuk dalam katagori resiko tinggi).
Akses rumah tangga dengan tidak ada akses	Rumah tangga menggunakan sumber air secara langsung tanpa pengolahan yang berasal dari air permukaan seperti sungai, danau, waduk, atau kolam.
Kab/Kota dengan kualitas air minum aman	Jumlah total kab/kota yang melaksanakan Surveilans KAMRT untuk menghasilkan data kab/kota dengan kualitas air minum aman



Kesehatan Lingkungan

Upaya Penyehatan Media Lingkungan (Inspeksi Kesehatan Lingkungan) :

Indikator	Definisi Operasional	
Mikrobiologi	Persyaratan Mikrobiologi memenuhi syarat (MS) jika kedua parameter mikrobiologi memenuhi syarat yaitu E.coli dan Total Coliform. Apabila salah satu diantara parameter mikrobiologi tidak memenuhi syarat, maka dianggap tidak memenuhi syarat (TMS).	
	Syarat E.coli	0 CFU/100ml
Fisik	Persyaratan Fisik memenuhi syarat (MS) jika seluruh parameter fisik memenuhi syarat yaitu pH dan TDS. Apabila salah satu diantara parameter mikrobiologi tidak memenuhi syarat, maka dianggap tidak memenuhi syarat (TMS).	
	PH	6.5-8.5
	TDS	≤ 300 mg/L
Kimia	Persyaratan Kimia memenuhi syarat (MS) jika seluruh parameter kimia memenuhi syarat yaitu Nitrat, Nitrit dan Chrom Val 6. Apabila salah satu diantara parameter mikrobiologi tidak memenuhi syarat, maka dianggap tidak memenuhi syarat (TMS).	
	Nitrat (sebagai ion Nitrat)	≤ 20 mg/L
	Nitrit	≤ 3 mg/L
	Chrom Val 6	≤ 0,01 mg/L



Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

Indikator	Definisi Operasional
Akses Sanitasi Aman	Pengguna fasilitas sanitasi rumah tangga milik sendiri, menggunakan kloset leher angsa yang memiliki tangki septik dan disedot setidaknya sekali dalam 3-5 tahun terakhir atau terhubung ke Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL)
Akses Sanitasi Layak Sendiri	Pengguna fasilitas sanitasi rumah tangga milik sendiri, menggunakan kloset leher angsa dengan tangki septik yang belum pernah disedot (perkotaan) atau menggunakan leher angsa dengan lubang tanah/cubluk (perdesaan)
Akses Sanitasi Layak Bersama (Sharing)	Pengguna fasilitas sanitasi bersama rumah tangga lain tertentu yang : 1) menggunakan kloset leher angsa dengan tangki septik yang belum pernah disedot (perkotaan) atau 2) menggunakan kloset leher angsa dengan lubang tanah/cubluk (perdesaan)
Akses Belum Layak	Pengguna fasilitas sanitasi rumah tangga sendiri atau digunakan bersama dengan rumah tangga lain tertentu : 1) kloset menggunakan leher angsa dengan lubang tanah/cubluk (perkotaan); 2) menggunakan plengsengan dengan tutup dengan lubang tanah/cubluk (perdesaan); atau 3) fasilitas umum (pasar/masjid/dll) yang sudah memenuhi syarat (tangki septik)



Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

Indikator	Definisi Operasional
BABS Tertutup	Pengguna fasilitas sanitasi : 1) ada bangunan atas (atap, dinding, ½ bangunan tutup sementara) atau bangunan tengah (menggunakan kloset leher angsa dan atau menggunakan plengsengan dengan tutup); atau 2) fasilitas umum (pasar/masjid/dll) yang memiliki tempat pembuangan akhir tinja berupa kolam/sawah/sungai/danau/laut dan atau pantai/tanah lapang/kebun dan lainnya
BABS Terbuka	Tidak memiliki fasilitas sanitasi rumah tangga atau memiliki fasilitas sanitasi rumah tangga namun tidak menggunakannya (masih berperilaku buang air besar sembarangan ditempat terbuka)
KK SBS	Kepala Keluarga yang tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan yang berpotensi menyebarkan penyakit (kriteria 1,2,3, dan 4) dan pembuangan akhirnya tidak mencemari lingkungan
KK dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Layak	Kepala Keluarga yang memiliki akses sanitasi layak bersama, akses sanitasi layak sendiri termasuk akses sanitasi aman (kriteria 1, 2, dan 3)
KK dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Aman	Kepala Keluarga yang menggunakan fasilitas sanitasi rumah tangga milik sendiri menggunakan leher angsa dengan tangki septik yang disedot setidaknya sekali dalam 3-5 tahun terakhir atau terhubung ke Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL) (kriteria 1)



Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

Indikator	Definisi Operasional
Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)	Pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan. Perilaku yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan STBM meliputi 5 pilar yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT), Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT).
Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	Kondisi ketika setiap KK dalam desa/kelurahan tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan yang berpotensi menyebarkan penyakit
Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)	Kondisi ketika setiap KK dalam desa/kelurahan memiliki sarana CTPS dengan air mengalir dan sabun, dapat mempraktikkan dan mengetahui waktu kritis CTPS serta mengetahui waktu kritis CTPS
Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT)	Kondisi ketika setiap KK dalam desa/kelurahan melakukan pengolahan air minum, penyimpanan air minum, penyimpanan peralatan pengolahan pangan dengan aman dan menjaga kebersihannya, dan penyajian makanan dan minuman dengan baik dan benar
Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT)	Kondisi ketika setiap KK dalam desa/kelurahan sudah tidak ada sampah berserakan di lingkungan sekitar rumah, memiliki tempat sampah yang tertutup, kuat dan mudah dibersihkan, melakukan perlakuan yang aman (tidak dibakar) untuk sampah rumah tangga dan telah melakukan pemilahan sampah rumah tangga



Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

Indikator	Definisi Operasional
Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT)	Kondisi ketika setiap KK dalam desa/kelurahan sudah tidak ada genangan air di sekitar rumah, memiliki saluran pembuangan limbah cair rumah tangga yang kedap dan tertutup, dan terhubung dengan sumur resapan dan atau sistem pengolahan limbah
Lima Pilar STBM	Kondisi ketika satu tingkatan komunitas telah menyatakan 100% KK Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan minimal 50% KK telah melaksanakan pilar 2, 3, 4 dan 5
Pengelola Kualitas Udara dalam Rumah Tangga (PKURT)	Kondisi ketika setiap KK yang mengupayakan terjadinya pertukaran udara yang sehat (memaksimalkan penggunaan ventilasi, memaksimalkan cahaya matahari masuk ke dalam rumah, tidak ada asap rokok, tidak ada asap dapur)
Rumah Sehat	Kondisi ketika setiap KK telah melakukan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT), Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT) dan Pengelolaan Kualitas Udara dalam Rumah Tangga (kriteria 3,4,5,6, dan 8)
Persentase Desa/ Kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	Persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) didefinisikan sebagai desa/kelurahan yang seluruh penduduknya tidak lagi melakukan praktik buang air besar sembarangan melalui proses verifikasi.



Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

Indikator	Definisi Operasional
Persentase KK Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)	Persentase KK Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) didefinisikan sebagai KK yang sudah memiliki sarana CTPS dengan air mengalir dan sabun, dapat mempraktikkan dan mengetahui waktu kritis CTPS (kriteria 3)
Persentase KK Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT)	Persentase KK Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT) didefinisikan sebagai KK yang sudah menerapkan pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga (kriteria 4)
Persentase KK Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT)	Persentase KK Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT) didefinisikan sebagai KK yang sudah menerapkan pengelolaan sampah rumah tangga (kriteria 5)
Persentase KK Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga (PALDRT)	Persentase KK Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga (PALDRT) didefinisikan sebagai KK yang sudah menerapkan pengelolaan limbah cair rumah tangga (kriteria 6)
Persentase Desa/Kelurahan 5 Pilar STBM	Persentase desa/kelurahan 5 Pilar STBM didefinisikan sebagai desa/kelurahan yang seluruh KK nya tidak lagi melakukan praktik buang air besar sembarangan dan minimal 75% KK nya telah melaksanakan pilar 2, 3, 4, dan minimal 30% KK nya telah melaksanakan pilar 5



Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

Indikator	Definisi Operasional
Tempat dan Fasilitas Umum (TFU)	lokasi, sarana, dan prasarana antara lain: fasilitas kesehatan; fasilitas pendidikan; tempat ibadah; hotel; rumah makan dan usaha lain yang sejenis; sarana olahraga; sarana transportasi darat, laut, udara, dan kereta api; stasiun dan terminal; pasar dan pusat perbelanjaan; pelabuhan, bandar udara, dan pos lintas batas darat negara; dan tempat dan fasilitas umum lainnya.
Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan Pengawasan sesuai standart (Inspeksi Kesehatan Lingkungan)	<p>Tempat dan Fasilitas Umum dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL) yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasar yang dimaksud adalah pasar rakyat yang terdaftar di Kementerian Perdagangan/Dinas perdagangan Kabupaten/kota 2. Sekolah yang dimaksud adalah sekolah SD/MI dan SMP/MTs yang terdaftar di Kemendikbud/Dinas pendidikan dan Kebudayaan dan Kantor Kementerian Agama Kabupaten/Kota 3. Puskesmas yang dimaksud adalah puskesmas yang terdaftar (terregistrasi) di Pusdatin Kemenkes <p>Hasil Pengawasan sesuai standard (IKL) adalah berupa Rekomendasi TFU yang telah dilakukan pengawasan sesuai standar tersebut Memenuhi Syarat kesehatan lingkungan (MS) atau Tidak Memenuhi Syarat kesehatan lingkungan (TMS) yang direkomendasikan oleh Puskesmas/Dinas Kesehatan Kab/Kota kepada Penyelenggara/Pengelola TFU.</p> <p>TFU yang hasil Pengawasan sesuai standard (IKL) nya Tidak Memenuhi Syarat (TMS) harus ditindak lanjuti oleh Penyelenggara/Pengelola TFU untuk dilakukan Intervensi bersama dengan sektor/OPD terkait</p>



Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

Indikator	Definisi Operasional
Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)	<p>Tempat Pengelolaan Pangan olahan siap saji yang selanjutnya disebut TPP adalah sarana produksi untuk menyiapkan, mengolah, mengemas, menyimpan, menyajikan dan/atau mengangkut pangan olahan siap saji baik yang bersifat komersial maupun non komersial.</p> <p>TPP yang menjadi sasaran prioritas pengawasan dan pembinaan adalah TPP komersial</p> <p>TPP komersial adalah usaha penyediaan pangan siap saji yang memperdagangkan produknya secara rutin, yaitu jasa boga/katering, restoran, TPP tertentu dan Depot Air Minum (DAM), gerai pangan jajanan, gerai pangan jajanan keliling, dapur gerai pangan jajanan, dan sentra gerai pangan jajanan/kantin.</p>
Jumlah TPP	TPP yang terdaftar di wilayah kerja kabupaten/kota dan kantor kesehatan pelabuhan.
Jumlah boga/catering	Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang produknya siap dikonsumsi bagi umum di luar tempat usaha atas dasar pesanan dan tidak melayani makan di tempat usaha (dine in).
Restoran	Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang produknya siap dikonsumsi bagi umum di dalam tempat usaha/melayani makan di tempat (dine in) serta melayani pesanan di luar tempat usaha.



Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

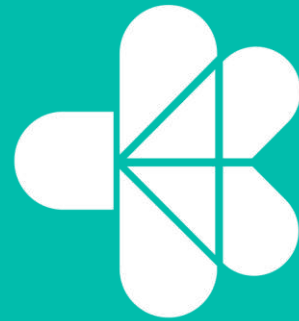
Indikator	Definisi Operasional
Rumah Makan	Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang produknya siap dikonsumsi bagi umum di dalam tempat usaha/melayani makan di tempat (dine in) dan melayani pesanan di luar tempat usaha yang dapat menggunakan dapur rumah tangga dengan bangunan permanen, semipermanen atau bangunan sementara seperti warung tenda.
Depot air minum	Usaha industri yang melakukan proses pengolahan air baku menjadi air minum dalam bentuk curah dan menjual langsung kepada konsumen.
Sentra pangan jajanan/kantin	TPP bagi sekumpulan gerai pangan jajanan dengan ataupun tanpa proses pemasakan yang dikelola oleh pemerintah/pemerintah daerah/swasta/ institusi lain dan memiliki struktur pengelola/penanggung jawab. Contoh sentra pangan jajanan/kantin di pusat perbelanjaan, perkantoran, institusi, kantin satuan pendidikan dan sentra Usaha Mikro Kecil Menengah (UMKM).
Gerai pangan jajanan	TPP yang produknya siap dikonsumsi (tanpa pengolahan) bagi umum dan dikelola menggunakan perlengkapan permanen maupun semipermanen seperti tenda, gerobak, meja, kursi, keranjang, kendaraan dengan atau tanpa roda atau dengan sarana lain yang sesuai. TPP ini tidak memiliki proses pemasakan, tetapi hanya menjual pangan yang sudah siap dikonsumsi (contoh: menjual nasi uduk, atau snack).



Kesehatan Lingkungan

Berikut ini adalah indikator – indikator yang harus dilakukan pemantauan secara rutin dalam rangka kegiatan penyehatan lingkungan :

Indikator	Definisi Operasional
Dapur Gerai Pangan Jajanan	TPP yang menyediakan/mengolah pangan bagi gerai pangan jajanan atau gerai pangan jajanan keliling yang berbeda lokasi dengan penjualan baik dalam satu wilayah kerja maupun berbeda lokasi (puskesmas/ kabupaten/kota/provinsi).
Gerai Pangan Jajanan Keliling	TPP yang produknya siap dikonsumsi bagi umum dengan ataupun tanpa proses pemasakan yang dikelola menggunakan perlengkapan semipermanen yang bergerak/berkeliling seperti gerobak/pikulan/kendaraan/alat angkut dan sejenisnya dengan atau tanpa roda atau dengan sarana lain yang sesuai.
Kelompok gerai pangan jajanan	Terdiri dari gerai pangan jajanan, gerai pangan jajanan keliling dan dapur gerai pangan jajanan
TPP tertentu	TPP yang produknya memiliki umur simpan satu sampai kurang dari tujuh hari pada suhu ruang
TPP memenuhi syarat hygiene sanitasi	TPP yang memenuhi persyaratan hygiene sanitasi yang memenuhi minimal nilai standar.kesehatan
Persentase Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang memenuhi syarat hygiene sanitasi	TPP yang memenuhi persyaratan hygiene sanitasi yang memenuhi minimal nilai standar dibagi jumlah seluruh TPP terdaftar dikali 100%
Kewajiban Sertifikat Lain Higiene Sanitasi (SLHS)	Jasa boga, sestoran, TPP tertentu, dan Depot Air Minum (DAM)
Kewajiban Label Pengawasan/Pembinaan	Rumah makan, kelompok gerai pangan jajanan, dan sentra pangan jajanan/kantin



Kemenkes