KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

RAPID RISK ASSESSMENT (RRA)

PENYAKIT EBOLA

TAHUN 2026



Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit (P2)
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Jakarta, 2026

LAPORAN PENILAIAN RISIKO CEPAT (*RAPID RISK ASSESSMENT*)
PENYAKIT EBOLA

A. Judul Penilaian

Penilaian Risiko Cepat Penyakit Ebola Tahun 2026.

B. Tanggal, Waktu dan Tempat Penilaian Risiko Dilakukan

Rabu, 10 Juni 2026 dilakukan secara *hybrid,* luring di Puslatkesda DKI Jakarta dan daring melalui *zoom meeting.*

C. Tim Penilaian Risiko Cepat

Kementerian Lintas Sektor

1. Komandan Pusat Misi Pemeliharaan Perdamaian (PMPP), TNI
2. Deputi Peningkatan Kualitas Kesehatan dan Pembangunan Kependudukan, Kemenko PMK
3. Direktur Tempat Pemeriksaan Imigrasi, Kementerian Imigrasi dan Pemasyarakatan
4. Direktur Kesehatan Masyarakat Veteriner, Kementerian Pertanian
5. Direktur Kesehatan Hewan, Kementerian Pertanian
6. Direktur Keamanan Penerbangan, Ditjen Perhubungan Udara
7. Duta Besar RI Nairobi, Kementerian Luar Negeri
8. Direktur Manajemen Risiko Karantina Hewan, Badan Karantina Indonesia
9. Direktur Standar Karantina Hewan, Badan Karantina Indonesia
10. Direktur Standar Karantina Ikan, Badan Karantina Indonesia

Badan Riset dan Inovasi Nasional

1. Organisasi Riset Kesehatan, BRIN
2. INA-RESPOND

Kementerian Kesehatan

1. Kepala Balai Besar Laboratorium Kesehatan
2. Kepala BB Binomika
3. Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer
4. Direktorat Pusat Pembiayaan Kesehatan
5. Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas
6. Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan
7. Direktorat Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan
8. Direktorat Produksi dan Distribusi Farmasi
9. RSPI Sulianti Saroso
10. Pusat Krisis Kesehatan
11. Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik
12. BBKK Kelas I Soekarno Hatta
13. BBKK Tanjung Priok
14. BBKK Denpasar
15. BBKK Medan
16. BBKK Makassar
17. BBKK Surabaya
18. BBLKL Salatiga

19. BBLKM Jakarta
20. Tim Kerja Penyakit Akibat Tular Vektor dan Zoonotik, Gigitan Hewan Berbisa dan Tanaman Beracun
21. Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging
22. Tim Kerja Surveilans Kewaspadaan Dini Penyakit Potensi KLB/Wabah
23. Tim Kerja Layanan Kekarantinaan Kesehatan
24. Tim Kerja Respon KLB/Wabah di Pintu Masuk dan Wilayah
25. PMO Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan
26. *Public Health Emergency of Operation Center* (PHEOC)

Instansi Lainnya

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
2. Perhimpunan Ahli Epidemologi Indonesia (PAEI)
3. Dr. dr. Robert Sinto, Sp.PD, K-PTI, DPhil, FINASIM, FHEA (PETRI)
4. dr. Pompini Agustina S, Sp.P (K)
5. dr. Titi Sundari, Sp P (K)
6. dr. Nina Dwi Putri, Sp.A(K)
7. dr. Pandu Riono, Ph.D
8. Arief Mulyono, S.Si, M.Sc
9. *ASEAN Biological Threat Surveillance Center* (ABVC) Indonesia
10. *World Health Organization* (WHO) Indonesia
11. *Centers for Disease Control* (CDC) Indonesia
12. *Australia Indonesia Partnership for Health Transformation* (AIPHT) – KITA SEHAT)

D. Ringkasan Kejadian

Penyakit Ebola dilaporkan pertama kali di Republik Demokratik Kongo (RD Kongo) pada tahun 1976. Sejak saat itu, virus ini muncul secara sporadis di beberapa negara Afrika. Wabah terbesar dilaporkan di Afrika Barat (Guinea, Liberia, dan Sierra Leone) pada tahun 2014–2016 dengan 28.610 kasus dan 11.308 kematian (Case Fatality Rate/CFR: 39%). Selain itu, pada tahun 2018–2020 terjadi wabah penyakit ebola di RD Kongo. Kedua wabah tersebut ditetapkan oleh *World Health Organization* (WHO) sebagai *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Pada 15 Mei 2026, otoritas kesehatan RD Kongo dan *Africa Centers for Disease Control and Prevention* (Africa CDC) melaporkan kembali wabah penyakit Ebola di RD Kongo dan Uganda. Hingga 8 Juni 2026, telah dilaporkan sebanyak 550 kasus konfirmasi dengan 101 kematian konfirmasi dari 25 *health zone* di Provinsi Ituri, *North Kivu,* dan *South Kivu,* RD Kongo. Selain itu, telah dilaporkan 19 kasus konfirmasi dengan 2 kematian konfirmasi dari Distrik Kampala dan Wakiso di Uganda. Pemeriksaan genomik menunjukkan wabah disebabkan Bundibugyo Virus (BDBV).

Hingga saat ini belum ditemukan Ebola di Indonesia baik pada manusia dan hewan penular di Indonesia. Namun mengingat mobilitas dari dan ke negara terjangkit tentunya masih menjadi faktor risiko penyebaran di Indonesia dapat dicegah, deteksi dan direspon secara tepat dan cepat. Oleh karena itu, sebagai bagian dari penguatan upaya kewaspadaan dan kesiapsiagaan dini, dilakukan penilaian risiko cepat penyakit Ebola

E. Besaran Masalah dan Pertanyaan Risiko

1. Besaran Masalah

a. Penyakit : Penyakit Ebola
b. Wilayah : Nasional (Indonesia)
c. Waktu : 6 Bulan
d. Tujuan : Menentukan tingkat risiko penyakit Ebola sebagai dasar rekomendasi penanggulangan penyakit Ebola di Indonesia

2. Pertanyaan Risiko

Bagaimana kemungkinan dan dampak terdeteksinya kasus importasi penyakit Ebola pada manusia di Indonesia dalam 6 bulan kedepan?

F. Penilaian *Hazard*

1. Karakteristik klinis penyakit Ebola

a. Penyakit ebola disebabkan oleh virus yang termasuk dalam genus *Orthoebolavirus* dari famili *Filoviridae*.
b. Terdapat 6 spesies dan 3 di antaranya sering menyebabkan *outbreak*: *Bundibugyo ebolavirus (BDBV), Reston ebolavirus (RESTV), Sudan ebolavirus (SUDV), Taï Forest ebolavirus (TAFV), dan Zaire ebolavirus (EBOV)*.
c. Angka kematian (CFR): 25-90%, rata-rata 50%. CFR Ebola Bundibugyo Virus 2007 dan 2012: 30-50%.
d. Host alami: kelelawar buah, pteropodidae spesies *Hypsignathus monstrosus, Epomops franqueti*, dan *Myonycteris torquata*. Famili *Molossidae* (Kelelawar Serangga/Ekor Panjang) : *Mops condylurus* dan *Chaerephon pumilus*. Tidak ditemukan di Indonesia. Dan jalur migrasi nya tidak melewati Indonesia.
e. Transmisi:
    1) Epizootik Primata: kontak dengan kelelawar buah ke hewan
    2) Infeksi primer manusia: kontak dengan hewan terinfeksi
    3) Transmisi sekunder (antar manusia): kontak dengan cairan tubuh atau sekresi lainnya (feses, urin, air liur, cairan semen), tenaga kesehatan, 10% transmisi sekunder terjadi pada nakes.
f. Meskipun belum ada bukti transmisi airborne, namun untuk tatalaksana kasus yang memunculkan potensi penularan airborne maka diperlukan APD lengkap.
g. Masa inkubasi penyakit Ebola: 2-21 hari.
h. Tipe virus Ebola yang berpotensi menimbulkan wabah pada manusia (*Bundibugyo ebolavirus (BDBV) Sudan ebolavirus (SUDV) dan Zaire ebolavirus (EBOV)*) memiliki gejala yang sama yaitu demam, kelelahan, nyeri otot, sakit kepala, sakit tenggorokan yang diikuti mual muntah dan dilanjutkan pada tahap selanjutnya yaitu perdarahan pada saluran cerna. Yang menjadi pembeda adalah tingkat keparahan. Tipe virus dengan tingkat fatalitas yang paling tinggi, yaitu *Zaire ebolavirus (EBOV).*
i. Tingkat risiko terkait KLB Ebola yang saat ini terjadi sangat tinggi di DRC, tinggi di Uganda, risiko tinggi pada negara yang berbatasan langsung

dengan negara terjangkit, serta risiko rendah di tingkat regional Afrika dan Global.

j. Belum ada pengobatan spesifik, pengobatan bersifat suportif dan simtomatis.
k. Tersedia vaksin (Ervebo dan Zabdeno-Mvabea) yang telah disetujui untuk Zaire/*Ebola virus Disease* (EVD). Namun masih kesediaannya terbatas di global dan masih digunakan hanya untuk penanganan *outbreak* di Afrika. Untuk tipe Bundibugyo belum ada vaksin yang berlisensi.
l. Sampai saat ini belum ada kasus yang ditemukan di Indonesia.

2. Data rekomendasi PHEIC penyakit Ebola Bundibugyo di RD Kongo dan Uganda

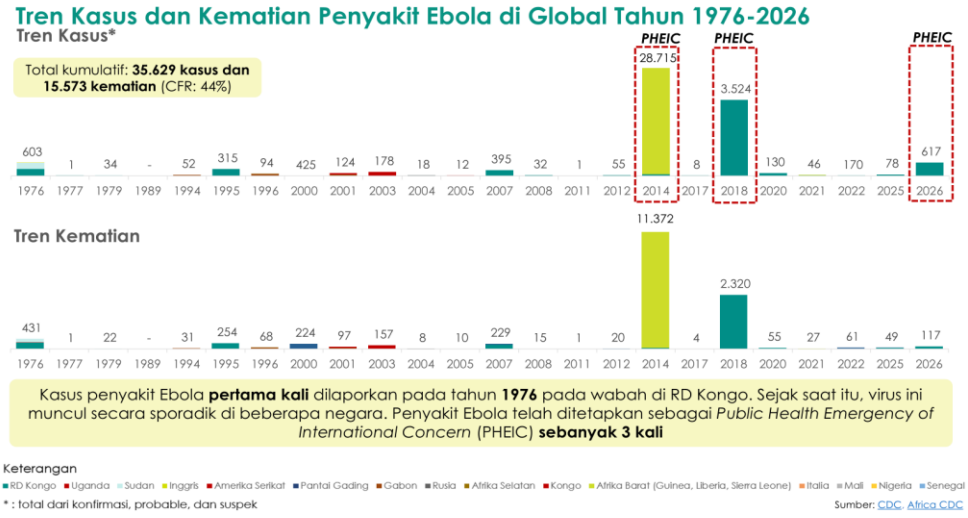
a. Rekomendasi untuk negara *outbreak:*
   1) Manajemen di pintu masuk seperti skrining di lintas batas dan jalan protokol, penerapan *exit screening*, dan membatasi perjalanan bagi kasus suspek dan konfirmasi.
   2) Mengaktifkan pusat operasi darurat dan mekanisme manajemen kedaruratan nasional.
   3) Penguatan surveilans melalui sistem kewaspadaan, identifikasi kasus dan kontak.
   4) Notifikasi WHO terkait penemuan kasus.
   5) Menyiapkan sumber daya seperti laboratorium, fasilitas isolasi, perawatan dan logistik.
   6) Menyusun protokol pemulasaraan jenazah.
   7) Memberikan perlindungan tim respon dan memastikan akses ke faskes.
   8) Memastikan kesehatan komunitas di wilayah terdampak.
   9) Komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat dengan lintas sektor dalam penanggulangan kasus dan pemantauan kontak.
   10) Memperkuat respon untuk mencegah penularan nosokomial, pemetaan faskes, pelaksanaan triase, dan penerapan PPI.
b. Negara berbatasan langsung dengan negara *outbreak:*
   1) Koordinasi nasional yang terintegrasi dengan tingkat subnasional.
   2) Meningkatkan kesiapsiagaan dan kesiapan termasuk surveilans aktif di seluruh faskes dengan *zero reporting*, surveilans berbasis masyarakat terhadap kejadian kluster tidak diketahui dengan kematian.
   3) Membangun akses ke laboratorium rujukan nasional yang tepat waktu dan aman termasuk pertimbangan pengiriman ke lab rujukan internasional jika diperlukan.
   4) Meningkatkan kesadaran dan pelatihan tenaga kesehatan, mengaktifkan tim respons cepat.
   5) Melakukan pelacakan kontak internasional jika diperlukan termasuk informasi maskapai.
   6) Komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat di komunitas termasuk bandara dan pelabuhan.
   7) Menyebarluaskan informasi *update* dan benar kepada masyarakat dan langkah pencegahan.
   8) Apabila terdapat temuan kasus konfirmasi maka melakukan upaya sesuai rekomendasi untuk kategori nomor 1.

9) Meningkatkan komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat terutama di pintu masuk.
10) Notifikasi WHO melalui IHR Fokal Poin terkait penemuan kasus.

c. Untuk negara-negara lain:
1) Meningkatkan kewaspadaan dengan mendeteksi, menilai, dan melaporkan pelaku perjalanan dengan *unexplained febrile illness* yang yang datang dari wilayah terjangkit Bundibugyo virus, termasuk menyebarluaskan definisi operasional penyakit ebola kepada seluruh fasyankes.
2) Mengidentifikasi kesiapan sarana prasarana seperti laboratorium dan fasilitas isolasi untuk perawatan klinis yang aman.
3) Memberikan informasi kepada LSM yang menugaskan personilnya dalam membantu respon penyakit Ebola di negara terjangkit terkait risiko penyakit dan langkah untuk meminimalkan risiko paparan.
4) Menyiapkan fasilitas evakuasi dan pemulangan warga negaranya, seperti tenaga kesehatan, yang terpapar penyakit virus Bundibugyo.
5) Menyebarluaskan informasi update dan benar kepada masyarakat dan pelaku perjalanan tentang informasi penyakit virus Bundibugyo serta cara pencegahannya termasuk menghindari perjalanan ke negara terjangkit, tatalaksana jika mengalami gejala Ebola dalam waktu 21 hari setelah kedatangan.
6) Berkoordinasi dengan operator angkutan dan otoritas di pintu masuk dalam rangka kesiapsiagaan di pintu masuk, termasuk komunikasi risiko dan identifikasi kontak.
7) WHO tidak merekomendasikan pembatasan bagi pelaku perjalanan atau transportasi dari negara terjangkit.
8) Melaporkan kepada WHO melalui WHO IHR NFP:
- mengenai setiap tindakan terkait lalu lintas internasional terutama apabila tindakan tersebut melampaui rekomendasi WHO.
- setiap ada penemuan kasus suspek, probable, dan konfirmasi.

3. Data tren kasus dan kematian penyakit Ebola hingga tahun 2026

Data per 8 Juni 2026



G. Penilaian Kerentanan

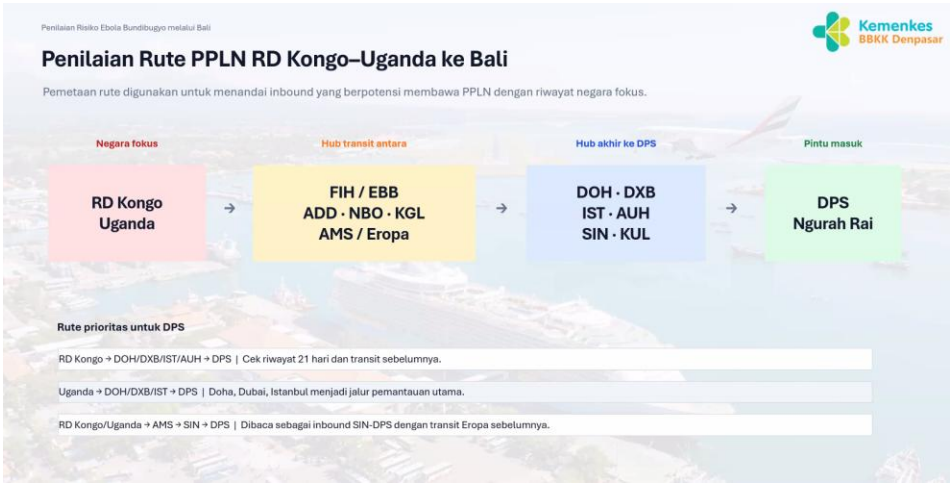
1. Jumlah dan lokasi pintu masuk negara (pelabuhan dan bandara internasional) di Indonesia

Indonesia memiliki 286 pintu masuk internasional (244 pelabuhan laut, 32 bandar udara, dan 10 PLBN) yang berpotensi masuknya pelaku perjalanan atau barang dari daerah terdampak.

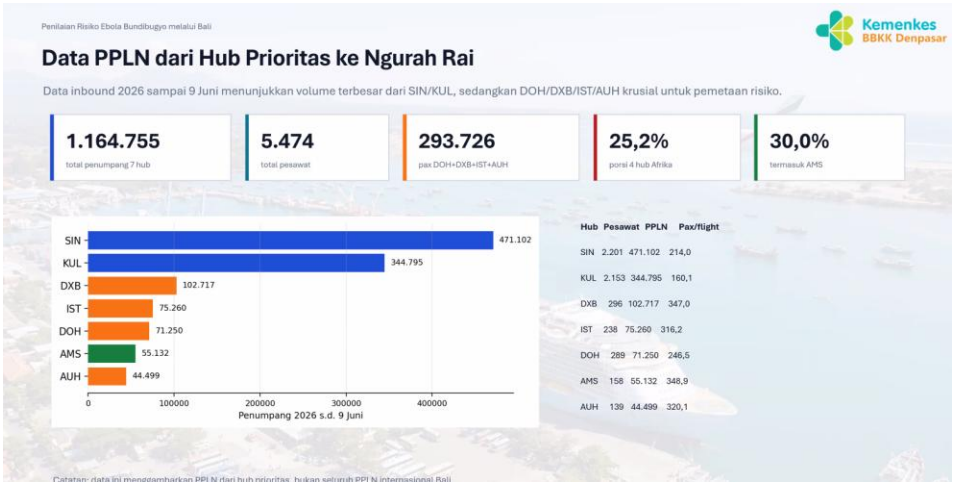
2. Rata-rata frekuensi penerbangan per bulan dari negara terjangkit (RD Kongo dan Uganda) tahun 2025-2026

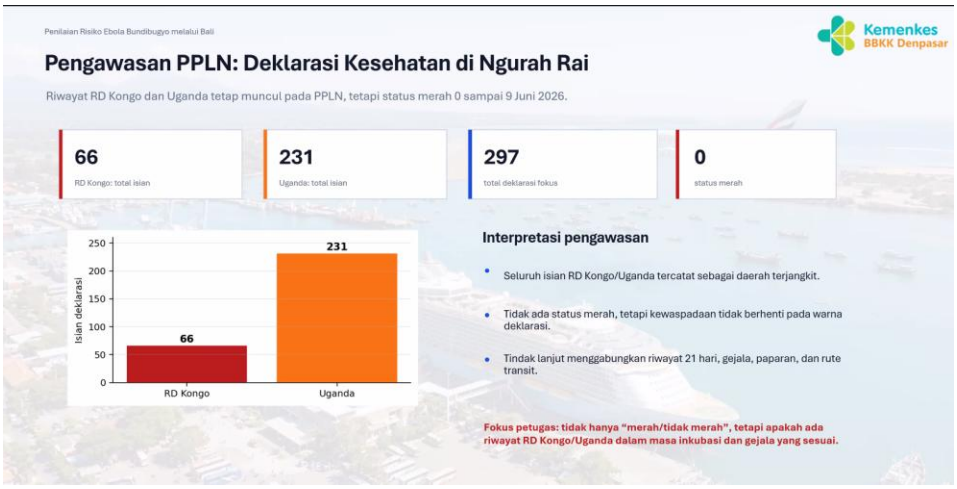
a. Tidak terdapat penerbangan langsung dari negara terjangkit.

b. Tidak ada penerbangan langsung ke **Bandara Internasional Ngurah Rai** dari negara terjangkit.



2 kali (6-7 jam) dari Indonesia ke Afrika

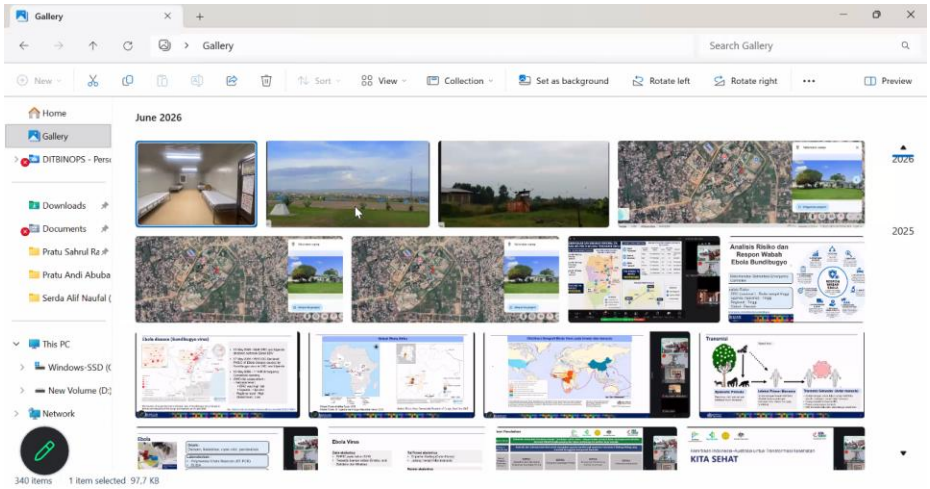




3. **Rata-rata frekuensi kedatangan kapal per bulan dari negara terjangkit (RD Kongo dan Uganda) tahun 2025-2026**
   Tidak terdapat kapal yang berlayar langsung dari Afrika. Hanya ada kapal pesiar namun tidak langsung dan hanya ada 10 kali per tahun.

4. **Rata-rata pelaku perjalanan yang datang per bulan dari negara terjangkit (RD Kongo dan Uganda) tahun 2025-2026**
   Perkiraan jumlah penumpang/pelaku perjalanan dari 1 April s.d 10 Juni 2026 yang datang dari negara terjangkit ke Indonesia.
   - RD Kongo: 621
   - Uganda: 258

5. **Jumlah Warga Negara Indonesia (WNI) yang berada di negara terjangkit (RD Kongo dan Uganda) Per Mei 2026**
   a. Kondisi di Kenya: sudah ada kesepakatan dengan Amerika Serikat untuk pembangunan fasilitas isolasi bagi warga negara Amerika Serikat yang ada di Kenya. Pembangunan fasilitas isolasi masih berjalan walau sudah dilarang. Jumlah WNI per Mei tidak sampai 89 orang. Saat ini zero case dan telah dilakukan skrining.
      Aktivitas WNI: pekerja internasional, diplomat PBB
      Masih terdapat rencana kunjungan delegasi dari Indonesia ke Kenya sekitar Juni dan Juli
   b. RD Kongo: 189 orang yang tersebar di Goma, Kivu Utara, Kinshasa.
      Aktivitas WNI: tidak ada WNI yang kontak dengan kasus
   c. Uganda: 13 orang tercatat, perkiraan total 50 orang. Ada yang tinggal di Kampala
      Aktivitas WNI: Terdapat WNI yang bekerja di perkebunan, menikah dengan WNA, dan kedutaan internasional. Dilakukan pembatasan mobilitas /penutupan bandara. Sedang proses seleksi penerimaan mahasiswa



6. Jumlah dan mapping pasukan perdamaian di wilayah RD Kongo dan Uganda



a. Terdapat total personel TNI Monusco: 817 personel dan TNI Minusca: 190 personel
b. Tidak terlibat dalam penanganan kasus di wilayah outbreak. Masih ditangani oleh WHO
c. Terdapat jumlah kasus 30 positif, 11 suspek, 3 meninggal di tempat lokasi bertugas
d. Lokasi duty station: Prov Ituri, Provinsi Irumu
e. Bandara Bunia dan Beni sudah dilaksanakan penutupan begitu juga dengan Uganda. Sehingga mobilitas sudah dibatasi
f. Waktu bertugas dan jadwal kepulangan ke Indonesia:
   - Satgas Kizi Monusco (Mavivi): Rencana rotasi pada bulan 19-22 Juli 2026, namun karena ada pembatasan di bandara sehingga rotasi tersebut tidak dapat dilaksanakan.

- Satgas BGC Monusco (Ituri dan Irumu): Semula Oktober namun hingga sekarang belum ada kepastian. Sehingga kesimpulannya tidak dapat melakukan rotasi.

g. Upaya yang dilakukan: Membatasi kegiatan patroli dan kontak langsung namun tidak membatasi kegiatan operasional, pengecekan kesehatan berupa skrining dan pemeriksaan tanda gejala (suhu) secara berkala (saat keluar camp dan masuk camp), telah dihimbau untuk melaksanakan PHBS,
h. Tersedia Fasilitas kesehatan tersedia khusus untuk Tim termasuk ruang isolasi di rumah sakit (level 1) dalam camp dan tidak pernah ke faskes lokal. Apabila ada gejala maka akan dirujuk ke level 2 hospital Maroko (bukan faskes lokal)
i. Kegiatan untuk makan dan kontak dengan sipil sangat minim karena keluar masuk dibatasi
j. Supply logistik didukung oleh UN Log, sehingga segala kebutuhan sehari-hari termasuk makan telah disediakan
k. Akses keluar masuk camp dibatasi, kontak dengan masyarakat umum(sipil pribumi) sangat minim.









7. Hasil penelitian

a. Hasil penelitian pada reservoir yang sudah dilakukan terkait penyakit Ebola di Indonesia dan negara ASEAN
   - Tahun 2012, Prof Indi pernah melakukan penelitian terkait Ebola pada Orang utan.
   - Telah melakukan penelitian di satwa liar seperti kelelawar dan satwa liar.

b. Hasil penelitian serologi pada manusia di Indonesia dan ASEAN terkait penyakit Ebola
c. Keberadaan hewan pembawa reservoir

H. Penilaian Kapasitas

1. Upaya yang sudah dilakukan dalam kesiapsiagaan dan penanganan penyakit Ebola:

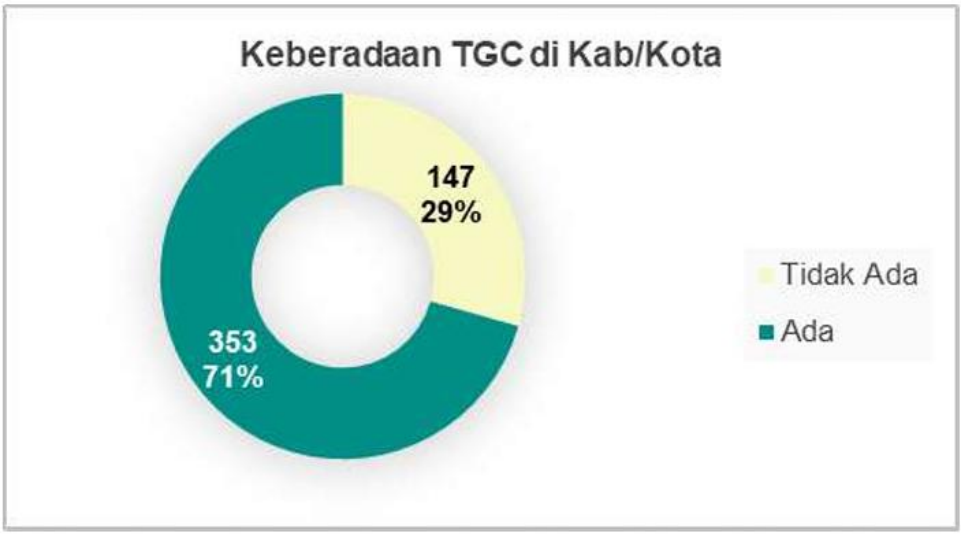
a. Kesiapan di Pintu Masuk, seperti melakukan skrining gejala pelaku perjalanan di pintu masuk negara melalui pemeriksaan suhu (thermal scanner), pengamatan visual tanda gejala (skrining gejala), serta pengawasan deklarasi kesehatan (All Indonesia-SSHP)
b. Tersedianya Surat Edaran No. SR.03.01/C/2783/2026 tentang Kewaspadaan Terhadap Penyakit Ebola yang ditujukan untuk Dinas Kesehatan, UPT Bidang Kekarantinaan Kesehatan, Laboratorium Kesehatan Masyarakat, dan Fasilitas Kesehatan
c. Melakukan webinar Kewaspadaan Penyakit Ebola dengan target tenaga kesehatan dan masyarakat
d. Adanya sistem SKDR dan New All Record TC-19 (NAR TC-19) yang ditujukan untuk mempermudah pencatatan dan pelaporan suspek
e. Sudah tersedianya 198 rumah sakit pengampuan PIE yang dapat difungsikan untuk tatalaksana kasus Ebola

2. Tim koordinasi zoonosis atau EID Tahun 2023-2026 (Lampiran 3)

Terdapat 49 Kabupaten/Kota dan 8 provinsi yang sudah memiliki SK Tim Koordinasi Zoonosis atau EID meliputi provinsi Sumatera Selatan, Jawa Barat, Jawa Tengah, DIY, Bali, Kalimantan Selatan, Gorontal, dan Jawa Timur.

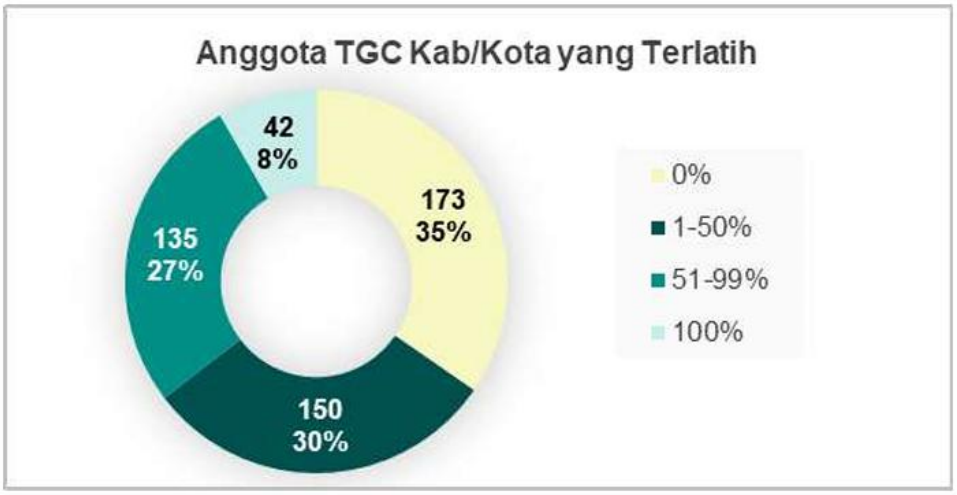
3. Data Kabupaten/Kota yang memiliki Tim Gerak Cepat (TGC) Tahun 2023-2026

Terdapat 353 Kabupaten/Kota yang telah memiliki Tim Gerak Cepat (TGC) dengan unsur anggota sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501 Tahun 2010 (minimal 5 unsur yakni epidemiolog/pengelola surveilans, entomolog/pengelola vektor, tenaga medis, analis laboratorium, dan sanitarian).



4. **Data daerah yang sudah mendapatkan pelatihan TGC Tahun 2023-2026**

Terdapat 42 Kabupaten/Kota (8%) dimana anggota TGC terlatih bersertifikat, 150 Kabupaten/Kota (30%) dimana anggota TGC sebagian kecil terlatih bersertifikat, 135 Kabupaten/Kota (27%) dimana anggota TGC sebagian besar terlatih bersertifikat, dan 173 Kabupaten/Kota (35%) dimana anggota TGC belum ada yang terlatih dan bersertifikat.



5. **Data Kabupaten/Kota dan pintu masuk yang memiliki rencana kontijensi terkait penyakit Ebola/Hemorrhagic fever/kejadian KKMD**
   a. Belum ada yang menyusun rencana kontijensi terkait penyakit Ebola.
   b. Belum ada yang memiliki kontijensi khusu zoon0sis/vektor

6. **Kapasitas pintu masuk**
   a. Implementasi all Indonesia (Hasil pengisian variabel origin tergantung kondisi dan berbeda beda di setiap BKK. Secara nasional: 72%, BKK Denpasar: 60–65%)
   b. Thermal screening dan pengamatan visual
   c. Pada setiap PPLN yang memiliki nilai risiko Merah maka akan dicatat dan dilakukan analisis risiko serta melanjutkan informasi ke Dinkes. Pada setiap PPLN yang memiliki nilai risiko Kuning ada kesulitan dalam menginformasikan ke Dinkes karena mobilitas yang tinggi.
   d. Hasil assessment kapasitas inti rutin dan kapasitas emergency
   e. Kapasitas koordinasi/komunikasi secara rutin melibatkan lintas sektor di lingkungan pintu masuk.
   f. KIE untuk pelaku perjalanan dan distribusinya sudah dilakukan salah satunya melalui videotron.

7. **Kesiapan laboratorium untuk penyakit Ebola**
   a. Sudah tersedia kit untuk pemeriksaan Filovirus (marburg dan ebola) jumlah 100 test. Jika hasil positif akan dilanjutkan pemeriksaan yang lebih spesifik untuk mengetahui strain nya (50 test).
   b. Jejaring laboratorium untuk pemeriksaan penyakit Ebola:

c. Lab yang siap yang dapat melakukan pemeriksaan Ebola dengan PCR (BSL 3), yaitu di BBLBK Jakarta. Selain itu tersedia BSL-3/ABSL-3 laboratory di BRIN
d. Jumlah kit terbatas dan sulit mendapatkannya. Selanjutnya, akan dilakukan in-house namun terkendala kontrol positif (beacukai)
e. Berapa test maksimal dapat dilakukan perharinya.
f. Kesiapan logistik (reagen dan barang medis habis pakai) untuk pemeriksaan penyakit ebola
g. Berapa banyak positif kontrol, reagen dan barang habis pakai yang tersedia saat ini (siap untuk berapa test)
h. Kesiapan dalam pengiriman spesimen
   Pengiriman menggunakan UN 2814
i. Jumlah BMHP dan APD masih memadai.
j. Sudah dilakukan pelatihan bagi tenaga laboratorium.
k. Penyediaan dana menggunakan alur PNBP
l. Untuk pemeriksaan hewan terdapat Laboratorium BSL-3 tetapi belum tersedia reagennya.
m. Wilayah pengembangan laboratorium BSL 3: Sumatera, Jawa, Bali, NTB,
n. Perlu koordinasi yang intens untuk respon terhadap pemeriksaan penyakit Ebola.

8. Promosi kesehatan terkait penyakit Ebola

a. Sudah tersedia update informasi melalui Instagram Kemenkes
b. Telah disusun leaflet dan frequently asked questions (FAQs) terkait penyakit Ebola yang dapat diakses pada https://infeksiemerging.kemkes.go.id
c. Tersedianya pedoman pencegahan dan pengendalian penyakit Ebola di Indonesia
d. Sosialisasi kewaspadaan penyakit Ebola ke tenaga kesehatan dan masyarakat
e. KIE untuk pelaku perjalanan dan distribusinya sudah dilakukan salah satunya melalui videotron
f. Komunikasi risiko penyakit Ebola: whatsapp group koordinasi dengan WNI, diseminasi informasi melalui media sosial. Link yang disediakan untuk KIE:
   https://safetravel.kemlu.go.id/appeal/1/fe0cfec6-3d6a-4eec-8a99-fba83cd75368
g. Diseminasi update buletin mingguan oleh BKK apabila da update informasi

9. Kesiapan rumah sakit rujukan untuk penyakit Ebola

a. RSPI SS pernah melakukan pelatihan terkait tatalaksana penyakit Ebola
b. Tidak semua RS harus memiliki kapasitas untuk support pernapasan namun baiknya di RS yang memiliki kapasitas BSL 3 (Prof Indi)
c. Hal yang perlu diperhatikan: Penerapan PPI, Skrining, triase, isolasi, ruang isolasi sementara seharusnya single room, ventilasi baik, dan memiliki toilet sendiri.

d. Apabila ada tindakan aerosol maka harus ditempatkan ke *airborne isolation room*

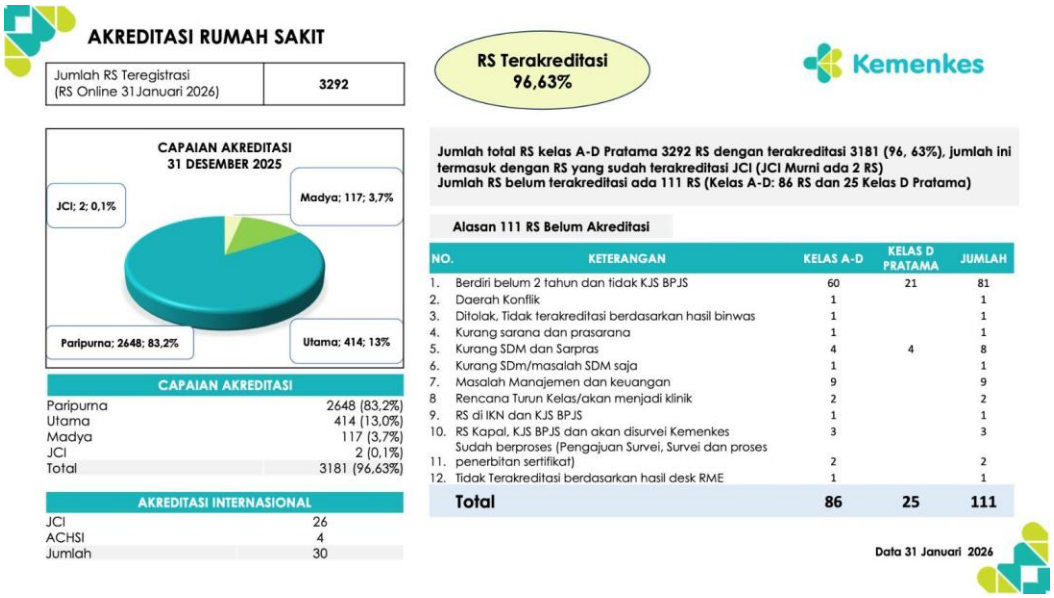
e. Tersedia SOP spesimen, APD, dekon alat

f. Informasi sarana dan prasarana di RSPI Sulianti Saroso:
   1) TT ICU Tekanan Standar: 3.467 bed
   2) TT ICU Tekanan Negatif: 535 bed
   3) TT Isolasi Tekanan Standar: 3.968 bed
   4) TT Isolasi Tekanan Negatif: 1.235 bed
   5) Ketersediaan alat PCR: 221 pcs
   6) Ketersediaan APD Cover All: 143.917 pcs
   7) Ketersediaan VTM Inactivated: 1.051 pcs
   8) Ketersediaan Alat Swab: 2.185 pcs

g. Rumah Sakit Pusat Infeksi (RSPI) Prof. Dr. Sulianti Saroso selaku koordinator pengampuan layanan penyakit infeksi emerging sudah memiliki pedoman praktik klinis (PPK)/standar operasional prosedur (SOP), dan alur terkait tatalaksana kasus Ebola

h. RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso juga telah melakukan sosialisasi terkait kewaspadaan penyakit Ebola kepada seluruh rumah sakit pengampuan penyakit infeksi emerging

i. Jumlah total RS kelas A-D Pratama berjumlah 3.292 RS dengan terakreditasi 3.181 (96,63%) dan 111 RS lainnya belum terakreditasi. Capaian akreditasi meliputi 83,2% RS terakreditasi Paripurna, 13% RS terakreditasi Utama, 3,7% RS terakreditasi Madya, dan 0,1% terakreditasi JCI.



10. Ketersediaan surveilans sentinel penyakit infeksi emerging

Saat ini juga terdapat 21 RS lokus sentinel PIE yang tersebar dari 20 Provinsi. Seluruh RS ini dapat melakukan penemuan suspek Ebola melalui sindrom demam berdarah virus serta tatalaksana terhadap kasus Ebola

11. Pembiayaan perawatan kasus penyakit Ebola di RS rujukan

a. Mekanisme wabah/kejadian luar biasa biasanya ada pembiayaan khusus
b. Jika status belum wabah/KLB bisa dibayarkan melalui JKN menyesuaikan tarif INA CBGs
c. Pada pasien WNA, belum ada mekanisme khusus maka menggunakan asuransi pribadi.

12. Ketepatan dan kelengkapan laporan SKDR

a. Persentase alert pada EBS SKDR yang direspon kurang dari 24 jam
b. Kelengkapan dan ketepatan SKDR untuk penyakit potensi KLB

13. Penelitian yang sudah atau yang akan dilakukan terkait penyakit ebola, termasuk countermeasures (diagnostic, vaksin, pengobatan, dll)

Belum ada penelitian yang akan dilaksanakan.

14. Ketersediaan Obat dan Vaksin Global serta kondisi di Indonesia

Spesies Virus	Penyakit	Ketersediaan obat dan vaksin global				
		Vaksin			Obat	
		Nama vaksin	Negara registrasi	Dosis	Nama Obat	Keterangan
Ebola virus (EBOV)	Ebola virus disease (EVD)	**Ervebo®** (MSD)	Registrasi US FDA, EMA	1 dosis	**Ebanga®** (Ansuvimab-zykl)	- Mendapat izin edar dari US FDA 21 Desember 2020 - Belum terdaftar di Indonesia
		Zabdeno® and **Mvabea®** (Janssen Pharmaceutica)	Registrasi di EU 1 Juli 2020, namun ditarik pada 1 Mei 2026 atas permintaan perusahaan	2 dosis	**Inmazeb®** (Atoltivimab/Maftivimab/ Odesivimab)	- Mendapat izin edar dari US FDA 14 Oktober 2020 - Belum terdaftar di Indonesia
Sudan virus (SUDV)	Sudan virus disease	belum ada vaksin tersedia	-	-	Belum tersedia	Ebanga® dan Inmazeb® belum terbukti efektif untuk spesies SUDV
Bundibugyo virus (BDBV)	Bundibugyo virus disease (BVD)	belum ada vaksin tersedia	-	-	Belum tersedia	Ebanga® dan Inmazeb® belum terbukti efektif untuk spesies BDBV

I. Karakteristik Risiko

Pertanyaan : Bagaimana kemungkinan dan dampak terdeteksinya kasus importasi penyakit Ebola pada manusia di Indonesia dalam 6 bulan kedepan?

a. Kemungkinan: Kecil

Pertimbangan :

1) Tingkat risiko terkait KLB Ebola yang saat ini terjadi sangat tinggi di DRC, tinggi di Uganda, risiko tinggi pada negara yang berbatasan langsung dengan negara terjangkit, serta risiko rendah di tingkat regional Afrika dan Global.
2) Ada WNI di wilayah *outbreak* namun telah dilakukan kewaspadaan dengan baik
3) Tidak terdapat transportasi langsung (bandara/pelabuhan
4) Sudah ada kapasitas untuk koordinasi dan komunikasi risiko terkait penyakit Ebola
5) Sudah ada kapasitas lab untuk deteksi
6) Manajemen kasus sudah ada 198 RS Pengampuan PIE
7) Sudah dilakukan komunikasi risiko kepada PPLN
8) Sudah tersedia ruang isolasi dan ketersediaan obat-obatan suportif
9) Tidak ditemukan reservoar alami di Indonesia

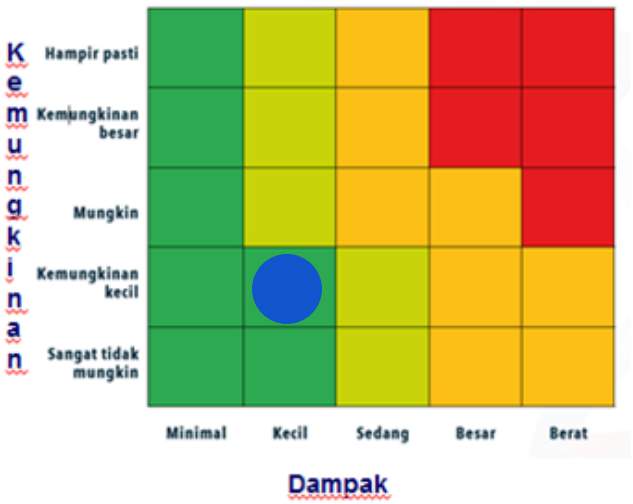
b. **Dampak: Kecil**

Pertimbangan :

1) Sudah dilakukan kesiapsiagaan dari pintu masuk, surveilans, dan tersedianya Surat Edaran
2) Adanya sistem pengawasan di pintu masuk melalui pemeriksaan suhu (*thermal scanner*), pengawasan deklarasi kesehatan (All Indonesia-SSHP), dan pengamatan visual tanda, gejala (skrining gejala)
3) Sudah terdapat notifikasi dari pintu masuk ke wilayah
4) Telah tersedia 21 RS Surveilans Sentinel PIE untuk mendeteksi penyakit Ebola melalui sindrom demam berdarah virus
5) Sudah dilakukan peningkatan *awareness* melalui sosialisasi ke tenaga kesehatan dan petugas di pintu masuk untuk melakukan penemuan dan deteksi penyakit Ebola
6) Pengetahuan masyarakat dari sosialisasi dan KIE
7) Kapasitas kontainmen yang sudah dimiliki dalam menghadapi penyakit Ebola
8) Cukup sulit membedakan gejala ebola pada fase awal
9) Sudah terdapat 96,63% RS yang terakreditasi sehingga PPI dapat dijalankan dengan baik
10) Sudah terdapat petugas yang terlatih dalam hal PPI
11) Tidak terjadi *overwhelming* karena telah tersedia ruang isolasi untuk kewaspadaan standar (tidak memerlukan tekanan negatif) dan kewaspadaan transmisi
12) Telah tersedia laboratorium untuk mendeteksi penyakit Ebola secara cepat

c. **Estimasi risiko:**

Berdasarkan hasil analisis di atas, kemungkinan dan dampak terdeteksinya kasus importasi penyakit Ebola pada manusia di Indonesia dalam 6 bulan kedepan adalah **Kecil** dengan dampak yang ditimbulkan **Kecil.** Sehingga estimasi risikonya **Rendah.** Penilaian risiko ini didasarkan pada tingkat kepercayaan **Sedang.**



J. Informasi yang Dibutuhkan

Pada saat penilaian risiko ini dibuat, terdapat kesenjangan informasi yang berpengaruh pada tingkat ketidakpastian yang ada sebagai berikut :

1. Data pekerjaan WNI di daerah Terjangkit
2. Jumlah WNI dari negara terjangkit yang akan datang ke Indonesia
3. Penelitian data serologi pada manusia dan hewan untuk ebola termasuk *Bundibugyo ebolavirus (BDBV)* di Indonesia

K. Rekomendasi

No	Rekomendasi	Penanggung Jawab (Lembaga Pemerintahan/ Institusi)	Waktu	Sumber Anggaran
1	Melakukan Joint Risk Assessment (JRA) Penyakit Ebola	Kementerian Kehutanan Kementerian Pertanian	2026-2027	
2	Melakukan pembaharuan/revisi pedoman penanggulangan Penyakit Ebola	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Juli – Desember 2026	KITA SEHAT
3	Menyusun draft dan sosialisasi tools pemetaan risiko penyakit Ebola agar dapat dilakukan penilaian risiko secara berkala	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Juli – Desember 2026	KITA SEHAT
4	Penguatan pemantauan di pintu masuk dengan melakukan notifikasi bagi PPLN dari wilayah terjangkit	- Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Juli 2026	
5	Melakukan update komunikasi risiko berkala baik pada WNI di Indonesia maupun di negara terjangkit (menghindari daerah terjangkit)	- Kementerian Luar Negeri - Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik Kementerian Kesehatan - Direktorat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan	2026	
6	Mendistribusikan media KIE yang sudah dibuat oleh program melalui saluran komunikasi program promosi kesehatan, termasuk untuk pelaku perjalanan	Direktorat Promosi Kesehatan	2026	
7	Identifikasi stakeholder yang	Direktorat Fasilitas Mutu	2026	

No	Rekomendasi	Penanggung Jawab (Lembaga Pemerintahan/ Institusi)	Waktu	Sumber Anggaran
	dapat melakukan sertifikasi BSL 3	Pelayanan Kesehatan Primer		
8	Penyediaan logistik pengiriman spesimen triple packaging untuk Labkesmas dan Dinkes	- Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	2026	
9	Penguatan respon termasuk kebutuhan laboratorium dan investigasi	- Labkesmas - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	2026	
10	Pelatihan penilaian risiko untuk tenaga kesehatan di wilayah	- Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	2026	Pandemic Fund
11	Menyusun rencana kontijensi pada pintu masuk dan wilayah	- Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	2026	
12	Melakukan penguatan riset bersama pada hewan dan manusia	BRIN, Kementan	2026	
13	Melakukan pemetaan untuk penyiapan fasilitas karantina terpusat	- DIrektorat Fasilitas dan Mutu PKR - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	2026	
14	Meneruskan pemantauan kepada WNI dan TNI di wilayah berisiko dan komunikasi risiko	TNI dan Keduataan Nairobi	2026	
15	Pengawasan di pintu masuk Dukungan repatriasi TNI	UPT Bidang Kekarantinaan Kesehatan	2026	
16	Mengintegrasikan pelaporan penyakit Ebola melalui aplikasi SIZE	Kemenko PMK	2026	

L. Lampiran

1. Data Kepadatan Penduduk Menurut Provinsi

No.	Provinsi	2020	2024	2025
1	Aceh	91	98	99
2	Sumatera Utara	203	215	218
3	Sumatera Barat	132	129	140
4	Riau	73	75	76
5	Jambi	71	76	77
6	Sumatera Selatan	92	102	103
7	Bengkulu	101	105	106
8	Lampung	260	281	284
9	Kepulauan Bangka Belitung	89	92	93
10	Kepulauan Riau	252	264	268
11	DKI Jakarta	15.907	16.165	16.155
12	Jawa Barat	1.365	1.359	1.370
13	Jawa Tengah	1.113	1.104	1.113
14	DI Yogyakarta	1.171	1.186	1.193
15	Jawa Timur	851	870	876
16	Banten	1.232	1.329	1.341
17	Bali	747	793	798
18	Nusa Tenggara Barat	286	287	291
19	Nusa Tenggara Timur	109	122	124
20	Kalimantan Barat	37	39	39
21	Kalimantan Tengah	17	18	19
22	Kalimantan Selatan	105	115	116
23	Kalimantan Timur	29	32	34

No.	Provinsi	2020	2024	2025
24	Kalimantan Utara	9	11	11
25	Sulawesi Utara	189	186	188
26	Sulawesi Tengah	48	51	51
27	Sulawesi Selatan	194	209	211
28	Sulawesi Tenggara	69	77	78
29	Gorontalo	104	102	103
30	Sulawesi Barat	85	91	92
31	Maluku	39	42	43
32	Maluku Utara	40	41	42
33	Papua Barat	11	10	10
34	Papua Barat Daya	-	16	16
35	Papua	13	13	13
36	Papua Selatan	-	5	5
37	Papua Tengah	-	24	24
38	Papua Pegunungan	-	29	29

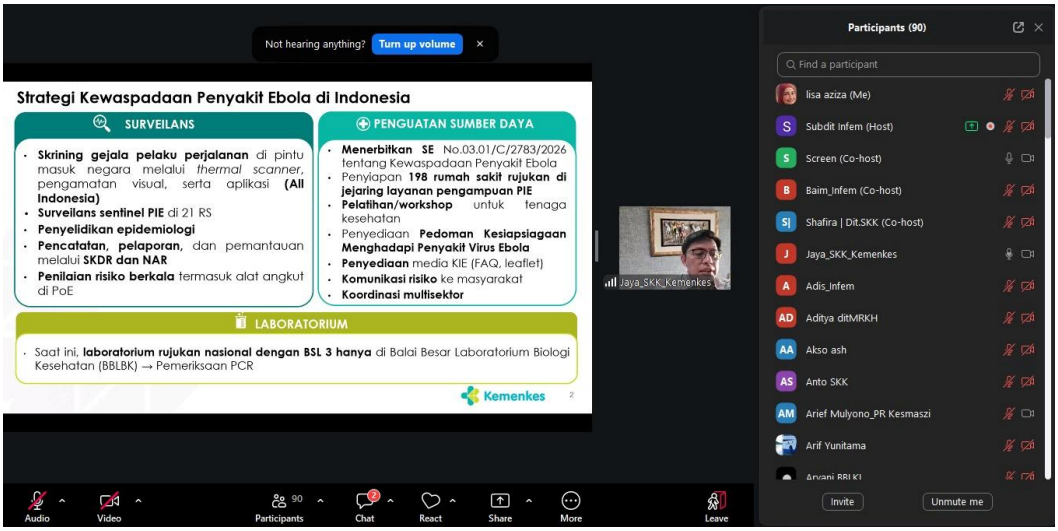
2. **Jumlah Provinsi dan Kabupaten/Kota yang Memiliki SK Tim Koordinasi Zoonosis atau Penyakit Infeksi Emerging**

NO	PROVINSI	SK TIKORDA		KETERANGAN
		PROVINSI	KAB/KOTA	
1	Sumatera Selatan	1	0	
2	Jawa Barat	1	11	Tasikmalaya, Sukabumi, Banjar, Kuningan, Kota Bogor, Bandung Barat, Kab Bekasi, Cirebon, Kota Bekasi, Garut, Kab Bandung
3	Jawa Tengah	1	9	Sragen, Pati, Magelang, Kota Pekalongan, Kendal, Kebumen, Cilacap, Boyolali, Blora
4	DIY	1	2	Sleman, Kulon Progo
5	Bali	1	8	Tabanan, Kota Denpasar, Karangasem, Jembrana, Buleleng, Bangli, Badung, Klungkung
6	Kalimantan Selatan	1	1	Hulu Sungai Utara
7	Gorontalo	1	0	
8	Sulawesi Selatan	0	3	Bone, Maros dan Pangkep
9	Banten	0	1	Kota Tangerang
10	Jawa Timur	1	13	Pasuruan, Pamekasan, Banyuwangi, Jombang, Kota Batu, Kota Blitar, Kota Kediri, Kota Mojokerto, Lumajang, Ngawi, Pacitan, Ponorogo, Kota Surabaya
11	Maluku	0	1	Seram Bagian Barat
TOTAL		**8**	**49**	

M. Referensi

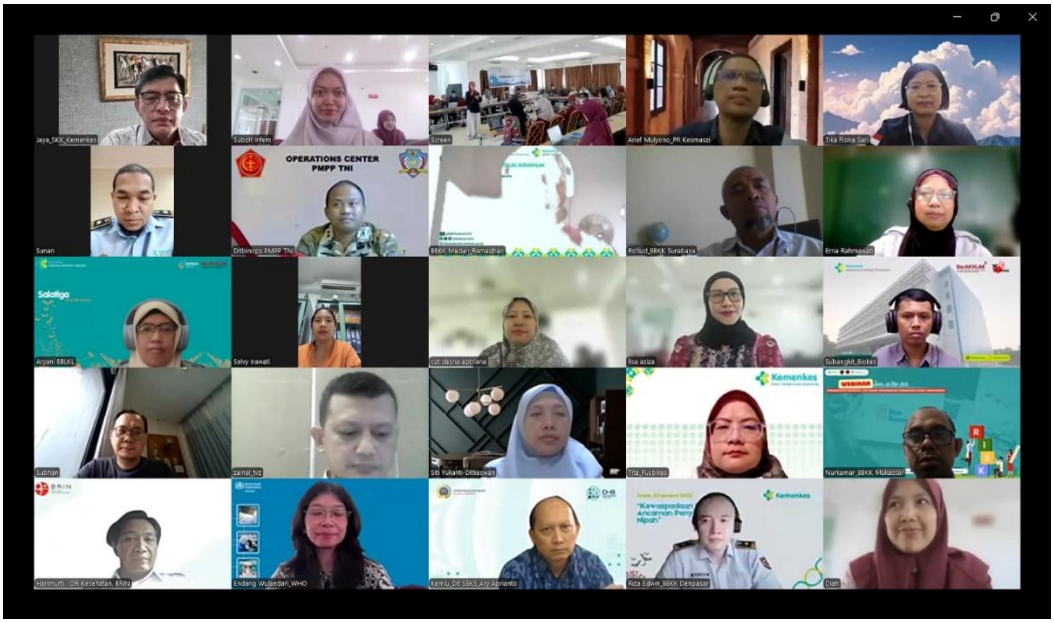
1. BPS. 2025. Statistik Indonesia 2025. https://www.bps.go.id/id/publication/2025/02/28/8cfe1a589ad3693396d3db9f/statistik-indonesia-2025.html
2. WHO. 2025. *Fact Sheet Ebola Disease*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-disease
3. WHO. 2026. *Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda*. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602
4. Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi Penyakit Virus Ebola, Kementerian Kesehatan, 2017.

N. Dokumentasi






RAPID RISK ASSESSMENT
PENYAKIT EBOLA
GPS Map Camera
Kota Administrasi Jakarta Timur,Daerah Khusus Ibukota Jakarta,Indonesia
Jalan Tanah Merdeka V, Ciracas, Kota Administrasi Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 13830, Indonesia
Lat -6.313135, Long 106.878785
Rabu, 10/06/2026 09:23 AM GMT+07.00


OPERATIONS CENTER
PMPP TNI
Salatiga
Kemenkes
WEBINAR

DAFTAR HADIR PESERTA RRA PENYAKIT EBOLA 2026

NO	NAMA	INSTANSI
1	dr. Listiana Aziza, Sp.KP	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan
2	dr Rahmad Ramadhan Nasution MPH	KEMENKES/DITJEN P2
3	Rizki Hari Wibowo	Direktorat Jenderal Imigrasi
4	dr. Stevenovita Plasana Dewi	Wilker T2 Bandara Soetta
5	dr. Riza Edwin Kurniawan	Kemenkes
6	Surahman Syam	BBKK MAKASSAR
7	Ary Aprianto	Kemlu
8	dr. Arni Sulistia, M.K.M	BBKK Soetta
9	Dr. dr. Iman Firmansyah, SH, MH, SpPD, KPTI, FINASIM, CMC, CCD	RSPI Sulianti Saroso
10	Subangkit	Kementerian Kesehatan
11	nurhamida	KEMENKES
12	dr. Tita Rosita, MKM	Kemenkes
13	M. Nur Rizky Indrawan	Kementerian Kesehatan
14	Robert	BBKK Soetta
15	Sandi Wijaya	PMPP TNI
16	dr.N Rina Ayu Pujiastuti	BBKK Medan
17	Endang Burni Prasetyowati	Kemenkes
18	drh.Desniwaty,MSi,MTropVSc,PhD	BARANTIN
19	Endang Septryani Sari (Dinda)	Kementerian Luar Negeri RI
20	dr. Aquilando David Mario, MARS	Dinas Kesehatan DKI Jakarta
21	Martha PTH	Kemenkes
22	Fauziah Hayati	Dirjen Penanggulangan Penyakit
23	dr.Charles Edward Bobby Pontoh	KEMENTERIAN KESEHATAN
24	Kurniadhi Prabandono	Badan Karantina Indonesia
25	Yuni Rukminiati	Kemenkes
26	Subhan	Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer

NO	NAMA	INSTANSI
27	drh. Erna Rahmawati	Kementerian Pertanian
28	I Made Arta, SKM., M.Kes	BBKK Denpasar
29	zainal	kemenkes
30	drh. Siti Yulianti	Kementerian Pertanian
31	Tika Fiona Sari	Biomolekuler dan Genomik
32	Harimurti Nuradji	BRIN
33	dr.R.H. Maruli Tua Siahaan MKM	BBKK Medan
34	Hana Apsari Pawestri	BB Lab Biokes
35	Muhamad Taufik	Kemenkes RI
36	Rofiud Darojat	BBKK Surabaya
37	Bijak Rabbani	INA-RESPOND
38	Soitawati	Kemenkes
39	Dedi Candra	Kemenhut
40	Arief Mulyono, S.Si., M.Sc.	Badan Riset dan Inovasi Nasional
41	Lazuardi Arya Renggana	Ditjen Keslan
42	R. Wisnu Lombardwinanto	KBRI Nairobi
43	Diany Litasari, SKM, M.Epid	Ditjen P2 Kemenkes RI
44	Drh. Cut Desna Aptriana, M.Si	Kementerian Pertanian
46	Intan Pandu Pertiwi, ST, MKM	Kemenkes
47	Indra Yusman	Kementerian Perhubungan
48	Ine Marsendra Amalia	Kementerian Kesehatan

NO	NAMA	INSTANSI
49	arif setiani wahyuning tyas	Badan Karantina Indonesia
50	dr. Iva Puspitasari, SpMK(K)	RSUP Dr. Kariadi
51	Diany Litasari, SKM, M.Epid	Dit PM Ditjen P2 Kemenkes
52	El Iqbal	Kementerian Kesehatan
53	CEPI IRAWANSYAH	DIT. SKK
54	Chandrawati Mutmainah	Kemenko PMK
55	Dyah Puspita Rachmawati	KEMENKES
56	Naning nugrahini SKM, MKM	Kementerian Kesehatan
57	Nuraini Triwijayanti	Dit Kesmavet Kementan
58	dr. Endang Widuri Wulandari, M.Epid	WHO
59	dr. Arni Sulistia, M.K.M	Balai Besar Kekarantinaan Kesehatan (BBKK) Soekarno Hatta
60	dr. Chita Septiawati, MKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
61	Rohani Simanjuntak, SKM, MKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
62	La Ode Hane, SKM, M.Kes	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
63	Leni Mendra, S.ST, MKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
64	Rosmaniar, Skep, MKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
65	Adistikah Aqmarina, SKM, M.Epid	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
66	Maulidiah Ihsan, SKM, M.Epid	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
67	Ibrahim, SKM, MPH	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
68	Teguh Rahardjo Heriwibowo, SKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes

NO	NAMA	INSTANSI
69	Thomas Aquinaldo Maruli Sody, SKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
70	Dr. Rian Hermana	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
71	Shafira Mutia Khairunnisa, SKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
72	Alifia Nur Rahmah Fadillah, S.Tr.Gz	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
73	Dwi Annisa Fajria, SKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
74	Aliyyah Zahirah, SKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
75	Gerald Bagus A Caloh, SKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
76	Safira Indriani, SKM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
77	Pamugo Dwi Rahayu, S.Kom	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
78	Abu Bakar	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
79	Dimas Juniarto	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes