

# LAPORAN

## Table Top Exercise

*Kesiapsiagaan dan Ketahanan  
Menghadapi Ancaman Penyakit  
Patogen Pernapasan (Avian Influenza)*

Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging  
Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan - Ditjen P2  
Kementerian Kesehatan RI  
2025

# DAFTAR ISI

<b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
I. Latar Belakang .....	1
II. Tujuan .....	2
A. Tujuan Umum.....	2
B. Tujuan Khusus .....	2
<b>PELAKSANAAN <i>TABLE TOP EXERCISE</i> .....</b>	<b>2</b>
I. Waktu dan Tempat.....	2
II. Peserta, Narasumber, Fasilitator, Evaluator, Pengendali dan Observer .....	2
III. Penyusunan Skenario .....	5
IV. Hasil Pelaksanaan.....	6
A. Pelaksanaan Simulasi .....	6
B. Observasi dan umpan balik .....	6
<b>REKOMENDASI DAN TINDAK LANJUT .....</b>	<b>33</b>
<b>KESIMPULAN .....</b>	<b>33</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>35</b>

## PENDAHULUAN

### I. Latar Belakang

Pandemi COVID-19 yang ditetapkan pada tahun 2020 menjadi bukti nyata bagaimana cepat dan luasnya dampak patogen respiratori terhadap kesehatan dan keamanan global. Pandemi ini menyoroti kerentanan sistem kesiapsiagaan baik di tingkat nasional maupun internasional. Berdasarkan pengalaman pandemi COVID-19 tersebut, WHO menerbitkan pedoman [\*Preparedness and Resilience for Emerging Threats \(PRET\)\*](#) terhadap patogen pernapasan yang dapat diadopsi oleh seluruh negara anggota. Patogen pernapasan menjadi prioritas dikarenakan mudah menular, sebagian besar zoonosis, dan penyebarannya semakin cepat di tengah mobilitas dan kepadatan penduduk yang tinggi.

Pada tahun 2024, Indonesia telah menyusun dokumen tersebut dengan melibatkan lintas sektor dan turut serta dalam **PanPRET-2 Regional Simulation Exercise** yang diselenggarakan WHO SEARO di New Delhi untuk penguatan kolaborasi lintas batas dan kesiapsiagaan regional. Sebagai tindak lanjutnya dan dalam rangka memastikan dokumen kesiapsiagaan ini dapat diterapkan secara efektif, diperlukan pengujian melalui *Table Top Exercise* atau yang disingkat TTX. Penetapan patogen prioritas yang disimulasikan dalam TTX mempertimbangkan karakteristik penyakit, dan situasi di tingkat global maupun Indonesia.

*Avian influenza* (Flu Burung) merupakan penyakit zoonosis yang menular dari unggas ke manusia. Sejak pertama kali dilaporkan pada manusia di Hong Kong tahun 1997, virus *avian influenza* telah menjadi ancaman global karena sifatnya yang sangat patogen dan kemampuannya menimbulkan pandemi bila terjadi mutasi atau penularan antar manusia secara berkelanjutan. Di Indonesia, kasus *avian influenza* pertama kali dilaporkan pada tahun 2003, dan sejak itu menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dengan jumlah kasus dan kematian yang tinggi. Hingga saat ini kasus *avian influenza* masih dilaporkan pada unggas di sejumlah wilayah Indonesia, namun kasus pada manusia terakhir kali tercatat pada tahun 2017. Sebagai penyakit zoonotik keberadaan virus Avian influenza di populasi unggas menjadi ancaman yang berpotensi menyebabkan penularan yang masif pada manusia dan dapat menimbulkan dampak serius bagi kesehatan masyarakat serta sektor ekonomi.

Berbagai tantangan masih dihadapi dalam pengendalian *avian influenza*, antara lain keterbatasan surveilans terpadu antara kesehatan manusia dan hewan, tingginya mobilitas unggas antar daerah, serta rendahnya kesadaran masyarakat terhadap biosekuriti dan pelaporan kasus pada unggas maupun manusia. Selain itu, risiko importasi virus dari negara lain juga tetap ada seiring eratnya perdagangan dan pergerakan lintas batas. Oleh karena itu, kesiapsiagaan menghadapi potensi KLB/wabah *avian influenza* perlu terus diperkuat, salah satunya dengan melaksanakan **Table Top Exercise (TTX) Kesiapsiagaan dan Ketahanan Menghadapi Ancaman Penyakit Patogen Pernapasan (*Avian Influenza*)**.

## II. Tujuan

### A. Tujuan Umum

Setelah mengikuti *Table Top Exercise* ini, secara umum peserta diharapkan memahami kapasitas deteksi dan respon dalam menghadapi potensi KLB/wabah *avian influenza* di Indonesia.

### B. Tujuan Khusus

1. Menguji dan mengevaluasi dokumen Kesiapsiagaan dan Ketahanan Menghadapi Ancaman Penyakit Infeksi Emerging (Patogen Pernapasan) terkait *avian influenza*.
2. Mengidentifikasi peran dan tanggung jawab masing-masing unit/program/sector dalam melakukan respon terhadap KLB/wabah *avian influenza* pada setiap tahap operasional.
3. Mengidentifikasi kekuatan dan tantangan dalam respon KLB/wabah *avian influenza* dan menyusun rekomendasi/tindak lanjut.
4. Memperkuat koordinasi lintas program dan lintas sector dalam menghadapi ancaman KLB/wabah *avian influenza*.

## PELAKSANAAN TABLE TOP EXERCISE

### I. Waktu dan Tempat

Waktu : Rabu s.d Jumat, 24 s.d 26 September 2025  
Agenda : Terlampir ([Lampiran 1](#))  
Tempat : Ruang Rapat Rajawali, Gedung Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK).

### II. Peserta, Narasumber, Fasilitator, Evaluator, Pengendali dan Observer

*Table Top Exercise* (TTX) dihadiri oleh 107 orang yang terdiri dari 65 Peserta, 4 narasumber, 2 pengendali, 7 fasilitator, 5 evaluator, dan 20 panitia, dan 4 observer.

#### A. Peserta

Peserta *Table Top Exercise* (TTX) berasal dari 63 lintas program dan lintas sector yang relevan di tingkat pusat, provinsi, dan daerah. Peserta dibagi ke dalam lima kelompok meja diskusi berdasarkan pilar ***Preparedness and Resilience for Emerging Threats (PRET)*** yang ditetapkan oleh WHO. Pembagian ini dimaksudkan untuk memastikan seluruh aspek kesiapsiagaan dan respon terhadap *avian influenza* dibahas secara komprehensif. Namun dalam pelaksanaan terdapat beberapa instansi yang tidak hadir ([Lampiran 2](#)). Berikut daftar instansi per pilar :

#### a. Pilar 1. Koordinasi Kedaruratan (Instrumen kebijakan, hukum, dan normatif; Koordinasi; Pembiayaan; dan Sumber daya manusia)

1. Asisten Deputi Peningkatan Kapasitas dan Ketahanan Kesehatan, Kemenko PMK
2. Asisten Deputi Penanggulangan Darurat, Kemenko PMK
3. Asisten Deputi Bidang Agama, Kesehatan, Pemuda dan Olahraga, Sekab
4. Direktorat Penanggulangan Bencana dan Kabakaran, Kemendagri
5. Direktorat Perhubungan Udara, Kementerian Perhubungan
6. Direktorat Jenderal Anggaran, Kemenkeu
7. Direktorat Konservasi Keanekaragaman Hayati Spesies dan Genetik, Kemenhut
8. Pusat Pengendalian Operasi, BNPB
9. Pusat Pembiayaan Kesehatan Nasional, Kemenkes
10. Pusat Kebijakan Strategis dan Tata Kelola Kesehatan Global, Kemenkes
11. Biro Perencanaan dan Keuangan, Kemenkes

12. Direktorat Tindakan Karantina Hewan, Badan Karantina Indonesia
13. Tim Kerja Perlindungan Hewan, Direktorat Kesehatan Hewan, Kementan
14. Tim Kerja Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Hewan, Direktorat Kesehatan Hewan, Kementan
15. Tim Kerja Darurat dan Klaster Kesehatan, Pusat Krisis Kesehatan, Kemenkes
16. Tim Kerja Penyakit Akibat Tular Vektor dan Zoonotik, Direktorat Penyakit Menular, Kemenkes
17. Tim Kerja Keuangan dan BMN, Ditjen Penanggulangan Penyakit
18. Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
19. Tim Kerja Layanan Kekarantinaan Kesehatan, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes

**b. Pilar 2. Surveilans Kolaboratif** (Surveilans; Laboratorium; dan Pendekatan *One Health* untuk zoonosis)

1. Direktorat Konservasi Keanekaragaman Hayati Spesies dan Genetik, Kemenhut
2. Direktorat Manajemen Risiko, Badan Karantina Indonesia
3. Pusat Data dan Teknologi Informasi, Kemenkes
4. Balai Besar Karantina Kesehatan (BBKK) Soekarno Hatta
5. Balai Besar Karantina Kesehatan (BBKK) Tanjung Priok
6. Tim Surveilans dan Imunisasi, Dinkes Provinsi DKI Jakarta
7. Suku Dinas Kesehatan Kota Jakarta Timur
8. Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan
9. Dinas Kesehatan Kota Depok
10. Balai Besar Laboratorium Biologi Kesehatan
11. Balai Besar Laboratorium Kesehatan Masyarakat Jakarta
12. Tim Kerja Pengamatan Penyakit, Direktorat Kesehatan Hewan, Kementan
13. Tim Kerja Tata Kelola Laboratorium Kesehatan Masyarakat, Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat, Kemenkes
14. Tim Kerja TB dan ISPA, Direktorat Penyakit Menular, Kemenkes
15. Tim Kerja Penyakit Akibat Tular Vektor dan Zoonotik, Direktorat Penyakit Menular, Kemenkes
16. Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
17. Tim Kerja Layanan Kekarantinaan Kesehatan, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes
18. Tim Kerja Surveilans Kewaspadaan Dini Penyakit Potensial KLB/Wabah
19. *Public Health Emergency of Operation Center* (PHEOC)
20. *ASEAN Biological Threat Surveillance Center* (ABVC)

**c. Pilar 3. Perlindungan Masyarakat** (Pencegahan dan pengendalian infeksi di masyarakat, Komunikasi risiko dan pelibatan masyarakat, Layanan kesehatan di pintu masuk negara dan wilayah perbatasan negara)

1. TNI
2. Badan Pemelihara Keamanan POLRI
3. Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kemensos
4. Direktorat Pengembangan Sosial Budaya dan Lingkungan Desa dan Pedesaan, Kemendes
5. Direktorat Perlindungan Masyarakat, Kemenlu

6. Direktorat Komunikasi Publik, Komdigi
7. Biro Komunikasi dan Informasi Publik, Kemenkes
8. Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas, Kemenkes
9. Tim Kerja Zoonosis, Direktorat Kesehatan Masyarakat Veteriner, Kementan
10. *Risk Communication & Community Engagement (RCCE)*
11. Dinas Peternakan dan Perikanan Provinsi DKI Jakarta

**d. Pilar 4. Manajemen Klinis** (Penyediaan layanan kesehatan dan Pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan)

1. Pusat Kedokteran Kesehatan POLRI
2. Pusat Kesehatan TNI
3. Direktorat Pelayanan Klinis, Kemenkes
4. Pelayanan Medik dan Keperawatan, Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. dr. Sulianti Saroso
5. Bidang Pelayanan Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
6. RSUD Tarakan
7. Ikatan Dokter Anak Indonesia/IDAI
8. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia/PDPI
9. Perhimpunan Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif Indonesia/PERDATIN

**e. Pilar 5. Akses Penanggulangan** (Akses untuk vaksinasi, obat-obatan, dan kemoprofilaksis)

1. Badan Pengawasan Obat dan Makanan
2. Organisasi Riset Kesehatan, BRIN
3. Direktorat Sistem Penanggulangan Bencana BNPB
4. Direktorat Penyediaan Sumber Daya Manusia, Kemenkes
5. Direktur Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi, Kemenkes
6. Direktur Imunisasi, Kemenkes
7. Kepala Biofarma
8. Tim Kerja Logistik, Puskris, Kemenkes
9. Tim Kerja Tenaga Cadangan Kesehatan dan RS Lapangan, Puskris, Kemenkes

## **B. Narasumber**

*Table Top Exercise* dibuka secara resmi oleh Direktur Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes (Dr. Sumarjaya, SKM, MM, MFP, CFA), perwakilan dari Kementerian Pertanian (drh. Fadjar Sumping Tjatur Rasa, Ph.D), dan perwakilan dari WHO Indonesia (dr. Tamara Curtin Niemi) dan kegiatan dilaporkan dan ditutup oleh ketua panitia (dr. Listiana Azizah, Sp.Kp)

## **C. Fasilitator**

Fasilitator *Table Top Exercise* terdiri dari 7 orang yang merupakan pakar-pakar dari kesehatan manusia dan kesehatan hewan dan telah berperan aktif dalam penanggulangan penyakit infeksi emerging termasuk dalam pandemi COVID-19 berdasarkan lima pilar yang akan disimulasikan pada TTX ini yaitu :

1. Dr. dr. Vivi Setyawati, M.Biomed
2. drh. Endang Burni P., M.Kes
3. Bayu Aji SE., MSc. PH
4. dr. Al Ghazali Samapta

5. Resty Asmauryanah Armis, SKM, M.Phil
6. Abdurrahman, SKM. M.Kes; dan
7. drh. Ahmad Gozali, MM.

#### D. Evaluator

Evaluator *Table Top Exercise* terdiri dari 5 orang yang merupakan sosok luar biasa yang telah berkontribusi aktif selama masa pandemi COVID-19 dan selalu mendukung untuk keberhasilan program penanggulangan penyakit infeksi emerging yaitu :

1. dr. Pompini Agustina Sp.P (K)
2. dr. Panji Fortuna Hadisoemarto, MPH, PhD.
3. dr. Endang Widuri Wulandari, M.Epid
4. Merry Efriana, SE, MM dan
5. Mutiara Ayu Asmara, SKM

#### E. Pengendali

Pengendali *Table Top Exercise* terdiri dari 2 orang yang memiliki pengalaman dalam berbagai bidang pengendalian penyakit menular terutama penyakit pernapasan termasuk dalam melaksanakan simulasi atau *table top exercise* yaitu :

1. Rohani Simanjuntak, SKM, MKM
2. dr. Rian Hermana

### III. Penyusunan Skenario

Skenario latihan disusun dengan merujuk pada dokumen skenario Preparedness and Resilience for Emerging Threats (PRET) dan dari WHO. Kementerian kesehatan mengembangkan scenario tersebut lebih lanjut bersama lintas sektor, tim ahli, WHO, dan FAO, melalui rangkaian pertemuan persiapan untuk memastikan relevansi dan keterpaduan dengan konteks nasional. Skenario ([Lampiran 3](#)) disusun mengikuti kerangka operasional kesiapsiagaan dan respons yang berlapis meliputi periode interpandemi, kasus awal/sporadis/kluster, penyebaran kasus di komunitas, hingga fase deeskalasi/pemulihan.

Awalnya, fase kewaspadaan pada periode interpandemi dimulai ketika Avian Influenza teridentifikasi di negara lain. Fokus utama di tahap ini adalah mencegah masuknya penyakit dengan memperkuat kapasitas deteksi dini di pintu masuk serta memastikan kesiapan pemangku kepentingan lintas sektor. Selanjutnya, penyakit masuk ke negara tetangga, sehingga risiko bagi Indonesia meningkat. Ketika kasus sporadis terdeteksi di Indonesia, fokus bergeser pada fase penanggulangan. Prioritas pada tahap ini adalah mencegah penyebaran lebih luas dengan memperkuat investigasi kasus, respon cepat, serta mobilisasi sumber daya. Namun, seiring waktu terjadi penyebaran komunitas di berbagai wilayah sehingga fokus beralih pada pengendalian dan mitigasi, dengan tekanan besar terhadap sistem kesehatan yang mulai kewalahan menghadapi lonjakan kasus.

Setelah langkah-langkah respons berhasil mengendalikan situasi, skenario berlanjut ke fase pasca KLB/wabah. Pada tahap ini, upaya diarahkan untuk deeskalasi dan pemulihan, baik melalui pemulihan layanan kesehatan, penataan ulang logistik, maupun pembelajaran untuk memperkuat sistem jangka panjang. Dengan alur yang terintegrasi dan logis, skenario ini mencerminkan siklus kesiapsiagaan–respons–pemulihan yang komprehensif untuk menghadapi ancaman Avian Influenza.

## IV. Hasil Pelaksanaan

### A. Pelaksanaan Simulasi

Pelaksanaan *Table Top Exercise* (TTX) ini diselenggarakan di tingkat nasional sebagai sarana pembelajaran lintas sektor untuk memperkuat kesiapsiagaan menghadapi ancaman pandemi. Peserta dari berbagai institusi dan program dikelompokkan ke dalam lima pilar sesuai dengan peran dan tanggung jawab masing-masing. Setiap kelompok didampingi oleh fasilitator berkompeten, sementara proses diskusi diamati oleh observer dan dievaluasi oleh tim evaluator.

Pada simulasi ini, skenario pandemi digambarkan dengan kemunculan kasus konfirmasi avian influenza jenis baru di Indonesia dan peserta diuji dalam kesiapan serta ketahanan menghadapi ancaman tersebut. Latihan ini difokuskan pada tiga tahap operasional utama yaitu interpandemi, deteksi kasus awal/sporadis/kluster, dan penyebaran kasus di komunitas. Setiap tahap operasional tersebut terdapat *Inject* atau skenario fiktif dan pertanyaan kunci yang ditujukan kepada peserta untuk mendapatkan refleksi dan respons segera.

Simulasi dilaksanakan secara terstruktur melalui beberapa topik kunci dengan tujuh *inject* skenario berurutan, diawali dengan video pengantar atau pembacaan skenario singkat oleh pengendali untuk memberi konteks situasi. Pada setiap *inject*, fasilitator mengajukan pertanyaan dan memandu tanya jawab dan mendorong peserta dari masing-masing instansi memberikan tanggapan singkat (maksimal satu menit) sesuai dengan tugas dan fungsinya. Untuk memperkuat sinergi lintas sektor, fasilitator juga membuka diskusi lintas pilar sesuai dinamika diskusi.

Jalannya kegiatan dijaga tetap tertib dan efektif melalui pengaturan oleh time keeper ([Lampiran 4](#)) dan notulen, dengan penerapan aturan teknis yang memastikan fokus penuh selama simulasi, termasuk pembatasan penggunaan perangkat elektronik yang disampaikan dalam ketentuan TTX ([Lampiran 5](#)). Seluruh hasil jawaban dicatat sebagai bahan evaluasi oleh evaluator dan dibahas dalam sesi *hot debrief* dan umpan balik. Pendekatan terstruktur ini memastikan partisipasi aktif, pemanfaatan penuh keahlian lintas sektor, serta menghasilkan refleksi kolektif yang konstruktif bagi penguatan sistem nasional.

### B. Observasi dan umpan balik

#### a. Debriefing cepat (*Hot Debrief*)

Sesi ini dilakukan di akhir latihan simulasi, dipimpin oleh WHO Indonesia sebagai bagian dari proses refleksi bersama. Setiap kelompok pilar memberikan refleksi secara singkat, menyoroti apa yang berhasil, area yang perlu ditingkatkan, dan rekomendasi untuk memperkuat kesiapsiagaan ke depan. Beberapa poin penting yang diobservasi selama pelaksanaan TTX adalah :

1. Kehadiran peserta dari lintas sektor memberikan dinamika yang kaya dan memperlihatkan arah koordinasi yang semakin menyatu. Untuk ke depan, pelibatan yang lebih menyeluruh dari seluruh pemangku kepentingan kunci di masa mendatang akan semakin memperkuat sinergi dan efektivitas respon lintas sektor.
2. Variasi latar belakang peserta juga memberikan warna tersendiri dalam diskusi, yang banyak diwarnai oleh perspektif teknis. Ke depan, integrasi perspektif kebijakan diharapkan dapat menambah kedalaman strategis terhadap keluaran simulasi.
3. Variasi tingkat pemahaman terhadap konsep PRET yang terlihat selama kegiatan justru membuka ruang bagi penguatan orientasi atau pembekalan awal, sehingga fondasi pemahaman seluruh peserta dapat lebih beragam sebelum simulasi dimulai.

Dari sisi substansi, beberapa poin yang diobservasi adalah :

1. TTX ini menjadi wadah pembelajaran kolektif yang penting, dengan banyak refleksi dari pengalaman COVID-19 yang dapat dijadikan pijakan.
2. Koordinasi menjadi kunci dalam penanggulangan dan respon dan perlu dipastikan tersampaikan di tingkat pusat ataupun daerah.
3. Agar lebih kokoh, pendekatan proaktif dalam surveilans, baik melalui kolaborasi lintas sektor, pelibatan masyarakat, maupun pemantauan kematian, akan semakin memperkaya kesiapsiagaan.
4. Skenario yang lebih kompleks dan menantang juga dapat dipertimbangkan untuk menguji secara lebih nyata mekanisme komando, sistem peringatan dini, dan aktivasi rencana kontinjensi.
5. Diperlukan *real* simulasi dengan koordinator BNPB pada periode kedaruratan dengan mengedepankan manajemen bencana.
6. Koordinasi lintas sektor yang mulai terlihat perlu terus diperkuat, misalnya melalui pembentukan *task force* yang lebih solid, serta integrasi pendekatan *One Health* agar respon berjalan utuh dan menyeluruh.
7. Diskusi yang menggambarkan penularan komunitas hingga de-eskalasi dapat lebih difokuskan pada aspek teknis kedaruratan, sehingga pembelajaran menjadi lebih mendalam sehingga memperkaya rekomendasi tindak lanjut

b. Observasi dan umpan balik dari evaluator secara umum

Diskusi dan pertukaran perspektif antara evaluator, peserta dan observer dilakukan di hari terakhir rangkaian TTX. Diskusi ini dipimpin oleh pengendali dan menghasilkan pertukaran perspektif yang kaya, sekaligus memperkuat pemahaman bersama tentang area yang perlu ditingkatkan di tingkat nasional. Berikut hasil observasi dan umpan balik dari evaluator untuk masing-masing pilar:

1. Pilar 1. Koordinasi Kedaruratan

Koordinasi lintas sektor dalam kesiapsiagaan menghadapi potensi kedaruratan kesehatan telah menunjukkan perkembangan yang sangat berarti. Keterlibatan berbagai kementerian, lembaga, serta pemerintah daerah mencerminkan adanya komitmen kuat untuk memperkuat respon nasional yang lebih terstruktur dan terintegrasi. Berbagai inisiatif yang telah berjalan menjadi pondasi penting dalam memperkuat ketahanan sistem kesehatan nasional yang adaptif dan kolaboratif. Berikut kekuatan yang telah dibangun dan peluang penguatan ke depan pada pilar koordinasi kedaruratan berdasarkan hasil observasi pelaksanaan TTX:

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
<b>Kekuatan yang telah dibangun</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mekanisme koordinasi kesiapsiagaan di setiap tingkatan telah berjalan dan semakin jelas;</li> <li>2. Koordinasi lintas sektor Kemenko PMK, Kemenkes, dan Kementan semakin kuat;</li> <li>3. Diterbitkannya surat edaran Kewaspadaan kepada Dinkes, BKK, Fasyankes, dan Laboratorium untuk memperkuat kesiapsiagaan di lapangan;</li> <li>4. Penilaian Risiko Cepat dengan pelibatan lintas program dan sektor;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantauan rutin situasi global dan nasional serta diseminasi data situasi guna mendukung pengambilan kebijakan;</li> <li>2. Diterbitkan surat edaran peningkatan kesiapsiagaan dan respon di manusia dan hewan kepada lintas program terkait;</li> <li>3. Penerbitan surat edaran kewaspadaan lintas sektor bandara/pelabuhan/lintas batas darat;</li> <li>4. Reviu pedoman dan sosialisasi kesiapsiagaan kepada semua program terkait;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mekanisme koordinasi lintas sektor dalam penanganan wabah berjalan baik, melibatkan Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Kemenko PMK), Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian, Kementerian Sosial, Kementerian Perhubungan, dan Kementerian Luar Negeri dan kementerian lain yang terlibat.</li> </ol>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	<p>5. Koordinasi lintas stakeholder oleh Balai Kekarantinaan Kesehatan (BKK) dan Badan Karantina Hewan dalam pengawasan lalu lintas manusia dan hewan guna mencegah masuknya penyakit lintas batas;</p> <p>6. Penguatan lalu lintas unggas yang masuk ke Indonesia dengan termasuk analisis risiko pertimbangan pembatasan.</p>	<p>5. Koordinasi lintas kementerian antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian, dan lintas sektor terlibat serta pemerintah daerah semakin solid;</p> <p>6. Penilaian penetapan situasi krisis kesehatan secara berkala dan aktivasi <i>Health Emergency Operation Centre</i> (HEOC) setelah dilakukan penetapan;</p> <p>7. Identifikasi kebijakan yang berlaku di daerah, serta dukungan sumber daya manusia yang diperlukan;</p> <p>8. Penguatan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan</p>	<p>2. Pengaktifan Satuan Kerja Perangkat Daerah Bidang (SKPDB) dan kluster-kluster penanganan;</p> <p>3. Tersedianya akses terhadap dana kedaruratan (Dana Siap Pakai/DSP);</p> <p>4. Penguatan kebijakan pusat dan daerah dalam penanggulangan wabah;</p> <p>5. Koordinasi respon kedaruratan di tingkat pusat dan daerah hingga pemerintah desa termasuk pembatasan baik pembatasan dari luar negeri dan di dalam negeri berdasarkan analisis risiko;</p> <p>6. <i>Supply data</i> untuk mendukung pengambilan kebijakan terutama pembatasan sosial;</p> <p>7. Penerapan lalu lintas unggas secara domestik dengan penguatan sertifikat veteriner;</p> <p>8. Penerapan kebijakan vaksinasi pada PPLN berbasis digital;</p>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
			9. Membangun hubungan bilateral dan multilateral dalam mendukung kebijakan penanggulangan;
<b>Peluang penguatan ke depan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyusunan laporan kepada Kemenko PMK sebagai dasar pengambilan keputusan strategis;</li> <li>2. Penyusunan rewiu rencana kontijensi dan <i>exercise</i>;</li> <li>3. Peningkatan kapasitas penanggulangan zoonosis dan investigasi wabah dengan pendekatan <i>One Health</i>;</li> <li>4. Pemetaan kapasitas yang didapatkan dari aktivasi SIZE;</li> <li>5. Pelibatan lebih luas dari Kementerian Luar Negeri , Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi, lingkungan hidup, kehutanan, Badan Nasional Penanggulangan Bencana dan pemerintah daerah untuk memperkuat koordinasi nasional;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penetapan status kejadian luar biasa (KLB) di wilayah terdampak secara cepat dan terkoordinasi;</li> <li>2. Menyelenggarakan koordinasi lintas kementerian/lembaga untuk penilaian situasi terhadap penetapan status bencana dan pengerahan sumber daya nasional;</li> <li>3. Penganggaran dana untuk kasus awal/sporadis (sebelum adanya pernyataan resmi status darurat);</li> <li>4. Pengaktifan tim koordinasi Penyakit Infeksius Baru (PIB) pusat dan daerah;</li> <li>5. Penilaian risiko bersama/ <i>Join Risk Assessment</i> (JRA) untuk menyelaraskan analisis risiko antar sektor.</li> <li>6. Mengkoordinasikan sinergi pusat dan daerah serta antar daerah dalam penanggulangan pandemi, khususnya dalam</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan koordinasi lintas sektor terkait yaitu Direktorat Jenderal Imigrasi, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi;</li> <li>2. Aktivasi rencana operasi yang lebih terarah dan responsif terhadap dinamika lapangan;</li> <li>3. Intra Action Review (IAR) untuk menilai efektivitas respon dan mengidentifikasi langkah perbaikan berkelanjutan;</li> <li>4. Penetapan indikator penanggulangan wabah termasuk Pembatasan Kegiatan Sosial Kemasyarakatan (PKSK) sebagai alat monitoring penanggulangan wabah ;</li> </ol>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	<p>6. Membangun jejaring koordinasi diplomatik bilateral dengan negara terjangkit terkait update situasi dan kondisi WNI;</p> <p>7. Melakukan penilaian penetapan <i>travel advisory</i> terhadap Pelaku Perjalanan Luar Negeri (PPLN) ke negara terjangkit;</p> <p>8. Pembiayaan kesiapsiagaan dan melalui dana regular (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah)</p>	<p>pertukaran informasi dan mobilisasi bantuan bagi daerah terdampak;</p> <p>7. Penyusunan atau reviu rencana operasional bersama dengan lintas sektor dan program terkait termasuk daerah.</p>	

Secara keseluruhan, koordinasi lintas sektor telah berjalan dengan baik dan memberikan landasan kuat bagi kesiapsiagaan nasional. Dengan penguatan pada aspek analisis risiko, latihan kontinjensi, perluasan keterlibatan stakeholder, serta mekanisme pembiayaan yang lebih fleksibel, koordinasi akan semakin matang dan responsif. Upaya kolektif ini akan membawa Indonesia pada kesiapsiagaan yang lebih tangguh, terintegrasi, dan siap menghadapi tantangan kedaruratan kesehatan di masa mendatang.

## 2. Pilar 2. Surveilans Kolaboratif

Sistem surveilans Indonesia saat ini telah menunjukkan pondasi yang kuat sebagai dasar dalam menghadapi potensi ancaman kesehatan masyarakat. Surveilans kesehatan manusia dan hewan sudah berjalan paralel dan saling melengkapi, diperkuat sentinel surveilans, kegiatan analisis risiko, serta sistem *epidemic intelligence* yang memantau situasi global dan nasional. Dukungan kapasitas laboratorium dengan jejaring reagen, sumber daya manusia, dan standar operasional, serta peran karantina hewan dan Balai Kekarantinaan Kesehatan di pintu masuk, memberikan lapisan proteksi tambahan. Inisiatif baru seperti surveilans satwa liar, pemanfaatan SIZE, dan penerapan *Joint Risk Assessment* juga menjadi langkah maju menuju pendekatan One Health yang lebih

terintegrasi. Berikut kekuatan yang telah dibangun dan peluang penguatan ke depan pada pilar surveilans kolaboratif berdasarkan hasil observasi pelaksanaan TTX :

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
<b>Kekuatan yang telah dibangun</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surveilans kolaboratif secara aktif dan pasif pada surveilans kesehatan hewan dan kesehatan masyarakat telah berjalan paralel, saling melengkapi dalam mendeteksi potensi penyakit zoonotik secara dini.</li> <li>2. <i>Epidemic intelligence</i> aktif memantau informasi dari negara terjangkit dan tren sindrom pernapasan (ILI/SARI/ISPA/Pneumonia) untuk memberikan peringatan dini yang membantu pengambilan keputusan cepat.</li> <li>3. Analisis risiko secara rutin dilakukan untuk menilai potensi ancaman dan memandu prioritas respon;</li> <li>4. Kesiapan laboratorium semakin kuat melalui ketersediaan reagen, peningkatan kapasitas teknis,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistem intelijen epidemiologi berfungsi efektif dalam mengidentifikasi potensi ancaman secara dini;</li> <li>2. Penyelidikan epidemiologi dilakukan secara cepat dan terkoordinasi, memastikan sumber penularan dapat diidentifikasi serta dikendalikan lebih awal;</li> <li>3. Pelacakan kontak berjalan aktif dan sistematis;</li> <li>4. Laporan situasi berkala memberikan gambaran komprehensif bagi pengambil kebijakan;</li> <li>5. Penguatan surveilans kolaboratif dengan lintas daerah berdampak;</li> <li>6. Mendorong Surat Keputusan Penetapan Kejadian Luar Biasa (KLB) oleh Pemerintah Daerah;</li> <li>7. Identifikasi dan pemantauan peningkatan kasus sindrom pernapasan pada SKDR dan sentinel;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan aktivitas surveilans di berbagai tingkatan dan perkuat sistem surveilans untuk memperkuat deteksi dini dan memastikan pemantauan situasi berjalan secara berkesinambungan;</li> <li>2. Penambahan tenaga surveilans dan pelacak kontak diperlukan untuk menjaga kontinuitas pelaporan, mempercepat investigasi lapangan, dan memastikan kualitas data tetap terjaga di seluruh wilayah;</li> <li>3. Laporan situasi berkala (sitrep harian) disusun secara sistematis, menyediakan informasi real-time yang mendukung pengambilan keputusan cepat;</li> </ol>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	<p>serta pemenuhan kebutuhan operasional.</p> <p>5. Jejaring sentinel surveilans memperkuat deteksi penyakit di wilayah;</p> <p>6. Pengawasan orang, barang, dan alat angkut terutama dari negara terjangkit dengan aplikasi yang sudah terintegrasi dengan All Indonesia;</p> <p>7. Penerapan sertifikat veteriner serta pengujian laboratorium pada unggas yang masuk dan unggas yang telah beredar;</p> <p>8. Penerapan <i>risk-based assessment</i> pada kedatangan kapal di pintu masuk oleh BKK menambah lapisan proteksi penting dalam upaya pencegahan lintas sektor;</p> <p>9. Jejaring laboratorium nasional di bidang kesehatan masyarakat dan kesehatan hewan menunjukkan kesiapan dengan dukungan sumber daya manusia, reagen, dan standar operasional prosedur</p>	<p>8. Notifikasi melalui International Health Regulations (IHR) dilakukan sesuai prosedur, memperkuat keterhubungan Indonesia dalam sistem peringatan dan koordinasi global;</p> <p>9. Pertimbangan pembatasan lalu lintas hewan dan barang antar daerah, perlakukan isolasi dan desinfeksi di peternakan terdampak dan pertimbangan <i>culling</i>;</p> <p>10. Sistem pencatatan dan pelaporan yang terintegrasi dengan laboratorium.</p> <p>11. Pemetaan kapasitas laboratorium di daerah terjangkit dan dukungan pemenuhan SDM dan logistik yang dibutuhkan;</p> <p>12. Penyusunan atau reviu rencana operasional laboratorium dengan kerjasama industri;</p>	<p>4. Mengatur alur distribusi sampel dengan mengoptimalkan penggunaan laboratorium dalam jejaring laboratorium nasional sekitar yang memiliki kapasitas berdasarkan hasil pemetaan guna mencegah overload pemeriksaan;</p> <p>5. Mendorong pelatihan cepat (<i>refreshing</i> atau <i>On Job Training/OJT</i>) untuk teknisi laboratorium dalam menangani beban tambahan dan</p>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	<p>(SOP) yang selaras dan telah menjadi rujukan/<i>influenza center</i>.</p> <p>10. Peningkatan kapasitas sumber daya laboratorium manusia dan hewan;</p> <p>11. Pengembangan sistem informasi laboratorium nasional untuk pemetaan kapasitas secara <i>realtime</i>.</p>		
<b>Peluang penguatan ke depan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surveilans satwa liar dapat diperluas untuk melengkapi pemantauan kesehatan manusia dan hewan;</li> <li>2. Optimalisasi SIZE untuk memperkuat integrasi data lintas sektor dan memastikan analisis risiko dapat dilakukan secara lebih cepat dan tepat.</li> <li>3. Peningkatan kapasitas dalam analisis data dan mekanisme berbagi informasi antar lembaga akan mempercepat proses pengambilan keputusan berbasis bukti;</li> <li>4. Peningkatan kapasitas deteksi dini pada manusia dan hewan terutama melalui</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerapan <i>pandemic severity assessment</i> perlu dioptimalkan agar penilaian tingkat keparahan kejadian dapat dilakukan secara cepat dan terukur;</li> <li>2. Mengaktifkan Tim Gerak Cepat atau tim kluster kesehatan di Tikorda;</li> <li>3. Penyelidikan epidemiologi bersama lintas sektor dapat diperkuat untuk memperkaya analisis situasi, mempercepat konfirmasi sumber penularan, serta mendorong koordinasi respons yang lebih terintegrasi;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengembangan surveilans berbasis komunitas (<i>community-based surveillance</i>) dapat memperluas jangkauan deteksi dini hingga ke tingkat masyarakat;</li> <li>2. Peningkatan interoperabilitas sistem pelaporan antar sektor dan level pemerintahan akan mendorong pertukaran informasi;</li> <li>3. Penguatan kapasitas analisis data dan pemanfaatannya untuk kebijakan, termasuk</li> </ol>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	<p>surveilans berbasis masyarakat, <i>multi source surveillance</i>, dan surveillans faktor risiko dengan pendekatan <i>one health</i>.</p> <p>5. Pelaksanaan <i>Joint Risk Assessment</i> (JRA) secara rutin dan terkoordinasi dengan pelibatan lintas sektor dan program akan memperkuat pemahaman bersama terhadap risiko;</p> <p>6. Penguatan manajemen rantai pasok (<i>supply chain</i>) dalam jejaring laboratorium diperlukan untuk menjamin ketersediaan reagen dan kelancaran pengiriman spesimen;</p> <p>7. Peningkatan tata kelola penanganan kasus suspek di pintu masuk negara akan memperkuat lapisan pertama pertahanan kesehatan;</p> <p>8. Pemetaan kapasitas laboratorium di tingkat 2 dan 3 dalam kesiapsiagaan untuk bisa segera diaktivasi bila diperlukan.</p>	<p>4. Membangun sistem pencatatan dan pelaporan terintegrasi untuk <i>tracing</i>.</p> <p>5. Refreshing petugas kesehatan dan otorita veteriner;</p> <p>6. Aktivasi rencana kontijensi pandemi influenza menjadi rencana operasi;</p> <p>7. Melakukan <i>early action review</i>;</p> <p>8. Peningkatan surveilans unggas terutama pada wilayah yang menjadi klaster serta wilayah klaster;</p> <p>9. Reviu atau menetapkan pedoman depopulasi, disinfeksi dan disposal pada unggas sakit dan flock terinfeksi serta pedoman isolasi dan pembatasan pergerakan unggas dan produknya pada peternakan dan wilayah terjangkau.</p>	<p><i>integrasi genomic surveillance</i>, akan memperkaya pemahaman situasi;</p> <p>4. Pengaktifan <i>mobile</i> laboratorium sebagai unit pemeriksaan bergerak untuk mempercepat pengujian sampel di daerah-daerah dengan akses terbatas atau situasi <i>overload</i> guna mendukung percepatan deteksi dan respon pandemi secara efektif.</p>

Dengan pondasi yang sudah terbangun, sistem surveilans kolaboratif Indonesia berada pada jalur yang tepat menuju kesiapsiagaan yang lebih tangguh. Penguatan pada aspek *community-based surveillance*, interoperabilitas data, dan integrasi *genomic surveillance* akan semakin memperkaya kapasitas yang ada, sehingga surveilans dapat lebih adaptif, proaktif, dan strategis dalam mendukung pengambilan keputusan. Upaya berkesinambungan ini tidak hanya menjaga ketahanan kesehatan nasional, tetapi juga memperkuat posisi Indonesia dalam jejaring global *One Health*.

### 3. Pilar 3. Perlindungan Masyarakat

Upaya komunikasi risiko dan perlindungan masyarakat telah menunjukkan kemajuan yang nyata dan berdampak. Pesan kewaspadaan kini disampaikan secara lebih strategis dan inklusif melalui berbagai kanal, mulai dari *press release*, konten Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), hingga media monitoring untuk menangkal hoaks. Penyesuaian pesan dengan konteks lokal menjadikannya lebih mudah diterima masyarakat, sementara pemanfaatan multimedia, hotline, dan media *centre* memperluas akses informasi. Penunjukan juru bicara resmi dan penyelenggaraan konferensi pers saat kasus terdeteksi juga menjadi mekanisme penting dalam menjaga ketenangan publik. Panduan komunikasi risiko yang direview secara berkala, serta pemetaan kelompok rentan, semakin memperkuat landasan perlindungan masyarakat. Berikut kekuatan yang telah dibangun dan peluang penguatan ke depan pada pilar perlindungan masyarakat berdasarkan hasil observasi pelaksanaan TTX :

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
<b>Kekuatan yang telah dibangun</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi komunikasi antara pengampu program terkait pesan untuk Masyarakat;</li> <li>2. Pesan komunikasi kewaspadaan penyakit melalui media KIE membangun kepercayaan publik.</li> <li>3. Penerbitan <i>press release</i> situasi memperkuat transparansi dan kewaspadaan publik;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penunjukan juru bicara resmi telah memperkuat kejelasan informasi publik dan mencegah kepanikan;</li> <li>2. <i>Press conference</i> terkait penemuan kasus dan upaya penanggulangan yang disampaikan oleh juru bicara dalam mencegah kepanikan dan membuat situasi terkendali);</li> <li>3. Sosialisasi kepada Masyarakat mengenai pencegahan dan penularan penyakit;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantauan informasi dan berita serta laporan berkala secara intensif;</li> <li>2. Manajemen hoaks dijalankan secara kolaboratif dengan platform media;</li> <li>3. Penyampaian pesan secara berkala oleh juru bicara resmi membantu menjaga konsistensi;</li> <li>4. Mobilisasi sumber daya desa memperkuat ketahanan komunitas dan memastikan</li> </ol>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	<p>4. Penguatan media monitoring dan manajemen hoaks membantu menjaga keakuratan informasi di ruang publik;</p> <p>5. Pemanfaatan multimedia dan kanal digital memperluas jangkauan komunikasi;</p> <p>6. Penyesuaian pesan sesuai konteks lokal meningkatkan relevansi dan efektivitas pesan;</p> <p>7. Peningkatan kapasitas komunikasi risiko memperkuat kemampuan institusi menghadapi situasi krisis;</p> <p>8. Pesan komunikasi di pintu masuk negara untuk pelaku perjalanan dan <i>Risk Based Vesel Inspection</i> sebagai langkah antisipatif terhadap potensi penyebaran lintas batas;</p> <p>9. Pemanfaatan dana desa untuk mendukung kesiapsiagaan di tingkat komunitas.</p>	<p>4. Sistem media <i>center</i>, <i>hotline</i>, dan manajemen hoaks berperan penting dalam menjaga arus informasi yang akurat dan terpercaya;</p> <p>5. Koordinasi lintas sektor untuk komunikasi memperkuat kesatuan pesan antar instansi;</p> <p>6. Sosialisasi edaran termasuk KIE Kewaspadaan di setiap sektor.</p>	<p>pesan kesiapsiagaan menjangkau tingkat akar rumput;</p> <p>5. Pendekatan kepada masyarakat untuk '<i>culling</i>' dilakukan dengan komunikasi yang transparan</p> <p>6. Penyesuaian materi komunikasi secara dinamis mengikuti perkembangan situasi, termasuk pesan-pesan terkait protokol kesehatan, vaksinasi, manajemen hoax, dan isu halal-haram vaksinasi meningkatkan relevansi dan efektivitas komunikasi publik.</p> <p>7. Pelibatan masyarakat termasuk kader kesehatan, babinsa/babinkamtibmas, pendamping Tagana, tokoh agama dan tokoh Masyarakat memperkuat jejaring komunikasi risiko dan perlindungan masyarakat di tingkat komunitas;</p> <p>8. Memobilisasi sumber daya di desa;</p>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
			<p>9. Satuan Tugas (Satgas) pangan memastikan rantai pasok bahan pokok tetap terjaga;</p> <p>10. Penerbitan surat edaran prioritas penggunaan dana desa untuk mendukung penanggulangan pandemi secara langsung kepada masyarakat termasuk kompensasi <i>culling</i>, bantuan langsung tunai, dan pembentukan posko darurat desa sebagai pusat informasi serta kebutuhan penunjang di desa dalam penanggulangan;</p> <p>11. Pengkampanyean vaksinasi secara masif melalui berbagai kanal media sosial termasuk melibatkan lintas sektor dan influencer;</p> <p>12. Pelibatan mitra swasta dalam pelaksanaan vaksinasi di tempat kerja;</p>
<b>Peluang penguatan ke depan</b>	1. Penggunaan <i>tools infodemic management</i> untuk memperkuat analisis informasi	1. Pemutakhiran panduan materi komunikasi dilakukan secara berkala agar tetap relevan sesuai	1. Penguatan koordinasi dan alur komunikasi antar Kementerian untuk

	<p>publik dan merespons dinamika opini masyarakat;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. <i>Review</i> strategi komunikasi untuk setiap fase;</li> <li>3. Penyusunan <i>Frequently Answer Question</i> (FAQ) untuk memperjelas pesan utama kepada masyarakat;</li> <li>4. Sinkronisasi dan konsistensi pesan (Pesan dari berbagai instansi, dan setiap tingkatan, penyesuaian pesan untuk kelompok tertentu);</li> <li>5. Pelaksanaan <i>press briefing</i> proaktif jika terjadi eskalasi kasus global untuk menjaga kesiapsiagaan publik;</li> <li>6. Peningkatan kapasitas media untuk penyampaian pesan yang positif kepada Masyarakat;</li> <li>7. Pembaruan rutin panduan komunikasi risiko;</li> <li>8. Pengembangan <i>review bussiness continuity plan</i> untuk sektor esensial;</li> <li>9. Pembuatan <i>travel advisory</i> terhadap Pelaku Perjalanan</li> </ol>	<p>dengan kondisi kepada masyarakat dan pesan komunikasi yang sesuai untuk komunitas terdampak dan kelompok berisiko tinggi;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Evaluasi efektivitas komunikasi risiko untuk penyesuaian pesan yang efektif dalam mengubah perilaku Masyarakat;</li> <li>3. Penguatan mekanisme komunikasi operasional antar pemangku kepentingan;</li> <li>4. Penguatan pemberdayaan masyarakat;</li> <li>5. Pemanfaatan data dan informasi untuk formulasi materi komunikasi dan <i>policy brief</i>, sehingga keputusan dan strategi komunikasi lebih berbasis bukti dan berdampak nyata bagi perlindungan masyarakat</li> </ol>	<p>sinkronisasi dan konsistensi pesan di semua tingkatan;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Implementasi <i>Bussiness Continuity Plan</i> untuk sektor esensial;</li> <li>3. Sosialisasi kebijakan depopulasi, disinfeksi, dan disposal;</li> <li>4. Penguatan jaring pengaman sosial (<i>social safety net</i>) bagi masyarakat terdampak serta pemberian insentif bagi dunia usaha untuk menjaga stabilitas sosial dan ekonomi;</li> <li>5. Penyusunan <i>vaccine deployment plan</i>;</li> <li>6. Penerapan langkah-langkah kesehatan Masyarakat dan sosial (LKMS) berbasis risiko dalam penyesuaian peningkatan/pelonggaran;</li> <li>7. Pengembangan studi vaksin lokal pada manusia dan hewan.</li> <li>8. Memastikan ketersediaan kebutuhan pokok di masyarakat termasuk regulasi;</li> </ol>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Luar Negeri (PPLN) ke negara terjangkau;</p> <p>10. Pemutakhiran pemetaan kelompok rentan sehingga strategi komunikasi semakin inklusif.</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Dengan pondasi yang telah dibangun, pilar perlindungan masyarakat sudah menjadi elemen penting dalam memperkuat kepercayaan publik dan menjaga ketenangan masyarakat di masa krisis. Melalui penguatan sinkronisasi pesan, partisipasi masyarakat (*community engagement*), dan strategi komunikasi adaptif, pilar ini dapat semakin berperan sebagai tulang punggung perlindungan masyarakat. Upaya yang konsisten dan kolaboratif akan memastikan bahwa komunikasi publik tidak hanya informatif, tetapi juga mendorong keterlibatan aktif dan menjaga kesinambungan layanan esensial selama situasi kedaruratan kesehatan.

#### 4. Pilar 4. Manajemen Klinis

Kesiapsiagaan layanan klinis terus diperkuat melalui berbagai langkah strategis, transformasi layanan, serta peningkatan SDM dan sarana prasarana. Pelibatan dan dukungan konkret dari lintas sektor juga melengkapi penguatan kesiapan layanan klinis. Berbagai simulasi kesiapsiagaan, penyusunan pedoman, dan pembelajaran melalui webinar semakin memperlihatkan komitmen bersama untuk melakukan perbaikan berkelanjutan. Dengan jejaring RS pengampu PIE yang tersebar di 38 provinsi dan lebih dari 400 kabupaten/kota, pondasi sistem klinis nasional semakin kuat. Berikut kekuatan yang telah dibangun dan peluang penguatan ke depan pada pilar manajemen klinis berdasarkan hasil observasi pelaksanaan TTX

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
<b>Kekuatan yang telah dibangun</b>	1. Penyiapan langkah strategis sudah dilakukan mulai dari koordinasi dengan daerah, identifikasi kapasitas rumah	1. Kesiapan internal RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso sebagai koordinator pengampuan cukup komprehensif dengan koordinasi manajerial yang efektif termasuk	1. Koordinasi lintas sektor berjalan efektif dengan berkolaborasi bersama BNPB dan Pusat Krisis

	<b>INTERPANDEMI</b>	<b>KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER</b>	<b>TRANSMISI KOMUNITAS</b>
	<p>sakit, hingga penyusunan pedoman;</p> <p>2. Penguatan jejaring layanan penyakit infeksi emerging dengan RS pengampu menunjukkan arah pengembangan sistem yang lebih terstruktur;</p> <p>3. Jejaring pengampuan PIE kini telah menjangkau 38 provinsi dan 415 kabupaten/kota, memperluas cakupan kesiapan nasional dalam deteksi dan respons penyakit infeksi emerging;</p> <p>4. RSPI sebagai koordinator nasional pengampuan PIE telah membangun koordinasi erat dengan Kementerian Kesehatan (Dit. Yanklin, BKK) dan Dinas Kesehatan provinsi, memperkuat tata kelola dan kesinambungan layanan;</p> <p>5. Kesiapan sumber daya manusia dan sarana prasarana mulai diperhatikan termasuk ketersediaan tim pokja penyakit infeksi baru, ketersediaan tempat tidur dan</p>	<p>aktivasi PPOK dan SOP, serta kesiapan fasilitas logistik, farmasi, SDM, dan ruang isolasi. Tim multidisiplin dan layanan untuk kasus berat/kritis telah dibentuk dan beroperasi, menunjukkan kesiapan klinis di tingkat lanjut untuk menangani pasien dengan kompleksitas tinggi;</p> <p>2. Stratifikasi rumah sakit pengampu PIE sudah ditetapkan terdiri dari 18 Rumah Sakit Regional/Paripurna, 44 Rumah Sakit Utama, dan 136 Rumah Sakit Madya, memperkuat jejaring kesiapsiagaan nasional yang berlapis dan saling terhubung;</p> <p>3. Kepastian pembiayaan melalui mekanisme Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memberikan jaminan keberlanjutan layanan bagi peserta, memastikan rumah sakit dapat beroperasi tanpa hambatan pembiayaan dalam situasi kedaruratan;</p> <p>4. Alternatif pembiayaan inovatif mulai dikembangkan melalui kemitraan pemerintah dan sektor</p>	<p>Kesehatan (Puskris) untuk menyiapkan fasilitas darurat;</p> <p>2. Stratifikasi kasus dan jejaring rumah sakit pengampu telah diterapkan dengan baik. Penempatan pasien berdasarkan tingkat keparahan dan kapasitas fasilitas membantu mengurangi risiko kelebihan beban pada satu rumah sakit;</p> <p>3. Peningkatan kapasitas layanan terus dilakukan, dengan menambah ruang isolasi melalui alih fungsi ruangan dan rumah sakit jejaring menyiapkan ICU serta ruang isolasi bertekanan negatif untuk kasus kritis;</p> <p>4. Manajemen SDM dan logistik diperkuat, melalui koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah untuk pemenuhan tenaga kesehatan dan APD. Tenaga</p>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	<p>sarana penunjang, serta peran Rumah Sakit Penyakit Infeksi sebagai koordinator pengampu;</p> <p>6. Koordinasi lintas sektor telah memiliki dasar hukum yang kuat melalui Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) tentang pengampuan melibatkan rumah sakit TNI dan Polri dalam strata utama;</p> <p>7. Dukungan konkret dari TNI terlihat melalui penerapan prosedur tetap termasuk penunjukan rumah sakit layanan, penyiapan inventaris kapasitas, serta instruksi kepada jajaran kesehatan untuk berkoordinasi dengan wilayah.</p> <p>8. Kegiatan simulasi dan pembelajaran berkelanjutan termasuk simulasi kesiapsiagaan serta <i>sharing</i> pengalaman melalui webinar dan pertemuan rumah sakit pengampu;</p>	<p>swasta, mengambil pelajaran dari pengalaman pandemi COVID-19. Pendekatan ini memperluas sumber pembiayaan agar keberlanjutan layanan tidak hanya bergantung pada skema JKN;</p> <p>5. Kesiapsiagaan maksimal di RS Pengampuan sudah tercermin melalui penerapan protokol ketat, seperti penggunaan APD level 3 untuk kasus suspek, penempatan pasien di ruang isolasi hingga hasil keluar, serta penerapan anamnesis dan pemeriksaan penunjang epidemiologis secara disiplin;</p> <p>6. Fleksibilitas adaptasi SOP menjadi salah satu kekuatan utama, rumah sakit mampu menyesuaikan panduan operasional sesuai pembaruan dari Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, atau organisasi profesi tanpa mengganggu alur layanan;</p> <p>7. Fokus berkelanjutan pada Pencegahan dan Pengendalian</p>	<p>kehatan yang terpapar juga difasilitasi tempat karantina dan akomodasi khusus.</p> <p>5. Protokol pemulasaran jenazah diterapkan sesuai standar Kemenkes, dengan pelaksanaan di instalasi khusus, dekontaminasi menyeluruh, dan penggunaan APD level 3 untuk memastikan keamanan petugas.</p> <p>6. Pengelolaan limbah medis dilakukan secara disiplin, dengan pemisahan limbah infeksius dan non-infeksius serta penerapan standar keselamatan yang ketat.</p> <p>7. Pedoman penanganan bencana kesehatan telah tersedia dan diperkuat termasuk panduan menghadapi potensi <i>functional collapse</i> rumah sakit.</p>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	<p>9. Penyusunan dan pedoman tatalaksana multidisiplin.</p>	<p>Infeksi (PPI) menjadi prinsip utama dalam setiap lini layanan;</p> <p>8. Kesiapan logistik dan tata laksana pemulasaran jenazah juga sudah diantisipasi dengan baik, termasuk penyediaan APD dan penerapan prosedur penanganan jenazah penyakit menular sesuai standar nasional dan internasional;</p> <p>9. Organisasi profesi berperan aktif dalam advokasi dan mitigasi risiko tenaga kesehatan, termasuk mendorong audit dan evaluasi bila terjadi kematian tenaga medis, guna memperkuat sistem perlindungan nakes di seluruh lini layanan;</p> <p>10. Audit kematian tenaga kesehatan telah menjadi prioritas pengawasan. Program mendorong setiap rumah sakit melakukan investigasi menyeluruh dengan dukungan teknis dari Kementerian Kesehatan, untuk memastikan pembelajaran dan perbaikan sistem berjalan efektif;</p>	

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
		<p>11. RSPI telah mengaktifkan Pelayanan Penanggulangan dan Operasional Krisis (PPOK), <i>Standard Operating Procedure</i> (SOP) penerimaan pasien, serta memastikan kesiapan sarana prasarana, tim multidisiplin, dan fasilitas isolasi sesuai standar nasional;</p> <p>12. Organisasi profesi medis lintas bidang juga telah melakukan penguatan terhadap standar tatalaksana kasus, memastikan konsistensi praktik klinis dan peningkatan kualitas layanan di seluruh jaringan rumah sakit pengampu.</p>	
<b>Peluang penguatan ke depan</b>	<p>1. Penyempurnaan rencana kesiapsiagaan penyakit infeksi baru di rumah sakit berdasarkan hasil simulasi untuk melengkapi atau memperbaiki rencana kesiapsiagaan tersebut sesuai dengan kondisi terkini;</p> <p>2. Internalisasi dan penguatan rencana kesiapsiagaan pada</p>	<p>1. Pembaruan pedoman tatalaksana kasus multidisiplin diperlukan agar senantiasa mengikuti data dan panduan terkini dari WHO, serta selaras dengan konteks nasional.;</p> <p>2. Koordinasi pembiayaan dengan Pusat Pembiayaan Kesehatan perlu diperkuat, termasuk kebijakan pendukung untuk pembiayaan kasus baru pada fase</p>	<p>1. Pengembangan dashboard ketersediaan tempat tidur (TT) akan membantu mempercepat proses rujukan dan mengurangi waktu tunggu pasien;</p> <p>2. Pemantauan oleh program terhadap seluruh kasus rawat inap dan kematian akan memastikan data yang</p>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	<p>seluruh rumah sakit pengampu PIE termasuk Rumah Sakit Pusat Kesehatan (PUSKES) TNI dan Pusat Kedokteran dan Kesehatan (PUSDOKES) Polri;</p> <p>3. Pemanfaatan data ASPAK (Aplikasi Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan) sebagai rujukan dalam pemenuhan SPAK;</p> <p>4. Pemetaan kapasitas layanan dan penguatan sistem rujukan (lintas program dan lintas sektor);</p> <p>5. Pembaruan pedoman tatalaksana kasus multidisiplin secara berkala agar selalu berbasis pada data, bukti ilmiah, dan pengalaman lapangan terbaru.</p> <p>6. Pemantauan dan pembaruan kesiapan sarana-prasarana termasuk logistik dan APB perlu dilakukan secara berkala dan perlu diperkuat dengan sistem pemutakhiran data yang rutin untuk</p>	<p>awal atau sporadis yang belum tercakup dalam mekanisme JKN;</p> <p>3. Penetapan sistem rujukan berdasarkan derajat keparahan penyakit perlu diatur secara jelas dengan melibatkan rumah sakit pengampu PIE dan organisasi profesi;</p> <p>4. Deteksi dini kasus di semua tingkatan layanan kesehatan – termasuk FKTP, FKRTL, dan klinik swasta – perlu terus diperkuat agar potensi penyebaran dapat diantisipasi sejak dini;</p> <p>5. Standarisasi kesiapan rumah sakit pengampu PIE perlu dilakukan secara menyeluruh, mencakup kesiapan fasilitas isolasi, ICU, SDM terlatih, dan logistik pendukung agar kapasitas tidak timpang antar wilayah;</p> <p>6. Mekanisme respons lintas wilayah dan rumah sakit perlu dirancang lebih rinci, mencakup alur komunikasi data, distribusi logistik, dan sistem rujukan antardaerah dalam satu provinsi;</p>	<p>akurat untuk pengambilan keputusan cepat dan berbasis bukti;</p> <p>3. Penyesuaian pedoman berdasarkan data dan rekomendasi terbaru WHO akan memastikan keseragaman praktik klinis nasional;</p> <p>4. Pemanfaatan data ASPAK secara optimal. Data sarana dan prasarana dapat menjadi dasar perencanaan kapasitas dan kesiapan fasilitas di seluruh jejaring rumah sakit;</p> <p>5. Penguatan sarana <i>incinerator</i>, pelatihan SDM, dan dukungan teknis akan memastikan penerapan standar nasional secara merata;</p> <p>6. Bekerjasama dengan BNPB dan pusat krisis dalam mengaktifkan tim cadangan kesehatan;</p>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	<p>memastikan kesiapan selalu terjaga serta ketersediaan perlengkapan di semua level pelayanan tetap terjamin baik di RS jejaring maupun di luar RS jejaring;</p> <p>7. Monitoring kesiapsiagaan PIE di RS memakai ceklist RS-WHO;</p> <p>8. Penyetaraan kapasitas antar rumah sakit menjadi prioritas penting agar layanan rujukan berjalan merata;</p> <p>9. Penguatan dukungan teknis dan pembiayaan bagi rumah sakit dengan kapasitas terbatas akan membantu mencegah ketimpangan layanan;</p> <p>10. Koordinasi eksternal lintas rumah sakit perlu diperluas dari forum teknis menjadi mekanisme <i>rapid response</i> yang dapat segera diaktifkan saat terjadi peningkatan kasus, untuk mempercepat respons kolektif dan menghindari keterlambatan operasional;</p>	<p>7. Pemerataan kapasitas rumah sakit rujukan perlu dijaga agar beban pelayanan tidak terkonsentrasi di RSPI atau RS utama saja;</p> <p>8. Panduan teknis operasional perlu segera disusun untuk memastikan langkah rumah sakit di seluruh jaringan berjalan seragam dan terarah;</p> <p>9. Penguatan manajemen logistik dan APD harus menjadi fokus berkelanjutan, terutama menghadapi potensi lonjakan kebutuhan saat peningkatan kasus.</p> <p>10. Mekanisme mitigasi risiko tenaga kesehatan dapat dikembangkan secara nasional untuk memastikan perlindungan dan tindak lanjut jika terjadi kematian nakes akibat infeksi;</p> <p>11. Membentuk tim ahli dengan keterlibatan organisasi profesi lintas bidang, untuk rekomendasi pencegahan dan tatalaksana klinis dalam memperkaya</p>	<p>7. Mendorong pengembangan <i>telemedicine</i> sebagai solusi kemudahan akses konsultasi dan mengurangi risiko penularan.</p>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
	11. Peningkatan cakupan simulasi kesiapsiagaan lintas sektor penting untuk memastikan seluruh jejaring rumah sakit pengampu dan rujukan memiliki pengalaman yang sama.	pendekatan multidisiplin terhadap kasus dengan karakteristik khusus; 12. Koordinasi lintas sektor dan organisasi profesi dapat dioptimalkan melalui pembentukan sistem evaluasi dan respons nasional yang lebih terintegrasi dan berorientasi hasil. 13. Pelaksanaan latihan rutin menghadapi potensi <i>functional collapse</i> rumah sakit akan memperkuat kesiapan sistem dalam situasi krisis ekstrem.	

Dengan memperkuat koordinasi lintas rumah sakit, memperjelas standar kesiapan, serta menyiapkan mekanisme pembiayaan dan logistik yang lebih fleksibel, Pilar 4 akan semakin siap menghadirkan sistem klinis yang tangguh, responsif, dan inklusif. Upaya kolaboratif ini bukan hanya menjaga keberlangsungan layanan, tetapi juga memastikan bahwa respons nasional benar-benar mampu menjawab tantangan kedaruratan kesehatan di masa depan.

#### 5. Pilar 5 Akses pada Penanggulangan

Kesiapan dalam penyediaan sumber daya untuk penanggulangan sudah menunjukkan perkembangan yang sangat berarti. Perencanaan kebutuhan alat, bahan medis, serta obat-obatan telah dipetakan sejak awal, termasuk identifikasi kebutuhan SDM lintas sektor kesehatan manusia dan hewan. Penyiapan cadangan tenaga kesehatan (TCK) yang dapat segera dimobilisasi saat diperlukan mendukung ketangguhan sistem secara nasional. Upaya distribusi logistik melalui jalur regional, ditambah dengan percepatan izin edar (EUA) untuk obat dan vaksin, menjadi modal penting agar respons berjalan lebih cepat dan efisien. Kerja sama lintas sektor dengan

TNI/Polri, BNPB, BUMN, dan pihak swasta juga memperkuat rantai distribusi logistik hingga menjangkau wilayah terpencil. Strategi vaksinasi sudah ditetapkan dengan jelas, termasuk prioritas bagi nakes, kelompok rentan, serta dukungan aparat dalam menjangkau lokasi sulit. Berikut kekuatan yang telah dibangun dan peluang penguatan ke depan pada pilar akses pada penanggulangan berdasarkan hasil observasi pelaksanaan TTX :

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
<b>Kekuatan yang telah dibangun</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perencanaan dan kesiapan penyediaan alat dan bahan untuk skrining, deteksi, dan obat-obatan;</li> <li>2. Identifikasi kebutuhan SDM lintas sektor, termasuk tenaga veteriner dan dokter hewan, menunjukkan pendekatan kolaboratif berbasis <i>One Health</i>;</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan tenaga kesehatan termasuk kesiapan Tim Cadangan Kesehatan (TCK) Pusat krisis di 11 regional.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendistribusian sumber daya dan logistik melalui regional pusat krisis;</li> <li>2. Mekanisme percepatan izin edar (<i>Emergency Used Authorization</i>) sudah tersedia;</li> <li>3. Upaya pengembangan dengan melakukan penelitian terkait obat/vaksin dan manajemen kasus serta pembelajaran dari negara lain;</li> <li>4. Perhitungan kebutuhan secara real termasuk perhitungan anggaran yang perhitungkan hingga tingkat kabupaten/kota terutama kab/kota terjangkit dan buffer stok;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi lintas sektor berjalan efektif, dengan kerja sama antara pemerintah, BUMN, dan pihak swasta untuk mengatasi potensi kelangkaan APD dan obat-obatan;</li> <li>2. Sinergi dengan BNPB memungkinkan akses cepat terhadap dana kedaruratan, mempercepat respons dan distribusi bantuan;</li> <li>3. Penyiapan panduan pengelolaan dan pelaksanaan vaksin serta persiapan rantai dingin;</li> <li>4. Kapasitas pengembangan vaksin telah tersedia, menunjukkan kesiapan nasional dalam riset dan produksi untuk kebutuhan domestik;</li> </ol>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
			<p>5. Strategi vaksinasi nasional terarah, dengan prioritas yang jelas bagi tenaga kesehatan dan kelompok rentan, serta pelibatan lintas sektor terutama TNI/Polri untuk memperluas jangkauan vaksinasi hingga ke wilayah terpencil;</p> <p>6. Monitoring efek samping penggunaan obat masif termasuk KIPI berbasis elektronik bersama dengan stakeholder daerah, pusat dan lembaga internasional.</p> <p>7. Pelibatan dengan tokoh agama untuk isu halal yang sering berkembang dalam vaksinasi;</p> <p>8. Pemantauan kapasitas tenaga kesehatan melalui dashboard Puskris membantu pengambilan keputusan cepat dalam redistribusi tenaga saat terjadi lonjakan kasus;</p>

	INTERPANDEMI	KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER	TRANSMISI KOMUNITAS
			9. Dukungan dari tim ahli/peneliti dalam supply rekomendasi dan inovasi.
<b>Peluang penguatan ke depan</b>	Penyiapan sarana dan prasarana isolasi terpusat bagi Pelaku Perjalanan Luar Negeri (PPLN) agar mekanisme karantina dan pengendalian risiko impor penyakit dapat berjalan lebih terkoordinasi dan efisien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemetaan ketersediaan logistik di pusat dan daerah secara <i>real time</i>;</li> <li>2. Pemutakhiran proyeksi kebutuhan logistik dan APD berdasarkan analisis skenario peningkatan kasus agar alokasi sumber daya lebih tepat dan efisien.</li> <li>3. Penyusunan mekanisme dan SOP pengadaan logistik kedaruratan, guna memperjelas proses, mempercepat respon, dan menjamin transparansi serta akuntabilitas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalisasi respons fasyankes terhadap peningkatan kasus, dengan memastikan kapasitas layanan dan rujukan tetap berjalan efektif di berbagai tingkat fasilitas;</li> <li>2. Penguatan akses dan koordinasi regional–global untuk stok vaksin, guna menjamin kesinambungan pengadaan dan distribusi saat permintaan meningkat secara global;</li> <li>3. Penyiapan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan vaksinasi dan monitoring <i>stok opname</i> dan distribusi vaksin;</li> <li>4. Perencanaan tata kelola pemulasaran jenazah secara terpadu, termasuk penetapan lokasi pemakaman khusus.</li> </ol>

Dengan memperkuat SOP logistik, menambah fleksibilitas pembiayaan, serta memperjelas dukungan hukum, Pilar 5 akan semakin siap menjadi motor utama dalam memastikan akses penanggulangan yang cepat, merata, dan berkelanjutan. Upaya kolaboratif lintas sektor yang sudah berjalan baik menjadi pondasi kokoh untuk menghadapi potensi krisis kesehatan, sekaligus memastikan bahwa sistem nasional mampu merespons dengan lebih tangguh dan inklusif.

### c. Observasi dan umpan balik dari Peserta

Latihan disusun dengan baik, terorganisir rapi, dan menggunakan skenario yang realistis. Peserta menilai sesi pembekalan sangat membantu dalam persiapan dan latihan ini memberikan kesempatan nyata untuk menguji rencana serta sistem respons yang dimiliki. Latihan juga memperjelas peran dan tanggung jawab peserta selama penanganan pandemi patogen pernapasan, serta berhasil mengidentifikasi peluang untuk memperkuat komunikasi risiko dan pelibatan masyarakat. Meskipun sebagian peserta hanya cukup familiar dengan rencana kesiapsiagaannya sebelumnya, secara keseluruhan latihan ini meningkatkan kesiapan dalam menghadapi kedaruratan kesehatan di masa depan. Berikut observasi dan umpan balik peserta per pilar :

#### 1. Pilar 1 (Koordinasi Kedaruratan)

Peserta menekankan pentingnya perluasan koordinasi lintas sektor secara lebih menyeluruh. Keterlibatan instansi seperti imigrasi dalam pemantauan penumpang sakit dinilai dapat memperkuat sistem kewaspadaan. Dari sisi komunikasi, kolaborasi lintas sektor tetap dianggap sebagai kekuatan utama, dengan semangat respons yang cepat, tepat, dan berorientasi pada kepentingan nasional.

#### 2. Pilar 2 (Surveilans Kolaboratif)

Peserta menyoroti pentingnya memperluas sumber informasi dari berbagai sektor untuk memperkuat deteksi dini. Kesiapsiagaan dinilai akan lebih efektif jika melibatkan lintas sektor sejak awal dan didukung strategi pencegahan yang sistematis, tidak hanya berfokus pada respons saat kasus muncul.

#### 3. Pilar 3 (Perlindungan Masyarakat)

Peserta menekankan bahwa kedaruratan kesehatan perlu diperlakukan sebagai bencana sosial, sehingga kerangka manajemen bencana tetap relevan. Simulasi nyata bersama BNPB dinilai penting untuk memetakan kapasitas keuangan dan memperkuat SDM pada seluruh fase krisis—pra, intra, dan pasca—guna memastikan perlindungan masyarakat yang lebih menyeluruh.

#### 4. Pilar 4 (Manajemen Klinis)

Pengalaman pandemi menjadi landasan kuat bagi manajemen klinis. Peserta menyarankan pelatihan yang lebih realistis dan aplikatif untuk mengasah kesiapsiagaan tenaga medis, menguji SOP, dan meningkatkan adaptasi rumah sakit dalam situasi darurat.

#### 5. Pilar 5 (Akses Penanggulangan)

Refleksi peserta menyoroti kekuatan SDM sebagai aset utama terutama keberadaan 27.000 Tenaga Cadangan Kesehatan (TCK) di seluruh daerah yang siap dimobilisasi saat dibutuhkan. Peserta juga menekankan pentingnya optimalisasi unit dukungan sumber daya darurat yang memiliki kapasitas dan informasi operasional untuk memperkuat respons lintas sektor.

### d. Observasi dan umpan balik dari Observer

Observer menilai bahwa dokumen kesiapsiagaan yang digunakan dalam simulasi TTX tetap relevan dan aplikatif sebagai pedoman dalam menghadapi ancaman penyakit patogen pernapasan. Temuan ini menunjukkan bahwa kerangka perencanaan dan kebijakan yang ada telah sejalan dengan kebutuhan operasional di lapangan. Apresiasi diberikan kepada seluruh peserta dan pengendali yang mampu menjaga ketepatan waktu

dan disiplin proses, sehingga simulasi berlangsung lancar dan terarah. Kesiapan fasilitator juga mendapat penilaian positif karena mampu mengelola dinamika diskusi dengan baik, sementara kompleksitas skenario dinilai cukup menantang untuk menguji kemampuan koordinasi dan respons lintas sektor secara nyata.

Ke depan, ada beberapa masukan penguatan. Observer menyarankan agar dilakukan rotasi atau pergantian personil dari tiap stakeholder sehingga kapasitas dan pengalaman dapat lebih merata. Respons awal sebelum fase darurat perlu mendapat porsi yang lebih besar ke depannya agar langkah-langkah kesiapsiagaan sebelum situasi eskalasi dapat menjadi bagian strategis dari respons nasional. Harapannya, dalam setiap perubahan tahapan, penekanan pada capaian dan peran tiap pilar dapat lebih ditonjolkan agar gambaran koordinasi dan kesiapsiagaan semakin utuh.

## REKOMENDASI DAN TINDAK LANJUT

1. Penguatan kolaborasi dan koordinasi lintas sektor termasuk berbagi informasi dan sistem komando pada berbagai tahap operasi.
2. Perlu adanya reviu pedoman kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi ancaman pandemi'
3. Penguatan rumah sakit pengampuan khususnya di TNI/Polri
4. Memperluas surveilans berbasis komunitas agar deteksi dini lebih partisipatif dan inklusif.
5. Meningkatkan interoperabilitas sistem pelaporan agar data lebih mudah digunakan lintas sektor dan level pemerintahan.

## KESIMPULAN

1. Kegiatan *Table Top Exercise* (TTX) ini telah menjadi wadah pembelajaran kolektif yang penting bagi Indonesia dalam memperkuat kesiapsiagaan menghadapi ancaman penyakit patogen pernafasan yang berpotensi pandemi seperti Avian Influenza. Partisipasi dari lintas sektor/instansi yang cukup luas mencerminkan komitmen bersama untuk membangun respon nasional yang lebih terkoordinasi dan terintegrasi. Diskusi yang muncul melihat keterujian dokumen kesiapsiagaan dengan baik, meskipun masih didominasi perspektif teknis, namun memberikan dasar yang kuat untuk memperkaya dimensi kebijakan di masa mendatang sehingga keluaran simulasi semakin strategis.
2. Refleksi yang muncul baik dari peserta, evaluator, maupun observer menunjukkan bahwa pondasi koordinasi, surveilans, komunikasi risiko, manajemen klinis, dan akses penanggulangan sudah terbangun dengan baik. Pada saat yang sama, kegiatan ini juga membuka ruang perbaikan, mulai dari memperkuat pendekatan proaktif dalam surveilans, memperluas pelibatan lintas sektor, hingga menyiapkan skema logistik dan pembiayaan yang lebih adaptif. Masukan mengenai perlunya simulasi berulang, rotasi personil, serta penekanan pada peran setiap pilar di tiap fase menjadi pengingat bahwa proses pembelajaran harus terus berlanjut.
3. Secara keseluruhan, kepentingan lintas sektor, membangun pemahaman bersama, dan menguji kesiapan sistem nasional secara menyeluruh. Kegiatan ini menunjukkan potensi besar dalam memperkuat respon kesehatan yang tangguh dan terkoordinasi. Namun, beberapa aspek evaluasi belum tergali optimal karena keterbatasan informasi dari peserta, ketidakhadiran unit kunci, serta pembatasan interaksi selama simulasi. Dengan melanjutkan siklus latihan secara berkesinambungan dan menindaklanjuti area penguatan yang sudah diidentifikasi, Indonesia akan semakin siap menghadapi potensi kedaruratan kesehatan dengan respon yang tangguh, terkoordinasi, dan inklusif.
4. Hasil TTX ini juga menunjukkan bahwa Indonesia telah memiliki pondasi yang cukup baik untuk menghadapi pandemi, terutama pada koordinasi pusat dan kesiapan rumah sakit

rujukan utama. Namun, ketahanan nasional masih perlu diperkuat melalui integrasi lintas sektor, penyempurnaan regulasi, serta pembaruan rencana kontijensi secara berkala. Tantangan utama terletak pada koordinasi lintas lembaga, pembiayaan fleksibel untuk fase pra-darurat, integrasi sistem surveilans, serta kesiapan logistik dan komunikasi publik.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1. Agenda

#### AGENDA KEGIATAN SIMULASI TTX

Waktu	Kegiatan	Narasumber/PIC
<b>Hari ke-1 (Rabu, 24 September 2025)</b>		
09.00 – 09.30 WIB	Registrasi Peserta	Panitia
09.30 – 10.20 WIB	Pembukaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Direktur Penyakit Menular, Kemenkes</li> <li>● Direktur Kesehatan Hewan, Kementan</li> <li>● Direktur Surveilans dan Karantina Kesehatan</li> <li>● WHO Indonesia</li> </ul>
10.20 – 10.40 WIB	<i>Coffee Break</i>	Panitia
10.40 – 11.00 WIB	Kesiapsiagaan Pandemi terhadap Patogen Pernapasan di Masa Depan	WHO Indonesia
11.00 - 11.30 WIB	Pengantar <i>Table Top Exercise Academic Session</i>	Ketua Tim Kerja Penyakit Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging
11.30 – 12.00 WIB	Diskusi	Moderator
12.00 – 13.00 WIB	ISHOMA	Panitia
13.00 – 16.00 WIB	Pembekalan Fasilitator dan Evaluator	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging
<b>Hari ke-2 (Kamis, 25 September 2025)</b>		
08.00 – 08.30 WIB	Registrasi Peserta	Panitia
08.30 – 09.00 WIB	Ketentuan Simulasi TTX	Pengendali TTX
09.00 – 10.30 WIB	Simulasi – Sesi 1 (90 menit)	Pengendali dan Fasilitator
10.30 – 10.45 WIB	<i>Coffee Break</i>	Panitia
10.45 – 12.15 WIB	Simulasi – Sesi 2 (90 menit)	Pengendali dan Fasilitator
12.15 – 13.30 WIB	ISHOMA	Panitia
13.30 – 14.45 WIB	Simulasi – Sesi 3 ( 75 menit)	Pengendali dan Fasilitator
14.45 – 15.00 WIB	<i>Coffee Break</i>	Panitia
15.00 – 16.00 WIB	Simulasi – Sesi 3 lanjut (60 menit)	Pengendali dan Fasilitator
16.00 – 16.15 WIB	Refleksi TTX	Peserta
<b>Hari ke-3 (Jum'at, 26 September 2025)</b>		
08.30 – 09.00 WIB	<i>Debrief</i> WHO	WHO
09.00 – 10.15 WIB	Tinjauan Hasil Evaluasi (Masing-Masing Pilar 15 menit)	Evaluator
10.15 – 10.30 WIB	<i>Coffee Break</i>	Panitia
10.30 – 11.30 WIB	Diskusi dan Masukan Observer	Pengendali
11.30 – 13.30 WIB	ISHOMA	Panitia
13.30 – 15.00 WIB	Penyusunan Rekomendasi dan RTL	Pengendali
15.00 – 15.30 WIB	Penutupan	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging
15.30 – 16.00 WIB	Administrasi dan Dokumentasi Akhir	Panitia

## Lampiran 2. Daftar Kehadiran

### DAFTAR HADIR PESERTA/FASILITATOR/EVALUATOR/OBSERVER/NARASUMBER

No	Nama	Instansi	Keterangan
1.	Anak Agung Adi Widya Kusuma	Sekretariat Dukungan Kabinet, Kementerian Sekretariat Negara	Koordinasi Kedaruratan
2.	Merry Efriana, SE. MM	Deputi Penanggulangan Darurat, Kemenko PMK	Evaluator
3.	Hidayat	Deputi Penanggulangan Darurat, Kemenko PMK	Koordinasi Kedaruratan
4.	Beri Herlambang,SH	Badan Pemelihara Keamanan POLRI	Perlindungan Masyarakat
5.	Oktarianto	Direktorat Komunikasi Publik, Komdigi	Perlindungan Masyarakat
6.	Risma Sismi Pradipta	Direktorat Penanggulangan Bencana dan Kebakaran, Kemendagri	Koordinasi Kedaruratan
7.	Dessy Milan Tanjung	Pusat Pengendali Operasi BNPB	Koordinasi Kedaruratan
8.	Supriyati	Direktorat Sistem Penanggulangan Bencana BNPB	Akses Penanggulangan
9.	Maya Meilani Falah	Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kemensos	Perlindungan Masyarakat
10.	Tri Mei Indriani, SKM	Direktorat Pengembangan Sosial Budaya dan Lingkungan Desa dan Pedesaan, Kemendes	Perlindungan Masyarakat
11.	Alifah Ramadhinar	Direktorat Perhubungan Udara, Kementerian Perhubungan	Koordinasi Kedaruratan
12.	Chairil Anhar Siregar	Direktorat Perlindungan WNI, Kemenlu	Perlindungan Masyarakat
13.	Adrianto G. Pramana	Direktorat Perlindungan WNI, Kemenlu	Perlindungan Masyarakat
14.	dr. Hambek Tanuhita, MARS	Pusat Kedokteran Kesehatan POLRI	Manajemen Klinis
15.	dr. drh. Muhammad Khalim	Organisasi Riset Kesehatan,	Akses

	Jati Kusala,M.Si	BRIN	Penanggulangan
16.	Muhammad Washiludin AR, SKM, MKKK	Pusat Kesehatan TNI	Manajemen Klinis
17.	Yosita Anggraeni	Badan Pengawasan Obat dan Makanan	Akses Penanggulangan
18.	dr. Mega Halid	Perhimpunan Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif Indonesia/PERDATIN	Manajemen Klinis
19.	drh. Elly Puspasari Lubis, M.Sc	Tim Kerja Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Hewan, Direktorat Kesehatan Hewan, Kementan	Koordinasi Kedaruratan
20.	drh. Tyas Dwi Utami	Tim Kerja Pengamatan Penyakit, Direktorat Kesehatan Hewan, Kementan	Surveilans Kolaboratif
21.	Cut Desna Apriana	Tim Kerja Zoonosis, Direktorat Kesehatan Masyarakat Veteriner, Kementan	Perlindungan Masyarakat
22.	Dewi Murni	Direktorat Manajemen Risiko, Badan Karantina Indonesia	Surveilans Kolaboratif
23.	drg. Betha T.P Sihaloho	Direktorat Tindakan Karantina, Badan Karantina Kesehatan	Koordinasi Kedaruratan
24.	Bayu Aji SE., MSc. PH	Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. dr. Sulianti Saroso	Fasilitator
25.	Dr. dr. Vivi Setyawati, M.Biomed	Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. dr. Sulianti Saroso	Fasilitator
26.	dr. Pompini Agustina, Sp.P(K)	Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. dr. Sulianti Saroso	Evaluator
27.	dr. Surya Oto Wijaya	Pelayanan Medik dan Keperawatan, Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. dr. Sulianti Saroso	Manajemen Klinis
28.	Widia Astuti	Pelayanan Medik dan Keperawatan, Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. dr. Sulianti Saroso	Manajemen Klinis
29.	Evi Sylvia Nurraejid	Biofarma	Akses Penanggulangan
30.	Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta	dr. Retno Henderiawati, M.Epid	Surveilans Kolaboratif
31.	Evy Alfiani	Dinas Peternakan dan	Perlindungan

		Perikanan Provinsi DKI Jakarta	Masyarakat
32.	Sumiati, SKM, M.Epid	Suku Dinas Kesehatan Kota Jakarta Timur	Surveilans Kolaboratif
33.	Hana Fauzyyah Hanifin	RSUD Tarakan	Manajemen Klinis
34.	Nurhadi	Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Kota Depok	Surveilans Kolaboratif
35.	Mohamad Sirojudin	Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan	Surveilans Kolaboratif
36.	Nurjannah, SKM, M.Kes	Balai Lingkungan Kesehatan Masyarakat Jakarta	Surveilans Kolaboratif
37.	Herdiana Christanty Sihombing, SKM, MKM	Balai Lingkungan Kesehatan Masyarakat Jakarta	Surveilans Kolaboratif
38.	Arie A. Nugraha	Balai Besar Laboratorium Biologi Kesehatan	Surveilans Kolaboratif
39.	Della Natasha Andyani, SKM	Balai Besar Laboratorium Biologi Kesehatan	Surveilans Kolaboratif
40.	drg. Evvi Rotua, MKM	BBKK Tanjung Priok	Surveilans Kolaboratif
41.	Martha Puspa	Balai Besar Karantina Kesehatan (BBKK) Soekarno Hatta	Surveilans Kolaboratif
42.	Widya Precillia Sakul	Biro Komunikasi dan Informasi Publik, Kemenkes	Perlindungan Masyarakat
43.	Eva Laelasari	Pusat Kebijakan Strategis dan Tata Kelola Kesehatan Global, Kemenkes	Koordinasi Kedaruratan
44.	Resi Natalia Turnip	Pusat Pembiayaan Kesehatan Nasional, Kemenkes	Koordinasi Kedaruratan
45.	Damis Bachtiar	Pusat Data dan Teknologi Informasi, Kemenkes	Surveilans Kolaboratif
46.	Sri Cahyaningrum, SKM, M.Tr.A.P.	Direktorat Imunisasi, Kemenkes	Akses Penanggulangan
47.	Febrima Wulan	Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas, Kemenkes	Perlindungan Masyarakat
48.	dr. Fahrina, MKM	Direktorat Pelayanan Klinis, Kemenkes	Manajemen Klinis
49.	drg. Indra Bagus Irawan	Direktorat Pelayanan Klinis, Kemenkes	Manajemen Klinis

50.	Dede Bromici Kundalini	Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi, Kemenkes	Akses Penanggulangan
51.	dr. Alghazali S	Pusat Krisis Kesehatan, Kemenkes	Fasilitator
52.	drh. Endang Burni P	Pusat Krisis Kesehatan, Kemenkes	Fasilitator
53.	Abdullatif Ali	Tim Kerja Tenaga Cadangan Kesehatan dan RS Lapangan, Puskris, Kemenkes	Akses Penanggulangan
54.	Albet Nomeri	Tim Kerja Darurat dan Klaster Kesehatan, Pusat Krisis Kesehatan, Kemenkes	Koordinasi Kedaruratan
55.	Chenia Destryandra.	Tim Kerja Logistik, Puskris, Kemenkes	Akses Penanggulangan
56.	Arief Maulana	Tim Kerja UPT Labkesmas, Direktorat Tatakelola PKP, Kemenkes	Surveilans Kolaboratif
57.	Ikron	Tim Kerja Keuangan dan BMN, Ditjen P2, Kemenkes	Koordinasi Kedaruratan
58.	Arie Aulia Nuraffandi	Tim Kerja Penyakit Akibat Tular Vektor dan Zoonotik, Direktorat Penyakit Menular, Kemenkes	Surveilans Kolaboratif
59.	Maya Esrawati	Tim Kerja Penyakit Akibat Tular Vektor dan Zoonotik, Direktorat Penyakit Menular, Kemenkes	Surveilans Kolaboratif
60.	dr.Frides Susanty, M.Epid	Tim Kerja TB dan ISPA, Direktorat Penyakit Menular, Kemenkes	Surveilans Kolaboratif
61.	Clys Ramadhan Pramadipta	Tim Kerja Hukormas, Ditjen P2 Kemenkes	Panitia/Dokumentasi
62.	Bagus Setiawan Aji	Tim Kerja Hukormas, Ditjen P2 Kemenkes	Panitia/Dokumentasi
63.	Christy Auglena Manik	Tim Kerja Hukormas, Ditjen P2 Kemenkes	Observer/Humas
64.	Anisa Febriana, SKM	<i>Public Health Emergency of Operation Center (PHEOC)</i> , Kemenkes	Surveilans Kolaboratif
65.	Yuni Malyati, SKM	Tim Kerja Surveilans Kewaspadaan Dini Penyakit Potensial KLB/Wabah	Surveilans Kolaboratif
66.	dr. Chita Septiawati, MKM	Tim Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging	Koordinasi Kedaruratan

67.	Ibrahim, SKM, MPH	Tim Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging	Surveilans Kolaboratif
68.	Andini Hendrawati, SKM	Tim Kerja Respon KLB/Wabah di Pintu Masuk dan Wilayah	Surveilans Kolaboratif
69.	Ananta Rahayu, SKM, MKM	Tim Kerja Respon KLB/Wabah di Pintu Masuk dan Wilayah	Surveilans Kolaboratif
70.	Sarikasih Harefa	Tim Kerja Layanan Kekarantinaan Kesehatan, Direkorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Koordinasi Kedaruratan
71.	Ratna Diliana Sagala	Tim Kerja Layanan Kekarantinaan Kesehatan, Direkorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Observer
72.	Dwi Iva Fitriana	Tim Kerja Layanan Kekarantinaan Kesehatan, Direkorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Surveilans Kolaboratif
73.	Dr. Sumarjaya, SKM, MM, MFP, CFA	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Narasumber
74.	drh. Fadjar Sumping	Direktorat Kesehatan Hewan, Kementan	Narasumber
75.	dr. Tamara Curtin Niemi	WHO Indonesia	Narasumber
76.	Febi Dwi Putri	WHO Indonesia	Observer
77.	dr. Endang Widuri Wulandari, M.Epid	WHO Indonesia	Evaluator
78.	Resty Asmauryanah Armis, SKM, M.Phil	WHO Indonesia	Fasilitator
79.	Pieni Aprilia	WHO Indonesia	Dokumentasi
80.	dr. Ahmad Gozali, MM	FAO Indonesia	Fasilitator
81.	Aning Isfandyari	<i>ASEAN Center for Public Health Emergency and Emerging Disease/ACPHEED</i>	Observasi
82.	Abdurahman, SKM, MKM	<i>ASEAN Biological Threat Surveillance Center (ABVC)</i>	Fasilitator
83.	Habibi Rohman Rosyad	<i>ASEAN Biological Threat Surveillance Center (ABVC)</i>	Surveilans Kolaboratif

84.	dr. Panji Fortuna H, MPH, Ph.D	Universitas Padjajaran	Evaluator
85.	dr. Listiana Azizah, Sp.Kp	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Narasumber/Ketua Panitia
86.	dr. Rian Hermana	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Pengendali
87.	Rohani Simanjuntak	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Pengendali
88.	Maulidiah Ihsan	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Notulen Pilar 3
89.	Leni Mendra	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Panitia
90.	Teguh Rahardjo	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Notulen Pilar 2
91.	Adistikah Aqmarina	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Notulen Pilar 4
92.	Thomas A. Maruli Sody, SKM	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Notulen Pilar 5
93.	Gerald Bagus A. Caloh, SKM	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Notulen Pilar 2

94.	Aliyyah Zahirah, SKM	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Time Keeper
95.	Pamugo Dwi Rahayu, S.Kom	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Panitia
96.	Dwi Annisa Fajria, SKM	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Notulen Pilar 1
97.	Safira Indriani, SKM	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Time Keeper
98.	Abu Bakar	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Panitia
99.	Dimas Juniarto	Tim Kerja Surveilans dan Intervensi Penyakit Infeksi Emerging, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kemenkes	Panitia
100.	Ade Riski Purnomo, ST, MM	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Panitia
101.	Ferryansyah Oktario, S.Kom	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Panitia
102.	Halim Perdana Putra, S.T	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Panitia
103.	Dana Idham Saputra	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Panitia
104.	Devanka Salsadening Widyaning	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Panitia
105.	Kuku Nugroho	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Panitia
106.	Yogi Tri Prasetyo	Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan	Panitia

## Lampiran 3. Skenario

### SKENARIO TABLE TOP EXERCISE (TTX) KESIAPSIAGAAN DAN KETAHANAN MENGHADAPI ANCAMAN PENYAKIT PATOGEN PERNAPASAN (AVIAN INFLUENZA)

#### SKENARIO TAHAP 1 : INTERPANDEMI

---

##### INJECT 1

###### Narasi Video 1 :

*Avian influenza (Flu Burung) merupakan penyakit zoonosis yang menular dari unggas ke manusia dan dapat menimbulkan dampak serius bagi kesehatan masyarakat serta sektor ekonomi. Sejak pertama kali dilaporkan pada manusia di Hong Kong tahun 1997, virus flu burung telah menjadi ancaman global karena sifatnya yang sangat patogen dan kemampuannya menimbulkan pandemi bila terjadi mutasi atau penularan antar manusia secara berkelanjutan.*

*Melalui pemantauan media, pada 1 Juni 20xx, negara x di benua Asia melaporkan temuan kasus avian influenza (AI) tipe baru A(HxNy) pada unggas. Hingga saat ini telah dilaporkan beberapa kematian unggas mendadak pada peternakan unggas komersial di dua provinsi. Selain itu, juga dilaporkan beberapa kematian unggas mendadak pada ternak unggas pekarangan (backyard poultry) di provinsi tersebut dan provinsi yang berbatasan.*

###### Dibacakan oleh Pengendali:

Pada tanggal 1 Juli 20xx, menanggapi hal tersebut Kementerian Kesehatan negara X meningkatkan pemantauan terhadap penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) dan ISPA berat (SARI/severe acute respiratory infection) yang ternyata juga mengalami peningkatan, terutama adanya peningkatan kasus positif influenza A yang tidak diketahui subtype virusnya (*unsubtyped*). Dari 50 kasus influenza A *unsubtyped* yang diperiksa pada tanggal 10 Juli 20xx, didapatkan 7 kasus positif terkonfirmasi A(HxNy), dengan 2 kematian. Dari 7 kasus tersebut, 3 kasus diantaranya memiliki riwayat kontak dengan unggas sakit/mati, sedangkan 4 kasus lainnya belum diketahui riwayat paparannya. Tujuh kasus tersebut mengalami gejala yang sama yaitu demam, batuk, dan sesak napas. Selain itu, hingga saat ini pemerintah negara tersebut belum melakukan pembatasan lalu lintas unggas serta belum dilakukan *culling* terhadap populasi unggas di lokasi kejadian.

##### INJECT 2

###### Narasi Video 2

*Pada 14 Juli 20xx, didapatkan informasi bahwa 4 kasus yang belum diketahui riwayat paparannya merupakan satu kluster. Setelah dilakukan investigasi, 1 kasus (kasus indeks) memiliki riwayat kontak dengan unggas sakit/mati dan 3 kasus lainnya merupakan kontak erat dengan kasus indeks. Tiga kasus kontak erat tersebut tidak memiliki kontak dengan unggas sakit/mati. Pemerintah negara x menyatakan sudah terjadi penularan antar manusia. Mereka juga cukup responsif dan aktif melaporkan perkembangan kasus. Namun, belum ada pembatasan mobilitas penduduk dari negara tersebut dikarenakan penularan antar manusia masih dianggap terbatas. Pada saat yang bersamaan, beberapa negara lain (I, J, K) telah melaporkan temuan unggas positif avian influenza tipe baru A(HxNy) termasuk negara yang berbatasan dengan Indonesia. Selain itu, WHOA juga melaporkan adanya temuan A(HxNy) pada burung liar di beberapa negara.*

*Dua minggu kemudian, negara-negara tersebut (I, J, K) juga melaporkan adanya kejadian pada manusia. Dalam pemberitaan, fasilitas kesehatan di negara x mulai kewalahan menghadapi masyarakat yang berdatangan ke fasilitas kesehatan. Menanggapi situasi A(HxNy) yang banyak dilaporkan pada beberapa negara, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan surat edaran peningkatan kewaspadaan penyakit A(HxNy). Sejak dikeluarkan surat edaran tersebut,*

*B/BKK meningkatkan pemantauan terhadap pelaku perjalanan luar negeri, terutama pelaku perjalanan dari negara terjangkit.*

#### **Dibacakan oleh Pengendali:**

Berdasarkan pemantauan di B/BKK, seluruh suspek yang ditemukan di pintu masuk menunjukkan hasil negatif A(HxNy) melalui pemeriksaan laboratorium. Di wilayah Indonesia belum ditemukan kasus A(HxNy) pada unggas. Media Indonesia sangat menyoroti kejadian ini, mereka bertanya-tanya terkait kapasitas Indonesia dalam mendeteksi penyakit A(HxNy).

## **SKENARIO TAHAP 2 : KASUS AWAL/SPORADIS/KLUSTER**

---

### **INJECT 3**

#### **Dibacakan oleh Pengendali:**

Pemantauan kasus ISPA dan ILI/SARI terus dilakukan oleh B/BKK dan Dinkes. Sehari setelah perayaan kemerdekaan Republik Indonesia ke-xx, dilaporkan 5 kasus positif A(HxNy) dari 20 kasus SARI dan memiliki riwayat dari negara terjangkit. Kasus tersebut ditemukan dan dilaporkan oleh salah satu RS sentinel PIE di Kota A, Pulau S melalui *New All Record* dan EBS SKDR. Kelima kasus tersebut dilaporkan berdomisili tidak hanya di Kota A, namun juga di kabupaten/kota sekitar.

### **INJECT 4**

#### **Narasi Video 3 :**

*Pada 20 Agustus 20xx, berdasarkan penilaian WHO dengan melihat perkembangan kasus A(HxNy) di dunia, penyakit A(HxNy) ditetapkan sebagai Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). Penetapan status ini dilakukan melalui IHR Emergency Committee. Berdasarkan rekomendasi dan hasil penilaian sesuai kriteria PHEIC, Direktur Jenderal WHO kemudian menetapkan kejadian tersebut sebagai PHEIC. WHO menginformasikan bahwa penyakit ini berpotensi menyebar sangat cepat dengan R0 1,5-2,0; rata-rata masa inkubasi 1-7 hari serta transmisi zoonotic dan antarmanusia (melalui droplet) serta memiliki gejala seperti influenza,*

#### **Dibacakan oleh Pengendali:**

Saat bersamaan dengan penetapan PHEIC, Dinas Kesehatan Kota B juga melaporkan adanya kluster A(HxNy) sebanyak 7 kasus. Tujuh kasus tersebut tidak memiliki riwayat perjalanan ke negara terjangkit, namun 3 di antaranya memiliki riwayat kontak dengan unggas mati/sakit sedangkan 4 kasus tidak memiliki riwayat kontak dengan unggas mati/sakit. Satu diantaranya merupakan pasien anak berusia 5 tahun, dengan gejala pneumonia dan meninggal dunia beberapa jam setelah masuk ke ruang isolasi. Tiga hari setelahnya, setelah dilakukan pengambilan sampel pada unggas, ditemukan adanya unggas positif A(HxNy). Media massa juga sedang dihebohkan dengan salah satu perawat di RS kota A (Perempuan/50 tahun) terkonfirmasi positif A(HxNy) dan meninggal setelah terlibat dalam tatalaksana 5 kasus positif pertama. Berita yang mengkritisi kerja sektor kesehatan menghadapi penyakit menular semakin bergulir dan membuat masyarakat panik.

Satu minggu setelah ditetapkan PHEIC, terjadi peningkatan kasus dengan gejala ISPA, ILI/SARI, dan pneumonia di wilayah. Suspek A(HxNy) yang dilaporkan di wilayah dan pintu masuk terus dilaporkan. Daerah mengeluh kekurangan logistik dalam pengambilan spesimen dan mengandalkan pusat untuk men-supply logistik ke daerah. Banyak juga spesimen ILI dan SARI termasuk suspek yang telah diambil spesimen menumpuk dan belum dikirim karena keterbatasan biaya pengiriman. Sementara itu, beban laboratorium rujukan untuk pemeriksaan A(HxNy) mulai meningkat.

## SKENARIO TAHAP 3 : PENYEBARAN KOMUNITAS

---

### INJECT 5

#### Narasi Video 4 :

*Situasi A(HxNy) di global terus mengalami peningkatan dan telah dilaporkan lebih dari seratus negara. Beberapa negara sudah melakukan pembatasan perjalanan ke luar negeri terutama ke negara X. Negara X juga dilaporkan melakukan lockdown pada beberapa provinsinya dan sedang mengembangkan vaksin untuk pengendalian kasus A(HxNy) pada manusia dan unggas.*

*Pada 30 September 20xx, WHO menaikkan status kedaruratan terhadap penyakit A(HxNy) menjadi Pandemic Emergency. Penetapan ini didasarkan pada beberapa hal, seperti situasi A(HxNy) di global yang terus mengalami peningkatan dan hingga saat ini telah dilaporkan jutaan kasus konfirmasi dan ribuan kasus meninggal (CFR: 12%). Kondisi diperparah terutama pada seseorang yang berusia  $\geq 50$  tahun, anak-anak, tenaga kesehatan, memiliki komorbid, dan immunocompromised. WHO mengeluarkan rekomendasi upaya pencegahan untuk mengurangi penularan, seperti menerapkan PHBS (menggunakan masker, mencuci tangan, dan menjaga jarak), membatasi mobilitas, dan tidak kontak dengan unggas sakit atau mati, serta segera ke fasilitas kesehatan jika mengalami gejala seperti influenza.*

*Pada saat ini, seluruh provinsi di Indonesia telah melaporkan kasus konfirmasi A(HxNy). Kasus konfirmasi terus mengalami peningkatan yang signifikan. Berdasarkan hasil analisis ahli epidemiologi, dari sekian ribu kasus konfirmasi A(HxNy) di Indonesia, sebanyak 67% kasus tertular dari transmisi komunitas, 28% kasus memiliki riwayat dari negara/wilayah terjangkit, dan 5% kasus kontak/konsumsi unggas sakit/mati.*

#### Dibacakan oleh Pengendali:

Melihat situasi A(HxNy) di Indonesia saat ini, awal Oktober, Presiden Indonesia menetapkan menetapkan Wabah A(HxNy) sebagai bencana nasional non alam dan menekankan perlunya kerja sama lintas sektor untuk menanggulangi wabah ini. Presiden juga meminta agar ditetapkan indikator (*triggers*) level respon penanggulangan.

Seiring dengan semakin banyak kasus yang dilaporkan termasuk pada tenaga kesehatan, sektor kesehatan manusia menjadi kewalahan, akibat kurangnya sumber daya manusia dan menipisnya logistik kesehatan. Tidak semua kasus konfirmasi dapat dilakukan pelacakan kontak. Jejaring laboratorium sudah melewati batas kapasitas sehingga waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan dari spesimen diambil hingga hasil keluar cukup lama (rata-rata 7 hari). RS rujukan di beberapa kota besar di pulau S menyatakan bahwa jumlah kasus suspek dan konfirmasi melebihi kapasitas, ruang isolasi penuh, banyak nakes terkonfirmasi, APD dan obat-obatan menipis sehingga mengalami *functional collapse*, termasuk terganggunya sektor layanan kesehatan esensial.

Selain itu, dikarenakan banyaknya temuan kasus unggas sakit atau mati dan memiliki kontribusi terhadap peningkatan kasus pada manusia. Sektor kesehatan hewan mendorong untuk melakukan *culling* terhadap temuan unggas yang sakit atau mati sebagai langkah penanggulangan A(HxNy) pada hewan.

### INJECT 6

#### Narasi Video 5 :

*Pada 2 Desember 20xx, WHO menyampaikan bahwa efektivitas vaksin pada manusia yang dikembangkan dan digunakan di negara X terbukti efektif dalam pengendalian kasus. Namun, vaksin ini hanya efektif mencegah penularan A(HxNy) pada manusia ke manusia, sedangkan penularan*

unggas ke manusia masih dalam proses penyelidikan lebih lanjut. Indonesia melalui hubungan bilateral memproses permintaan dan pengadaan vaksin dan obat.

Selain itu, Siaran berita dari salah satu stasiun radio lokal—yang dikenal cukup kritis terhadap pemerintah —menyampaikan laporan berlebihan terkait jumlah kasus dan kematian. Media mulai membesar-besarkan situasi dan kemungkinan lockdown seperti yang dilakukan negara X, media bahkan memuat informasi hoaks dan keliru, termasuk klaim bahwa penyakit ini disebabkan karena konsumsi daging ayam. Lembaga pemberitaan nasional mulai meminta wawancara dengan Menteri Kesehatan. Di media sosial khususnya di blast WA, beredar unggahan yang menyatakan: "Jangan ke rumah sakit, nanti malah mati di sana. Jangan makan ayam!" Akibatnya, beberapa supermarket dan tukang daging mulai menarik produk ayam dari rak, dan distributor menghentikan pembelian daging ayam.

Masyarakat jadi panik dan melakukan panic buying sehingga terjadi kelangkaan pada barang tertentu. Pandemi ini juga menimbulkan dampak ekonomi cukup besar. Berbagai bisnis—baik yang esensial maupun non-esensial—terpaksa tutup, banyaknya tenaga kerja yang terpaksa diberhentikan, meningkatnya harga kebutuhan pokok dikarenakan terbatas.

#### **Dibacakan oleh Pengendali:**

Situasi ini juga memunculkan kekhawatiran dan membuat masyarakat jadi takut mencari layanan kesehatan. Pasien penyakit kronis takut datang ke rumah sakit atau puskesmas untuk berobat atau melanjutkan pengobatan. Selain itu, kekhawatiran ini membuat penegakan diagnosis dan tatalaksana kasus pada suspek jadi terlambat, terutama pada suspek dengan gejala berat. Kejadian ini meningkatkan keparahan dan kematian sehingga banyak suspek datang ke fasilitas kesehatan dengan kondisi yang berat dan membutuhkan perawatan intensif. Hal ini membuat fasilitas kesehatan kekurangan ruang ICU, ventilator, dan oksigen. Kejadian ini membuat kasus kematian di Indonesia meningkat. Banyak kasus suspek dan konfirmasi meninggal sebelum sempat mendapatkan perawatan di fasilitas kesehatan terutama di daerah terpencil. Presiden meminta pencanangan program vaksinasi A(HxNy). Namun, ketersediaan vaksin A(HxNy) masih terbatas.

#### **INJECT 7**

#### **Dibacakan oleh Pengendali TTX:**

Dengan mempertimbangkan penularan yang semakin meluas, Presiden mengarahkan agar sasaran vaksinasi diperluas. Setelah beberapa bulan ke depan, pemerintah pusat bersama pemerintah daerah terus menyesuaikan dan meningkatkan respons termasuk distribusi vaksin. Namun, terdapat ketakutan dan ketidakpercayaan di masyarakat serta banyaknya informasi hoaks sehingga memunculkan pro dan kontra yang dapat menghambat pelaksanaan vaksinasi, salah satunya status halal-haram imunisasi.

### **SKENARIO TAHAP 4 : DEESKALASI**

---

#### **Narasi Video 6 :**

Selama 3 tahun berada dalam situasi pandemi Indonesia terus berbenah untuk memperkuat sistem ketahanan kesehatan. Upaya respon penanggulangan melalui penilaian indikator yang dicanangkan berhasil menurunkan kasus dan kematian A(HxNy) di Indonesia. Pada situasi global juga telah terjadi penurunan dan kematian A(HxNy). Dengan adanya peningkatan kapasitas dan terbentuknya herd immunity, saat ini CFR di global adalah 1,2%. Sebagian besar kematian terjadi pada masyarakat yang belum mendapatkan vaksin, memiliki komorbid atau penyakit penyerta.

*Berdasarkan penilaian WHO terhadap situasi terkini, maka dilakukan pencabutan PHEIC terhadap A(HxNy). Namun, WHO menekankan bahwa perlunya hidup berdampingan dengan A(HxNy) sehingga sangat penting untuk setiap negara melakukan upaya pencegahan dan peningkatan kekebalan komunitas terhadap penyakit A(HxNy).*

*Berdasarkan pencabutan status PHEIC pada A(HxNy) dan arahan presiden, status wabah di Indonesia dicabut. Indonesia mulai menyusun konsep adaptasi kebiasaan baru. Presiden mendorong untuk tetap dilakukan penilaian secara berkala serta meneruskan upaya yang telah dibangun selama pandemi termasuk meningkatkan kapasitas yang belum baik dan pelibatan lintas sektor. Hal ini perlu dilakukan sebagai upaya penanggulangan penyakit untuk menghadapi kemungkinan terjadinya eskalasi kasus dan kemunculan pandemi patogen lain di masa depan.*

**-selesai-**

## Lampiran 4. Pembagian Waktu simulasi

### PEMBAGIAN WAKTU PELAKSANAAN SIMULASI TTX

Waktu	Menit	Kegiatan	PIC
<b>Skenario Tahap 1 : Interpandemi (90 menit)</b>			
<b>INJECT 1 (35 Menit)</b>			
09.00 - 09.02 WIB	2 menit	Video 1	Pengendali
09.02 - 09.03 WIB	1 menit	Pembagian Skenario Inject 1	PJ Pilar/Notulen
09.03 - 09.04 WIB	1 menit	Pembacaan Skenario Inject 1	Pengendali
09.04 - 09.11 WIB	7 menit	Pilar 1	Fasilitator
09.11 - 09.26 WIB	15 menit	Pilar 2	Fasilitator
09.26 - 09.29 WIB	3 menit	Pilar 3	Fasilitator
09.29 - 09.34 WIB	5 menit	Pilar 4	Fasilitator
09.34 - 09.35 WIB	1 menit	Persiapan Inject 2	Pengendali
<b>INJECT 2 (55 Menit)</b>			
09.35 - 09.38 WIB	3 menit	Video 2	Pengendali
09.38 - 09.39 WIB	1 menit	Pembagian Skenario Inject 2	PJ Pilar/Notulen
09.39 - 09.40 WIB	1 menit	Pembacaan Skenario Inject 2	Pengendali
09.40 - 09.49 WIB	9 menit	Pilar 1	Fasilitator
09.47 - 10.09 WIB	20 menit	Pilar 2	Fasilitator
10.09 - 10.17 WIB	8 menit	Pilar 3	Fasilitator
10.17 - 10.23 WIB	6 menit	Pilar 4	Fasilitator
10.23 - 10.29 WIB	6 menit	Pilar 5	Fasilitator
10.29 - 10.30 WIB	1 menit	Persiapan Inject 3	Pengendali
<b>Coffee Break 10.30 - 10.45 WIB (15 menit)</b>			
<b>Skenario Tahap 2 : Kasus Awal/Sporadis/Kluster (90 menit)</b>			
<b>INJECT 3 (34 Menit)</b>			
10.45 - 10.46 WIB	1 menit	Pembagian Skenario Inject 3	PJ Pilar/Notulen
10.46 - 10.47 WIB	1 menit	Pembacaan Skenario Inject 3	Pengendali
10.47 - 11.02 WIB	15 menit	Pilar 2	Fasilitator
11.02 - 11.05 WIB	3 menit	Pilar 4	Fasilitator
11.05 - 11.10 WIB	5 menit	Pilar 1	Fasilitator
11.10 - 11.13 WIB	3 menit	Pilar 3	Fasilitator
11.13 - 11.17 WIB	4 menit	Pilar 5	Fasilitator
11.17 - 11.19 WIB	2 menit	Persiapan Inject 4	Pengendali
<b>INJECT 4 (56 Menit)</b>			
11.19 - 11.21 WIB	2 menit	Video 3	Pengendali
11.21 - 11.22 WIB	1 menit	Pembagian skenario Inject 4	Pj Pilar/Notulen
11.22 - 11.24 WIB	2 menit	Pembacaan Skenario Inject 4	Pengendali
11.24 - 11.38 WIB	14 menit	Pilar 1	Fasilitator

Waktu	Menit	Kegiatan	PIC
11.38 - 11.52 WIB	14 menit	Pilar 2	Fasilitator
11.52 - 11.57 WIB	5 menit	Pilar 3	Fasilitator
11.57 - 12.07 WIB	10 menit	Pilar 4	Fasilitator
12.07 - 12.15 WIB	8 menit	Pilar 5	Fasilitator
<b>ISHOMA 12.15 - 13.30 WIB (75 menit)</b>			
<b>Skenario Tahap 3 : Penyebaran Komunitas (135 menit)</b>			
<b>INJECT 5 (75 Menit)</b>			
13.30 - 13.33 WIB	3 menit	Video 4	Pengendali
13.33 - 13.34 WIB	1 menit	Pembagian Skenario Inject 5	PJ Pilar/Notulen
13.34 - 13.36 WIB	2 menit	Pembacaan Skenario Inject 5	Pengendali
13.36 - 13.51 WIB	15 menit	Pilar 1	Fasilitator
13.51 - 14.01 WIB	10 menit	Pilar 2	Fasilitator
14.01 - 14.04 WIB	3 menit	Pilar 5	Fasilitator
14.04 - 14.24 WIB	20 menit	Pilar 4	Fasilitator
14.24 - 14.36 WIB	12 menit	Pilar 5	Fasilitator
14.36 - 14.45 WIB	9 menit	Pilar 3	Fasilitator
<b>Coffee Break 14.45 - 15.00 WIB (15 menit)</b>			
<b>INJECT 6 (75 Menit)</b>			
15.00 - 15.03 WIB	3 menit	Video 5	Pengendali
15.03 - 15.04 WIB	1 menit	Pembagian Skenario Inject 6	PJ Pilar/Notulen
15.04 - 15.05 WIB	1 menit	Pembacaan Skenario Inject 6	Pengendali
15.05 - 15.07 WIB	2 menit	Pilar 1	Fasilitator
15.07 - 15.21 WIB	14 menit	Pilar 5	Fasilitator
15.21 - 15.29 WIB	8 menit	Pilar 3	Fasilitator
15.29 - 15.37 WIB	8 menit	Pilar 1	Fasilitator
15.37 - 15.43 WIB	6 menit	Pilar 3	Fasilitator
15.43 - 15.45 WIB	2 menit	Persiapan Inject 7	Fasilitator
<b>INJECT 7 (10 Menit)</b>			
15.45 - 15.46 WIB	1 menit	Pembagian Skenario Inject 7	PJ Pilar/Notulen
15.46 - 15.47 WIB	1 menit	Pembacaan Skenario Inject 7	Pengendali
15.47 - 15.50 WIB	3 menit	Pilar 1	Fasilitator
15.50 - 15.55 WIB	5 menit	Pilar 3	Fasilitator
<b>Skenario Tahap 4 : Deeskalasi (5 menit)</b>			
15.55 - 16.00 WIB	5 menit	Video 6	Pengendali

## Lampiran 5. Ketentuan TTX

### Ketentuan Table Top Exercise

1. Peserta dikumpulkan dalam satu ruangan dengan pengaturan meja sesuai pembagian pilar PRET WHO (5 Pilar). Pengelompokan peserta dilakukan untuk memastikan keterwakilan lintas sektor. Setiap peserta menempati meja berdasarkan instansi dan peran yang telah ditentukan.
2. Pelaksanaan TTX dipandu oleh 2 orang pengendali dan 7 fasilitator yang memiliki keahlian sesuai dengan pilarnya.
3. Peserta mengikuti latihan *Table Top Exercise* dengan panduan dari Fasilitator dan diamati oleh Observer serta dievaluasi oleh Evaluator.
4. Penyelenggaraan TTX dibagi menjadi beberapa bagian, di mana setiap bagian memiliki topik kunci sesuai dengan tahapan respon *avian influenza*. Setiap bagian didahului dengan pemaparan singkat atau pemutaran video pengantar skenario.
5. Setelah skenario dibacakan, fasilitator mengajukan pertanyaan serta memandu tanya jawab sehingga peserta dapat memberikan jawaban dan masukan sesuai tupoksi masing-masing.
6. Fasilitator dapat mengajukan pertanyaan lintas pilar dengan melakukan kesesuaian pertanyaan dengan unit/program/sektor terkait dan sesuai perkembangan alur dalam diskusi.
7. Peserta diharapkan fokus dan merespon pertanyaan dengan perspektif instansinya, termasuk mengidentifikasi kendala serta usulan solusi.
8. Peserta dipersilahkan menjawab setiap pertanyaan diarahkan fasilitator maksimal 1 menit per instansi.
9. Peserta tidak diperkenankan mengikuti pelaksanaan TTX sambil melakukan aktivitas lain seperti sedang mengikuti *zoom*/pelatihan/webinar atau kegiatan lainnya.
10. Peserta tidak diperkenankan berdiskusi, bertanya balik ke fasilitator, dan melihat/mencari jawaban dari sumber lain (seperti: catatan, pedoman, *Chat GPT*, dll).
11. Selama pelaksanaan TTX, waktu tanya jawab akan dikendalikan oleh *time keeper* untuk memastikan sesi berjalan sesuai jadwal.
12. Semua hasil jawaban akan dicatat oleh notulen untuk kemudian dijadikan bahan evaluasi.
13. Peserta hanya diperkenankan menulis di catatan. Tidak diperkenankan membuka laptop dan *handphone* selama simulasi berlangsung.
14. Bila ada keperluan mendadak dipersilahkan izin kepada pengendali untuk keluar ruangan
15. Peserta diperkenankan konsumsi *snack*/minum tapi tidak diperkenankan makan besar.

## Lampiran 6. Dokumentasi

### 1. Pembukaan



**Gambar 1 dan 2.** Laporan Ketua Panitia dan *Opening Remark* dari WHO Indonesia



**Gambar 3 dan 4.** Sambutan dan Arahan dari Direktorat Kesehatan Hewan, Kementerian Pertanian dan Direktur Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kementerian Kesehatan



**Gambar 6 dan 7.** Foto bersama Pembukaan

## 2. Paparan Pengantar



**Gambar 8 dan 9.** Paparan Kesiapsiagaan Pandemi Patogen Pernapasan oleh WHO Indonesia dan Pengantar TTX oleh Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan

### 3. Simulasi *Table Top Exercise*



**Gambar 10.** Pembacaan Skenario/Inject oleh Pengendali



**Gambar 11.** Simulasi TTX pada pilar 1 Koordinasi Kedaruratan



**Gambar 12.** Simulasi TTX pada Pilar 2 Surveilans Kolaboratif



**Gambar 13.** Simulasi TTX pada Pilar 3 Perlindungan Masyarakat



**Gambar 14.** Simulasi TTX pada Pilar 4 Manajemen Klinis



**Gambar 15.** Simulasi TTX pada Pilar 5 Akses Penanggulangan

#### 4. De-brief dan Pantauan evaluasi serta umpan balik





Gambar 16. De-brief dan Paparan evaluasi serta umpan balik

## 5. Penutupan





**Gambar 17.** Penutupan dan Pemberian Sertifikat Apresiasi kepada Fasilitator, Evaluator dan Pengendali



**Gambar 18.** Pembagian hadiah





**Gambar 19.** Foto Bersama dan Per Pilar