

VOLUME

12

OKTOBER  
2019

## Pengantar dari Redaksi

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas karuniaNya Buletin MASTER PIE edisi 12 dapat diterbitkan ke hadapan para pembaca. Edisi 12 ini adalah edisi terakhir yang diterbitkan pada tahun 2019 ini. Dalam edisi 12 ini beberapa kegiatan yang telah dilakukan oleh Subdit Penyakit Infeksi Emerging kami sampaikan diantaranya Laporan Kegiatan *Sustainable Outreach Service* (SOS) untuk meningkatkan cakupan imunisasi di Propinsi Papua Barat. Sedangkan untuk artikel yang disajikan dalam edisi ini adalah tentang African Swine Fever, Zika Virus dan tempat-tempat persembunyian bakteri *Legionella* penyebab Legionellosis

## Daftar Isi

## DAFTAR ISI

Daftar Isi .....	Halaman 1
Pengantar dari Redaksi .....	Halaman 1
African Swine Fever .....	Halaman 1
Zika Virus .....	Halaman 2
Legionellosis .....	Halaman 3
Laporan Kegiatan Sustainable Outreach Service (SOS) .....	Halaman 5

## AFRICAN SWINE FEVER

Kontributor: Andhini Wisdhanorita, SKM, M.Epid

Pada tanggal 27 September 2019, terdapat kejadian luar biasa penyakit demam babi afrika (*African Swine Fever*) di Timor Leste yang menyebabkan kematian ratusan ekor babi. *African Swine Fever* (ASF) adalah penyakit infeksius mematikan disebabkan oleh virus *Asfivirus* yang menyerang babi domestik maupun liar. Penularan *African Swine Fever* (ASF) dapat terjadi melalui kontak langsung maupun tidak langsung. Penularan secara kontak langsung terjadi melalui kontak dengan babi yang terinfeksi ASF maupun bangkai dan darah

dari babi yang terinfeksi. Sementara kontak tidak langsung terjadi melalui proses konsumsi bahan-bahan yang terkontaminasi dengan ASF. ASF juga dapat ditularkan melalui gigitan kutu *genus ornithodoros* sebagai salah satu vektor biologisnya. Selain itu, ASF dapat ditularkan melalui alat atau benda-benda terkontaminasi yang digunakan dalam proses peternakan dan pengolahan babi seperti sepatu, pakaian, pisau, maupun kendaraan.

ASF pertama kali ditemukan di Kenya pada tahun 1920 yang kemudian secara rutin ditemukan di beberapa negara Afrika. Sejak tahun 2007, penyakit ini telah menyebar di beberapa negara di Eropa dan Asia. Di Asia, kasus ASF pertama kali ditemukan di Tiongkok pada Agustus 2018, kemudian berlanjut di Mongolia, Vietnam,

Kamboja, Republik Rakyat Demokratik Korea, Republik Demokratik Rakyat Laos, Filipina, Myanmar, Timor Leste, dan Republik Korea.

Gejala yang ditimbulkan pada babi yang terinfeksi ASF seringkali mirip dengan *Classical Swine Fever* (CSF)

atau yang lebih dikenal dengan Hog Cholera. Keduanya memiliki tanda-tanda klinis yang sama, namun keduanya tidak memiliki keterkaitan dan keduanya memiliki perbedaan seperti virus penyebab ASF adalah virus DNA dari keluarga *Asfarviridae*, sedangkan penyebab CSF adalah virus RNA dari keluarga *Flaviviridae*. Kedua penyakit ini dapat dibedakan melalui diagnosis laboratorium. Gejala yang terjadi pada babi yang terserang ASF dapat dibedakan menjadi dua:



- a. Gejala akut: diidentifikasi dengan gejala demam tinggi, depresi, anoreksi dan kehilangan nafsu makan, ruam pada kulit biasanya pada bagian telinga, abdomen, dan kaki, muntah, diare, dan kematian yang dapat terjadi dalam kurun waktu 6-13 hari. Angka mortalitas kasus ASF akut ini mencapai 100%.
- b. Gejala subakut dan kronis: babi yang mengalami gejala ini biasanya terinfeksi virus dengan virulensi yang cukup rendah sehingga secara klinis gejala yang ditimbulkan tidak cukup terlihat namun dapat terjadi untuk periode waktu yang lama. Angka mortalitas pada kasus ini lebih rendah dibandingkan dengan kasus akut yaitu 30-70%. Gejala kronis yang disebabkan yaitu menurunnya berat badan, demam intermiten, tanda-tanda gangguan saluran pernafasan, ruam kulit kronis dan artritis.

Kejadian ASF di Timor Leste menjadi perhatian bagi Indonesia karena Timor Leste berbatasan darat dengan Indonesia. Namun demikian, ASF hanya memengaruhi anggota keluarga babi dan bukan merupakan penyakit zoonosis. Tidak ada bukti bahwa virus ASF dapat menginfeksi manusia sejak ASF pertama kali dilaporkan sampai saat ini. Hingga saat ini belum ditemukan vaksin untuk penyakit ASF sehingga pencegahan dan pengendalian ASF umumnya dilakukan melalui *import control point* dan *biosecurity* pada tempat pemotongan hewan. Meskipun penyakit ASF hanya menyerang babi dan bukan merupakan penyakit zoonosis pada manusia, masyarakat dihimbau membeli daging babi dari penjual atau tempat produksi yang terpercaya.

## KEMBALI, VIRUS ZIKA TERJADI PRANCIS

Kontributor: Rendy Manuhutu, SKM

Penyakit Infeksi Emerging adalah penyakit yang muncul dan menyerang suatu populasi untuk pertama kalinya atau telah ada sebelumnya namun meningkat dengan sangat cepat, baik dalam jumlah kasus baru di dalam satu populasi, ataupun penyebarannya ke daerah geografis yang baru (*re-emerging infectious disease*). Dalam 30 tahun terakhir ini telah muncul lebih dari 30 Penyakit Infeksi Emerging (PIE), dimana salah satunya adalah Penyakit Virus Zika. Pada tanggal 1 Februari 2016, Badan Kesehatan Dunia / *World Health Organization* (WHO) pernah mendeklarasikan bahwa Virus Zika merupakan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD) / *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Artinya masalah penyakit Virus Zika menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang memerlukan kerjasama internasional. Namun demikian status tersebut sudah dicabut sejak tanggal 18 November 2016.

Penyakit Virus Zika merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi salah satu virus dari jenis *Flavivirus*. Virus ini memiliki kesamaan dengan virus *Dengue*. Virus dengan RNA tunggal yang termasuk ke dalam *Genus Flavivirus*, *Family Flaviviridae* dan berhubungan erat dengan penyakit Dengue, Demam Kuning, Japanese Encephalitis, dan *West Nile*, karena vektornya yang sama, Transmisi utama melalui gigitan nyamuk *Aedes* yang terinfeksi (*Ae. Aegypti* dan *Ae. Albopictus*). Cara penularan Zika yaitu melalui gigitan nyamuk *Aedes* yang telah terinfeksi

Virus ini pertama kali teridentifikasi pada tahun 1947 yang ditemukan pada air liur monyet pada sebuah studi penyakit Demam Kuning. Virus ini diketahui pertama kali menginfeksi manusia pada tahun 1952 di Uganda dan Tanzania. Kejadian luar biasa

(KLB) pertama kali dilaporkan pada tahun 2007 di wilayah pasifik (Yap). Kemudian dilaporkan beberapa kali KLB di wilayah Asia, Afrika, Regional Western Pacific, dan yang paling akhir terjadi di Amerika. Pada sejumlah kecil kasus ditemukan bukti penularan melalui hubungan seksual dan vertikal (dari ibu ke anak), demikian juga dengan penularan melalui transfusi darah. Kasus dengan penularan melalui air susu ibu sampai saat ini belum ditemukan, namun demikian hal tersebut mungkin terjadi pada ibu yang terinfeksi selama periode peripartum. Gejala penyakit ini serupa dengan penyakit arbovirus lainnya, gejala tersebut biasanya muncul setelah 3 - 2 hari masa inkubasi diantaranya ruam, demam, konjungtivitis, myalgia, arthralgia, lemah, dan sakit kepala. Gejala tersebut biasanya berlangsung selama 4 - 7 hari.

Pada tanggal 9 Oktober 2019, pihak otoritas Prancis melaporkan 1 kasus Virus Zika *autochthonous* di wilayah Hyeres, Prancis. Gejala/tanda dimulai pada tanggal 29 Juli





2019. Tidak ada riwayat perjalanan ke negara-negara endemik Zika yang dilaporkan untuk pasien serta pasangannya. Disamping itu, pihak otoritas Prancis melaporkan 2 kemungkinan kasus kontak Virus Zika autochthonous berdasarkan penelusuran surveilans aktif penemuan kasus, di wilayah yang sama dan jangka waktu yang sama (gejala muncul pada 6-15 Agustus 2019). Hingga berita ini diterbitkan, ketiga pasien saat ini dinyatakan telah sembuh. Otoritas kesehatan Prancis telah merespon

kejadian dengan melakukan kegiatan pengendalian vektor, melakukan penyelidikan epidemiologis untuk menentukan wilayah-wilayah yang mungkin terjadi penularan, mencegah penyebaran lebih lanjut dan mendeteksi kemungkinan kasus terkait. Kemungkinan ketiga kasus tersebut didapatkan dari transmisi Virus Zika yang ditularkan melalui vektor di lingkungan pada akhir Juli / awal Agustus. Kejadian ini merupakan kejadian pertama penularan melalui vektor lokal yang terdeteksi di Prancis dan Benua Eropa.

## TEMPAT-TEMPAT PERSEMBUNYIAN BAKTERI *LEGIONELLA* PENYEBAB LEGIONELLOSIS

Kontributor: Agustin, SKM, M.Kes dan dr.Ridha Rahim



Bakteri *Legionella* yang terdiri dari beberapa spesies diketahui menjadi penyebab terjadinya masalah kesehatan seperti Legionellosis dan demam *pontiac*. Penularan terjadi akibat adanya bakteri pada agen lingkungan seperti air, aliran udara pada AC sentral dimana terjadi percikan air, tertelan atau terhirup. BBTCLPP Jakarta telah melakukan inspeksi kesehatan lingkungan dan pemeriksaan keberadaan bakteri tersebut di tempat-tempat berisiko sebagai bentuk kewaspadaan dan sebagai tindakan verifikasi atas adanya notifikasi. Pemeriksaan tahun 2018 dilakukan sebagai persiapan event Asian Games yang berlangsung di Indonesia. Pada tahun 2019 BBTCLPP Jakarta melakukan uji petik di beberapa hotel di DKI Jakarta dan melakukan verifikasi notifikasi Legionellosis di hotel di wilayah layanan BBTCLPP Jakarta.

Bakteri *Legionella* tumbuh subur di tempat-tempat yang berair atau lembab. *Legionella* mampu hidup pada suhu antara 5,7°C - 63°C, konsentrasi klorin 2-6 mg/L dan hidup subur pada suhu 30°C - 45°C. Bakteri ini membentuk koloni yang berbentuk biofilm menempel pada dinding perpipaan.

### Hasil Pemeriksaan *Legionella* di Hotel Tahun 2018

Hasil pemeriksaan faktor risiko *legionellosis* pada 43 hotel di DKI Jakarta, Jawa Barat dan Banten sebanyak

129 sampel untuk parameter *Legionella* sp. dan *Legionella pneumophila*, tidak ditemukan adanya bakteri *Legionella pneumophilla*. Titik pengambilan sampel dilakukan pada air bersih kran wastafel kamar hotel, usap shower kamar mandi di kamar hotel, usap AC indoor, dan pemeriksaan *cooling tower*. Titik pengambilan sampel disesuaikan dengan kondisi hotel. Hasil pemeriksaan air bersih dan usap shower di kamar mandi hotel diperoleh hasil lebih dari 50% positif *Legionella* sp. Demikian pula hasil pemeriksaan AC dan *cooling tower* hasil positif *Legionella* sp. berkisar di angka 25 %.

### Hasil Uji Petik Legionellosis di Hotel Tahun 2019

Hasil uji petik yang dilakukan di DKI Jakarta pada 4 hotel Tahun 2019 diperoleh adanya *Legionella pneumophilla* pada sample 2 air bersih dan 1 sample usap shower kamar mandi.

Inspeksi Kesehatan lingkungan yang dilakukan pada Uji Petik 4 hotel di DKI Jakarta menunjukkan bahwa pihak hotel telah melakukan pemeliharaan yang baik pada AC dan *cooling tower system*. Pengelola hotel juga menggunakan air yang bersumber pada PDAM. Namun hasil pemeriksaan *legionella* sp dan *legionella pneumophilla* dari 22 sample diperoleh 86% hasil positif *Legionella* sp. dan 18 % positif *Legionella pneumophilla*.

### Hasil Verifikasi Rumor Legionellosis di Wilayah Layanan BBTCLPP Jakarta

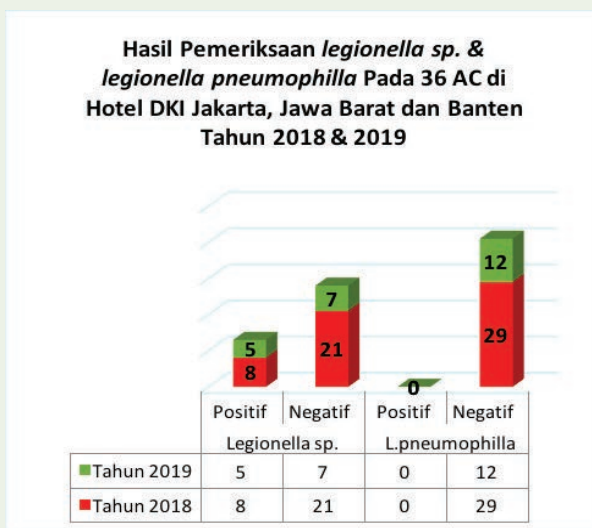
Adanya informasi dari Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan bulan September 2019 tentang notifikasi yang dikirimkan *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) melalui *European Legionnaires' Disease Surveillance Network* (ELDSNet) bahwa 1 Warga Negara Asing (WNA) didiagnosis *Legionellosis* setelah berkunjung ke empat hotel di Jawa Barat, Indonesia dengan hasil verifikasi rumor sebagai berikut:



- Hasil observasi dan inspeksi sanitasi lingkungan terhadap empat hotel tersebut menunjukkan 82% hasil swab lingkungan ditemukan media perkembangbiakan *Legionella*. Hal tersebut didukung oleh hasil pemeriksaan sampel lingkungan dengan metode PCR sebanyak 71,43% positif mengandung *Legionella sp* dan 8,57% positif mengandung *Legionella. pneumophilla*.
- Hal tersebut diduga karena faktor risiko lingkungan hotel yang mempengaruhi *pertumbuhan legionella*, yang didukung informasi hasil observasi bahwa 50% tidak melakukan monitoring berkala kualitas air dan sanitasi, 75% tidak melakukan intervensi desinfeksi dengan klor sesuai standar, 50% tidak melakukan pemantauan suhu, sisa klor dan PH, serta 100% hotel tidak punya sistem desinfeksi tambahan untuk kontrol jangka panjang *Legionella* atau mikroorganisme lainnya.

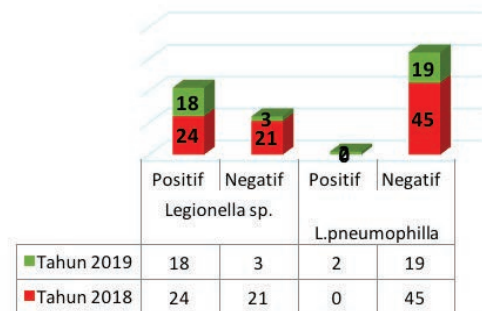


- Distribusi hasil pemeriksaan *legionella sp.* pada usap *cooling tower* hotel yaitu tahun 2018 ada 5 sampel mengandung bakteri *Legionella sp.* sementara tahun 2019 ada 3 sampel mengandung bakteri *Legionella sp.*



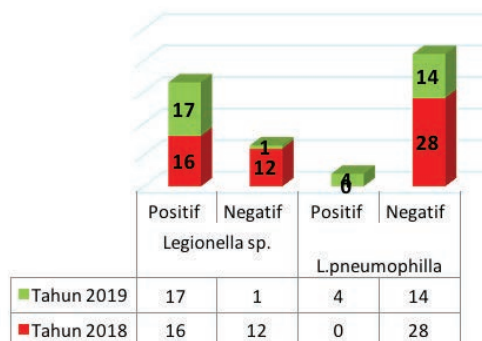
- Distribusi hasil pemeriksaan *Legionella sp.* pada usap AC hotel yaitu tahun 2018 ada 8 sampel mengandung bakteri *Legionella sp.* sementara tahun 2019 ada 5 sampel mengandung bakteri *Legionella sp.*

**Hasil Pemeriksaan *legionella sp.* & *legionella pneumophilla* Pada 51 Shower Hotel di DKI Jakarta, Jawa Barat dan Banten Tahun 2018 & 2019**



- Distribusi hasil pemeriksaan *Legionella sp.* dan *Legionella pneumophilla* pada usap shower hotel yaitu tahun 2018 ada 24 sampel mengandung bakteri *Legionella sp.* sementara tahun 2019 ada 18 sampel mengandung bakteri *Legionella sp.* dan 2 sampel mengandung bakteri *Legionella pneumophilla*.

**Hasil Pemeriksaan *legionella sp.* & *legionella pneumophilla* Pada 51 Air Bersih di Hotel DKI Jakarta, Jawa Barat dan Banten Tahun 2018 & 2019**



- Distribusi hasil pemeriksaan *Legionella sp.* dan *Legionella pneumophilla* pada air bersih hotel yaitu tahun 2018 ada 16 sampel mengandung bakteri *legionella sp.* sementara tahun 2019 ada 17 sampel mengandung bakteri *Legionella sp.* dan 4 sampel mengandung bakteri *Legionella pneumophilla*.

#### Kesimpulan:

Hasil pemeriksaan tahun 2018 dan 2019 memberikan gambaran bahwa terdapat kontaminan *Legionella sp.* dan *Legionella pneumophila* pada air bersih, AC, *cooling tower* system dan jalur perpipaan pada shower dan wastafel di hotel sebagai tempat persembunyiannya.

#### Rekomendasi:

- Perlu pembinaan secara rutin dari Dinas Kesehatan dan Dinas Pariwisata setempat terkait pemeliharaan dan perawatan sistem yang memungkinkan terjadinya penularan penyakit akibat *legionella* di hotel.



2. Perlu pengawasan dari Dinas Kesehatan pada hotel untuk secara rutin melakukan pemeriksaan *legionella* pada sistem perpipaannya.
3. Memberikan materi Komunikasi, Informasi dan Edukasi mengenai Legionellosis kepada masyarakat serta upaya pencegahannya melalui pemeliharaan sistem air berupa:
  - a. Minimal sekali seminggu dilakukan pemeriksaan pada penampungan air, apakah ada kerusakan fisik, bau busuk dari zat organik, serta adanya serbuk-serbuk yang mengandung bakteri *Legionella*.
  - b. Pemeriksaan sampel air dilakukan setiap 6 (enam) bulan sekali untuk mendeteksi bakteri *Legionella*.
  - c. Pemberian disinfektan setiap 6 (enam) bulan sekali dan dilakukan 3 (tiga) bulan setelah pemeriksaan sampel air.
  - d. Hindari paparan sinar matahari pada tangki penyimpanan air yang menyebabkan suhu air hangat sehingga menguntungkan pertumbuhan bakteri *Legionella* (*biofilm*)
  - e. Pembilasan saluran air yang tidak terpakai untuk mengurangi stagnasi.
  - f. Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
4. Melakukan pembersihan berkala pada AC, kran-kran, perpipaan, penampungan air, shower, kolam spa, kolam air panas minimal sekali seminggu.
5. Melakukan pengontrolan indikator suhu, sisa klor dan PH secara berkala
6. Melakukan pengecekan aliran air dari PDAM, apabila ada mengalami kebocoran akan mempengaruhi kualitas air.
7. Menghindari aliran air berhenti (stagnansi) atau berjalan lambat pada sistem perpipaan
8. Melakukan pemeriksaan secara rutin tangki air panas terhadap kerusakan fisik, bau busuk dari zat organik,



serta adanya lumut maupun endapan/biofilm yang dapat mengandung bakteri *Legionella*, dan dilakukan pembersihan secara mekanik dan desinfeksi

9. Melakukan penyimpanan air panas dalam suhu  $>60^{\circ}\text{C}$  dan alirkan ke kran-kran dengan suhu tidak kurang dari  $50^{\circ}\text{C}$ . ?
10. Melakukan penyimpanan air dingin dan salurkan pada suhu kurang dari  $20^{\circ}\text{C}$ . Jika tidak memungkinkan periksa sampel air secara rutin.
11. Pada setiap kran yang bisa diakses tamu hotel agar diberikan stiker bahwa air kran tidak boleh langsung diminum.
12. Segera memberikan notifikasi apabila ditemukan satu kasus tersangka *Legionellosis* kepada Dirjen P2P melalui *Public Health Emergency Operations Centre* (PHEOC) Telp. (021) 4257125, *Mobile* PHEOC 0812-1924-1850, WA 0878-0678-3906 dan *email*: poskoklb@yahoo.com

## TINGKATKAN CAKUPAN IMUNISASI DI PAPUA BARAT MELALUI SUSTAINABLE OUTREACH SERVICE (SOS)

Kontributor: A Muchtar Nasir, Lucy Rahmadani, Ibrahim, Rina Surianti, Kursianto, Suharto



Program Pembangunan PBB (UNDP) menyiratkan bahwa faktor kemiskinan tidak hanya diukur dengan penurunan pendapatan, namun termasuk adanya sebuah kesenjangan infrastruktur fisik, sosial ekonomi, termasuk akses pelayanan kesehatan yang terbatas. Oleh karena itu, UNDP juga mencatat, seiring dengan meningkatnya kesenjangan yang terjadi antara negara kaya dan miskin, indikator kesehatan di banyak negara juga memburuk. Dalam Undang-undang Perlindungan Anak Nomor 23 tahun 2002 pasal 8 disebutkan bahwa setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual dan sosial. Selain itu, UU Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 pasal 5 ayat 2 juga menyebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau, dan dalam pasal 130 tercantum bahwa pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak. Berdasarkan landasan hukum inilah, maka pemerintah berkewajiban agar dapat memenuhi hak setiap warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan, terutama ibu dan anak di seluruh wilayah di Indonesia tanpa terkecuali. Namun seringkali faktor keterjangkauan (akses) terhadap pelayanan kesehatan berpengaruh penting terhadap status kesehatan masyarakat terutama mereka yang tinggal di daerah terpencil dengan akses geografis yang sulit dijangkau. Kurangnya pemerataan pelayanan kesehatan terutama rendahnya cakupan imunisasi di beberapa daerah menyebabkan terbentuknya daerah kantong yang sangat berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB).

Cakupan imunisasi dinilai dari pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi dan balita. Hal ini menjadi acuan agar anak terhindar dari penyakit berbahaya. Terhitung sejak bayi baru lahir sudah wajib mendapatkan tujuh jenis vaksin dasar yg sudah ditentukan jadwal pemberiannya. Namun sangat disayangkan masih banyak anak mulai usia bayi yang tidak mendapatkan vaksin atau imunisasi dasar lengkap, terutama mereka yang tinggal di daerah terpencil dengan akses geografis yang sulit terjangkau, seperti di Provinsi Papua Barat. Akses yang sulit, jaringan komunikasi yang tidak memadai serta rendahnya pengetahuan masyarakat akan pentingnya imunisasi menjadi penyebab utama. Sehingga diperlukan strategi khusus yang bertujuan agar pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak di daerah sulit terjangkau dapat terpenuhi.

Sustainable Outreach Services atau disingkat SOS dipilih sebagai kegiatan yang diharapkan dapat meningkatkan cakupan imunisasi di Papua Barat. Pada tanggal 18 - 26 November 2019, SOS dilaksanakan pada 3 kabupaten di Provinsi Papua Barat, yaitu Kabupaten Maybrat, Kabupaten Tambraw, dan Kabupaten Raja Ampat. Kegiatannya berupa pelayanan kesehatan, terutama pelayanan imunisasi, pemberian vitamin A, dan pelayanan kesehatan lainnya. Metode yang diambil adalah dengan memilih dan memberikan imunisasi pada bayi dan anak-anak yang belum memenuhi imunisasi dasar lengkap (IDL) sesuai data kohort imunisasi rutin puskesmas. Tim pelaksana SOS ini terdiri atas Tim dari Subdit Penyakit Infeksi Emerging, KKP Kelas III Sorong, Tim dari Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat, Dinas Kesehatan Kabupaten Maybrat, Dinas Kesehatan Kabupaten Tambraw, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Raja Ampat (Tabel 1).

Tabel 1. Tim Pelaksana SOS Provinsi Papua Barat

Tempat	Tim SOS	Instansi
Kabupaten Maybrat	dr. A Muchtar Nasir, M.Epid	Direktorat Surkarkes
	Suharto, SKM	Direktorat Surkarkes
	Rohers Johannes Fairyo, AMdKes	Dinkes Provinsi Papua Barat
	Eko Supryaji, AMdKep	KKP Kelas III Sorong
	Robianus Solossa, AMK	Dinkes Kab. Maybrat
	Marthina Nauw, AMK	Dinkes Kab. Maybrat
	Aning Isfandyari, SKM, MPH	Perwakilan WHO Papua Barat
Kabupaten Tambraw	Kursianto, SKM, MSi	Direktorat Surkarkes
	Lucy Rahmadani Putri, SKM, MPH	Direktorat Surkarkes
	Markus Weju	Dinkes Provinsi Papua Barat
	Djeki Nubatonis	Dinkes Provinsi Papua Barat
	Feryanto, S.Kep, Ners	Dinkes Kab. Tambraw
	Tirsa Triana Mailisa, AMK	Dinkes Kab. Tambraw
Kabupaten Raja Ampat	Ibrahim, SKM, MPH	Direktorat Surkarkes
	Rina Surianti, SKM	Direktorat Surkarkes
	Mersi Katrina Manurung	Dinkes Provinsi Papua Barat
	Dadan Rohmana, SKM, MM	KKP Kelas III Sorong
	Regina Y Nainggolan, S.Kep	Dinkes Kab. Raja Ampat
	Setya Handarini Kadir, SKM	Dinkes Kab. Raja Ampat

### HASIL, TANTANGAN, DAN REKOMENDASI

Provinsi Papua Barat merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang letaknya cukup strategis karena berada di daerah kepala burung Tanah Papua, yaitu pada 0° - 4° Lintang Selatan dan 124° - 132° Bujur Timur. Provinsi ini berbatasan di utara dengan Samudera Pasifik, di selatan dengan Laut Banda dan Laut Maluku, di barat dengan Laut Seram dan Provinsi Maluku, di timur dengan Provinsi Papua. Dengan luas wilayah kurang lebih 99.671,63 Km<sup>2</sup>, Provinsi Papua Barat memiliki 12 Kabupaten dan 1 Kota dengan 218 distrik, dan 1.744 kampung.

Provinsi yang beribukota di kabupaten Manokwari ini memiliki keanekaragaman hayati yang sangat kaya dan indah memukau. Dengan potensi kekayaan hasil laut seperti mutiara, dan keindahan alam baik laut kepulauan

dan hutan yang masih asri, menyebabkan Papua Barat menjadi salah satu destinasi wisata yang sangat digemari. Namun dibalik keindahannya, geografi alam beberapa kabupaten termasuk medan yang sulit dijangkau, jarak antar rumah penduduk yang berjauhan, tingkat ekonomi dan pendidikan yang rendah, menyebabkan tingkat pelayanan kesehatan di Papua Barat juga cukup rendah, terutama capaian imunisasinya. Atas pertimbangan ini pula provinsi Papua Barat menjadi lokus SOS tahun ini, dan dipilih 3 kabupaten sebagai lokasi kegiatan SOS, yaitu Kabupaten Maybrat, Kabupaten Tambraw, dan Kabupaten Raja Ampat.

### A. KABUPATEN MAYBRAT

Pelaksanaan kegiatan dilakukan di 4 Puskesmas yaitu Puskesmas Aitinyo Barat, Aitinyo Utara, dan

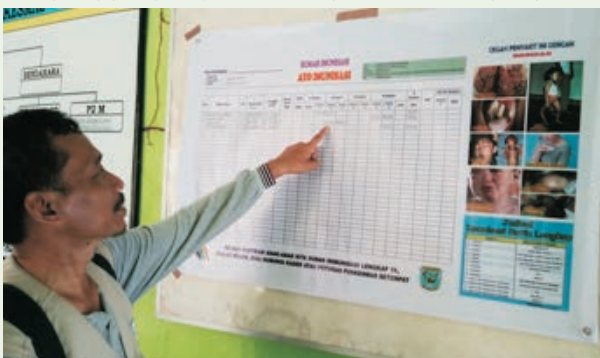




Gambar 1. Koordinasi Tim SOS Pusat di KKP Sorong

Ayamuru Utara. Bentuk kegiatan yang dilaksanakan meliputi pelayanan imunisasi pada 44 bayi dan balita yang belum memenuhi imunisasi dasar lengkap (IDL), dan promosi kesehatan. Selain pemberian imunisasi pada anak-anak yang mempunyai status imunisasi belum lengkap, pada kegiatan SOS ini petugas puskesmas juga dilatih untuk mengisi banner *My Village My Home* (MVMH) yang ditempel di dinding puskesmas. MVMH merupakan salah satu sarana yang bisa digunakan untuk melakukan pelacakan terhadap kelengkapan imunisasi pada anak. MVMH memiliki format yang hampir sama dengan kohort imunisasi namun dicetak dalam ukuran yang lebih besar sehingga semua ibu dapat memantau status imunisasi anak melalui MVMH yang ditempel di puskesmas. Selain itu, MVMH juga berisi informasi mengenai PD3I dan jadwal imunisasi anak hingga usia 18 bulan.

Sejumlah tantangan ditemukan selama kegiatan di Kabupaten Maybrat diantaranya geografi alam berupa medan yang berbukit-bukit, jalanan yang sangat licin, serta jarak antar rumah penduduk dan antar kampung yang berjauhan menyulitkan akses pelayanan



Gambar 2. Banner MVMH

kesehatan. Selain itu, sarana listrik yang tidak berfungsi membuat *cold chain* vaksin perlu mendapat perhatian. Tantangan terbesar adalah kurangnya koordinasi dan komunikasi antara Dinkes Provinsi, Kabupaten, dan Puskesmas, sehingga masih ada laporan yang missing atau tidak tersampaikan. Salah satunya ketika petugas imunisasi yang seringkali tidak berada di tempat, namun buku kohort imunisasi rutin terkunci di dalam ruangnya, sehingga menyulitkan petugas lain jika ada bayi yang akan diimunisasi. Selain itu, *cold chain* vaksin juga tidak terawasi.



Gambar 3. Pelaksanaan Imunisasi pada bayi

Saat tim SOS mengunjungi Puskesmas Aitinyo Utara, 9 orang tim dari Nusantara Sehat sudah siap membantu pelayanan kesehatan, sehingga keberadaan mereka dapat sangat menguntungkan pelaksanaan program kesehatan di Puskesmas tersebut. Dalam hal ini tim merekomendasikan untuk meningkatkan komunikasi dan koordinasi antara Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten, dan Puskesmas; memperbaiki pencatatan dan pelaporan kegiatan di puskesmas ke Dinkes Kabupaten, terutama laporan imunisasi; menyiapkan kendaraan operasional puskesmas untuk menjangkau masyarakat yang tinggal di kampung-kampung yang terpencil, untuk jemput bola pelayanan kesehatan; kepala puskesmas segera menunjuk petugas imunisasi pengganti bagi petugas imunisasi yang sedang cuti atau sedang tugas belajar agar program imunisasi tetap berjalan, dan melakukan *follow up* pada anak-anak yang ditemukan belum memiliki status imunisasi lengkap pada kegiatan SOS untuk datang setiap bulan ke Posyandu/Puskesmas untuk melengkapi status imunisasi.

## B. KABUPATEN TAMBRAW

Pelaksanaan kegiatan SOS difokuskan di Puskesmas Kwoor dan kampung-kampung di wilayah kerjanya (Kampung Kwoor, Kampung Krisnos, Kampung Suwao, dan Kampung Kranfotsu). Pelayanan kesehatan yang dilakukan berupa pelayanan imunisasi pada 6 bayi, 42 balita, 4 ibu hamil, 24 Wanita Usia Subur (WUS), dan imunisasi pada anak SD kelas 1 (26 vaksin DT), kelas 2 (22 vaksin TD) dan kelas 5 (13 vaksin TT).



Gambar 3. Pelaksanaan Imunisasi pada bayi

**Diterbitkan Oleh**

Sub Direktorat Penyakit Infeksi Emerging  
Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan  
Direktorat Jenderal Pencegahan dan  
Pengendalian Penyakit  
Kementerian Kesehatan RI

**Pembina :**

Direktur Jenderal Pencegahan dan  
Pengendalian Penyakit

**Pengarah :**

Sekretaris Direktorat Jenderal Pencegahan dan  
Pengendalian Penyakit

**Penanggungjawab :**

Direktur Surveilans dan Karantina Kesehatan

**Dewan Redaksi :**

dr. Endang Budi Hastuti  
dr. Chita Septiawati, MKM  
dr. Irawati, M.Kes  
dr. A. Muchtar Nasir, M.Epid  
dr. Listiana Aziza, Sp.KP  
Luci Rahmadani Putri, SKM, MPH  
Ibrahim, SKM., MPH  
Kursianto, SKM., M.Si  
Mariana Eka Rosida, SKM  
Andini Wisdhanorita, SKM  
Adistikah Aqmarina, SKM  
Maulidiah Ihsan, SKM  
Perimisdila Syafri, SKM  
Leni Mendra, STT  
Pamugo Dwi Rahayu, S. Kom  
Rendi Manuhutu, SKM  
Dwi Anisa Fajria, SKM

**Editor dan Layout :**

Luci Rahmadani Putri, SKM, MPH

**Alamat Redaksi :**

Kementerian Kesehatan RI  
Jalan HR Rasuna Said Blok X5  
Kav. 4-9 Jakarta

**Email**

subdit.pie@yahoo.com

**Twitter**

@masterpie29

**Website**

<http://infeksiemerging.kemkes.go.id>



Sejumlah tantangan yang ditemukan saat pelaksanaan SOS di Kabupaten Tambora diantaranya rendahnya kemampuan masyarakat dalam hal baca tulis, sehingga data kelahiran anaknya tidak diketahui dan menyulitkan pada saat pemberian vaksinasi. Tantangan yang paling berat adalah sulitnya geografis, kendala transportasi yang hanya bisa ditempuh dengan berjalan kaki 2 - 3 jam bahkan berhari-hari karena harus menembus hutan dan melewati sungai serta minimnya akses penerangan dan jaringan komunikasi. Untuk itu tim merekomendasikan agar menambah jumlah petugas imunisasi; menyediakan fasyankes dan tenaga kesehatan di lokasi yang sulit dijangkau; menyediakan anggaran BOK setiap bulan; perlunya tenaga pengajar bagi masyarakat untuk baca tulis; meningkatkan sarana dan prasarana seperti listrik dan jaringan komunikasi; dukungan dana dari Dinas Kesehatan Kabupaten untuk pengadaan longboat, mengingat sewa longboat yang mahal.

**C. KABUPATEN RAJA AMPAT**

Kabupaten Raja Ampat memilih Puskesmas Waigama sebagai lokasi kegiatan SOS, karena Puskesmas ini sulit dijangkau dan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) yang masih rendah. Dalam kegiatan ini Tim SOS melakukan kunjungan langsung ke kampung Solal dan kampung Atkari di wilayah kerja Puskesmas Waigama untuk melakukan pelayanan kegiatan imunisasi. Pelayanan yang diberikan pada kegiatan ini adalah Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) pada 17 bayi dan 32 balita. Selain itu dilaksanakan imunisasi pada anak sekolah (BIAS) di 2 sekolah dasar sebanyak 12 vaksin MR dan DT (kelas 1), 45 vaksin TD (kelas 2 dan 5), serta Imunisasi pada 4 orang ibu hamil.

Kabupaten Raja Ampat merupakan wilayah kepulauan, sehingga kunjungan antar kampung yang harus melalui laut selama

beberapa jam menjadi tantangan tersendiri. Hal ini tentu akan sangat terganggu ketika kondisi cuaca tidak kondusif. Selain itu sulitnya akses komunikasi, terbatasnya waktu penggunaan listrik menjadi tantangan petugas kesehatan. Rendahnya informasi dan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya imunisasi pun menjadi kendala selanjutnya. Tim merekomendasikan untuk pengadaan media KIE untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya imunisasi, pelatihan kader posyandu tentang pentingnya imunisasi, menempatkan tenaga kesehatan tambahan di lokasi kampung Atkari, peningkatan sarana dan prasarana seperti listrik dan jaringan komunikasi, pengadaan ambulance laut, pertemuan lintas



*Gambar 5. Pelaksanaan BIAS*

sektor, Tokoh Masyarakat dan Tokoh agama di setiap kampung untuk membahas pentingnya keterlibatan masyarakat dalam upaya peningkatan pencapaian imunisasi, serta ketersediaan anggaran BOK setiap bulan.

**PENUTUP**

Pelaksanaan kegiatan SOS di Papua Barat ini dapat dikatakan belum bisa diimplementasikan secara maksimal, dengan sejumlah tantangan yang dihadapi masing-masing kabupaten. Namun dengan adanya kegiatan ini, dinas kesehatan baik provinsi maupun kabupaten dapat melihat komponen kekurangan dan potensi dari wilayahnya, sehingga diharapkan pelayanan kesehatan terutama capaian imunisasi di wilayahnya dapat ditingkatkan.

Redaksi Buletin Master PIE menerima naskah berupa karya tulis, artikel, surat, opini dan gambar sesuai dengan misi PIE. Naskah maksimal 3-4 halaman dengan spasi 1,5. Sertakan referensi dan gambar ilustrasi yang relevan, lalu kirim melalui email Sekretariat Subdit PIE. Redaksi berhak mengubah bentuk dan naskah tanpa mengurangi isi dan maksud naskah anda.