

**LAPORAN AKHIR
TIM ANALISIS DAN EVALUASI HUKUM
TENTANG WABAH PENYAKIT MENULAR**

**Disusun Oleh Tim Kerja
Di Bawah Pimpinan:
Hari Santoso, SKM., M. Epid.**

**BADAN PEMBINAAN HUKUM NASIONAL
DEPARTEMEN KEHAKIMAN DAN HAK ASASI MANUSIA RI
Tahun 2005**

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Pokok Permasalahan	2
C. Maksud dan Tujuan	3
D. Ruang Lingkup	3
E. Metodologi	3
F. Jadwal Kegiatan	4
G. Susunan Organisasi.....	4
BAB II TINJAUAN UMUM	5
A. Pengertian	5
B. Produk-Produk Hukum Yang Terkait Dengan Undang-Undang Wabah Penyakit Menular	5
BAB III UPAYA PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN WABAH	13
A. Pencegahan	13
B. Penanggulangan	
BAB IV ANALISIS DAN EVALUASI	32
A. Analisis	32
B. Evaluasi	
BAB V PENUTUP	41
A. Saran	41
B. Kesimpulan	42

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Untuk mencerdaskan kehidupan dan melindungi segenap bangsa, adalah merupakan kewajiban dari negara kita, seperti yang diamanatkan dalam alinea ke empat Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Dalam hal ini mencerdaskan bukan berarti menyangkut soal pendidikan saja, melainkan melindungi masyarakat baik langsung maupun tidak langsung yang berkenaan dengan kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu sektor utama yang mempengaruhi tingkat kecerdasan, sekaligus gambaran kualitas kenyamanan masyarakat terhadap serangan penyakit.

Peristiwa bertambahnya penderita atau kematian yang disebabkan oleh suatu penyakit menular di suatu wilayah tertentu, kadang-kadang dapat merupakan kejadian yang mengejutkan dan membuat heboh masyarakat di wilayah itu. Secara umum kejadian ini disebut dengan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan dapat menimbulkan suatu wabah yang menyerang masyarakat luas dalam waktu singkat yang diakibatkan oleh penyakit menular.

Di lain pihak, dampak dari perkembangan ilmu dan teknologi saat ini menimbulkan berbagai penemuan baru dari penyakit-penyakit menular yang semakin bertambah dan sulit diatasi pengobatannya, misalnya HIV-AIDS, SARS, Flu Burung dan lain-lain. Demikian juga dalam aspek perundang-undangan terjadi perubahan-perubahan seperti undang-undang otonomi daerah, undang-undang perlindungan konsumen, undang-undang narkotika dan psikotropika, akan mempengaruhi sistem dan kebijakan pengumpulan, pengolahan, analisis penyajian dan pelaporan kasus-kasus penyakit menular.

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi bukan saja menjadikan kehidupan umat manusia semakin mudah, semakin maju, tetapi nampaknya umat manusia juga diharapkan kepada tantangan-tantangan atau peringatan-peringatan baru di bidang kesehatan, dimana pada kurun waktu tertentu akan ada jenis penyakit baru yang muncul. Dari aspek tinjauan religi mungkin hal itu merupakan peringatan bagi umat manusia bahwa di atas kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang telah dicapai, masih akan ada hal baru yang belum diketahui.

Mengingat seriusnya dampak yang ditimbulkan dari kejadian luar biasa dan wabah akibat penyakit menular, sehingga perlu diambil langkah-langkah perlindungan bagi masyarakat. Perlindungan dimaksud dapat meliputi perlindungan terhadap masyarakat umum, aparat kesehatan, korban dan pelapor. Untuk itu perlu dilihat peraturan perundang-undangan yang komprehensif di bidang penanganan wabah penyakit. Untuk itu perlu dilihat peraturan perundang-undangan yang sudah ada, mencermati kenyataan yang sedang in saat ini dan mengantisipasinya.

Melihat uraian di atas untuk ke depan apakah diperlukan membuat undang-undang yang baru atau tidak, hendaknya perlu membahas peraturan perundang-undangan yang sudah ada khususnya materi undang-undang nomor 4 Tahun 1984, dan segala aspek lain yang berkaitan dengan itu.

B. Pokok Permasalahan

1. Semakin kompleksnya permasalahan penyakit menular khususnya dalam hal KLB di Indonesia saat ini, termasuk tuntutan masyarakat akan kejelasan hak dan kewajiban bagi semua pihak.
2. Terjadinya perubahan dalam sistem pemerintahan dari sentralistik menjadi otonomi dan desentralisasi, sebagai konsekuensi telah

diberlakukannya UU No. 22 Tahun 1999 yang direvisi menjadi UU No. 32 Tahun 2004.

3. Telah diterapkannya UU No. 25 Tahun 1999 yang direvisi menjadi UU No. 33 Tahun 2004.
4. Produk hukum Undang-Undang Wabah No. 4 Tahun 1984 sudah cukup lama, sehingga sudah tidak dapat mengakomodir kebutuhan saat ini sesuai dengan perkembangan dunia khususnya terhadap terjadinya KLB penyakit menular.

C. Maksud dan Tujuan

Maksud kegiatan ini adalah untuk mengidentifikasi dan menginventarisasi permasalahan yang ada menyangkut UU No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan peraturan perundang-undangan yang terkait lainnya, selanjutnya menganalisis semua permasalahan tersebut.

Tujuannya adalah untuk memberikan rekomendasi atau masukan bagi penyempurnaan dan pembaharuan peraturan perundang-undangan tentang Wabah Penyakit Menular dalam rangka Perencanaan Pembangunan Hukum Nasional.

D. Ruang Lingkup Pembahasan Terhadap Wabah Penyakit Menular

1. UU No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan UU terkait lainnya.
2. Permasalahan yang timbul dari Wabah Penyakit Menular.

E. Metodologi

Metode pendekatan yang digunakan adalah yuridis normatif yang dilakukan dengan:

1. Menggunakan metode analisis terhadap UU No. 4 Tahun 1984 dan peraturan yang terkait yang diuraikan secara deskriptif.

2. Mengkaji peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan Wabah Penyakit Menular dan bahan-bahan perpustakaan lainnya.

F. Jadwal Kegiatan

1. Januari - Maret 2005, Persiapan Penyusunan Proposal.
2. April - Mei 2005, Inventarisasi, Pengumpulan bahan, Pembahasan Proposal.
3. Juni - Juli 2005, Diskusi, Pembagian Tugas.
4. Agustus - September 2005, Pengumpulan tugas tim dan diskusi lanjutan.
5. Oktober - November 2005, Pengetikan dan Koreksi.
6. Desember 2005, Penyusunan Laporan Akhir.

G. Susunan Organisasi

Pelaksana Penyusunan Analisis dan Evaluasi ini dilakukan melalui Tim sebagaimana ditetapkan dalam Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia No. G-20.PR.09.03 Tahun 2005, dengan susunan sebagai berikut:

- Ketua : Hari Santoso, SKM, M. Epid (P2 MPL Depkes RI)
- Sekretaris : Artiningsih, S.H.
- Anggota : 1. Prof. Dr. Nuning M. Kiptiyah, MPH, Ph.D. (FKM-UI)
2. dr. Fidiansjah (RS. Suharto Herdjan)
3. Netty T. Pakpahan, S.H., M.H. (Biro Hukum Depkes)
4. dr. H. Taufik Alief Fuad (Dinas Kesehatan DKI)
5. Melok Karyandani, S.H.
6. dr. Okke Marlaeni.
- Asisten : 1. Indry Meutiasari S, S.E.
2. Kahfi Zulkarnaen, Sm.Hk.
- Pengetik : 1. Sudi Itang
2. Sahadi

BAB II TINJAUAN UMUM

A. Pengertian

Beberapa pengertian terkait masalah ini yaitu:

- **Wabah Penyakit Menular** yang selanjutnya disebut **Wabah** adalah kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi daripada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka.
- **Penyebab Wabah** secara garis besar adalah karena Toxin (kimia & biologi) dan karena Infeksi (virus, bakteri, protozoa dan cacing)
- **Sumber penyakit** adalah manusia, hewan, tumbuhan, dan benda-benda yang mengandung dan/atau tercemar bibit penyakit, serta yang dapat menimbulkan wabah.
- **Daerah Wabah** adalah suatu wilayah yang dinyatakan terjangkit wabah.
- **Kejadian Luar Biasa** adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah.
- **Penyakit Karantina** adalah Pes (Plague); Kolera (Cholera); Demam Kuning (Yellow Fever); Cacar (Smallpox); Typhus bercak wabahi Typhus exanthe maticus infectosa (Louse borne Typhus); Demam balik-balik (Louse borne Relapsing fever).
- **Tindakan Karantina** adalah tindakan-tindakan terhadap kapal/pesawat udara beserta isinya dan daerah pelabuhan untuk mencegah penjangkitan dan penjalaran penyakit karantina.

- **Isolasi** adalah pengasingan seseorang atau beserta orang dari yang lain dalam suatu stasiun karantina, rumah sakit atau tempat lain oleh dokter pelabuhan untuk mencegah penularan penyakit.
- **Pemerintah Pusat**, adalah Presiden RI yang memegang kekuasaan pemerintahan Negara RI, yang dalam penyelenggaraan di bidang kesehatan dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan.
- **Menteri** adalah Menteri yang tugas tanggung jawabnya di bidang kesehatan.
- **Pemerintah Daerah** adalah Gubernur, Bupati, atau Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
- **Daerah Otonom** adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah wewenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam sistem NKRI
- **Penanggulangan** adalah segala upaya yang ditujukan untuk memperkecil angka kematian, membatasi penularan serta penyebaran penyakit agar wabah tidak meluas kedaerah lain.
- **Evakuasi** adalah pemindahan sebagian atau seluruh penduduk dari lokasi terjangkit penyakit ke lokasi yang lebih aman.

B. Produk-Produk Hukum Yang Terkait Dengan Undang-Undang Wabah Penyakit Menular

1. **Undang-Undang No. 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular**
 - a. Mengatur beberapa pengertian, seperti wabah penyakit menular dan sumber penyakit.
 - b. Maksud undang-undang wabah adalah melindungi penduduk dari malapetaka yang disebabkan oleh wabah sedini mungkin.
 - c. Mengatur jenis-jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah, menetapkan daerah wabah, dan upaya penanggulangan wabah.

- d. Mengatur hak dan kewajiban masyarakat, petugas, dan pemerintah yang berkaitan dengan penanggulangan wabah.
- e. Mengatur ketentuan pidana yang ditujukan terhadap usaha menghalangi penanggulangan wabah, karena kealpaannya mengakibatkan wabah, secara sengaja atau kelalaian mengelola tidak benar bahan-bahan yang mengakibatkan wabah.

2. Undang-Undang No. 1 Tahun 1962, LN No. 2, TLN No. 2373 Tentang Karantina Laut

Undang-Undang ini bertujuan menolak dan mencegah masuk dan keluarnya penyakit karantina dengan kapal. Penyakit Karantina antara lain adalah Pes, Kolera, Demam Kuning, Cacar, Tipus Bercak Wabah. Menteri Kesehatan menetapkan dan mencabut penetapan suatu pelabuhan dan/atau daerah wilayah Indonesia dan luar negeri terjangkau penyakit Karantina. Terhadap penyakit Karantina, kapal digolongkan dalam kapal sehat, kapal terjangkau, kapal tersangka. Demikian juga pelabuhan digolongkan pelabuhan karantina kelas I, kelas II atau pelabuhan bukan pelabuhan Karantina. Tiap kapal yang datang dari luar negeri, pelabuhan yang terjangkau penyakit karantina, berada dalam karantina, Nakhoda dilarang menaikkan atau menurunkan penumpang, barang, tanaman, dan hewan sebelum memperoleh surat izin karantina. Tindakan khusus terhadap penyakit karantina ini dilakukan oleh dokter pelabuhan. Pengenaan pidana bagi setiap orang yang melanggar ketentuan dalam undang-undang ini.

3. Undang-Undang No. 2 Tahun 1962, LN No. 3, TLN No. 2374 Tentang Karantina Udara

Menteri Kesehatan menetapkan dan mencabut suatu pelabuhan udara dan/atau wilayah Indonesia dan luar negeri terjangkau penyakit Karantina. Terhadap penyakit karantina, pesawat udara, digolongkan dalam pesawat udara sehat, pesawat udara terjangkau, pesawat udara tersangka.

Penyakit karantina dalam undang-undang ini antara lain meliputi pes, kolera, demam kuning, demam balik-balik, tipus bercak wabah. Pesawat udara yang datang dari luar negeri pelabuhan dalam negeri yang terjangkit wabah, berada dalam karantina. Nakhoda dilarang menurunkan atau menaikkan orang, barang, hewan, tanaman dan lain-lain sebelum mendapat izin karantina. Dokter pelabuhan berhak memeriksa dan mencegah orang, hewan, barang, tanaman yang terjangkit atau tersangka karantina untuk berangkat atau dibawa pesawat. Pengenaan pidana bagi setiap orang yang melanggar ketentuan undang-undang ini.

4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 560 Tahun 1989 Tentang Jenis Penyakit Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah, Tata Cara Penyampaian Laporrannya Dan Tata Cara Penanggulangan Seperlunya

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini diatur jenis-jenis penyakit tertentu yang dapat menimbulkan wabah, seperti Kolera, Pes, Campak, Rabies, Influenza, Antrax, Pemnyakit-penyakit lain yang dapat menimbulkan wabah, akan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Laporan adanya penderita atau tersangka penderita yang disebut laporan kewaspadaan, terdiri dari nama, golongan darah, tempat kejadian, waktu kejadian, jumlah yang sakit atau meninggal. Laporan tersebut dapat disampaikan oleh orang tua, penderita, Ketua RT/RW, Dokter atau Petugas Kesehatan yang lain, Kepala Stasiun, Nakhoda, Kepala Lurah atau Kepala Desa atau Unit Kesehatan terdekat, yang kemudian diteruskan kepada Puskesmas.

Kepala Puskesmas segera melaksanakan penyelidikan epidemiologi bersamaan dengan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa. Tindakan lebih lanjut disesuaikan dengan hasil penyelidikan epidemiologi.

5. Peraturan Pemerintah No. 40 Tahun 1991 Tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular

- a. Mengatur beberapa pengertian, seperti wabah penyakit menular, daerah wabah, upaya penanggulangan, kejadian luar biasa.
- b. Penetapan dan pencabutan daerah tertentu di wilayah Indonesia yang terjangkit wabah sebagai daerah wabah oleh Menteri. Penetapan dan pencabutan daerah wabah didasarkan pertimbangan epidemiologis dan keadaan masyarakat.
- c. Upaya penanggulangan wabah meliputi tindakan penyelidikan epidemiologis, pemeriksaan, pengobatan, perawatan dan isolasi penderita termasuk tindakan karantina, pencegahan dan pengebalan, pemusnahan penyebab penyakit, penanganan jenazah, penyuluhan dan upaya-upaya lain.
- d. Peran serta masyarakat dalam penanggulangan wabah, seperti memberikan informasi adanya penderita atau tersangka penderita penyakit wabah, membantu kelancaran penanggulangan wabah, menggerakkan motivasi masyarakat dalam upaya penanggulangan wabah.
- e. Pengelolaan bahan-bahan yang mengandung penyakit, meliputi pemasukan, penyimpanan, penggunaan, pengangkutan, penelitian, dan pemusnahan.
- f. Ganti rugi dan penghargaan, pembiayaan dan pelaporan penanggulangan wabah.
- g. Ketentuan pidana yang merujuk pada undang-undang wabah.

6. Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan

Di dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, pengaturan yang berkaitan dengan wabah dapat dilihat dari ketentuan yang menyebutkan:

- a. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

- b. Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, dan lingkungan.
- c. Pemerintah bertugas mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan.
- d. Pemerintah bertanggungjawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- e. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif).
- f. Penyelenggaraan upaya kesehatan, antara lain dilaksanakan melalui kegiatan pemberantasan penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular.
- g. Pemberantasan penyakit menular dilaksanakan dengan upaya penyuluhan, penyelidikan, pengebalan, menghilangkan sumber dari perantara penyakit, tindakan karantina, dan upaya lain yang diperlukan.
- h. Pemberantasan penyakit menular yang dapat menimbulkan wabah dan penyakit karantina dilaksanakan sesuai dengan undang-undang yang berlaku.

7. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1116/Menkes/SK/VIII/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan.

- a. Surveilans epidemiologi kesehatan meliputi surveilans epidemiologi penyakit menular, penyakit tidak menular, kesehatan lingkungan dan perilaku, masalah kesehatan, dan kesehatan matra.
- b. Tujuan surveilans epidemiologi adalah tersedianya data dan informasi epidemiologi sebagai dasar manajemen kesehatan.

- c. Mekanisme kerja surveilans epidemiologi kesehatan meliputi identifikasi kasus, perekaman, pelaporan dan pengolahan data, analisis dan interpretasi data, studi epidemiologi, penyebaran informasi, membuat rekomendasi dan alternatif tindak lanjut, umpan balik.

8. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1479/Menkes/SK/X/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular Dan Penyakit Tidak Menular Terpadu

- a. Diatur beberapa pengertian, seperti surveilans atau surveilans epidemiologi, surveilans epidemiologi rutin terpadu, surveilans terpadu penyakit, unit surveilans, jejaring surveilans epidemiologi.
- b. Penyelenggaraan surveilans terpadu penyakit meliputi surveilans penyakit bersumber data Puskesmas, data Rumah Sakit, data Laboratorium, data KLB penyakit dan keracunan, data PuskesmasSentinal, data Rumah Sakit Sentinal.
- c. Strategi surveilans epidemiologi penyakit, antara lain meliputi peningkatan advokasi pengembangan kelompok kerja surveilans epidemiologi, pengembangan SDM, surveilans epidemiologi, peningkatan suatu data dan informasi epidemiologi, peningkatan jejaring surveilans epidemiologi, peningkatan pemanfaatan teknologi komunikasi informasi elektromedia yang terintegrasi dan interaktif.

9. Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah

Pemerintahan daerah menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangannya, kecuali urusan politik luar negeri, pertahanan keamanan, yustisi, moneter dan fiskal nasional, dan agama yang tetap menjadi urusan pemerintah pusat. Penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah tersebut, dilaksanakan oleh daerah berdasarkan asas otonomi seluas-luasnya dan tugas pembantuan.

10. Undang-Undang No. 33 Tahun 2004 Tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat Dan Pemerintah Daerah

Penyelenggaraan urusan pemerintahan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi didanai APBD. Penyelenggaraan urusan Pemerintah Pusat yang dilaksanakan oleh Gubernur dalam rangka pelaksanaan didanai APBN. Penyelenggaraan urusan Pemerintah Pusat yang dilaksanakan oleh Gubernur dalam rangka tugas pembantuan didanai APBN. Pelimpahan kewenangan dalam rangka pelaksanaan dokonsentrasi dan/atau penugasan dalam rangka pelaksanaan tugas pembantuan dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah diikuti pemberian dana. Penerimaan Daerah dalam pelaksanaan desentralisasi terdiri atas pendapatan daerah dan pembiayaan. Pendapatan daerah bersumber dari Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Perimbangan yang terdiri dari Dana Bagi Hasil, Dana Alokasi Khusus, dan lain-lain pendapatan.

BAB III

UPAYA PENCEGAHAN & PENANGGULANGAN WABAH

A. Pencegahan

Seperti pada definisi wabah, maka upaya pencegahan yang dilakukan selama ini adalah upaya bagaimana mencegah kondisi wabah agar tidak terjadi. Oleh karena itu upaya yang dilakukan selama ini adalah bagaimana menangani terjadinya KLB (kondisi sebelum wabah terjadi) di Indonesia. Bahkan dalam pelaksanaannya upaya pencegahan tersebut dilakukan jauh lebih awal yaitu mencegah agar KLB tidak terjadi, melalui Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB). Penyelenggaraan SKD-KLB secara jelas telah diatur dalam PERMENKES No. 949/Menkes/SK/VIII/2004 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini KLB. Kegiatan SKD KLB secara umum meliputi:

1. Kajian Epidemiologi Ancaman KLB

Untuk mengetahui adanya ancaman KLB, maka dilakukan kajian secara terus menerus dan sistematis terhadap berbagai jenis penyakit berpotensi KLB dengan menggunakan bahan kajian :

- a. data surveilans epidemiologi penyakit berpotensi KLB,
- b. kerentanan masyarakat, antara lain status gizi dan imunisasi,
- c. kerentanan lingkungan,
- d. kerentanan pelayanan kesehatan,
- e. ancaman penyebaran penyakit berpotensi KLB dari daerah atau negara lain, serta
- f. sumber data lain dalam jejaring surveilans epidemiologi.

Sumber data surveilans epidemiologi penyakit berpotensi KLB adalah :

- a. laporan KLB/wabah dan hasil penyelidikan dan penanggulangan KLB,
- b. data epidemiologi KLB dan upaya penanggulangannya,

- c. surveilans terpadu penyakit berbasis KLB,
- d. sistem peringatan dini-KLB di rumah sakit .

Sumber data lain dalam jejaring surveilans epidemiologi adalah :

- a. data surveilans terpadu penyakit,
- b. data surveilans khusus penyakit berpotensi KLB,
- c. data cakupan program,
- d. data lingkungan pemukiman dan perilaku, pertanian, meteorologi geofisika
- e. informasi masyarakat sebagai laporan kewaspadaan KLB,
- f. data lain terkait

Berdasarkan kajian epidemiologi dirumuskan suatu peringatan kewaspadaan dini KLB dan atau terjadinya peningkatan KLB pada daerah dan periode waktu tertentu.

2. Peringatan Kewaspadaan Dini KLB

Peringatan kewaspadaan dini KLB dan atau terjadinya peningkatan KLB pada daerah tertentu dibuat untuk jangka pendek (periode 3-6 bulan yang akan datang) dan disampaikan kepada semua unit terkait di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Propinsi, Departemen Kesehatan, sektor terkait dan anggota masyarakat, sehingga mendorong peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan terhadap KLB di Unit Pelayanan Kesehatan dan program terkait serta peningkatan kewaspadaan masyarakat perorangan dan kelompok. Peringatan kewaspadaan dini KLB dapat juga dilakukan terhadap penyakit berpotensi KLB dalam jangka panjang (periode 5 tahun yang akan datang), agar terjadi kesiapsiagaan yang lebih baik serta dapat menjadi acuan perumusan perencanaan strategis program penanggulangan KLB.

3. Peningkatan Kewaspadaan dan Kesiapsiagaan terhadap KLB

Kewaspadaan dan kesiapsiagaan terhadap KLB meliputi peningkatan kegiatan surveilans untuk deteksi dini kondisi rentan KLB; peningkatan kegiatan surveilans untuk deteksi dini KLB; penyelidikan epidemiologi adanya dugaan KLB; kesiapsiagaan menghadapi KLB dan mendorong segera dilaksanakan tindakan penanggulangan KLB.

a. Deteksi Dini Kondisi Rentan KLB

Deteksi dini kondisi rentan KLB merupakan kewaspadaan terhadap timbulnya kerentanan masyarakat, kerentanan lingkungan-perilaku, dan kerentanan pelayanan kesehatan terhadap KLB dengan menerapkan cara-cara surveilans epidemiologi atau pemantauan wilayah setempat (PWS) kondisi rentan KLB. Identifikasi timbulnya kondisi rentan KLB dapat mendorong upaya-upaya pencegahan terjadinya KLB dan meningkatkan kewaspadaan berbagai pihak terhadap KLB.

b. Deteksi Dini KLB

Deteksi dini KLB merupakan kewaspadaan terhadap timbulnya KLB dengan mengidentifikasi kasus berpotensi KLB, pemantauan wilayah setempat terhadap penyakit-penyakit berpotensi KLB dan penyelidikan dugaan KLB.

c. Deteksi Dini KLB melalui Pelaporan Kewaspadaan KLB oleh Masyarakat

Laporan kewaspadaan KLB merupakan laporan adanya seorang atau sekelompok penderita atau tersangka penderita penyakit berpotensi KLB pada suatu daerah atau lokasi tertentu. Isi laporan kewaspadaan terdiri dari jenis penyakit; gejala-gejala penyakit; desa/lurah, kecamatan dan kabupaten/kota tempat kejadian; waktu kejadian; jumlah penderita dan jumlah meninggal.

d. Kesiapsiagaan Menghadapi KLB

Kesiapsiagaan menghadapi KLB dilakukan terhadap sumber daya manusia, sistem konsultasi dan referensi, sarana penunjang, laboratorium dan anggaran biaya, strategi dan tim penanggulangan KLB serta kerjasama tim penanggulangan KLB Kabupaten/Kota, Propinsi dan Pusat.

e. Tindakan Penanggulangan KLB Yang Cepat Dan Tepat.

Setiap daerah menetapkan mekanisme agar setiap KLB dapat terdeteksi dini dan dilakukan tindakan penanggulangan dengan cepat dan tepat.

f. Advokasi dan Asistensi Penyelenggaraan SKD-KLB

Penyelenggaraan SKD-KLB dilaksanakan terus menerus secara sistematis di tingkat nasional, propinsi, kabupaten/kota dan di masyarakat yang membutuhkan dukungan politik dan anggaran yang memadai di berbagai tingkatan tersebut untuk menjaga kesinambungan penyelenggaraan dengan kinerja yang tinggi.

B. Penanggulangan

Upaya penanggulangan KLB dilaksanakan dengan tujuan untuk memutus rantai penularan sehingga jumlah kesakitan, kematian maupun luas daerah yang terserang dapat ditekan seminimal mungkin. Dalam operasionalnya maka kegiatan penanggulangan selalu disertai kegiatan penyelidikan yang selanjutnya digunakan istilah penyelidikan dan penanggulangan KLB. Upaya penyelidikan dan penanggulangan secara garis besar meliputi:

a. Persiapan Penyelidikan dan Penanggulangan KLB

Persiapan penyelidikan dan penanggulangan KLB meliputi persiapan administrasi, tim penyelidikan epidemiologi, bahan logistik dan bahan

laboratorium serta rencana kerja penyelidikan epidemiologi KLB. Pelaksanaan penyelidikan epidemiologi KLB bekerjasama dengan unit kesehatan terkait setempat, dapat melakukan wawancara, pemeriksaan medis dan laboratorium terhadap penderita, pemeriksaan orang-orang yang mendapat serangan penyakit, pemeriksaan sumber-sumber penyebaran penyakit, pemeriksaan data perawatan penderita di unit-unit pelayanan kesehatan, pemeriksaan data perorangan, sekolah, asrama, dan tempat-tempat lainnya yang berhubungan dengan penyebaran penyakit dengan memperhatikan etika pemeriksaan medis dan etika kemasyarakatan setempat. Rekomendasi dirumuskan dengan memperhatikan asas segera, efektif dan efisien dalam rangka penanggulangan KLB yang sedang berlangsung sesuai dengan kemampuan yang ada serta disampaikan kepada tim penanggulangan KLB dengan memperhatikan kerahasiaan jabatan dan implikasi terhadap kesejahteraan dan keselamatan masyarakat.

b. Memastikan adanya KLB

Kepastian adanya suatu KLB berdasarkan pengertian dan kriteria kerja KLB yang secara formal ditetapkan oleh Bupati/Walikota atas rekomendasi teknis Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, baik bersumber data kesakitan dan atau data kematian yang ada di masyarakat, maupun bersumber data kesakitan dan atau kematian yang ada di unit-unit pelayanan penderita serta hasil pemeriksaan laboratorium. Untuk memastikan adanya KLB, maka data penderita setidaknya menunjukkan perkembangan penyakit dari waktu ke waktu berdasarkan tanggal mulai sakit dan atau tanggal berobat yang dapat digunakan untuk memperkirakan tanggal mulai sakit, tempat kejadian menurut unit pelayanan penderita berobat, tempat tinggal penderita, tempat usaha atau karakteristik tempat lain, serta menurut umur, jenis kelamin dan kelompok-kelompok tertentu sesuai dengan

kebutuhan untuk memastikan adanya KLB. Secara operasional, langkah-langkah untuk memastikan adanya KLB adalah sebagai berikut :

1. Melakukan analisis terhadap data kesakitan dan kematian yang ada di Puskesmas atau Rumah Sakit
2. Mendiskusikan dengan petugas poliklinik tentang adanya peningkatan jumlah penderita atau diduga penderita penyakit berpotensi KLB diantara yang berobat ke poliklinik menurut desa atau lokasi tertentu.
3. Menanyakan pada setiap orang yang datang berobat ke Puskesmas atau Rumah Sakit tentang adanya peningkatan jumlah penderita atau diduga penderita penyakit berpotensi KLB tertentu atau adanya peningkatan jumlah kematian di desa, sekolah, asrama atau tempat lain. Peningkatan jumlah penderita dibandingkan dengan kewajaran jumlah penderita pada keadaan normal berdasarkan data yang ada di Puskesmas atau menurut pandangan orang-orang yang diwawancarai.
4. Melakukan kunjungan ke lokasi yang diduga terjadi KLB untuk memastikan adanya KLB. Tatacara memastikan adanya KLB adalah dengan wawancara penduduk setempat melalui survei masyarakat, dan atau dengan membuka pelayanan pengobatan umum. Apabila jumlah penderita dan atau kematian cukup banyak dan meningkat dibandingkan jumlah penderita pada keadaan sebelumnya sesuai dengan kriteria kerja KLB, maka dapat dipastikan adanya KLB di daerah tersebut.

c. Menegakkan Etiologi KLB

1. Etiologi suatu KLB dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis penderita perorangan, gambaran klinis kelompok, gambaran epidemiologi dan hasil pemeriksaan laboratorium atau alat penunjang pemeriksaan lainnya.

2. Gambaran klinis penderita perorangan dapat diperoleh berdasarkan wawancara dan pemeriksaan medis penderita, gambaran klinis kelompok penderita dapat diperoleh dari prosentase gejala dan tanda-tanda penyakit yang ada pada sekelompok penderita pada daerah yang terjadi KLB.
3. Gambaran epidemiologi dibuat dalam bentuk kurva epidemiologi KLB, angka serangan (*attack rate*) dan angka fatalitas kasus (*case fatality rate*) berdasarkan golongan umur dan jenis kelamin. Gambaran epidemiologi lain dapat dibuat berdasarkan pengelompokan tertentu sesuai dengan kebutuhan mengetahui etiologi KLB.
4. Pemeriksaan laboratorium untuk memeriksa spesimen tertentu sesuai dengan perkiraan etiologi berdasarkan hasil pemeriksaan klinis dan epidemiologi. Bahan spesimen yang menimbulkan perlukaan atau risiko perlukaan diupayakan hanya diambil dari beberapa orang saja sebagai contoh pengujian laboratorium.

d. Identifikasi Gambaran Epidemiologi KLB

1. Gambaran epidemiologi KLB menjelaskan distribusi penyebaran penyakit dalam bentuk tabel, kurva epidemi, grafik dan peta, baik dalam angka absolut maupun dalam angka serangan (*attack rate*), dan angka fatalitas kasus (*case fatality rate*) berdasarkan golongan umur, jenis kelamin, dan tempat-tempat tertentu yang bermakna secara epidemiologi. Umur dikelompokkan dalam kelompok umur kurang dari 1 tahun, 1 - 4 tahun, 5 - 9 tahun, 10 - 14 tahun, 15 - 44 tahun dan 45 tahun atau lebih, sesuai dengan kebutuhan epidemiologi menurut umur. Tempat dikelompokkan berdasarkan tempat kejadian. Gambaran epidemiologi lain dapat dibuat berdasarkan pengelompokan tertentu sesuai dengan kebutuhan untuk mengetahui etiologi KLB, besar masalah KLB dan menjadi dasar membangun hipotesis sumber dan cara penyebaran penyakit.

2. Gambaran epidemiologi KLB juga bermanfaat sebagai data epidemiologi KLB dalam sistem kewaspadaan dini KLB dan referensi perumusan perencanaan, pelaksanaan pengendalian dan evaluasi program penanggulangan KLB

e. Mengetahui Sumber dan Cara Penyebaran KLB

Cara untuk mengetahui sumber dan cara penyebaran penyakit adalah berdasarkan metode epidemiologi deskriptif, analitik dan kesesuaian hasil pemeriksaan laboratorium antara penderita dan sumber penyebaran penyakit yang dicurigai.

f. Menetapkan Cara-Cara Penanggulangan KLB

Cara-cara penanggulangan KLB meliputi upaya-upaya pengobatan yang tepat terhadap semua penderita yang ada di unit-unit pelayanan kesehatan dan di lapangan, upaya-upaya pencegahan dengan menghilangkan atau memperkecil peran sumber penyebaran penyakit atau memutuskan rantai penularan pada KLB penyakit menular. Cara-cara penanggulangan KLB sebagaimana tersebut diatas sesuai dengan masing-masing cara penanggulangan KLB setiap jenis penyakit, keracunan atau masalah kesehatan tertentu dan penyakit berpotensi KLB yang belum jelas etiologinya.

g. Rekomendasi

Rekomendasi merupakan salah satu tujuan penting dari suatu penyelidikan dan penanggulangan KLB. Rekomendasi berisi cara-cara penanggulangan KLB yang sedang berlangsung, usulan penyelidikan dan penanggulangan KLB lebih luas dan atau lebih teliti, dan upaya penanggulangan KLB dimasa yang akan datang. Perumusan suatu rekomendasi berdasarkan fakta hasil penyelidikan dan penanggulangan KLB, merujuk hasil-hasil penelitian dan pembahasan para ahli terhadap

masalah yang sama atau berkaitan, kemampuan upaya penanggulangan KLB dan kondisi kelompok populasi yang mendapat serangan KLB. Rekomendasi disampaikan kepada tim penanggulangan KLB berdasarkan asas cepat, tepat dan bertanggungjawab untuk segera menghentikan KLB dan mencegah bertambahnya penderita dan kematian pada KLB.

Contoh upaya penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) secara lengkap sebagai berikut:

**LAPORAN HASIL INVESTIGASI KLB DIARE
DI PUSKESMAS KRAMATWATU DAN PUSKESMAS MANCAK
KABUPATEN SERANG
Agustus, 2005**

I. PUSKESMAS KRAMATWATU

Kronologis:

Tanggal 27 Juli 2005, Suwandi, umur 8 tahun, berobat ke Puskesmas Kramatwatu dengan muntaber. Tanggal 28 Juli 2005, terdapat 2 penderita lagi berobat ke Puskesmas karena muntaber dengan dehidrasi berat. Tanggal 29 Juli 2005 dilakukan lacak kasus dan pengobatan masal oleh petugas Puskesmas, dan ditemukan 9 penderita lagi dengan gejala yang sama. Tanggal 1 Agustus 2005, tim Dinkes Kabupaten Serang bersama - sama tim Puskesmas dan Labkesda melakukan PE dan pengambilan sample air dan rectal swab. Tanggal 2 Agustus 2005, Subdit surveilans Ditjen PPM-PL menerima W1 dari Dinkes Kab. Serang. Oleh karena KLB terjadi di kecamatan yang 2 bulan lalu telah KLB, maka tanggal 3 Agustus 2005, tim Ditjen PPM-PL dan tim BTKL Jakarta melakukan investigasi.

Tabel 1
Distribusi penderita KLB Diare menurut tanggal mulai sakit
di Ds. Pejaten, Kecamatan Kramatwatu, Kab. Serang
Juli - Agustus, tahun 2005

Tanggal mulai sakit	Jumlah penderita	Keterangan
23 Juli 2005	2 orang	Sembuh
25 Juli 2005	2 orang	Sembuh
27 Juli 2005	3 orang	Sembuh
28 Juli 2005	6 orang	Sembuh
29 Juli 2005	2 orang	Masih dirawat / 1 meninggal
30 Juli 2005	6 orang	Masih dirawat / 1 meninggal
31 Juli 2005	7 orang	Masih dirawat
1 Agustus 2005	9 orang	1 Sembuh / 8 masih dirawat
2 Agustus 2005	6 orang	Masih dirawat
3 Agustus 2005	4 orang	Masih dirawat
Jumlah	47 orang	

Tabel 2
Distribusi penderita KLB Diare berdasarkan tempat perawatan
di Ds. Pejaten, Kecamatan Kramatwatu, Kab. Serang
Juli - Agustus, tahun 2005

No.	Tempat Perawatan	Penderita	Meninggal	CFR (%)
1.	Rawat Jalan	14	0	0
2.	Rawat Inap	31	2	6.45
	Jumlah	45	2	

Tabel 3
Distribusi penderita KLB Diare menurut sarana air bersih yang digunakan
di Ds. Pejaten, Kecamatan Kramatwatu, Kab. Serang
Juli - Agustus, tahun 2005

Jenis SAB	Jumlah	%
SGL	38	80.9
SPT	7	14.9
Air Isi Ulang	1	02.1
Mata Air	1	02.1
Jumlah	47 orang	100

Tabel 4

Distribusi penderita KLB Diare menurut kebiasaan buang air besar di Ds. Pejaten, Kecamatan Kramatwatu, Kab. Serang Juli - Agustus, tahun 2005

Status	Penderita	%
Sungai	12 orang	25.53
WC Sendiri	8 orang	17.02
Kebun / Sawah	27 orang	57.45
Jumlah	47 orang	100

Tabel 5

Distribusi penderita KLB Diare menurut kebiasaan sebelum makan di Ds. Pejaten, Kecamatan Kramatwatu, Kab. Serang Juli - Agustus, tahun 2005

Kebiasaan	Penderita	%
Tidak cuci tangan	43	91.5
Cuci tangan	4	08.5
Jumlah	47	100

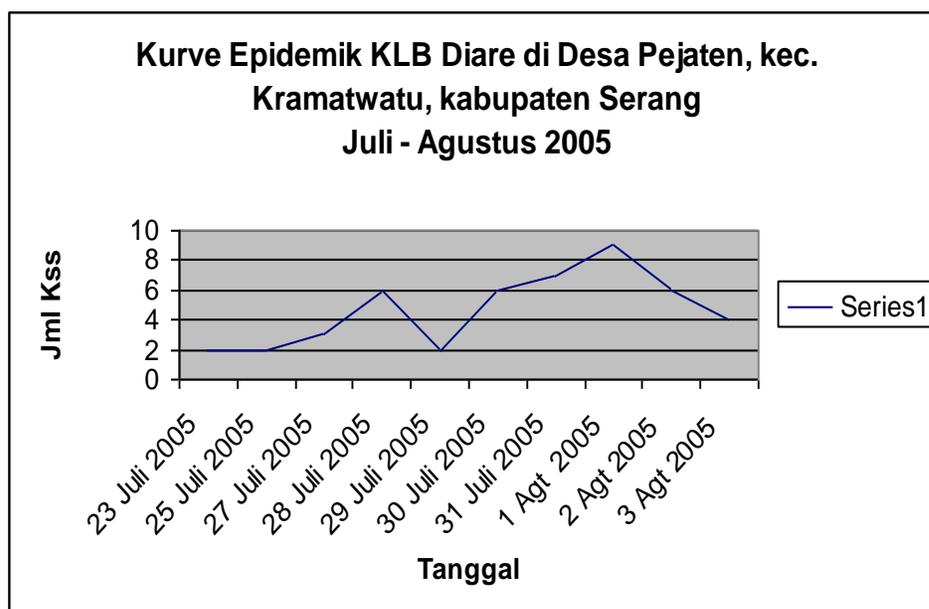
Tabel 6

Insidens Rate dan Case Fatality Rate KLB Diare menurut kelompok umur di Ds. Pejaten, Kecamatan Kramatwatu, Kab. Serang Juli - Agustus, tahun 2005

No.	Kelompok umur	Penderita	%	Meninggal	CFR (%)
1.	< 1	0	0	0	0
2.	1 - 4	7	14.9	0	0
3.	5 - 14	23	48.9	1	04.3
4.	15 - 44	14	29.8	0	0
5.	> 45	3	06.4	1	33.3
	Jumlah	47	100	2	4.22

Tabel 7
 Distribusi KLB Diare berdasarkan gejala
 di Ds. Pejaten, Kecamatan Kramatwatu, Kab. Serang
 Juli - Agustus, tahun 2005

No.	Gejala	Jumlah	%
1.	Berak cair \geq 5x	47	100
2.	Berak berlendir	10	21.2
3.	Berak spt cucian beras	0	0
4.	Sakit perut	17	36.2
5.	Badan lemas	28	59.6
6.	Muntah - muntah	17	36.2
7.	Dehidrasi ringan	12	25.5
8.	Dehidrasi berat	28	59.6



**Mapping Kasus Diare
di desa Pejaten,
Kec. Kramatwatu,
Kabupaten Serang
Juli –Agustus 2005**



Kasus Diare
• 1 Dot = 1

II. PUSKESMAS MANCAK

Kronologis:

Tanggal 28 Juli 2005, 4 penderita muntaber dari Kp. Ketug, Desa Talaga, kecamatan Mancak berobat ke Puskesmas Mancak, 2 orang dirawat di puskesmas Mancak, 2 diantaranya di rujuk ke RS. Punggung Rawi. Pada hari itu jam 10.30 WIB, Puskesmas lapor ke Dinkes Kabupaten Serang, tim TGC (Tim Gerak Cepat) Kabupaten Serang segera ke lapangan, ditemukan 58 kasus dengan 3 kematian. Tanggal 3 Agustus 2005 menyebar ke Kp. Ciung 10 kasus. Total kasus sampai tanggal 3 Agustus 2005, 71 kasus dengan 3 kematian.

Tabel 1
Distribusi penderita KLB Diare menurut tanggal mulai sakit
di Ds.talaga, Kecamatan Mancak, Kab. Serang
Juli - Agustus, tahun 2005

Tanggal mulai sakit	Jumlah penderita	Keterangan
15 Juli 2005	2 orang	Sembuh / 1 meninggal
18 Juli 2005	1 orang	Sembuh
22 Juli 2005	1 orang	Sembuh
23 Juli 2005	1 orang	Sembuh
24 Juli 2005	7 orang	Sembuh
25 Juli 2005	22 orang	Sembuh / 1 meninggal
26 Juli 2005	12 orang	Sembuh
27 Juli 2005	7 orang	Sembuh / 1 meninggal
28 Juli 2005	15 orang	Sembuh
31 Juli 2005	1 orang	Sembuh
1 Agustus 2005	2 orang	1 masih dirawat
Jumlah	71 orang	

Tabel 2
Distribusi penderita KLB Diare berdasarkan tempat perawatan
di Ds.Talaga, Kecamatan Mancak, Kab. Serang
Juli - Agustus, tahun 2005

No.	Tempat Perawatan	Penderita	Meninggal	CFR (%)
1.	Rawat Jalan	63	3	4.4
2.	Rawat Inap	5	0	0
	Jumlah	71	3	

Tabel 3

Distribusi penderita KLB Diare menurut sarana air bersih yang digunakan di Ds. Talaga, Kecamatan Mancak, Kab. Serang Juli - Agustus, tahun 2005

Jenis SAB	Jumlah	%
SGL	15	21.13
Mata Air	53	74.65
Sungai	2	2.82
PAH	1	1.40
Jumlah	71 orang	100

Tabel 4

Distribusi penderita KLB Diare menurut kebiasaan buang air besar di Ds. Talaga, Kecamatan Mancak, Kab. Serang Juli - Agustus, tahun 2005

Status	Penderita	%
WC Umum	5	7.05
WC Sendiri	3	4.22
Kebun / Sawah	63	88.73
Jumlah	71 orang	100

Tabel 5

Distribusi penderita KLB Diare menurut kebiasaan sebelum makan di Ds. Talaga, Kecamatan Mancak, Kab. Serang Juli - Agustus, tahun 2005

Kebiasaan	Penderita	%
Tidak cuci tangan	71	100
Cuci tangan	0	0
Jumlah	71	100

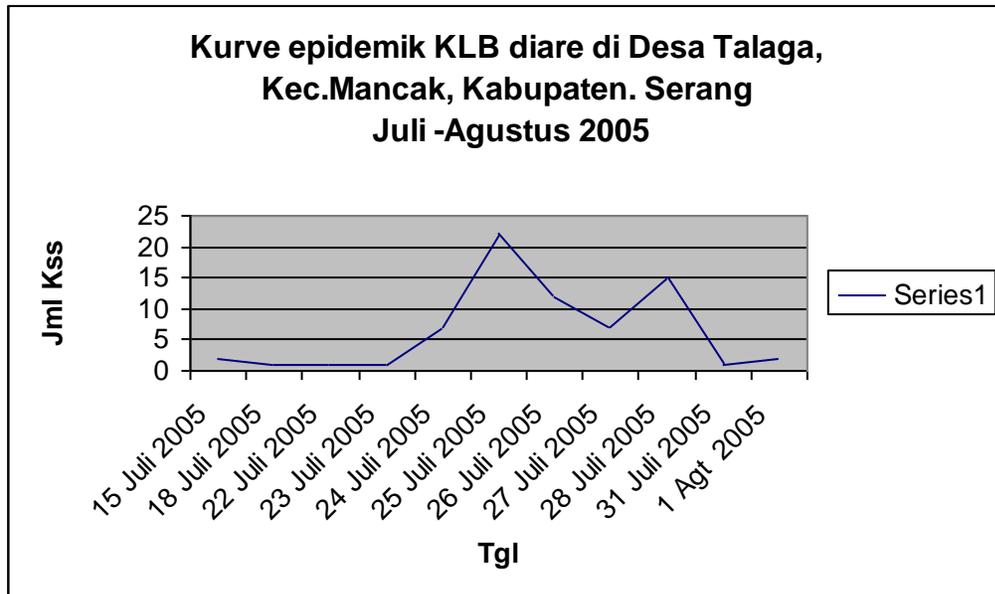
Tabel 6

Incidence Rate dan Case Fatality Rate KLB Diare menurut kelompok umur di Ds. Talaga, Kecamatan Mancak, Kab. Serang Juli - Agustus, tahun 2005

No.	Kelompok umur	Penderita	%	Meninggal	CFR (%)
1.	< 1	0	0	0	0
2.	1 - 4	10	14.2	0	0
3.	5 - 14	19	26.7	0	0
4.	15 - 44	29	40.8	2	6.89
5.	> 45	13	18.30	1	7.69
	Jumlah	71	100	3	4.22

Tabel 7
 Distribusi KLB Diare berdasarkan gejala
 di Ds.Talaga, Kecamatan Mancak, Kab. Serang
 Juli - Agustus, tahun 2005

No.	Gejala	Jumlah	%
1.	Berak cair \geq 5x	71	100
2.	Berak berlendir	15	21.12
3.	Berak spt cucian beras	0	0
4.	Sakit perut	16	22.5
5.	Badan lemas	25	35.21
6.	Muntah - muntah	55	77.46
7.	Dehidrasi ringan	9	12.67
8.	Dehidrasi berat	40	56.33



Mapping Kasus Diare
Di desa Talaga, Kec. Mancak
Kabupaten Serang
Juli –Agustus 2005



KEGIATAN YANG TELAH DILAKUKAN

1. Penyelidikan dan penanggulangan KLB diare, Penanggulangan dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Kramatwatu (kasus di ds.Pejaten, Kec. Kramatwatu).Kasus dengan dehidrasi ringan ditanggulangi di puskesmas dan POSKO di lokasi KLB, kasus dengan dehidrasi berat dirawat di Puskesmas Kramatwatu, 3 penderita di rujuk ke RS. Serang.
2. Kasus di ds. Talaga, Kecamatan Mancak, penderita dengan dehidrasi ringan ditangani di POSKO di lokasi KLB dan di Puskesmas Mancak, kasus dengan dehidrasi berat di rujuk ke RSUD Cilegon.
3. Pengambilan sample air dan rectal swab
4. Dilakukan pengambilan sample (sumber air bersih dan rectal swab) oleh Labkesda dan BTKL Jakarta. Hasil menunggu.
5. Kaporisasi terhadap semua sarana air bersih (sumur gali, sarana penampungan air rumah tangga di lokasi KLB, air sungai).
6. Penyuluhan Kesehatan dan sarana air bersih
7. Tim melakukan penyuluhan terhadap masyarakat termasuk populasi berisiko
8. mengenai manfaat jamban bagi kesehatan, perilaku hidup bersih dan sehat, kebersihan
9. lingkungan dan perorangan, pencegahan dan penanganan penyakit diare di keluarga.
10. Posko Penanggulangan KLB diare
11. Sistem Kewaspadaan Dini di Puskesmas
12. Puskesmas melakukan pemantauan baik harian maupun mingguan di desa KLB diare maupun di desa disekitarnya.
13. Kerja bakti (kebersihan lingkungan) di desa lokasi KLB oleh Koramil setempat di Bantu KODIM (di Kecamatan Kramatwatu).

KESIMPULAN

1. Telah terjadi KLB diare di Desa Pejaten, Kecamatan Kramatwatu, Kabupaten Serang dari tanggal 23 Juli s/d 3 Agustus 2005 dengan jumlah penderita 47 orang, meninggal 2 orang dari 8253 penduduk (CFR : 4,25% dan AR: 0,56%), mayoritas pada usia 5 - 14 tahun (48,9%). Serta di Desa Talaga, Kecamatan Mancak, Kabupaten Serang dari tanggal 15 Juli s/d 1 Agustus 2005 dengan jumlah penderita 71 orang, meninggal 3 orang dari 9000 penduduk (CFR : 4,22 dan AR : 0,79 %), mayoritas pada usia 15 - 44 tahun (40,8%).
2. Sebagian besar masyarakat tidak mempunyai jamban, dan BAB di tempat sampah, selokan atau di sawah, serta di sungai. Sungai tersebut selain sebagai tempat MCK juga untuk mencuci sayuran sehingga menyebabkan dapat menyebabkan penularan yang cepat kasus diare tersebut.
3. Sebagian besar sarana air bersih penduduk menggunakan sumur gali. Secara fisik kualitas air minum bersih dan jernih, tidak berbau dan tidak berasa.
4. Kurve epidemik baik di Kecamatan Kramatwatu maupun di Kecamatan mancak , menggambarkan pola KLB diare propagated source (Kramatwatu puncaknya tgl 28 Juli dan 1 Agustus, Mancak puncaknya tgl 25 Juli dan 28 juli 2005). Hal ini berhubungan dengan kondisi sanitasi di masyarakat yang kurang memenuhi syarat kesehatan.

REKOMENDASI

1. Peningkatan Sistem Kewaspadaan Dini (SKD-KLB)
2. Peningkatan pencatatan dan pelaporan
3. Peningkatan cakupan SABPL dan peningkatan pengamanan air SAB untuk konsumsi rumah tangga
4. Peningkatan penyuluhan terhadap masyarakat dengan materi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)
5. Peningkatan kualitas tatalaksana penderita diare
6. Memasyarakatkan Upaya Rehidrasi Oral (URO) sebagai cara pengobatan diare di rumah tangga.

Jakarta, Agustus 2005
Tim penanggulangan Ditjen PPM & PL

BAB IV

ANALISIS DAN EVALUASI

A. Analisis

Wabah memberikan dampak baik dalam aspek social maupun ekonomi. Selain hilangnya produktifitas, penderita juga membutuhkan pengobatan, dan bila terjadi banyak kematian akan menimbulkan kepanikan di masyarakat. Wabah juga berdampak dengan menurunnya devisa dari industri pariwisata (hotel, transportasi, makanan, cenderamata, dll) maupun export barang niaga ke luar negeri. Menurut Bloom, Dekan School of Public Health Harvard University, jumlah wisatawan ke RRC turun 40% akibat adanya wabah SARS sehingga mengurangi pendapatan negara sampai 27 miliar dolar Amerika, pesanan tiket pesawat di Hongkong turun 85%, tingkat hunian hotel di Asia menurun 25%, dan wisatawan ke Singapura menurun 61%. Dampak ini yang kemudian mengakibatkan keraguan pemerintah dalam menetapkan status wabah. Untuk menghindarkan dampak tersebut, digunakan istilah lain, yaitu Kejadian Luar Biasa (KLB, unusual event) dan letusan (outbreak). KLB ini diwaspadai dengan sistim kewaspadaan dini yang diatur dalam PP Menkes No 949/MENKES/SK/VIII/2004, yang meskipun istilah dan pengaturan tugas dan wewenangnya untuk masing-masing tingkat pemerintahan, sudah disesuaikan dengan kondisi saat ini, namun masih mempunyai beberapa kekurangan, antara lain dalam hal penentuan status KLB, pendanaan, kerjasama lintas sektor dlsb.

Dalam kejadian wabah yang diutamakan adalah upaya-upaya penanggulangan wabah, untuk mengatasi segera agar wabah dilokalisir, tidak menyebar, jumlah penderita tidak bertambah dan tidak menimbulkan korban jiwa. Pusat Penanggulangan dan Pencegahan Penyakit (Center for Disease Control and Prevention, CDC) Amerika Serikat pernah membuat simulasi tentang serangan antraks oleh teroris di kota di Amerika yang berpenduduk 100,000 jiwa. Bila serangan tersebut segera diketahui dan dalam waktu 24 jam

penduduk yang terpapar diberi antibiotika, akan menelan korban sebanyak 5.000 dan kerugian ekonomi sebesar 128 juta dolar Amerika. Bila penyerangan tersebut baru diketahui setelah enam hari, diperkirakan akan terjadi 33.000 korban jiwa dan kerugian ekonomi mencapai 26,2 miliar dolar. Jadi menurut CDC, peningkatan kemampuan itu akan menyelamatkan 28.000 jiwa dan 26 miliar dolar Amerika.

Penanggulangan akan diikuti upaya pencegahan agar wabah tidak terjadi lagi dengan mengaktifkan sistim yang sudah ada agar bisa berfungsi lebih baik lagi di masa depan. Sayangnya sistim yang ada mungkin belum dapat menampung semua yang dibutuhkan. Contohnya, dalam wabah flu burung yang saat ini terjadi, sistim yang ada tidak cukup efektif untuk melokalisir maupun memberikan peringatan dini tentang wilayah yang akan terjangkit. Kejadian semacam ini kemungkinan besar akan sering terjadi dengan timbulnya penyakit-penyakit baru, terutama yang epidemiologi, patofisiologi dan riwayat alamiahnya belum diketahui dengan jelas. Selain itu, beberapa penyakit zoonosis, yang dapat ditularkan dari manusia ke hewan dan sebaliknya, misalnya rabies, penyakit sapi gila, pes, penyakit demam kuning dll, menimbulkan wabah pada manusia setelah lebih dulu terjadi pada hewan yang menjadi inangnya. Dengan sendirinya, surveilansnya membutuhkan kerjasama lintas sektor sehingga SKD dapat bermanfaat untuk menghindarkan korban yang lebih besar. Pengalaman SARS di Vietnam membuktikan bahwa tindakan yang cepat dapat memperkecil dampak wabah, diperkuat oleh bukti dari RRC yang sampai sekarang belum berhasil menanggulangi SARS dengan tuntas akibat keterlambatan penangulangannya. Sistim SKD ini harus dibangun dan difungsikan secara optimal sehingga dapat memberikan peluang untuk penangkalan wabah yang berpotensi menyerang.

Penyakit akibat rendahnya kebersihan perorangan dan lingkungan tidak mungkin dapat ditanggulangi sendiri oleh Departemen Kesehatan. Wabah diare yang terjadi di Tangerang th 2005, misalnya tidak mungkin ditanggulangi apalagi dicegah dengan upaya dinas kesehatan. Tanpa perbaikan sarana lingkungan seperti air bersih dan jamban keluarga yang memenuhi persyaratan

kesehatan, serta perilaku hidup sehat, tidak mustahil kejadian tersebut akan berulang lagi dan lagi. Jadi penanggulangan ini membutuhkan kerjasama lintas sektor.

Wabah tidak hanya dapat disebabkan oleh penyakit menular saja, namun juga oleh penyakit yang tidak menular, seperti keracunan makanan ataupun bahan kimia termasuk gas-gas yang mengganggu pernafasan, radiasi, perilaku tak sehat dll. Penyakit terkait perilaku seperti konsumsi narkoba, penanggulangannya melibatkan sektor-sektor kepolisian, keagamaan, pendidikan dll. Tanpa keterlibatan sektor-sektor tersebut, tidak mungkin laju penambahan kasus dapat dihentikan.

Otonomi daerah memberikan kewenangan yang besar terhadap kabupaten/kota. Upaya pencegahan dan penanggulangan wabah tidak bisa lagi bertumpu pada kemampuan pemerintah pusat semata. Karena dalam era otonomi daerah terdapat keterbatasan pemerintah pusat maupun propinsi untuk langsung mengatasi masalah penyakit menular. Sehingga pemerintah daerah tingkat kabupaten/kota harus mendapat peran yang cukup. Meskipun SDM yang tersedia di tingkat kabupaten/kota mungkin sangat terbatas, baik dari segi kuantitas maupun kualitas, tetapi mungkin memiliki sumber daya lain termasuk keuangan/dana yang melimpah.

Dengan demikian adalah penting untuk secara jelas ditentukan kewajiban dan kewenangan yang menjadi tugas pusat, serta dengan jelas mencantumkan kewajiban dan kewenangan pemerintah daerah propinsi, kabupaten/kota. Upaya kesehatan termasuk promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Penanggulangan dan pencegahan wabah harus memperhatikan keempat upaya tersebut. Peranan pemerintah pusat, propinsi, kabupaten/kota juga harus berbagi dalam keempat upaya ini. Penanggulangan wabah harus menekankan pada upaya promotif dan preventif sebagai pengejawantahan dari paradigma sehat. Mencegah lebih baik dari pada mengobati selain tentunya lebih murah.

Tetapi pengeluaran yang tinggi dalam upaya promotif dan preventif sering sulit dipahami. Berbeda dengan penanggulangan yang bersifat kuratif biasanya lebih

mudah diterima karena efeknya langsung dan mudah dilihat. Sehingga upaya promotif dan preventif ini terbangun dalam sistim yang ada, maupun dalam undang-undang yang akan dibuat.

Untuk wabah penyakit yang belum banyak diketahui sifat-sifatnya, mungkin belum diketahui tanda/gejalanya, obat yang sesuai, cara penularan, reservoir dan vehicle of infectionnya, dibutuhkan penelitian. Wabah tidak mengenal batas, baik batas antar wilayah dalam satu negara (antar kabupaten, antar propinsi dll) maupun antar negara. Sehingga perlu diperhatikan adanya kerjasama antar daerah seperti MPU (Mitra Praja Utama), BKSP Jabodetabek (Badan Kerjasama Pembangunan Jakarta Bogor Tangerang Depok Bekasi) maupun kerjasama lintas batas yang dibangun dari kecamatan, kota, kabupaten dan propinsi yang berbatasan langsung. Juga adanya daerah istimewa, seperti DKI Jakarta, DI Yogyakarta, DI NAD yang terbentuk dan berkembang di masa depan tentunya akan berdampak kepada adanya kewenangan dan tanggung jawab tertentu termasuk dalam penanggulangan penyakit menular. Kerjasama antar negara dalam penanggulangan wabah penyakit menular telah diatur oleh WHO dalam International Regulation of Health. Kemajuan teknologi memungkinkan transportasi semakin cepat sehingga penyakit yang berjangkit di satu negara dapat disebarkan ke negara lain dalam waktu yang singkat. Wabah yang terjadi di suatu negara akan merupakan ancaman terhadap negara lain. Migrasi yang dilakukan oleh satwa liar juga dapat mengakibatkan kejadian yang sama. Oleh karena itu, komunikasi dan kerjasama antar negara juga merupakan hal yang penting.

B. Evaluasi

Dengan mempelajari secara menyeluruh terhadap produk hukum yang ada tampak adanya beberapa kesenjangan dari UU No. 4 tahun 1984 tentang Wabah dengan kondisi yang ada saat ini yang timbul oleh karena perkembangan perundang-undangan (OTDA) dan hubungan antar daerah serta dinamika masyarakat pasca reformasi, antara lain:

1. Perkembangan penyakit
 - Wabah dapat terjadi akibat penyakit menular saja, tetapi juga penyakit tak menular termasuk keracunan makanan dan bahan kimia, adanya emerging dan re-emerging diseases
 - Faktor lingkungan yang berubah serta adanya perkembangan sektor baru.
2. OTDA menuntut peran dan tanggung jawab yang jelas dari masing-masing tingkat pemerintahan, pusat, propinsi, dan kabupaten/kota serta swasta dan masyarakat umum lainnya. Kondisi daerah yang berbeda kemampuannya dalam menanggulangi kejadian wabah yang bisa sebagai akibat berbeda kemampuan daerah karena dana, SDM dlsb.
3. Adanya kondisi wabah lintas batas negara, propinsi, kabupaten/kota
Masalah lintas batas, dimana masalah . Penyakit menular tidak mengenal batas wilayah administrasi pemerintahan, namun dalam penyelenggaraan tugas-tugas pemerintah ternyata sistim administrasi pemerintahan kita harus mengikuti sistim wilayah pemerintahan. Hal ini kurang menguntungkan dari sisi keberhasilan masalah kesehatan, karena penyelesaian masalah kesehatan dengan pendekatan wilayah administrasi pemerintahan tersebut menjadi tidak optimal.
Perlunya kerjasama lintas batas negara, propinsi, kabupaten/kota. Daerah perbatasan sering tidak ada yang memperhatikan, karena sering terjadi pihak-pihak yang terkait menjadi saling mengandalkan, sehingga daerah tersebut akhirnya tidak ada yang memperhatikan.
Untuk membangun kerjasama MoU antar daerah prosesnya tidak mudah, karena di beberapa daerah prosedur untuk itu memerlukan persetujuan dari berbagai pihak yang kadang-kadang memerlukan waktu yang cukup lama. Oleh karena penanggulangan wabah merupakan tindakan emergensi, maka hal ini harus mendapatkan perhatian khusus.
4. Adanya daerah istimewa.
5. Dampak sosial dan ekonomi yang timbul dengan timbulnya wabah.

6. Kep Menkes No 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sitem Surveilans Epidemiologi Kesehatan mencantumkan dalam sasaran penyelenggaraan sitem surveilans adanya prioritas surveilans kesehatan pelabuhan dan lintas batas perbatasan sebagai bagian dari Surveilans Epidemiologi Kesehatan Matra. Sejauh ini hal mengenai pembahasan lintas batas ini baru diterjemahkan secara terbatas oleh beberapa propinsi sehingga perlu rujukan dan regulasi yang berlaku secara nasional.
7. Permenkes No. 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sitem Kewaspadaan Dini KLB telah mencantumkan dengan jelas istilah wabah dan KLB. Dalam penyelenggaraan SKD-KLB maka:
- Pengorganisasian SKD-KLB wajib dilakukan oleh Depkes, Propinsi, Kabupaten/Kota dan UPT kesehatan dengan membentuk unit pelaksana yang bersifat nasional atau struktural (hal 6)
 - Kegiatan SKD-KLB telah merinci Peringatan Kewaspadaan Dini KLB dan atau terjadinya peningkatan KLB pada daerah tertentu dibuat untuk jangka pendek dan disampaikan kepada semua yang terkait di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Propinsi, Depkes, sektor terkait dan anggota masyarakat (hal 6 - 7)
 - Peran Unit SKD-KLB dan Mekanisme Kerja telah merinci peran Depkes, Dinas Kesehatan Propinsi, Kabupaten/Kota, termasuk dalam hal menyampaikan “Peringatan Kewaspadaan Dini KLB” (hal 12 dst).
- Tetapi belum secara jelas mencantumkan kewenangan atau tanggung jawab siapa untuk menyatakan suatu keadaan sudah KLB termasuk bila KLB terjadi lintas batas, serta akibat-akibat apa yang timbul dari pernyataan tersebut. Apakah ada konsekuensi wilayah yang tidak mau menyatakan adanya KLB?

Evaluasi/analisis lebih lanjut kesenjangan tersebut dapat dilihat dari berbagai sisi pandang yang secara garis besar adalah sebagai berikut:

a. Dilihat dari sisi definisi

Saat ini masih banyak kita temukan definisi tentang wabah di beberapa tulisan yang belum terstandart seperti:

Beberapa definisi wabah adalah:

1. Wabah adalah penyakit menular yang merata dimana-mana (Kamus Umum Bahasa Indonesia, WJS Poerwodarminto, PN Balai Pustaka 1976)
2. Wabah adalah epidemik (Wojowasito dan Tito Wasito, Echols dan Shadily, Haryono dan Mahmud)
3. Wabah adalah kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka (UU wabah).

Sumber informasi tentang kejadian penyakit tertentu saat ini bisa didapat dari banyak sumber selain jajaran kesehatan, juga dari masyarakat termasuk media. Istilah wabah yang dalam UU menjadi wewenang menteri kesehatan, seringkali digunakan secara umum, terutama oleh media masa. Penggunaan ini seringkali menimbulkan kepanikan pada warga masyarakat luas.

b. Dilihat dari sisi usia

Undang-undang wabah yang ada, dikeluarkan tahun 1984, sehingga sampai saat ini sudah berusia lebih dari 20 tahun. Dalam kurun waktu itu telah terjadi berbagai perkembangan yang terkait dengan mekanisme penanggulangan wabah. Sistem pemerintahan misalnya, yang semula bersifat sentralistik berubah menjadi otonomi daerah. Dalam sistem lama program-program pemerintah mulai dari perencanaan sampai pelaksanaan dikendalikan sepenuhnya oleh pusat. Demikian

kuatnya peran pusat sehingga daerah tidak mempunyai kesempatan untuk mengembangkan kemampuan lokal yang dimiliki. Dengan diserahkannya tanggung jawab pembangunan dan pemeliharaan ke pemerintah daerah, SDM yang ada belum siap untuk menerima tugas dan tanggung jawab tersebut. Adanya pembagian wewenang, tugas dan tanggung jawab yang jelas, selain melancarkan pekerjaan dalam pencegahan dan pengendalian wabah, juga akan membantu mengarahkan pengembangan SDM dan pengalokasian dana baik di pusat maupun daerah.

c. Dari sisi perundangan

Beberapa perubahan yang terjadi selama kurun waktu berlakunya UU ini antara lain menyangkut terminologi yang digunakan dalam UU Wabah. Sehingga UU ini sudah tidak sesuai lagi dengan kondisi yang ada. Istilah Kandep misalnya, saat ini tidak ada lagi oleh karena telah digabung dengan Dinas Kesehatan. Demikian juga dengan istilah Kotamadya yang sekarang telah diubah menjadi kota. Adanya produk hukum baru yang terkait dengan tatalaksana pelayanan kesehatan juga membutuhkan penyesuaian. UU No. 32 tahun 2004 yang menjadi dasar pengoperasionalisasikan kebijakan di daerah, akan sangat berpengaruh terhadap penanggulangan dan pencegahan wabah.

d. Dari sisi lingkup

Meskipun dalam kenyataannya wabah dapat diakibatkan oleh penyakit menular maupun tak menular dapat menimbulkan wabah, namun undang-undang wabah yang ada (Undang-undang no 4 tahun 1984) hanya mencakup penyakit menular saja, sehingga perlu ditinjau kembali. Selain itu, UU yang ada juga hanya mencakup penanggulangan belum mencakup pencegahan. Padahal, pencegahan akan menghindarkan terjadinya korban jiwa maupun kerugian ekonomi yang lebih besar.

e. Dari sisi tata hubungan kerja

Pelaksanaan penanggulangan yang tertera dalam UU no 4 tahun 1984 hanya terfokus pada petugas kesehatan dan melibatkan masyarakat secara aktif. Padahal peran sektor lain tak kalah pentingnya dalam penanggulangan maupun pencegahan kejadian wabah.

f. Dari sisi ketentuan pidana

Adanya inflasi yang terjadi selama berlakunya UU Wabah ini, menjadikan ancaman hukuman denda yang tertera dalam UU ini menjadi terlalu ringan sehingga mungkin tidak efektif lagi, terutama bila menyangkut perusahaan-perusahaan besar. Selain itu perlu dicakup juga siapa yang seharusnya menerapkan sanksi tersebut.

g. Dari sisi informasi

Dalam kondisi yang rawan panik akibat wabah, masyarakat seharusnya mendapat informasi yang jujur dan akurat tentang masalah yang ada dan bagaimana cara pencegahan yang terbaik, akan menimbulkan kewaspadaan masyarakat tanpa menimbulkan rasa panik. Harus dipikirkan pula siapa yang sebaiknya menjadi juru bicara resmi pada saat tersebut.

h. Dari sisi manajemen pengelolaan KLB

Sebaiknya dicakup juga berbagai personil, logistik, pembiayaan, sistim rujukan serta mekanisme permintaan bantuan di setiap tingkat

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Wabah seperti flu burung, belum dapat ditanggulangi secara menyeluruh terbukti dengan masih adanya korban yang terus dibawa kerumah sakit. Persoalan wabah tidak hanya menjadi persoalan Indonesia tetapi merupakan persoalan Dunia karena penyebarannya tidak mengenal batas-batas Negara. Oleh karena itu, pencegahan dan penanggulangannya harus dilakukan bersama-sama dan saling membantu.
2. Dengan era otonomi daerah, propinsi atau kota/kabupaten diberi kewenangan yang lebih besar dalam mengelola urusan kesehatan, termasuk dalam mencegah dan menanggulangi wabah daerah tidak dapat lagi bertumpu pada kemampuan pemerintah pusat semata mengingat penyebaran wabah tidak mengenal batas-batas daerah, maka antara daerah harus saling bekerja sama dalam mencegah dan menanggulangi wabah.
3. Dari sudut peraturan perundang-undangan, sudah ada instrumen yang mengatur tentang wabah yaitu undang-undang nomor 4/1984 tentang wabah serta peraturan pelaksanaannya. Sesuai dengan dinamika perkembangan zaman, undang-undang tersebut sudah tidak memadai lagi karena telah terjadi berbagai perubahan seperti sistem pemerintahan, mekanisme penanggulangan wabah dan beberapa terminologi yang ada dalam undang-undang tersebut sudah tidak sesuai lagi.

B. Saran

Mengingat wabah berdampak sangat buruk bagi kelangsungan hidup manusia dan kehidupan perekonomian, maka harus segera dicegah dan diberantas dengan kerjasama baik bersifat Nasional maupun Internasional. Dari sisi peraturan perundang-undangan, perlu dilakukan perubahan terhadap undang-undang Nomor 4 / 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular untuk disesuaikan dengan kondisi saat ini.

Rujukan:

1. UU No 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular
2. PP No 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular
3. Kep Menkes No. 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistim Surveilans Epidemiologi Kesehatan
4. Kep Menkes No 1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sisitim Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular
5. Permenkes No. 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistim Kewaspadaan Dini KLB
6. UU Kesehatan No 23 tahun 1992, pasal 31
7. UU No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah
8. UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
9. Poerwodarminto WJS (1976) Kamus Umum Bahasa Indonesia, PN Balai Pustaka
10. Wojowarsito WS, Tito Wasito W, Kamus Lengkap, Hasta Bandung
11. Echols JM, Shadilly H. Kamus Inggris - Indonesia , Gramedia, Jakarta
12. Haryono R, Mahmud M, Kamus Mini Lengkap, Lintas Media, Jombang