



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

BALAI BESAR TEKNIK KESEHATAN LINGKUNGAN DAN
PENGENDALIAN PENYAKIT (BBTCLPP) SURABAYA

Jalan Sidoluhur 12 Surabaya 60175 Telepon (031) 3540189, Fax (031) 3528847

Email : info@btklsby.go.id, Website : www.btklsby.go.id



GERMAS

Nomor : UM.01/05/1/1965/2020
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Mekanisme Pengiriman Spesimen

05 Mei 2020

Yth.

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
Direktur Rumah Sakit
Di Provinsi Jawa Timur

Menindak lanjuti surat dari Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan Nomor : LB.01.01/2/6197/2020 tanggal 28 April 2020 tentang Koordinasi Pengiriman Spesimen PME Covid-19, kami informasikan BBTCLPP Surabaya yang semula menerima spesimen berupa swab, sputum dan serum, mulai tanggal 5 Mei 2020 spesimen yang diterima berupa swab dan sputum.

Sebagai kelengkapan administrasi, spesimen yang dikirim mohon dilengkapi dengan formulir yang sudah ditentukan sesuai dengan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease (Covid-19) Revisi ke-4 dan *diisi lengkap*. Apabila tidak disertai formulir atau terdapat kekurangan formulir dan formulir tidak diisi lengkap kami berhak untuk menangguhkan pemeriksaan spesimen sampai dengan dilengkapinya formulir tersebut (maksimal dalam waktu 1x24 jam). Jenis formulir untuk kelengkapan pengiriman spesimen terlampir

Atas kerjasamanya disampaikan terima kasih


Kepala
DIREKTORAT JENDERAL
PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN PENYAKIT
REPUBLIC INDONESIA

Dr. Rosidi Roslan, SKM, SH, MPH, MH
NIP 197109181995031001

Tembusan :

1. Dirjen P2P
2. Ka. Balitbangkes
3. Ka. Puslitbang BTDK
4. Ketua Gugus Covid Jatim
5. Ka. Dinkes Provinsi Jatim

**Petunjuk
Pengiriman Spesimen Covid-19
Di BBTKLPP Surabaya**

Spesimen yang dikirim ke BBTKLPP Surabaya meliputi swab (*Nasopharynx* dan *Oropharynx*) dan sputum

Jenis formulir yang harus disertakan dalam pengiriman spesimen sesuai dengan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease (Covid – 19) meliputi :

- a. Surat pengantar dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- b. Formulir Pemeriksaan ODP / PDP (Lampiran 7) yang menyertai spesimen PDP / ODP
- c. Formulir Pemantauan Harian (Lampiran 2) yang menyertai spesimen ODP, OTG dan PDP ringan

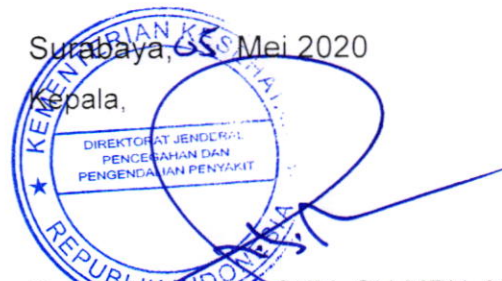
(apabila dilakukan pemeriksaan RDT pada ODP maupun OTG mohon ditambahkan dalam form, contoh terlampir)

Catatan :

1. Formulir penyerta harus di sertakan
2. Pengisian Formulir Harus Lengkap
3. Kriteria penderita (PDP/ODP/OTG) harus dicantumkan
4. Pemeriksaan spesimen akan ditangguhkan sampai terlengkapinya formulir (maksimal 1x24 jam)
5. Apabila ada pengiriman spesimen yang memerlukan komunikasi lebih lanjut silahkan menghubungi Saudari Ety Sri Heriati, ST, MM pada No. 08165420585

Surabaya, 05 Mei 2020

Kepala,



Dr. Rosidi Roslan, SKM, SH, MPH, MH
NIP 197109181995031001

LAMPIRAN 7.

CONTOH SURAT PENGANTAR PEMERIKSAAN LABORATORIUM

KOP SURAT

Nomor : (Tgl/Bln/Thn)
Hal :
Lampiran :
Yth. Kepala Laboratorium Pemeriksa

Sehubungan dengan dilaporkannya pasien di Rumah Sakit dengan identitas sebagai berikut:

Nama :
Umur :
JK :
Alamat :

Kami informasikan bahwa pasien tersebut memenuhi kriteria sebagai pasien dalam pengawasan dengan diagnosis banding Adapun spesimen yang dikirimkan berupa


Sebagai salah satu upaya kewaspadaan dini penyakit infeksi emerging, kami mohon bantuan Saudara untuk melakukan pemeriksaan laboratorium pada spesimen yang kami kirimkan sesuai tatalaksana pemeriksaan laboratorium terhadap jenis penyakit tersebut.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami sampaikan terima kasih.

Kepala Dinas Kesehatan
Kab/Kota/Provinsi
(ttd dan cap basah)
(.....)
NIP.

*Keterangan: Sebagai penyerta surat ini dilampirkan juga Formulir Pengantar Laboratorium.

LAMPIRAN 7.

 <p>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</p>	<p>FORMULIR PASIEH DALAM PENGAWASAN COVID-19 ORANG DALAM PEMANTAUAN COVID-19 PUSLITBANG BIOMEDIS DAN TEKNOLOGI DASAR KESEHATAN BADAN LITBANG KESEHATAN</p>	
	FORM COVID-19 Hal 1 dari 2 hal	
A. IDENTITAS PENGIRIM SPESIMEN		
Pengirim Spesimen	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit	<input type="checkbox"/> Dinas Kesehatan
Dinas Kesehatan	Kab/Kota _____	Provinsi _____
Rumah Sakit	_____	Kab/ Kota _____
Nama Dokter PenanggungJawab	_____	Nomor Telp./Hp _____
B. IDENTITAS PASIEN		
Nama Pasien	_____	No Rekam Medis _____
Tanggal lahir / Usia (DDMMYY)	____/____/____	Usia _____ Th Bln _____
Jenis Kelamin *	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan
Bila wanita: apakah sedang hamil atau pasca melahirkan ?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Alamat _____	Nomor Telepon _____	
		NIK _____
Nama Kepala keluarga : _____		
C. RIWAYAT PERAWATAN PASIEN DALAM PENGAWASAN COVID-19		
	Tanggal dirawat _____	
Kunjungan Pertama	_____	Rumah Sakit _____
Kunjungan Kedua	_____	Rumah Sakit _____
Kunjungan Ketiga	_____	Rumah Sakit _____
D. TANDA & GEJALA		E. PEMERIKSAAN PENUNJANG
Tanggal onset gejala (Panas) DDMMYYYY ____/____/____		X Ray Paru <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Gejala Klinis saat spesimen diambil		Hasil _____
Panas atau Riwayat Panas > = 38°C	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Hitung Sel Darah Putih :
Batuk	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Lekosit _____ /ul
Sakit Tengorokan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Limposit _____ /ul
Sesak Napas	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Trombosit _____ /ul
Pilek	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Menggunakan Ventilator <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Lesu	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Status kesehatan pasien saat pengambilan Spesimen
Sakit kepala	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Pulang <input type="checkbox"/> Dirawat <input type="checkbox"/> Meninggal
Diare	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Mual Muntah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	