KEMENTERIAN KESEHATAN RI
KANTOR KESEHATAN PELABUHAN YOGYAKARTA
Jl. Ring Road Utara No. 8 Maguwoharjo, Depok, Sleman, Yogyakarta 55282
Telp. / Fax : (0274) 484259

MOHON BACALAH INFORMASI PENTING DI BAWAH INI DENGAN CERMAT

INFORMASI VAKSIN MENINGITIS MENINGOKOKUS

Pengertian

Meningitis Meningokokus adalah penyakit radang selaput otak dan selaput sumsum tulang yang terjadi secaraakut dan cepat menular. Penyakit ini disebabkan oleh kuman Neisseria meningitides, yang terdiiri dari banyak seogroup dan yang sering menyebabkan penyakit adalah serogroup A, C, W-135 dan Y.

- Gejala klinis penyakit: demam (panas tinggi) mendadak, nyeri kepala hebat, mual, muntah dan kaku duduk, ketahanan fisik melemah dan bercak kemerahan di kulit. Pada keadaan lanjut, kesadaran menurun sampai koma serta terjadi pendarahan echymosis.
- Lebih dari 5-15% penduduk di negara endemis merupakan carrier tanpa gejala, dengan ditemukannya koloni Neisseria Meningitidis di daerah Nasopharing.
- Puncak infeksi terjadi pada akhir musim dingin dan awal musim semi.
- Seringnya pada pendatang baru dalam barak/asrama/maktab.
- Penularan melalui kontak langsung dengan droplet dari hidung & tenggorokan orang yang terinfeksi.
- Masa inkubasi bervariasi : 2-10 hari, biasanya berkisar 3-4 hari.

Pencegahan

1. Vaksinasi dengan vaksin Meningitis Meningokok Konjugat group A, C, W-135, Y.
2. Disarankan kepada jamaah untuk mengurangi kontak langsung & mengihndari terpajan dengan droplet penderita (Pakailah masker).
3. Mengurangi tingkat kepadatan di lingkungan barak/asrama/maktab.

Kontra Indikasi, Efikasi dan Kemungkinan Efek Samping

1. Kontra Indikasi: Wnita hamil, panas tinggi serta bagi mereka yang peka atau alergi terhadap phenol.
2. Efikasi vaksin: 95%.
3. Daya lindung / proteksi kekebalan : 2 tahun, antobody terbentuk 10-28 hari setelah imunisasi, tergantung jenis vaksin meningitis yang di pakai.
4. Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI):
   a. Reaksi Lokal: nyeri pada tempat suntikan, bercak kemerahan (skin rash), bengkak (swelling).
   b. Reaksi Sistemik: demam, malaise, sakit kepada dan dapat juga terjadi Syok Anaphilaksis.

FORM BIODATA PEMOHON VAKSINASI / ICV

No Urut : .....
No ICV : .....

Nama (Sesuai Passport)	: **AMIHWANUDDIN BEDDU**		
Nomor Passport	: B 4941886		
Tempat, Tanggal Lahir	: SENGKANG , 15 Apr 1962	Usia	: 55 TAHUN Tahun
Jenis Kelamin	: Laki - laki		
	Berat Badan : 54 KG Kg	Tinggi badan	: 155 CM cm
Pekerjaan	: PEGAWAI NEGRI SIPIL (PNS)		
Alamat	: KOMP. AZALEA BLOK C NO. 26 PNK MAS RT/RW 001/010 KEL. PAROPO KEC. PANAKKUKANG		
No. Telepon	: 0811461262		
Email	: AMIH_PLN@YAHOO.CO.ID		
Negara tujuan	: MAKKAH		
Nama travel/Biro/Agen	: GELORA INDAH		
Alamat Travel/Biro/Agen	: JL. KAKATUA NO.30 MAKASSAR		
Tanggal Berangkat	: 18 May 2017		

FORM PERNYATAAN & PERMOHONAN VAKSIN / ICV

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan dengan sebenar-benarnya telah membaca dan memahami informasi Vaksinasi di halaman ini, termasuk efek samping atau Kejadian Ikutan Paska Imunisasi dan dengan ini mengajukan permohonan agar dapat diberikan kepada saya vaksin :

Demikian permohonan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, ... 20...

(.....)

HASIL PEMERIKSAAN

Anamnese

Riwayat Penyakit : .....
.....
.....

Riwayat Alergi : .....
.....
.....

Riwayat Vaksin : .....
.....
.....

Hamil/Menyusui : (Ya/Tidak)

Konsultasi Spesialis (Bila diperlukan) : .....

Hasil Konsultasi (Dilampirkan) : .....
.....
.....

FISIK

Tekanan Darah : ..... mmHg

Tinggi Badan : ..... Cm

Berat Badan : ..... Kg

Laboratorium

Hb : ..... gr/dl

PP Test : (POSITIF/NEGATIF)

Palpasi : (POSITIF/NEGATIF)

KESIMPULAN : LAYAK/TIDAK LAYAK

No. Batch : .....

Tanggal Kadaluarsa : .....

Foto ditempel disini

Yogyakarta, ... 20...

(.....)