



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 secara akut dan cepat menular. Penyakit ini disebabkan oleh kuman *Neisseria meningitidis*, yang terdiri dari banyak serogroup 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 ekhymosis.
- 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 & menghindari 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: Wanita hamil, panas tinggi serta bagi mereka yang peka atau alergi terhadap phenol.
2. Efikasi vaksin: 95%.
3. Daya lindung / proteksi kekebalan : 2 tahun, antibody terbentuk 10-28 hari setelah immunisasi, 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 kepala dan dapat juga terjadi Syok Anafilaksis.

FORM BIODATA PEMOHON VAKSINASI / ICV

No Urut	:
No ICV	:

Nama (Sesuai Passport) : **RHEA ALMIRA RAMADHANY**

Nomor Passport : **SEDANG DALAM PROSES**

Tempat, Tanggal Lahir : **SLEMAN , 30 Nov -0001** Usia : **18 Tahun**

Jenis Kelamin : **Perempuan** Berat Badan : **55 Kg** Tinggi badan : **160 cm**

Pekerjaan : **MAHASISWA**

Alamat : **JALAN KALIURANG KM. 4.5 KOMPLEKS SWAKARYA NO. 18 YOGYAKARTA**

No. Telepon : **085740276672**

Email : **RHEA.ALMIRA@YAHOO.COM**

Negara tujuan : **ARAB SAUDI**

Nama travel/Biro/Agen : **TOTAL NUSA INDONESIA**

Alamat Travel/Biro/Agen : **JL PALAGAN TENTARA PELAJAR KM 8.5 SARIHARJO NGAGLIK SLEMAN DIY**

Tanggal Berangkat : **30 Nov -0001**

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 :



Yogyakarta, 20...

(.....)