



WALIKOTA BATAM

Batam, 10 Juni 2021

Nomor : 43 /TP/VI/2021
Lampiran : 1 (satu) berkas
Sifat : Penting
Perihal : Percepatan Vaksinasi
Covid-19 di Kota Batam

Kepada Yth.

1. Pimpinan Instansi Pemerintah/
Swasta se-Kota Batam
2. Pimpinan kawasan Industri/
Perusahaan se-Kota Batam
3. Pimpinan Lembaga/Organisasi
Kemasyarakatan
4. Masyarakat Kota Batam

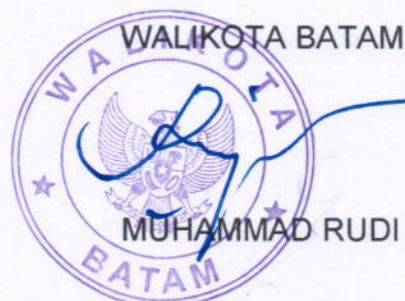
di-

Batam

Menindaklanjuti Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2021 tanggal 24 Februari 2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) dapat disampaikan hal sebagai berikut:

1. Pemerintah Kota Batam akan melaksanakan percepatan vaksinasi Covid-19 kepada seluruh masyarakat Kota Batam yang berumur 18 tahun ke atas dengan bantuan vaksin dari pemerintah pusat secara gratis.
2. Untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan vaksinasi dimaksud diharapkan bantuan dan kerjasama semua pihak untuk:
 - a. Bagi seluruh karyawan Instansi Pemerintah/Swasta, Lembaga/Organisasi Kemasyarakatan yang belum mendapatkan vaksin agar segera dikoordinir untuk mengikuti program vaksinasi melalui Dinas Kesehatan Kota Batam.
 - b. Bagi Pimpinan Kawasan Industri/Perusahaan agar mengajukan karyawan/tenaga kerja di perusahaan yang akan divaksin melalui Dinas Tenaga Kerja Kota Batam pada kesempatan pertama serta memberikan dukungan kesiapan tempat dan kebutuhan lainnya terkait kegiatan vaksinasi bagi tenaga kerja yang akan dilaksanakan di lokasi perusahaan (terlampir).
 - c. Kepada seluruh masyarakat Kota Batam yang belum mendapatkan vaksin agar segera mendaftarkan diri ke Puskesmas di wilayah tempat tinggal masing-masing untuk dilakukan vaksinasi sesuai dengan jadwal yang ditentukan.

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Tembusan disampaikan kepada Yth.

1. Ketua DPRD Kota Batam
2. Kepala BP Batam
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Batam
4. Kepala Dinas Tenaga Kerja Kota Batam
5. Camat dan Lurah se-Kota Batam

Jalan Engku Putri No. 1 Batam

Telp. (0778) 462164, 462217 Fax. (0778) 461813 Kode Pos : 29432
Website : www.batam.go.id Email : kominfo@batamkota.go.id

A. KEBUTUHAN YANG HARUS DISEDIAKAN OLEH PERUSAHAAN

1. Tenaga Operator (1 orang/100 peserta)
2. Laptop (1 laptop/1 operator)
3. Cetak kartu vaksin dan kartu kendali (masing-masing 1 lembar/peserta)
4. Meja dan kursi sesuai denah (5 meja/tim dan 8 kursi/tim)
5. Ruang (minimal 3 ruangan: Ruang Tunggu, Ruang Vaksinasi, Ruang Registrasi), dengan pendingin dan pencahayaan yang baik
6. Kulkas kecil
7. Konsumsi sejumlah petugas dan Korlap (sarapan dan makan siang)

B. KARTU VAKSINASI COVID-19

	KARTU VAKSINASI COVID-19			
No. Registrasi	: _____	No. NIK : _____		
Nama Lengkap	: _____			
Alamat	: _____			
Tanggal Lahir	: _____			
Jenis Kelamin	: L / P			
No. HP	: _____			
Lokasi Vaksinasi	: _____			
2021				
STATUS PEMBERIAN VAKSINASI				
Merk Vaksin:				
DOSIS	TANGGAL	NOMOR BATCH VAKSIN	NAMA VAKSINATOR	KETERANGAN
				Rencana dosis ke-2 Tanggal : Jam :
Pastikan Anda mendapatkan 2 dosis vaksin COVID-19 untuk memperoleh kekebalan maksimal. Jika ada keluhan, hubungi Puskesmas/RS. No. Kontak				

C. KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf petugas
Nama		
NIK		
Tanggal Lahir		
No. HP		
Alamat		

B. MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)

SKRINING			
No	Pemeriksaan	Hasil	Tindak Lanjut
1	Suhu		Suhu > 37,5 °C vaknsasi ditunda sampai sasaran sembuh
2	Tekanan Darah		Jika tekanan darah >180/110 mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian Jika masih tinggi maka vaknsasi ditunda sampai terkontrol
Pertanyaan		Ya	Tidak
1	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-1 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksin?		Jika Ya: vaksinasi diberikan di Rumah Sakit
2	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?		Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2
2	Apakah Anda sedang hamil		Jika sedang hamil vaksinasi ditunda sampai melahirkan
3	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus.		Jika Ya, maka vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkontrol
4	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?		Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
5	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupresan seperti kortikosteroid dan kemoterapi?		Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk

6	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak?		Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
Pertanyaan Nomor 7 dilanjutkan apabila terdapat penilaian kelemahan fisik pada sasaran vaksinasi.			
7	Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (>60 tahun): 1. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga? 2. Apakah Anda sering merasa kelelahan? 3. Apakah Anda memiliki paling sedikit 5 dari 11 penyakit (Hipertensi, diabetes, kanker, penyakit paru kronis, serangan jantung, gagal jantung kongestif, nyeri dada, asma, nyeri sendi, stroke dan penyakit ginjal)? 4. Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter? Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?		Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan
HASIL SKRINING : <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN			Paraf petugas:
HASIL VAKSINASI Jenis Vaksin: No. Batch: Tanggal vaksinasi: Jam Vaksinasi:			Paraf petugas:

C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

HASIL OBSERVASI		Paraf petugas
<input type="checkbox"/> Tanpa keluhan		
<input type="checkbox"/> Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada,		

D. TEMPLATE DENAH PELAKSANAAN VAKSINASI (DENGAN PCARE 2 MEJA UNTUK 1 TIM VAKSINATOR)

