



PEMERINTAH KOTA BANDUNG
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS PADASUKA

Jalan Padasuka No 3 Telp. (022) 7272113 Kota Bandung
Kode Pos 40125 Email: puskesmaspadasuka@yahoo.co.id

Nomor : B/KS.02.01/1085-UPTD PKM Padasuka/IX/2024
Sifat : Penting
Lampiran : 3 hal
Hal : Pemberitahuan

Bandung, 20 September 2024
Kepada :
Yth. Kepala Sekolah SD/MI/Sederajat
di Wilayah Kerja UPTD
Puskesmas Padasuka
di -
BANDUNG

Dengan Hormat,

Menindaklanjuti Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor IM.04.05/Menkes/434/2024 tentang Pelaksanaan Kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah Tahun 2024 tanggal 24 Juli 2024 tentang Surat Edaran Dinas Kesehatan Kota Bandung Nomor 13896.a-Dinkes/2024 tanggal 31 Juli 2024 tentang Surat Edaran Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) di Kota Bandung, maka bersama surat ini kami informasikan antara lain sebagai berikut:

1. Pelaksanaan BIAS diberikan kepada sasaran anak usia sekolah tingkat dasar yaitu diberikan kepada seluruh siswa Sekolah Dasar kelas 1, 2, 5 dan 6 SD/MI/ sederajat;

Sasaran	Jenis Vaksin	Waktu Pelaksanaan
Kelas 1 laki-laki & perempuan	MR	Oktober
	DT	November
Kelas 2 laki-laki & perempuan	Td	November
Kelas 5 laki – laki & perempuan	Td	November
Kelas 5 perempuan	HPV	Oktober
Kelas 6 perempuan	HPV	Oktober

2. Tujuan dari kegiatan BIAS adalah untuk memberikan kekebalan tubuh pada anak terhadap penyakit menular yang berbahaya seperti Campak rubella, Difteri, Tetanus Neonatorum, dan Kanker Servik pada perempuan;
3. Setiap anak sasaran BIAS berhak mendapatkan pelayanan imunisasi yang berguna untuk mencegah Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).

Sebelum pelaksanaan imunisasi BIAS, diwajibkan Bapak/Ibu Wali Kelas atau Wali Murid untuk mengisi *form register* pada link bit.ly/biaspadasuka paling lambat Hari Sabtu tanggal 05 Oktober 2024. Bersama ini juga kami beritahukan kepada Bapak/Ibu Kepala Sekolah perihal jadwal pelaksanaan kegiatan BIAS (lampiran 1), *form skrining* yang dapat diperbanyak oleh sekolah untuk diisi oleh orang tua dan dibawa saat hari pelaksanaan (lampiran 2), rincian kebutuhan sumber daya dan logistik (lampiran 3).

Demikian informasi yang bisa kami sampaikan. Atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan banyak terima kasih.

Ditandatangani secara elektronik oleh:

Plt. KEPALA UPTD PUSKESMAS PADASUKA,



dr. Beti Sulistyorini, Sp.D.L.P, M.K.M.

Pembina Tk.I, IV/b

NIP. 19721218 200501 2 005

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung (sebagai laporan);
2. Bapak Camat Kecamatan Cibeunying Kidul.

Lampiran 1 :
Surat Nomor : B/KS.02.01/1085-UPTD
PKM Padasuka/IX/2024
Tanggal : 20 September 2024

Jadwal Pelaksanaan

NO	NAMA SEKOLAH	KETERANGAN	
		BIAS MR dan HPV	BIAS DT dan Td
		OKTOBER	NOVEMBER
1	SDN 133 Jalan Anyar	07/10/2024	04/11/2024
2	SD Muhammadiyah 3	08/10/2024	05/11/2024
3	SDN 043 Cimuncang	09/10/2024	06/11/2024
4	SDN 022 Cicadas	10/10/2024	07/11/2024
5	SDN 151 Sukasenang	14/10/2024	11/11/2024
6	SDN 044 Cicadas Awigombong	15/10/2024	12/11/2024
7	SDN 027 Cicadas	16/10/2024	13/11/2024
8	SD Pelita	17/10/2024	14/11/2024
9	MI Al Hasan	21/10/2024	18/11/2024
10	SD Santo Yusup	22/10/2024	19/11/2024
11	SDN 150 Gatot Subroto	23/10/2024	20/11/2024

Lampiran 2 :
Surat Nomor : B/KS.02.01/1085-UPTD
PKM Padasuka/IX/2024
Tanggal : 20 September 2024

Form Skrining

FORMAT SKRINING KESEHATAN ANAK UNTUK PELAKSANAAN IMUNISASI BIAS

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya pemberian imunisasi dalam kegiatan Bulan Imunisasi Anak Usia Sekolah (BIAS), mohon kesediaan Bapak/Ibu mengisi beberapa pertanyaan dengan tanda (√) sebagai skrining awal status kesehatan anak:

Nama Sekolah : _____

Nama anak : _____

NIK ANAK : _____

Jenis Kelamin : LAKI-LAKI / PEREMPUAN (coret yang tidak perlu)

Tanggal lahir : _____

Alamat : _____

Nama orangtua/wali : _____

NIK Orang tua/ wali : _____

No telepon orang tua : _____

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anak anda sedang demam dalam beberapa hari terakhir?		
2.	Apakah anak anda sedang batuk/pilek dalam beberapa hari terakhir?		
3.	Apakah anak anda sedang sakit lain dalam beberapa hari terakhir?		
4.	Apakah anak anda sedang dalam pengobatan dokter?		
5.	Apakah anak anda pernah menderita kanker/gangguan pembekuan darah/gangguan ginjal/ gangguan jantung?		
6.	Apakah anak anda sedang/pernah mengalami kejang?		
7.	Apakah anak anda tampak tidak sebugar biasanya?		
8.	Apakah anak anda pernah mengalami keluhan setelah imunisasi sebelumnya ?		

Imunisasi yang diperoleh hari ini (Diisi oleh petugas)

Jenis Imunisasi	Ya	Tidak	Keterangan
HPV (Kelas 5/ Kelas 6)			
CAMPAK RUBELA			
DT (DIFTERI TETANUS) KELAS 1			
Td (Tetanus Difteri) Kelas 2			
Td (Tetanus Difteri) Kelas 5			

..... 2024

Orang tua/wali murid,

()

FORMAT SKRINING KESEHATAN ANAK UNTUK PELAKSANAAN IMUNISASI BIAS

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya pemberian imunisasi dalam kegiatan Bulan Imunisasi Anak Usia Sekolah (BIAS), mohon kesediaan Bapak/Ibu mengisi beberapa pertanyaan dengan tanda (√) sebagai skrining awal status kesehatan anak:

Nama Sekolah : _____

Nama anak : _____

NIK ANAK : _____

Jenis Kelamin : LAKI-LAKI / PEREMPUAN (coret yang tidak perlu)

Tanggal lahir : _____

Alamat : _____

Nama orangtua/wali : _____

NIK Orang tua/ wali : _____

No telepon orang tua : _____

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anak anda sedang demam dalam beberapa hari terakhir?		
2.	Apakah anak anda sedang batuk/pilek dalam beberapa hari terakhir?		
3.	Apakah anak anda sedang sakit lain dalam beberapa hari terakhir?		
4.	Apakah anak anda sedang dalam pengobatan dokter?		
5.	Apakah anak anda pernah menderita kanker/gangguan pembekuan darah/gangguan ginjal/ gangguan jantung?		
6.	Apakah anak anda sedang/pernah mengalami kejang?		
7.	Apakah anak anda tampak tidak sebugar biasanya?		
8.	Apakah anak anda pernah mengalami keluhan setelah imunisasi sebelumnya ?		

Imunisasi yang diperoleh hari ini (Diisi oleh petugas)

Jenis Imunisasi	Ya	Tidak	Keterangan
HPV (Kelas 5/ Kelas 6)			
CAMPAK RUBELA			
DT (DIFTERI TETANUS) KELAS 1			
Td (Tetanus Difteri) Kelas 2			
Td (Tetanus Difteri) Kelas 5			

..... 2024

Orang tua/wali murid,

()

Lampiran 3 :
Surat Nomor : B/KS.02.01/1085-UPTD
PKM Padasuka/IX/2024
Tanggal : 20 September 2024

Rincian Kebutuhan Sumber Daya dan Logistik

No	Rincian Kegiatan	Kebutuhan Sumber Daya dan Logistik	
		Puskesmas	Sekolah
1.	Meja 1 Regristasi		<div>- 1 (satu) guru membawa absen</div> <div>- 1 (satu) guru mengatur alur</div>
2.	Meja 2 Skrining	<div>- 1 (satu) dokter</div> <div>*pemeriksaan bagi anak yang mempunyai keluhan saja</div>	<div>- 1 (satu) meja</div> <div>- 2 (dua) kursi</div>
3.	Meja 3 Vaksinasi	<div>- 2 (dua) orang vaksinator</div> <div>- 2 (dua) orang asisten vaksinator</div>	<div>- 2 (dua) meja</div> <div>- 6 (enam) kursi</div>
4.	Meja 4 Pencatatan dan Pelaporan	<div>- 2 (dua) orang</div>	<div>- 1 (satu) meja</div> <div>- 2 (dua) kursi</div> <div>- <i>Hotspot</i></div> <div>- Terminal listrik</div>