



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN SELATAN
BADAN KEPEGAWAIAN DAERAH

Jl. Pangeran Antasari No. 5 Banjarbaru Telp. (0511) 772 058, 772 059 Fax
(0511) 774970

Banjarbaru,

Kepada

Nomor : 800/ **0987** -PKAP.2/BKD/2021

Yth Kepala SKPD/UPT

Lampiran : 2

Hal : Jadwal Vaksinasi COVID-19
dosis I (lanjutan) bagi ASN di
Lingkungan Pemerintah Provinsi
Kalimantan Selatan

Di

Tempat

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya vaksinasi dosis I untuk **75 SKPD dan UPTD**, dalam upaya percepatan capaian cakupan vaksinasi dan 2021, kami sampaikan hal-hal sebagai berikut:

1. Sebagai tindak lanjut kepada SKPD dan UPT yang telah melaksanakan vaksinasi dosis I akan dilaksanakan lanjutan **vaksinasi dosis II** dengan jadwal sebagaimana tercantum dalam lampiran I sesuai daftar yang disetujui dan disampaikan oleh Dinas Kesehatan bahwa Alternatif pelaksanaan dosis II adalah diantara 14 s.d. 28 hari.
2. Terkait dengan data dan penanggung jawab aplikasi, maka penerima Vaksin **wajib datang sesuai dengan jadwal** yang telah ditetapkan dan **tidak bisa beralih jadwal**.
3. Untuk Penerima vaksin **yang berusia lebih dari 60 tahun** maka pelaksanaan dosis II harus dilaksanakan setelah 28 hari terhitung dosis I diberikan pada Pusat Kesehatan Masyarakat yang telah ditentukan.
4. Untuk menghemat waktu pelaksanaan kepada Seluruh SKPD agar memerintahkan seluruh calon penerima vaksin agar membawa kelengkapan sebagai berikut:
 - Cetak Kartu Vaksinasi/Sertifikat Vaksin I
 - E-KTP (boleh fotocopy)
 - **form screening (lampiran II)** yang telah diisi masing-masing
5. Jika Penerima Vaksin dosis I **tidak datang atau tidak bisa melaksanakan vaksin** sesuai jadwal yang telah ditetapkan maka untuk mendapatkan vaksin dosis II yang bersangkutan **harus mendatangi dan melaksanakan vaksinasi dosis II pada Pusat Kesehatan Masyarakat yang ditentukan**.

Demikian disampaikan untuk dapat diketahui dan dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.



Tembusan Kepada Yth:

1. Pj. Gubernur Kalimantan Selatan di Banjarmasin sebagai Laporan
2. Kepala Dinas Kesehatan Prov. Kalsel di Banjarmasin

Lampiran I Surat Kepala BKD Prov. Kalsel
 Nomor 800/ / 0987 -PKAP.2/BKD/2021

PELAKSANAAN DOSIS I	PELAKSANAAN DOSIS II		LOKASI PKM APLIKASI P-CARE
18 MARET 2021	08 APRIL 2021	PUKUL 08.00 S.D. 10.00	CEMPAKA
19 MARET 2021		PUKUL 10.00 S.D. 12.00	
20 MARET 2021		PUKUL 12.00 S.D. 14.00	
24 MARET 2021	09 APRIL 2021	PUKUL 08.00 S.D. 14.00	LIANG ANGGANG LANDASAN ULIN TIMUR
25 MARET 2021			
26 MARET 2021	10 APRIL 2021	PUKUL 08.00 S.D. 14.00	GUNTUNG MANGIS
27 MARET 2021	12 APRIL 2021	PUKUL 08.00 S.D. 14.00	BANJARBARU UTARA

- ❖ Tempat pelaksanaan di **Gedung Dr. KH. Idham Chalid (Kantor Setda Prov Kalsel)**
- ❖ Calon Penerima Vaksin agar memakai baju dalaman.
- ❖ **DILARANG BERPINDAH HARI PELAKSANAAN DAN MAKSIMAL PELAYANAN PUKUL 14.00**
- ❖ Peserta wajib menjaga ketertiban pelaksanaan.

Lampiran II Surat Kepala BKD Prov. Kalsel
Nomor 800/ 0987 -PKAP.2/BKD/2021

Nama :
Umur :
NIK :

NO	PEMERIKSAAN	HASIL		TINDAK LANJUT
1	Suhu (diisi ditempat pelaksanaan)			Suhu > 37,5 0C vaksinasi ditunda sampai sasaran sembuh
2	Tekanan Darah (diisi ditempat pelaksanaan)			Jika tekanan darah >180/110 mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda sampai terkontrol
	PERTANYAAN	Ya	Tidak	
1	Apakah ada kontak dengan orang yang sedang dalam pemeriksaan/terkonfirmasi/sedang dalam perawatan karena penyakit COVID-19 dalam waktu 14 hari terakhir?			Jika Ya lihat pertanyaan nomor 2 (dua)
2	Jika pertanyaan nomor 1 (satu) Ya, apakah mengalami gejala demam batuk/pilek/sesak napas dalam 7 hari terakhir?			Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai 14 hari setelah gejala muncul
3	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?			Jika Ya: Vaksinasi ditunda sampai tiga (3) bulan sejak terkonfirmasi COVID-19 dapat diberikan vaksinasi.
4	Apakah Anda sedang hamil?			Jika sedang hamil vaksinasi ditunda sampai melahirkan
5	Apakah anda sedang menyusui?			Ibu menyusui boleh divaksinasi
6	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
	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat atau mengalami gejala sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			Jika Ya: tidak diberikan lagi untuk vaksinasi ke-2
7	Apakah Anda mengidap penyakit kronik (seperti penyakit paru obstruktif kronis dan asma, penyakit jantung, gangguan ginjal, dan penyakit hati/liver) yang sedang dalam kondisi akut atau yang belum terkendali?			Jika Ya, maka vaksinasi tidak dapat diberikan

8	Apakah Anda dalam pengobatan TBC lebih dari dua minggu?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
9	Apakah Anda menyandang dan sedang mendapat pengobatan penyakit kanker?			Jika Ya: vaksinasi tidak dapat diberikan, kecuali ada surat rekomendasi dari dokter yang merawat
10	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
11	Apakah Anda sedang mengidap penyakit autoimun sistemik?			Jika Ya : vaksinasi ditunda dan dikonsultasikan kepada Dokter yang merawat
12	Apakah Anda memiliki riwayat penyakit epilepsi?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan jika dalam keadaan terkontrol
13	Apakah Anda penyandang penyakit Diabetes Melitus yang minum obat teratur?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
14	Apakah Anda Orang dengan HIV yang minum obat teratur?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
15	Apakah Anda mendapatkan vaksinasi lain selain vaksin Covid-19 kurang dari satu bulan terakhir?			Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai satu bulan setelah vaksinasi sebelumnya
16	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? 5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?			Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan

Formulir dapat diunduh pada <https://tinyurl.com/screeningvaksin>