

Tanya Jawab (T&J) tentang Vaksinasi Hepatitis B

Questions & Answers (Q&A) about Hepatitis B Vaccination

T. Apakah penyakit hepatitis B itu?

J. Hepatitis B adalah penyakit yang disebabkan oleh virus, yang dapat ditularkan melalui darah atau hubungan seksual atau dengan orang yang terinfeksi dan dapat menyebabkan penyakit yang parah (sirosis) atau kanker hati.

Beberapa orang dapat menderita penyakit hepatitis B dan tidak menyadari bahwa mereka terinfeksi. Orang-orang ini dapat menularkan penyakit ini tanpa menyadarinya.

T. Bagaimana hepatitis B ditularkan?

J: Hepatitis B dapat ditularkan melalui:

- Berbagi penggunaan peralatan injeksi
- Pembuatan tato atau tindik badan dengan menggunakan peralatan yang tidak steril
- Luka karena jarum narkoba
- Seks yang tidak aman
- Dari ibu yang terinfeksi kepada bayinya pada waktu melahirkan dan melalui air susu ibu
- Dari anak ke anak, biasanya melalui kontak bagian tubuh yang sakit atau luka yang terbuka.

T. Apakah anak saya sebaiknya divaksinasi?

J. National Health and Medical Research Council (Dewan Penelitian Kesehatan dan Medis Nasional) menganjurkan bahwa sebaiknya semua anak antara umur 10 sampai 13 tahun menerima vaksinasi hepatitis B **kecuali jika mereka telah menerima serangkaian vaksin.**

T. Berapa dosis diperlukan untuk rangkaian ini?

J. Vaksin hepatitis B (ramuan untuk orang dewasa) akan diberikan dalam rangkaian 2 dosis dengan dosis kedua diberikan empat sampai enam bulan setelah yang pertama.

T. Apa saja komponen- komponen vaksin itu?

J. Vaksin ini mengandung protein hepatitis B, aluminium hidroksida dan ragi.

T. Apa saja akibat sampingan vaksin hepatitis B itu?

J. Akibat sampingan ringan dan termasuk rasa nyeri di tempat injeksi (5%), demam ringan 2-3%), pening, pusing, rasa sakit otot dan persendian.

T. Apakah “anafilaksis” itu?

J. “Anafilaksis” adalah reaksi alergi yang parah yang bisa mengakibatkan ketidaksadaran dan kematian jika tidak ditangani dengan cepat. Ini jarang terjadi setelah vaksinasi. Para perawat dilatih sepenuhnya dalam perawatan anafilaksis.

T. Berapa lama rangkaian vaksin ini bertahan dan apakah dosis booster (penguat) perlu?

J. Rangkaian vaksin hepatitis B memberi perlindungan yang bertahan lama dan dosis booster tidak perlu.

T. Apakah anak saya dilindungi untuk melawan hepatitis B jika dia hanya menerima satu dosis vaksin hepatitis B?

J. Tidak. Kaum remaja memerlukan dua dosis vaksin untuk dilindungi melawan penyakit hepatitis B.

T. Apakah yang sebaiknya saya lakukan jika saya tidak mempunyai catatan atau saya tidak dapat mengingat apakah anak saya telah menerima serangkaian injeksi hepatitis B?

J. Aman bagi anak Anda untuk menerima serangkaian vaksin hepatitis B yang lain.

T. Anak saya telah menerima serangkaian tiga dosis injeksi hepatitis B. Apakah dia perlu satu dosis lagi?

J. Tidak. Satu rangkaian vaksin sudah cukup.

T. Anak saya telah menerima vaksin Hib. Apakah ini akan melindungi anak saya untuk melawan hepatitis B?

J. Tidak. Vaksin Hib melindungi untuk melawan *influenza Haemophilus* tipe B dan oleh karena itu tidak akan melindungi anak Anda untuk melawan hepatitis B.

T. Apa yang dapat saya lakukan jika saya tidak ingin anak saya divaksinasi di sekolah atau anak saya tidak dapat memanfaatkan vaksin di sekolah karena sakit/absen pada hari kunjungan perawat?

J. Anda dapat membawa anak Anda ke Dokter Umum (GP) setempat Anda untuk mendapatkan tiga dosis rangkaian vaksin (ramuan untuk anak) selama enam bulan.

T. Apakah vaksinasi bersifat wajib untuk kampanye ini?

J. Tidak. Para orang tua dapat memilih apakah akan menandatangani Formulir Izin dan meminta anak mereka untuk divaksinasi atau tidak. Hanya anak-anak yang membawa Formulir Izin yang telah diisi dan ditandatangani akan divaksinasi.

Namun demikian, **semua** orang tua/wali diminta untuk membaca informasi yang diberikan dan mengembalikan Formulir Izin, ditandatangani atau tidak, ke sekolah sehingga kami dapat memastikan bahwa semua orang tua/wali telah menerima *Parent Information Kit (Kit Informasi Orang Tua)* dan telah diberi kesempatan untuk berpartisipasi dalam Program ini.

T. Apakah saya sebaiknya memberi anak saya satu dosis parasetamol sebelum pergi ke sekolah pada hari injeksi?

J. Tidak. Ini tidak perlu.

T. Bagaimana jika anak saya menderita asma dan memakai kortison atau prednison melalui “pengisap”?

J. Aman untuk melakukan vaksinasi anak-anak dengan vaksin hepatitis B jika mereka menggunakan “pengisap” untuk asma.

T. Apakah vaksin sebaiknya diberikan kepada wanita muda yang sedang atau merasa dirinya mungkin sedang hamil?

J. Tidak. Wanita muda, siapapun, yang sedang atau merasa dirinya mungkin sedang hamil tidak boleh divaksinasi.

T. Apakah ramuan obat homoeopatik melindungi untuk melawan hepatitis B?

J. Tidak. Tidak ada bukti bahwa ramuan obat homoeopatik dapat mencegah penyakit hepatitis B.

T. Apakah saya akan menerima catatan vaksinasi yang telah diterima anak saya?

J. Anak Anda akan diberi catatan vaksinasi setelah dosis pertama dan lagi setelah dosis kedua. Penting bahwa Anda memberi tahu Dokter Umum (GP) Anda bahwa vaksinasi ini telah diberikan, **karena berbagai universitas, kolese, tempat kerja dan negara lain sering kali meminta informasi ini.**

Silakan simpan catatan ini di tempat yang aman untuk rujukan di masa mendatang.

T. Di mana saya dapat memperoleh informasi lebih lanjut tentang imunisasi?

J. *Australian Immunisation Handbook (Buku Petunjuk Imunisasi Australia)* (edisi mutakhir) memberi informasi yang rinci tentang imunisasi. Ini dapat ditemukan di www.immunise.health.gov.au

T. Siapa yang dapat saya hubungi jika saya ingin mendapatkan informasi lebih lanjut?

J. Hubungilah Public Health Unit (Unit Kesehatan Umum) setempat Anda di:

Greater Southern

(02) 6124 9942 **atau** (02) 6021 4799
Kantor Queanbeyan Kantor Albury

Greater Western

(02) 6339 5601 **atau** (02) 6841 5569
Kantor Bathurst Kantor Dubbo
(08) 8080 1499
Kantor Broken Hill

Hunter & New England

(02) 4924 6477 **atau** (02) 6767 8630
Kantor Newcastle Kantor Tamworth

North Coast

(02) 6588 2750 **atau** (02) 6620 7500
Kantor Port Macquarie Kantor Lismore

Northern Sydney & Central Coast

(02) 9477 9400 **atau** (02) 4349 4845
Kantor Hornsby Kantor Gosford

South Eastern Sydney & Illawarra

(02) 9382 8333 **atau** (02) 4221 6700
Kantor Randwick Kantor Wollongong

Sydney South West

(02) 9828 5944 **atau** (02) 9515 9420
Kantor Liverpool Kantor Camperdown

Sydney West

(02) 9840 3603 **atau** (02) 4734 2022
Kantor Parramatta Kantor Penrith

Atau kunjungilah: www.health.nsw.gov.au



An Australian, State and Territory Governments initiative

Informasi tentang penyakit hepatitis B

Virus hepatitis B biasanya ditularkan melalui darah orang yang terinfeksi atau dari ibu ke anak pada waktu kelahiran. Virus ini juga dapat ditularkan melalui hubungan seks yang tidak aman, injeksi penggunaan obat, pembuatan tato atau tindik badan. Kira-kira 1 dari 4 orang penderita hepatitis B kronis akan menderita sakit sirosis atau kanker hati.

Akibat sampingan vaksin hepatitis B

Akibat sampingan setelah vaksinasi hepatitis B mungkin berlangsung beberapa hari dan ringan. Ini termasuk rasa nyeri di tempat injeksi, demam ringan, pening, pusing, rasa sakit otot dan persendian.

Akibat sampingan yang parah (seperti anafilaksis) sangat jarang terjadi.

Apa yang harus dilakukan jika reaksi memang muncul

Kain lembab dingin di tempat yang sakit dapat menolong mengurangi rasa sakit dan kepekaan. Parasetamol dapat diberikan untuk rasa sakit. Berikan cairan tambahan untuk diminum.

Jika anak Anda menderita reaksi atau Anda cemas, silakan hubungi Dokter setempat Anda.

Izin untuk Vaksinasi Hepatitis B – Dosis Pertama dari Rangkaian 2 Dosis

Consent for Hepatitis B Vaccination First Dose of 2 Dose Course

Orang Tua / Wali Yang Terhormat,

Tim perawat terdaftar yang terlatih khusus akan mengunjungi sekolah anak Anda untuk menawarkan serangkaian vaksin hepatitis B gratis.

Vaksin Hepatitis B dianjurkan untuk semua anak yang berumur antara 10 sampai 13 tahun kecuali jika mereka telah menerima serangkaian vaksin.

Para perawat akan memeriksa anak Anda pada hari klinik vaksinasi. Anak-anak yang sedang menderita sakit akut dengan demam tidak akan divaksinasi.

Jika Anda mempunyai pertanyaan tentang vaksinasi hepatitis B atau tentang pengisian formulir ini silakan hubungi Public Health Unit (Unit Kesehatan Umum) setempat Anda, (tercantum dalam Tanya Jawab dalam 'Parent Information Kit' atau 'Kit Informasi Orang Tua').

PETUNJUK:

Silakan isi semua bagian dari formulir ini dengan pena biru/hitam.

Fotocopy dari formulir ini tidak akan diterima.

Jika Anda ingin agar anak Anda divaksinasi, isilah SEMUA bagian dari formulir ini dan kembalikanlah ke sekolah dalam satu minggu.

Jika Anda TIDAK ingin agar anak Anda divaksinasi JANGAN mengembalikan formulir ini.

Formulir Izin Vaksinasi Hepatitis B

Hepatitis B Vaccination Consent Form

Orang Tua/Wali dimohon mengisi

Nama Keluarga Anak	<input type="text"/>		
Nama Kecil Anak	<input type="text"/>	Tanggal Lahir	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nama Sekolah	<input type="text"/>		
Tahun/Tingkat/Kelas	<input type="text"/>		

Saya telah membaca dan memahami informasi yang diberikan berkenaan dengan manfaat dan akibat-akibat sampingan yang mungkin terjadi dari vaksin hepatitis B dan dengan ini saya memberi izin untuk anak saya, nama di atas, untuk divaksinasi.

Saya menyatakan bahwa anak/perwalian saya:

- Tidak pernah mengalami reaksi anafilaksis setelah menerima vaksin apapun
- Tidak mempunyai kepekaan anafilaksis terhadap ragi atau komponen-komponen vaksin hepatitis B apapun (tercantum dalam Tanya Jawab dalam *Parents Information Kit*).
- Tidak sedang hamil

Nama Orang Tua /Wali	<input type="text"/>		
Tanda Tangan Orang Tua /Wali	<input type="text"/>		
Alamat Rumah	<input type="text"/>		
Daerah	<input type="text"/>	Kode Pos	<input type="text"/>
Telepon	Rumah <input type="text"/>	Pekerjaan	<input type="text"/>
	Ponsel <input type="text"/>	Tanggal	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Hanya untuk kantor – PERAWAT dimohon mengisi dan menyimpan bagian ini

Tanda Tangan	<input type="text"/>	STEMPEL
Nomor Kelompok	<input type="text"/>	
Tangan Kiri	<input type="text"/>	

Catatan Vaksinasi Hepatitis B

Hepatitis B Record of Vaccination

Orang Tua/Wali dimohon mengisi

Nama Keluarga Anak	<input type="text"/>
Nama Kecil Anak	<input type="text"/>
Nama Sekolah	<input type="text"/>

Hanya untuk kantor

Tangan Kiri	<input type="text"/>	Tangan Kanan	<input type="text"/>
Nomor Kelompok Vaksin	<input type="text"/>		
Kesehatan NSW /Tanggal Stempel	<input type="text"/>		
Tanda Tangan Perawat	<input type="text"/>		

PETUNJUK:

Silakan simpan Catatan Vaksinasi (Record of Vaccination) ini karena mungkin Anda diwajibkan memberikan informasi ini di kemudian hari.

Silakan memberi tahu GP (Dokter Umum) Anda tanggal vaksinasi ini diberikan agar catatan kesehatan anak Anda sesuai keadaan mutakhir.