



**PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS KESEHATAN**

Jakarta, 9 Agustus 2021

Kepada,

- Yth. 1. Para Direktur RSUD
2. Para Kepala UPT
3. Para Kepala Suku Dinas Kesehatan
4. Para Kepala Puskesmas Kecamatan
5. Para Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

di
Jakarta

SURAT EDARAN

NOMOR 77 / SE / 2021

TENTANG

VAKSINASI COVID-19 BAGI IBU HAMIL

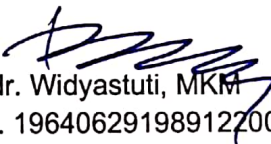
Sehubungan dengan penetapan Surat Edaran Menteri Kesehatan Republik Indonesia HK.02.01/1/2007/2021 tentang Vaksinasi Covid-19 Bagi Ibu Hamil dan Penyesuaian Skrining Dalam Pelaksanaan Vaksinasi Covid-19, maka kepada Kepala Suku Dinas Kesehatan dan Pimpinan Fasilitas Kesehatan yang menyelenggarakan vaksinasi Covid-19, dalam pelaksanaan vaksinasi Covid-19 bagi ibu hamil di wilayah Provinsi DKI Jakarta agar melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Vaksinasi COVID-19 dapat dilaksanakan menggunakan vaksin COVID-19 platform mRNA Pfizer dan Moderna, dan vaksin platform inactivated Sinovac, sesuai ketersediaan.
2. Pemberian dosis ke-1 vaksinasi COVID -19 tersebut dimulai pada trimester kedua kehamilan (usia kehamilan >12 minggu).
3. Interval pemberian vaksin dosis ke-2 sesuai dengan jenis vaksin yang diberikan.
4. Vaksinasi COVID-19 bagi ibu hamil dilaksanakan sesuai dengan petunjuk teknis dan ketentuan peraturan perundang-undangan dan dengan menggunakan format skrining pada kartu kendali untuk ibu hamil (sesuai lampiran).

5. Ibu hamil yang telah mendapatkan vaksinasi dosis ke-1 sebelum kehamilan, dapat diberikan dosis ke-2 setelah usia kehamilan >12 minggu dan interval pemberian dosis ke-2 sudah sesuai dengan jenis vaksin yang diberikan pada dosis ke-1.
6. Ibu hamil yang telah mendapatkan dua dosis vaksin sebelum kehamilan tidak perlu lagi diberikan vaksinasi saat hamil.
7. Ibu hamil yang pernah terinfeksi Covid-19 bisa mendapatkan vaksinasi dengan interval 3 bulan dari dinyatakan sembuh.
8. Ibu hamil yang mendapatkan vaksinasi lain diberikan interval 1 bulan dari pemberian vaksin lain tersebut.
9. Menyesuaikan pendaftaran PCare vaksinasi bagi ibu hamil pada kategori utama "SDMK, Petugas Publik, dan Masyarakat Rentan" subkategori "ibu hamil".
10. Melakukan penanganan KIPI (Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi) sesuai dengan petunjuk teknis dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
11. Melaporkan vaksinasi COVID-19 secara berjenjang kepada Suku Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten Administrasi selanjutnya diteruskan ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Edaran ini untuk menjadi perhatian dan agar dilaksanakan dengan sebaik-baiknya dan penuh tanggung jawab.

Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi DKI Jakarta


dr. Widyastuti, MKM
NIP. 196406291989122001

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19 KHUSUS IBU HAMIL

A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf Petugas
Nama		
NIK		
Tanggal Lahir		
No. HP		
Alamat		
Vaksin yang diberikan pada dosis 1		

B. MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)

No	Pemeriksaan	Hasil	SKRINING	Tindak Lanjut
1.	Suhu			
2.	Tekanan Darah			
3.	Benapa ueti kehamilan Anda? a. Trimester 1 (di 13 minggu) b. Trimester 2 (14 sd 28 minggu) c. Trimester 3 (29 minggu s.d. lahir)			
4.	Apakah Ibu memiliki keluhan dan tanda pre-eklampsia? - Kaki bengkak - Sakit kepala - Nyeri ulu hati - Pandangan kabur - Tekanan darah >140/90 mmHg			
5.	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?			
6.	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			
7.	Apakah Anda mempunyai penyakit seperti: a. Diabetes b. DM c. Asma d. Penyakit paru e. HIV f. Hipertensi/diabetes g. Penyakit ginjal kronik h. Penyakit hati			
8.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, tekanan darah, defisiensi eritrosit, dan penerima produk darah/transfusi?			
9.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan imunomodulator seperti kortikosteroid dan kemoterapi?			
10.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?			

HASIL SKRINING :

☐ LANJUT VAKSIN
☐ TUNDA
☐ TIDAK DIBERIKAN

HASIL VAKSINASI

Jenis Vaksin: No. Batch: Tanggal vaksinasi: Jam vaksinasi:	Paraf Petugas:
---	----------------

C. MEJA 2 (PENCAITAN DAN OBSERVASI)

☐ Tanpa keluhan ☐ Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada,	Paraf Petugas:
--	----------------