



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL**  
**PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT**

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9 Jakarta 12950  
Telepon (021) 4247608 (*Hunting*) Faksimile (021) 4207807



Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
3. Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan  
di seluruh Indonesia

**SURAT EDARAN**

HK.02.01// *2007* /2021

**TENTANG**

**VAKSINASI COVID-19 BAGI IBU HAMIL**

**DAN PENYESUAIAN SKRINING DALAM PELAKSANAAN VAKSINASI COVID-19**

Perkembangan kasus COVID-19 menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan kasus ibu hamil terkonfirmasi COVID-19 di sejumlah kota besar di Indonesia dalam keadaan berat (*severe case*). Wanita hamil memiliki peningkatan risiko menjadi berat apabila terinfeksi COVID-19, khususnya pada wanita hamil dengan kondisi medis tertentu. Dengan mempertimbangkan semakin tingginya jumlah ibu hamil yang terinfeksi COVID-19 dan tingginya risiko bagi ibu hamil apabila terinfeksi COVID-19 menjadi berat dan berdampak pada kehamilan dan bayinya, maka diperlukan upaya untuk memberikan vaksinasi COVID-19 bagi ibu hamil. Upaya pemberian vaksinasi COVID-19 bagi ibu hamil tersebut juga telah direkomendasikan oleh Komite Penasihat Ahli Imunisasi Nasional (ITAGI).

Selain sasaran ibu hamil, dalam rangka upaya pencegahan penyebaran COVID-19 pemerintah juga menetapkan sasaran anak usia 12-17 tahun sebagai sasaran penerima vaksinasi COVID-19 berdasarkan rekomendasi ITAGI. Untuk itu guna efektivitas pelaksanaan vaksinasi COVID-19 baik bagi sasaran ibu hamil, anak usia 12-17 tahun, maupun sasaran lainnya diperlukan penjelasan terhadap pelaksanaan skrining/penapisan terhadap status kesehatan sasaran sebelum dilakukan pemberian vaksinasi, sebagai salah satu prinsip dalam pelaksanaan pelayanan vaksinasi COVID-19.

Surat Edaran ini dimaksudkan untuk meningkatkan dukungan dan kerja sama pemerintah daerah, fasilitas pelayanan kesehatan, masyarakat, dan para pemangku kepentingan terkait dalam pelaksanaan vaksinasi COVID-19, termasuk pelaksanaan skrining/penapisan, baik bagi sasaran ibu hamil, anak usia 12-17 tahun, maupun sasaran lainnya.

Mengingat ketentuan:

1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3237);

2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4723);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 128, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6236);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
6. Peraturan Presiden Nomor 99 Tahun 2020 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam rangka Penanggulangan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 227) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 50 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 99 Tahun 2020 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam rangka Penanggulangan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 129);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 172) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 775);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/4638/2021 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19.

Sehubungan dengan hal tersebut, dengan ini disampaikan kepada seluruh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan vaksinasi COVID-19, hal-hal sebagai berikut:

1. Mulai tanggal 2 Agustus 2021 dapat dimulai pemberian vaksinasi COVID-19 bagi ibu hamil dengan prioritas pada daerah risiko tinggi. Vaksin yang dapat digunakan untuk ibu hamil ini adalah vaksin COVID-19 platform mRNA Pfizer dan Moderna, dan vaksin *platform inactivated* Sinovac, sesuai ketersediaan. Pemberian dosis ke-1 vaksinasi COVID-19 tersebut dimulai pada trimester kedua kehamilan, dan untuk pemberian dosis ke-2 dilakukan sesuai dengan interval dari jenis vaksin.
2. 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 1).
3. Vaksinasi COVID-19 bagi anak usia 12-17 tahun dengan menggunakan vaksin Sinovac dan pelaksanaan vaksinasinya dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan

dan atau di pos pelayanan vaksinasi COVID-19. Pos pelayanan vaksinasi COVID-19 dapat didirikan di sekolah/madrasah/pesantren. Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 bagi anak usia 12-17 tahun menggunakan format skrining pada kartu kendali bagi anak (sesuai lampiran 2).

4. Sehubungan dengan pelaksanaan vaksinasi ibu hamil dan anak usia 12-17 tahun dengan format skrining terpisah yang sebelumnya menggunakan format skrining usia 18 tahun ke atas maka pelaksanaan skrining bagi usia 18 tahun ke atas dilakukan penyesuaian dan menggunakan format skrining pada kartu kendali (sesuai lampiran 3).

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Ditetapkan di Jakarta

pada tanggal 2 Agustus 2021

PIL. DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN  
DAN PENGENDALIAN PENYAKIT



MAXI REIN RONDONUWU

Tembusan:

1. Menteri Kesehatan
2. Menteri Dalam Negeri
3. Panglima Tentara Nasional Republik Indonesia
4. Kepala Kepolisian Republik Indonesia
5. Kepala BKKBN
6. Gubernur seluruh Indonesia
7. Bupati/Walikota seluruh Indonesia

## 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)

SKRINING			
No	Pemeriksaan	Hasil	Tindak Lanjut
1.	Suhu		Suhu > 37,5 °C vaksinasi ditunda sampai suhu normal
2.	Tekanan Darah		Jika tekanan darah >140/90 mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian  Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda (Lihat pertanyaan nomor 4)
3	Berapa usia kehamilan Anda? a. Trimester 1 (sd 13 minggu) b. Trimester 2 (14 sd 28 minggu) c. Trimester 3 (29 minggu s.d aterm)		Jika kurang dari 13 minggu vaksinasi ditunda
4.	Apakah ibu memiliki keluhan dan tanda preeklampsia - Kaki bengkak - Sakit kepala - Nyeri ulu hati - Pandangan kabur - Tekanan darah >140/90 mmHg		Jika ada keluhan tersebut maka vaksinasi ditunda dan dirujuk ke RS
5.	<b>Pertanyaan untuk vaksinasi ke-1</b> Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksin?  <b>Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2</b>		Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk ke RS  Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2

	Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			
6.	Apakah Anda mempunyai penyakit penyerta, seperti a. Jantung b. DM c. Asma d. Penyakit paru e. HIV f. Hipertiroid/Hipotiroid g. Penyakit ginjal kronik h. Penyakit hati			Jika dalam kondisi terkontrol dan tidak ada komplikasi akut maka vaksin dapat diberikan
7.	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti lupus			Jika dalam kondisi terkontrol dan tidak ada komplikasi akut maka vaksin dapat diberikan
8	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
9.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupresant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
10.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?			Jika Ya : vaksinasi ditunda sampai 3 (tiga) bulan setelah sembuh
<b>HASIL SKRINING :</b> <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN				Paraf petugas:
<b>HASIL VAKSINASI</b>				
Jenis Vaksin:				Paraf petugas:
No. Batch:				
Tanggal vaksinasi:				
Jam Vaksinasi:				

### C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

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

**KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19  
UNTUK ANAK**

**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)**

SKRINING			
No	Pemeriksaan	Hasil	Tindak Lanjut
1	Suhu		Suhu > 37,5 °C vaksinasi ditunda sampai sasaran sembuh
2	Tekanan Darah		Jika tekanan darah >140/100 mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda dan dirujuk
	<b>Pertanyaan</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
1	Apakah anak mendapat vaksin lain kurang dari 1 bulan sebelumnya?		Jika Ya, vaksinasi ditunda
2	Apakah anak pernah sakit COVID-19?		Jika Ya, vaksinasi ditunda sampai 3 bulan setelah sembuh
3	Apakah dalam keluarga terdapat kontak dengan pasien COVID-19?		Jika ada kontak tunda 2 minggu
4	Apakah dalam 7 hari terakhir anak menderita demam atau batuk pilek atau nyeri menelan atau muntah atau diare?		Jika Ya, vaksinasi ditunda, dianjurkan untuk berobat.
5	Apakah dalam 7 hari terakhir anak perlu perawatan di RS atau menderita kedaruratan medis seperti sesak napas, kejang, tidak sadar, berdebar-debar, perdarahan, hipertensi, tremor hebat?		Jika Ya, vaksinasi ditunda, dianjurkan untuk berobat

6	Apakah anak sedang menderita gangguan imunitas (hiperimun: auto imun, alergi berat dan defisiensi imun: gizi buruk, HIV berat, keganasan)?		Jika Ya, vaksinasi ditunda, sampai dinyatakan boleh oleh dokter yang merawat
7	Apakah saat ini anak sedang menjalani pengobatan immunosupresan jangka panjang (steroid lebih dari 2 minggu, sitostatika)?		Jika Ya, vaksinasi ditunda, sampai dinyatakan boleh oleh dokter yang merawat
8	Apakah anak mempunyai riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak, urtikaria di seluruh tubuh atau gejala syok anafilaksis (tidak sadar) setelah vaksinasi sebelumnya?		Jika Ya, vaksinasi di rumah sakit
9	Apakah anak penyandang penyakit hemofilia/kelainan pembekuan darah?		Jika Ya, vaksinasi di rumah sakit
<b>HASIL SKRINING :</b>			Paraf petugas:
<input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN			
<b>HASIL VAKSINASI</b>			
Jenis Vaksin:		Paraf petugas:	
No. Batch:			
Tanggal vaksinasi:			
Jam Vaksinasi:			

**C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI**

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

## KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

### 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)

SKRINING				
No	Pemeriksaan	Hasil		Tindak Lanjut
1	Suhu			Suhu > 37,5 °C <b>vaksinasi ditunda</b> 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 vaksinasi <b>ditunda</b> sampai terkontrol
	Pertanyaan	Ya	Tidak	
1	<b>Pertanyaan untuk vaksinasi ke-1</b> 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
	<b>Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2</b> Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2
2	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti lupus.			Jika Ya, maka vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkontrol
3	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
4	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupresant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
5	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat atau asma dalam keadaan sesak?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
6	Apakah Anda pernah terkonfirmasi			Jika Ya : vaksinasi ditunda sampai 3

	menderita COVID-19?				(tiga) bulan setelah sembuh
<b>Pertanyaan Nomor 7 dilanjutkan apabila terdapat penilaian kelemahan fisik pada sasaran vaksinasi.</b>					
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
					Paraf petugas:
<b>HASIL SKRINING :</b>					
<input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN					
<b>HASIL VAKSINASI</b>					
Jenis Vaksin:					Paraf petugas:
No. Batch:					
Tanggal vaksinasi:					
Jam Vaksinasi:					

### C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

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