

FORMAT SCREENING IBU HAMIL VAKSINASI MODERNA

No. Dokumen
100/SPO/YANMED/RS
PMC/VIII-21

No. Revisi
00

Halaman
1 / 5

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit
10 Agustus 2021

Ditetapkan
Direktur Rumah Sakit
Pamanukan Medical Center

dr. Erythrina M. MMRS
NIK. 15.10.18.0062

PENGERTIAN

Format skrining vaksinasi COVID-19 adalah proses pemisahan, penyaringan, atau penilaian kondisi seseorang

TUJUAN

Digunakan untuk kriteria tertentu yang hasilnya digunakan untuk menentukan apakah seseorang tersebut dapat diberikan vaksin atau ditunda berdasarkan kategori

KEBIJAKAN

Keputusan Direktur Rumah Sakit Pamanukan Medical Center Nomor 538/SK/DIR/RS PMC/VII-19 Tentang Pedoman Pelayanan Medis di RS Pamanukan Medical Center

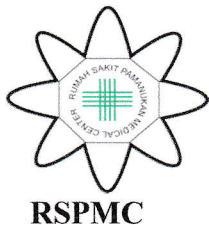
PROSEDUR

A. Meja Registrasi

1. Petugas melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan dengan 6 langkah
2. Petugas menggunakan APD level 2 selama pandemi
3. Petugas melakukan identifikasi pasien dan mencatat data sebagai berikut :
 - a. Nama
 - b. NIK
 - c. Tanggal Lahir
 - d. No Hp
 - e. Alamat
 - f. Vaksin yang diberikan pada dosis 1
4. Petugas melakukan paraf pada kolom kanan sebagai verifikator data

B. Meja 1 (Skrining dan Vaksinasi)

1. Petugas melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
2. Petugas melakukan cek ulang verifikasi data agar memperhatikan SKP Rumah Sakit



RSPMC

FORMAT SCREENING IBU HAMIL VAKSINASI MODERNA

No. Dokumen

100/SPO/YANMED/RS
PMC/VIII-21

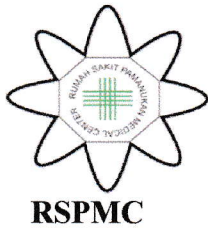
No. Revisi

00

Halaman

2 / 5

3. Petugas mengecek suhu tubuh pasien dengan termometer
(**Suhu $>37,5^{\circ}\text{C}$ vaksinasi di tunda sampai suhu normal**)
4. Petugas mengecek tekanan darah
(**Jika tekanan darah $>140/90$ mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian jika masih tinggi maka vaksinasi di tunda (lihat pertanyaan no 4 pada kartu kendali)**)
5. Petugas bertanya usia kehamilan pasien (**Jika kurang dari 13 minggu vaksinasi ditunda**)
 - a. Trimester 1 (s/d 13 minggu)
 - b. Trimester 2 (14 s/d 28 minggu)
 - c. Trimester 3 (29 minggu s/d aterm)
6. Apakah ibu memiliki keluhan dan tanda preeklampsia (**Jika ada keluhan tersebut maka vaksinasi ditunda dan minta rekomendasi POGI**)
 - a. Kaki bengkak
 - b. Sakit Kepala
 - c. Nyeri ulu hati
 - d. Pandangan kabur
 - e. Tekanan darah $> 140/90$ mmHg
7. 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 ditunda**)
8. Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2
Apakah memiliki riwayat alergi berat setelah di vaksinasi COVID-19 sebelumnya ?
(**Jika ya : merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2**)
9. Pertanyaan selanjutnya Apakah mempunyai penyakit penyerta : (**Jika**



FORMAT SCREENING IBU HAMIL VAKSINASI MODERNA

No. Dokumen
100/SPO/YANMED/RS
PMC/VIII-21

No. Revisi
00

Halaman
3 / 5

dalam kondisi terkontrol dan tidak ada komplikasi akut maka vaksin dapat diberikan)

- a. Jantung
- b. DM
- c. Asma
- d. Penyakit paru
- e. HIV
- f. Hipertiroid/Hipotiroid
- g. Penyakit Ginjal Kronik
- h. Penyakit Hati

10. Apakah mengidap penyakit autoimun seperti lupus

(Jika dalam kondisi terkontrol dan tidak ada komplikasi akut maka vaksinasi dapat diberikan)

11. Apakah sedang mendapatkan pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerimaan produk darah/transfusi ?

(Jika iya maka vaksinasi ditunda)

12. Apakah anda sedang mendapatkan immunosupresant seperti kortikosteroid dan kemoterapi ?

(Jika iya maka vaksinasi ditunda)

13. Apakah pernah terkonfirmasi menderita COVID-19 ?

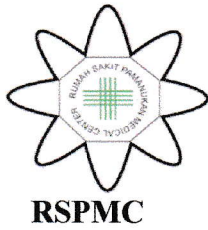
(Jika iya : vaksinasi ditunda sampai 3(tiga) bulan setelah sembuh)

14. Petugas memberikan tanda ceklis dari hasil skrining :

- ☐ LANJUT VAKSIN
- ☐ TUNDA
- ☐ TIDAK DIBERIKAN

15. Petugas melakukan pencatatan hasil vaksinasi

- Jenis Vaksin :

**FORMAT SCREENING IBU HAMIL VAKSINASI MODERNA**

No. Dokumen
100/SPO/YANMED/RS
PMC/VIII-21

No. Revisi
00

Halaman
4 / 5

- No Batch :
- Tanggal Vaksinasi :
- Jam Vaksinasi :

C. Meja 2 Pencatatan dan Observasi setelah 15 menit – 30 menit :

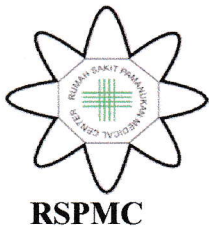
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Tanpa Keluhan

Ada Keluhan, Sebutkan keluhan jika ada.....

UNIT TERKAIT

1. Dokter
2. Poliklinik



FORMAT SCREENING IBU HAMIL VAKSINASI MODERNA

No. Dokumen
100/SPO/YANMED/RS
PMC/VIII-21

No. Revisi
00

Halaman
5 / 5

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.	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 ditunda dan dirujuk ke RS

Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?		Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2
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
HASIL SKRINING : <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN		Paraf petugas:
HASIL VAKSINASI		
Jenis Vaksin:		Paraf petugas:
No. Batch:		
Tanggal vaksinasi:		
Jam Vaksinasi:		

C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

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