



**BUKU PANDUAN**

**PELAKSANAAN  
PROGRAM PELALIAN  
HPV KEBANGSAAN  
UNTUK  
paramedik**



Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia



# Kandungan

---

muka  
surat

<b>Pendahuluan</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Pengenalan</b> .....	<b>2</b>
1.1 Pelalian Vaksin dan Kanser Serviks .....	2
1.2 Vaksin HPV .....	2
1.3 Dos Pelalian .....	2
1.4 Jadual Pelalian .....	2
1.5 Kumpulan Sasar .....	3
1.6 Syarat .....	3
1.7 Kontraindikasi .....	3
<b>2. Senarai Semak Pelaksanaan Aktiviti Pelalian HPV Di Sekolah Dan Klinik Kesihatan</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV</b> .....	<b>6</b>
Jadual 3.1: Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV di Sekolah .....	6
Rajah 3.1 : Carta Alir Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV di Sekolah .....	10
Jadual 3.2: Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV di Klinik Kesihatan .....	11
Rajah 3.2 : Carta Alir Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV di Klinik Kesihatan .....	13
<b>4. Kesan Sampingan Selepas Pelalian (KSSP/AEFI) HPV</b> .....	<b>17</b>
Jadual 4.1: Proses Pengendalian Kesan Sampingan Selepas Pelalian (KSSP/AEFI) HPV .....	17
Rajah 4.1 : Carta Alir Pengendalian Kejadian Advers Berikutan Pelalian .....	30

<b>5.</b>	<b>Pelaporan Kesan Sampingan Selepas Pelalian (KSSP/AEFI) HPV</b> .....	<b>31</b>
	Lampiran 1 : Borang Pemantauan Kesan Sampingan Ringan Selepas Pelalian .....	32
	Lampiran 2 : Notifikasi Kesan Sampingan Yang Serius <b>1 jam pertama</b> .....	33
	Lampiran 3 : Report on Suspected Adverse Drug Reactions .....	34
	Panduan Mengisi Borang Report On Suspected Adverse Drug Reactions .....	35
	Lampiran 4 : Borang Penyiasatan Kejadian KSSP (AEFI) .....	38
	Panduan Mengisi Borang Penyiasatan Kejadian KSSP (AEFI) .....	40
	Lampiran 5 : Rujukan Kepada Pakar Perubatan Samada Pelajar Boleh Diberi Pelalian HPV .....	45
<b>6.</b>	<b>Fakta Mengenai HPV, Jangkitan dan Vaksin</b> .....	<b>46</b>
<b>7.</b>	<b>Rujukan</b> .....	<b>55</b>
<b>8.</b>	<b>Penghargaan</b> .....	<b>56</b>

## PENDAHULUAN

Buku panduan pelaksanaan program pelalian human papilloma virus (HPV) di bentuk sebagai bahan rujukan kepada anggota kejururawatan dan penolong pegawai perubatan dalam melaksanakan Program Kebangsaan Pelalian HPV di lapangan, termasuk pengendalian kesan sampingan selepas pelalian (KSSP) atau adverse event following immunisation (AEFI). Ianya perlu digunakan sebagai komplemen kepada buku pelan tindakan yang mengandungi perincian pelaksanaan pelalian HPV.

Terdapat beberapa borang penting dalam buku panduan ini yang berkaitan dengan pelaporan kesan sampingan untuk digunakan sebagai rujukan anggota di lapangan.

Selain itu buku kecil ini juga dilengkapi dengan fakta-fakta mengenai pelalian HPV bagi membantu anggota kejururawatan menjawab kemusykilan yang di kemukakan oleh masyarakat awam, ibu bapa, guru dan murid-murid semasa bertugas di lapangan.

Justeru, buku ini terbahagi kepada 5 bahagian yang mengandungi perkara-perkara berikut:

- i. Maklumat ringkas mengenai pelalian HPV
- ii. Senarai semak pelaksanaan aktiviti pelalian HPV di sekolah dan klinik kesihatan
- iii. Proses kerja dan carta alir pemberian pelalian HPV di sekolah dan klinik kesihatan
- iv. Kesan sampingan selepas pelalian (KSSP) dan pengendaliannya termasuk cara pelaporan dan borang-borang berkaitan
- v. Fakta mengenai HPV, jangkitan dan vaksin

### 1.1 Pelalian HPV dan Kanser Serviks

Kanser serviks adalah kanser yang ketiga tertinggi di kalangan wanita di Malaysia. Dianggarkan 1,500 kes baru dikesan setiap tahun dengan kadar insiden 12.2 kes bagi setiap 100,000 penduduk wanita dan kadar ini meningkat di kalangan wanita berusia melebihi 30 tahun (National Cancer Registry, Malaysia Cancer Statistics, Data and Figure, Peninsular Malaysia 2006). Pada tahun 2005, Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) melaporkan 99.0% kanser serviks adalah berkait rapat dengan jangkitan HPV. Saringan pap smear adalah satu pendekatan yang efektif bagi mengesan kanser serviks. Walau bagaimana pun penemuan vaksin HPV telah memberi pendekatan baru dalam pencegahan dan pengawalan kanser serviks.

### 1.2 Vaksin HPV

Vaksin HPV mengandungi protin dari lapisan luar virus HPV. Protin ini membentuk sfera-sfera kecil yang dikenali sebagai virus-like particle (VLP).

### 1.3 Dos Pelalian

Satu dos vaksin HPV adalah sebanyak 0.5ml dan diberi melalui suntikan intramuskular di bahagian atas lengan.

### 1.4 Jadual Pelalian

Bagi mendapatkan perlindungan yang optima, vaksin HPV perlu diberi dalam 3 dos mengikut jadual seperti berikut:

Dos	Jadual Pelalian
<b>Pertama</b>	0 bulan
<b>Kedua</b>	1 bulan selepas dos pertama
<b>Ketiga</b>	6 bulan selepas dos pertama

## **1.5 Kumpulan Sasar**

Kumpulan sasar bagi Program Kebangsaan Pelalian HPV adalah :

- i. Pelajar perempuan yang bersekolah dalam Tingkatan 1 tanpa mengira usia sebenar dan status kewarganegaraan.
- ii. Remaja perempuan warganegara yang tidak bersekolah berusia 13 tahun.

## **1.6 Syarat:**

Mempunyai kebenaran bertulis daripada ibu bapa/penjaga

## **1.7 Kontraindikasi**

Kontraindikasi terhadap pelalian HPV adalah

- i. Sejarah alahan yang teruk.
- ii. Sejarah penyakit sawan.
- iii. Sejarah pengsan selepas menerima pelalian.

Bil.	Perkara
1.	Surat permohonan lawatan ke sekolah
2.	Jadual lawatan ke sekolah
3.	Surat jawapan daripada sekolah
4.	Senarai enrolmen murid (KSK 101/HPV)
5.	Borang Kebenaran Suntikan Pelialian HPV
6.	Kad Pelialian HPV
7.	Borang notifikasi awal kes KSSP (AEFI) serius (1 jam pertama)
8.	Borang siasatan kejadian KSSP (AEFI)
9.	<i>Report On Suspected Adverse Drug Reactions, National Centre For Adverse Drug Reactions Monitoring</i>
10.	Borang rujukan kepada Pakar Perubatan/ Pegawai Perubatan samada pelajar boleh diberi pelialian HPV
11.	Kotak sejuk
12.	Pek ais
13.	<i>Dial thermometer</i>
14.	Vaksin HPV secukupnya
15.	<i>Sharp bins</i>
16.	<i>Tray suntikan dengan penutup</i>
17.	<i>3 gallipots</i>
18.	<i>1 kidney dish</i>
19.	<i>2 dissecting forceps</i>
20.	<i>Gauze yang steril</i>
21.	<i>Dressing set</i>
22.	Sarung tangan pakai buang

Bil.	Perkara
23.	Kapas
24.	<i>Alcohol swab</i>
25.	<i>Dressing towel/ kertas crepe</i>
26.	Beg kuning
27.	Beg domestik (beg hitam)
28.	Peti kecemasan ( <i>first aid kit</i> ) yang mengandungi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Bandages (triangular/crepe)</i></li> <li>b. <i>Elastoplas</i></li> <li>c. <i>Tongue depressor</i></li> <li>d. <i>Losyen Flavin</i></li> <li>e. <i>Dressing scissors</i></li> <li>f. <i>Sphygmomanometer (BP set)</i></li> <li>g. <i>Stethoscope</i></li> <li>h. <i>Thermometer</i></li> <li>i. <i>Tablet Paracetamol 500 mg</i></li> <li>j. <i>Losyen Calamine</i></li> </ol>
29.	Peralatan untuk <i>intravenous line</i> terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>IV drip set</i></li> <li>b. <i>0.9% Normal saline</i></li> <li>c. <i>16 G branula (green)</i></li> <li>d. <i>Micropore</i></li> <li>e. <i>Tournique</i></li> </ol>

Jadual 3.1 Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV di Sekolah

Bil	Perkara	Penerangan / Proses Kerja	Pegawai Bertanggungjawab	Bahan Rujukan
<b>1</b>	<b>PROSES KERJA PRA LAWATAN SEKOLAH</b>			
1.1	Senarai sekolah dan nama murid menggunakan borang KSK 101/HPV.	i. Dapatkan senarai nama sekolah, alamat, no. telefon dan emel sekolah. ii. Mohon pihak sekolah merekod maklumat pelajar perempuan dan nombor kad pengenalan ke dalam buku rekod daftar KSK 101/HPV.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jururawat Kesihatan Sekolah/ Pasukan Pelalian HPV</li> <li>Pihak Pengurusan Sekolah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Borang KSK 101/HPV</li> <li>Senarai enrolmen murid perempuan mengikut kelas</li> </ul>
1.2	Jadual lawatan sekolah untuk pelalian HPV	i. Semak takwim sekolah ii. Sediakan jadual untuk ketiga-tiga dos pelalian HPV mengikut sekolah iii. Hantar surat permohonan untuk memberi pelalian HPV mengikut jadual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jururawat Kesihatan Sekolah/ Pasukan Pelalian HPV</li> <li>Pihak Pengurusan Sekolah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Takwim sekolah</li> <li>Jadual Lawatan</li> <li>Surat permohonan</li> </ul>
1.3	Kebenaran Pelalian HPV daripada ibu bapa/penjaga dan maklumat pelalian HPV.	i. Hantar borang kebenaran dan risalah melalui sekolah selepas-lewatnya <b>2 minggu</b> sebelum tarikh lawatan ke sekolah. ii. Dapatkan semula borang kebenaran semasa lawatan ke sekolah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jururawat Kesihatan Sekolah/ Pasukan Pelalian HPV</li> <li>Pihak Pengurusan Sekolah Ibu bapa/penjaga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Borang kebenaran Pelalian HPV</li> <li>Risalah Pelalian HPV</li> </ul>
<b>2</b>	<b>PROSES KERJA SEMASA LAWATAN KE SEKOLAH</b>			
2.1	Maklum dan mohon kerjasama pihak pengurusan sekolah untuk jalankan pelalian	i. Maklum kepada pengetua atau pengurusan sekolah mengenai <ul style="list-style-type: none"> <li>Tujuan lawatan,</li> <li>Keperluan bilik untuk suntikan</li> <li>Perlunya guru pengiring bagi setiap kelas</li> </ul> ii. Mohon pihak pengurusan sekolah: <ul style="list-style-type: none"> <li>Menyediakan bilik untuk pelalian</li> <li>Menyediakan dan menguruskan pelajar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jururawat Kesihatan Sekolah/ Pasukan Pelalian HPV</li> <li>Pihak Pengurusan Sekolah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Borang kebenaran</li> <li>Enrolment pelajar</li> </ul>

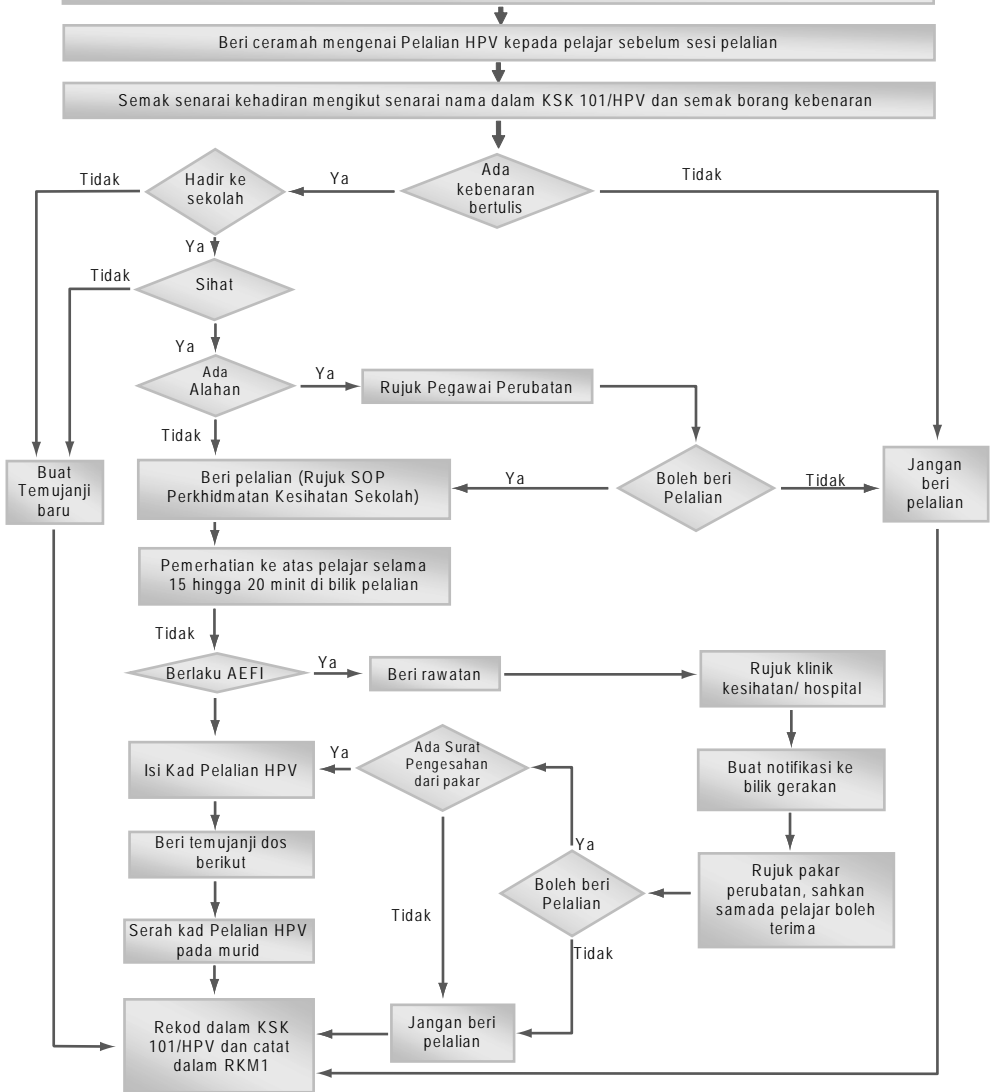
Bil	Perkara	Penerangan / Proses Kerja	Pegawai Bertanggungjawab	Bahan Rujukan
2.2	Pendidikan kesihatan berkaitan Pelalian HPV kepada pelajar HPV kepada pelajar sebelum sesi pelalian.	i. Beri ceramah mengenai pelalian HPV kepada murid-murid mengikut kelas merangkumi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apa itu kanser serviks</li> <li>- Kaitan di antara kanser serviks dan jangkitan HPV</li> <li>- Tujuan, kaedah pemberian dan jadual pelalian HPV</li> <li>- Kontraindikasi pelalian HPV</li> <li>- Kesan sampingan selepas suntikan</li> <li>- Nasihat untuk mendapatkan rawatan dan laporkan segera ke klinik kesihatan yang berdekatan sekiranya berlaku sebarang kesan sampingan</li> <li>- Ingatkan pelajar supaya menyimpan dan membawa kad pelalian HPV dan borang pemantauan kesan sampingan semasa sesi pelalian seterusnya dan jika mendapatkan rawatan di klinik kesihatan</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alat pandang dengar</li> <li>• Bahan pendidikan kesihatan yang berkaitan.</li> <li>• KSK 101/HPV</li> <li>• Reten PKK 201</li> </ul>
2.3	Senarai kehadiran mengikut senarai nama dan Borang Kebenaran Suntikan Pelalian HPV.	i. Semak senarai nama murid dan borang kebenaran ii. Sekiranya ada tambahan pelajar baru, tambah bilangan enrolmen iii. Sekiranya ada murid bertukar sekolah, tolak bilangan murid dari enrolmen sekolah. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kenalpasti murid tidak mendapat persetujuan bertulis ibu bapa</li> <li>- Tidak hadir semasa sesi lawatan</li> <li>- Borang kebenaran yang tidak ditandatangani ibu bapa / penjaga</li> </ul> iii. Buat ltindak susul	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jururawat Kesihatan Sekolah/Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pihak Pengurusan Sekolah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KSK 101/HPV</li> <li>• Borang kebenaran Suntikan Imunisasi HPV</li> </ul>

Bil	Perkara	Penerangan / Proses Kerja	Pegawai Bertanggungjawab	Bahan Rujukan
2.4	Borang Kebenaran Suntikan Pelalian HPV yang tidak ditandatangani	<p>i. Dapatkan sebab kenapa borang tidak ditandatangani dari murid. Sekiranya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu bapa tidak bersetuju – serah borang kebenaran kepada murid untuk ditandatangani oleh ibu bapa di ruangan tidak bersetuju.</li> <li>- Borang tidak diberi kepada ibu bapa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hubungi ibu bapa pelajar untuk beri penerangan yang berkaitan</li> <li>• Serah borang kebenaran untuk di tandatani semula dan beri temujanji baru untuk pelalian.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jururawat Kesihatan Sekolah/ Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pelajar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borang Kebenaran Suntikan Imunisasi HPV</li> </ul>
2.5	Kenalpasti pelajar samada layak atau tidak layak untuk diberi pelalian HPV	<p>i. Pelajar yang mempunyai sejarah AEFI serius/status kesihatan yang tidak pasti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tangguh pelalian</li> <li>- Rujuk dengan menggunakan borang Rujukan HPV kepada Pakar Perubatan Keluarga atau Pegawai Perubatan</li> </ul> <p>ii. Pelajar yang sakit pada hari lawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tangguh pelalian</li> <li>- Beri temujanji baru di sekolah atau pusat program pelalian HPV</li> </ul> <p>iii. Bagi pelajar yang bermasalah, dapatkan maklumbalas status kelayakan untuk menerima pelalian daripada Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Keluarga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jururawat Kesihatan Sekolah/ Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pakar Perubatan Keluarga/Pegawai Perubatan</li> <li>• Ibu bapa/penjaga</li> <li>• Pelajar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borang Rujukan kepada Pakar Perubatan Keluarga / Pegawai Perubatan</li> </ul>
2.6	Pemberian pelalian HPV	<p>i. Rujuk Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV di sekolah</p> <p>ii. Pastikan selepas pelalian diberi, perhatikan dan nasihatkan pelajar berehat selama 15 - 20 minit.</p> <p>iii. Selepas 15 - 20 minit, pelajar pulang ke kelas jika tiada masalah / kesan sampingan</p> <p>iv. Isikan kad Pelalian HPV dan berikan kepada pelajar</p> <p>v. Nasihat pelajar mengenai AEFI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jururawat Kesihatan Sekolah/ Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pelajar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proses kerja Pemberian Pelalian HPV di sekolah</li> <li>• KSK 101/HPV</li> <li>• Buku RKM1</li> </ul>

Bil	Perkara	Penerangan / Proses Kerja	Pegawai Bertanggungjawab	Bahan Rujukan
2.7	Dokumentasi selepas pemberian pelalian	Catat penerimaan pelalian dalam RKM 1 dan Borang KSK 101/HPV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jururawat Kesihatan Sekolah/ Pasukan Pelalian HPV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Borang KSK101/HPV</li> <li>RKM1</li> </ul>
2.8	Sesi lawatan untuk pelalian HPV dos ke 2 dan dos ke 3	<p>i. Untuk sesi pelalian dos ke 2 dan dos ke 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dapatkan maklumat mengenai AEFI menggunakan borang Pemantauan Kesan Sampingan</li> </ul> <p>ii. Ulangi perkara seperti di atas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jururawat Kesihatan Sekolah/ Pasukan Pelalian HPV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV di sekolah</li> <li>Borang KSK101/HPV</li> <li>Buku RKM1</li> </ul>
2.9	Menangani KSSP (AEFI)	<p>i. Sekiranya berlaku KSSP (AEFI) serius (contoh seperti pengsan, sesak nafas, ruam seluruh badan):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rujuk prosedur pengendalian KSSP (AEFI)</li> <li>Telefon klinik kesihatan yang berdekatan untuk bantuan rawatan kecemasan</li> </ul> <p>ii. Laporkan kepada Bilik Gerakan Daerah dalam <b>tempoh 1 jam</b> melalui telefon (rujuk senarai semak untuk pelaporan kes KSSP (AEFI) 1 jam pertama)</p> <p>iii. Dalam tempoh 24 jam pertama buat laporan menggunakan borang ADR dan hantar ke Bilik Gerakan Daerah</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jururawat Kesihatan Sekolah/ Pasukan Pelalian HPV</li> <li>Pegawai Perubatan</li> <li>Pakar Perubatan Keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proses Pengendalian AEFI</li> <li>Carta Alir Pengendalian AEFI</li> <li>Carta Alir Pelaporan AEFI</li> <li>Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan (ADR)</li> </ul>

### Rajah 3.1: Carta Alir Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV di Sekolah

- Mohon pihak sekolah isikan senarai nama murid menggunakan borang KSK 101/HPV.
- Edarkan borang kebenaran untuk Pelalian HPV kepada ibu bapa melalui sekolah selewat-lewatnya 2 minggu sebelum lawatan ke sekolah dibuat

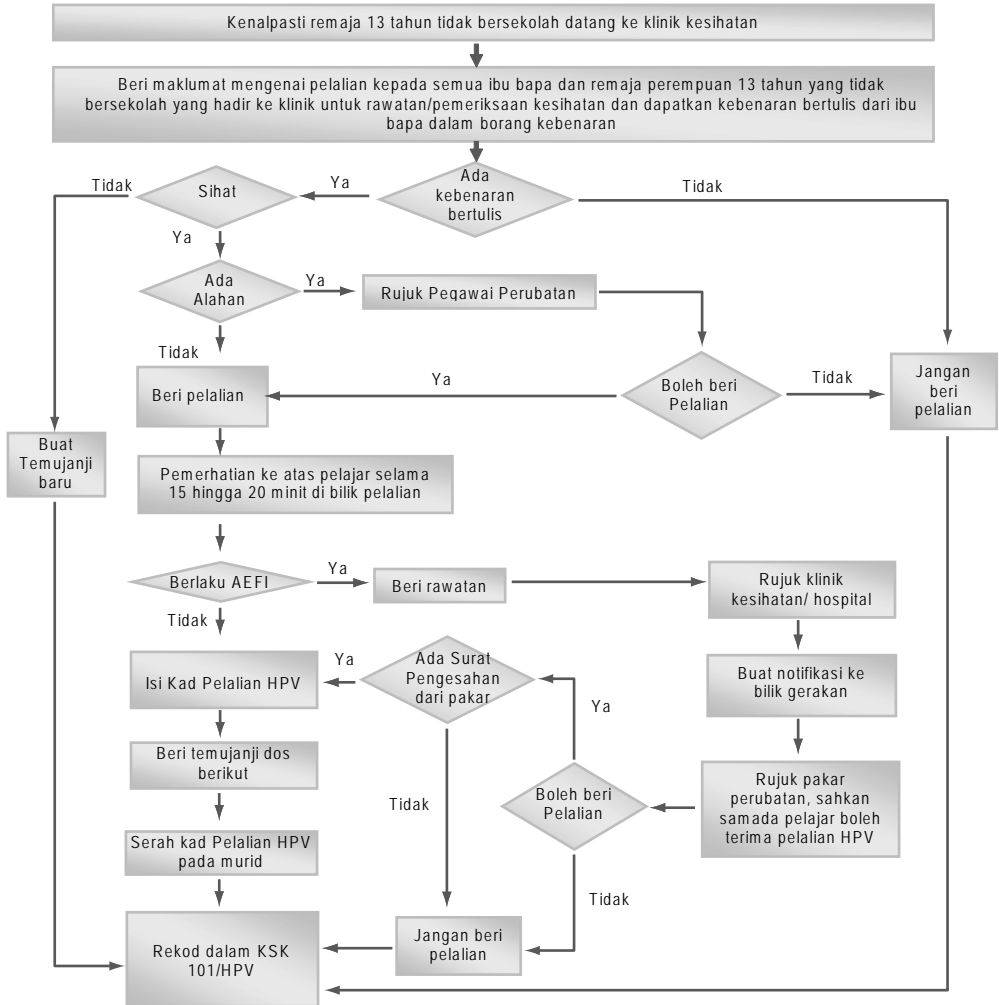


### Jadual 3.2 Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV di Klinik Kesihatan

Bil	Perkara	Penerangan / Proses Kerja	Pegawai Bertanggungjawab	Bahan Rujukan
1	Remaja 13 tahun, warganegara dan tidak bersekolah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Kenalpasti remaja 13 tahun, warganegara dan tidak bersekolah untuk datang ke Klinik Kesihatan samada bersama / tanpa ibu bapa / penjaga</li> <li>ii. Beri pendidikan kesihatan berkenaan dengan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apa itu kanser serviks</li> <li>- Kaitan di antara kanser serviks dan jangkitan HPV</li> <li>- Tujuan, kaedah pemberian dan jadual pelalian HPV</li> <li>- Kontraindikasi terhadap pelalian</li> <li>- Kesan sampingan selepas pelalian</li> </ul> </li> <li>iii. Nasihat untuk mendapatkan rawatan dan laporkan segera ke klinik kesihatan yang berdekatan sekiranya berlaku sebarang kesan sampingan</li> <li>iv. Ingatkan remaja supaya menyimpan dan membawa kad pelalian HPV bersama borang pemantauan kesan sampingan semasa sesi pelalian seterusnya</li> <li>v. Beri borang kebenaran pelalian HPV</li> <li>vi. Dapatkan kebenaran bertulis daripada ibu bapa/penjaga</li> <li>vii. Daftarkan nama remaja dalam borang KSK101/HPV beserta alamat rumah dan nombor talipon.</li> <li>viii. Beri temujanji untuk datang ke klinik untuk pelalian HPV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegawai Kesihatan Daerah</li> <li>• Ketua Jururawat Pusat Program Pelalian HPV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borang Kebenaran Pelalian HPV</li> <li>• Risalah HPV</li> <li>• Borang KSK 101/HPV</li> </ul>
2	Pemberian Pelalian HPV	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Semak borang kebenaran Pelalian HPV telah ditandatangani</li> <li>ii. Pastikan remaja tiada kontraindikasi dan sihat untuk diberi pelalian</li> <li>iii. Beri Pelalian HPV</li> <li>iv. Lengkapkan kad Pelalian dan beri kepada remaja</li> <li>v. Catat pemberian pelalian di borang KSK 101/HPV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jururawat di Pusat Program Pelalian HPV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borang Kebenaran Pelalian HPV</li> <li>• Borang KSK 101/HPV</li> <li>• Kad Pelalian HPV</li> <li>• Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV</li> </ul>

Bil	Perkara	Penerangan / Proses Kerja	Pegawai Bertanggungjawab	Bahan Rujukan
		vi. Ingatkan remaja membawa Kad Pelalian pada setiap sesi pelalian seta borang Pemantauan Kesan Sampingan yang diberikan vii. Beri nasihat mengenai KSSP (AEFI) iii. Beri temujanji untuk suntikan dos ke 2		
3	Kejadian KSSP (AEFI)	i. Sekiranya berlaku AEFI serius (contoh seperti pengsan, sesak nafas, ruam seluruh badan): ii. Rujuk prosedur pengendalian AEFI (Proses Kerja 5.3) iii. Beri bantuan rawatan kecemasan iv. Rujuk ke klinik kesihatan dengan Pakar Perubatan Keluarga/Pegawai Perubatan atau hospital sekiranya perlu v. Notifikasi kes kepada Bilik Gerakan Daerah dalam <b>tempoh 1 jam</b> melalui telefon (rujuk senarai semak untuk pelaporan kes AEFI 1 jam pertama) vi. Dalam tempoh <b>24 jam</b> pertama buat laporan menggunakan borang ADR dan hantar ke bilik Gerakan Daerah		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proses Pengendalian KSSP (AEFI) bagi Program Pelalian HPV</li> <li>• Carta Alir Pengendalian Kesan Sampingan Selepas Pelalian</li> <li>• Borang Laporan untuk Anggota Kesihatan (ADR Form)</li> </ul>

**Rajah 3.2: Carta Alir Proses Kerja Pemberian Pelalian HPV di Klinik Kesihatan**



**Nota :**

1. Masukkan nama remaja 13 tahun yang tidak bersekolah dan tiada kebenaran bertulis ibu bapa sebagai denominator untuk Pelalian HPV di Klinik Kesihatan.
2. Semua pelajar perempuan Tingkatan 1 yang menerima pelalian cicir, dengan temujanji di Klinik Kesihatan, retan dimasukkan dalam retan sekolah.

Kesan sampingan selepas pelalian HPB boleh dibahagikan kepada dua kategori seperti berikut:

- Tahap Keterukan: Ringan atau teruk (serius)
- Kekerapan berlaku: paling kerap, kerap, jarang atau amat jarang

#### 4.1 Kesan Sampingan Selepas Pelalian Mengikut Tahap Keterukan

a. Kesan sampingan ringan termasuk:

- Sakit di tempat suntikan
- Demam
- Bengkak
- Kemerahan
- Sakit Kepala
- Urticaria.
- Sakit Otot
- Sakit Sendi
- Letih Lesu
- Kelemahan Otot
- Simpton Gastrointestinal
- Jangkitan di tempat suntikan

b. Kesan sampingan serius:

- Pengan / *Syncope*
- Sawan / *Fits*
- *Gullain Barre Syndrome*
- *Anaphylactic Reaction*

#### 4.2 Kesan Sampingan Selepas Pelalian Mengikut Kekerapan Berlaku Adalah Seperti Berikut:

a. Kesan sampingan yang paling kerap (dianggarkan 1 kes bagi setiap 10 pelalian HPV)

- Rasa sakit atau kurang selesa di tempat pelalian
- Bengkak dan lemerahan di tempat pelalian
- Sakit kepala
- Lenguh, rasa lemah otot dan letih

- b. Kesan sampingan yang kerap (dianggarkan lebih dari satu kejadian bagi setiap 100 pelalian HPV)
  - Sistem pencernaan seperti loya, muntah dan sakit perut
  - Gatal, bintik merah di kulit dan urtikaria
  - Sakit sendi
  - Demam (suhu badan pada atau melebihi 38°C)
  
- c. Kesan sampingan yang jarang berlaku (dianggarkan lebih dari satu kes bagi setiap 1000 pelalian HPV)
  - Jangkitan sistem pernafasan (jangkitan hidung, tekak dan tenggorok)
  - Pening
  - Reaksi lain seperti bengkak yang keras, kebas dan mencucuk di tempat pelalian
  
- d. Kesan sampingan yang amat jarang berlaku:
  - i. *Gullain Barre Syndrome* - GBS (dianggarkan 1 kes bagi setiap 100,000 pelalian HPV)
    - Kejadian GBS biasanya terjadi dalam tempoh 6 minggu selepas pelalian di mana kes akan didapati mengalami Acute Flacid Paralysis (AFP) di bahagian anggota kaki
    - Kes-kes yang disyaki mestilah dimasukkan ke hospital dan dilaporkan ke dalam sistem surveilan AFP
    - Penyelai Bilik Gerakan HPV negeri bertanggungjawab untuk memastikan kes-kes AFP dilapor dan disiasat
  
  - ii. *Anaphylactic Reaction*
    - Pelajar yang menerima pelalian HPV boleh mengalami alahan teruk yang dikenali sebagai '*anaphylactic reaction*'
    - Tanda-tanda keadaan ini termasuk kesukaran bernafas dan pengsan
    - Kes seperti ini memerlukan rawatan segera dan mesti dirujuk terus ke hospital

### 4.3 Pengendalian Kesan Sampingan

- i. Pelajar perlulah diingatkan untuk memberitahu kepada jururawat apa-apa masalah yang dihadapinya selepas menerima pelalian dengan menggunakan borang Pemantauan KSSP Ringan (Lampiran 1).
- ii. Setiap kesan sampingan yang diadukan hendaklah dirujuk ke pegawai perubatan di klinik yang berhampiran.
- iii. Setiap kejadian kesan sampingan perlu direkod di Borang Pemantauan Kesan Sampingan Ringan Selepas Pelalian, Kad Pelalian HPV, Borang KSK 101/HPV, Buku Rekod Kesihatan Murid 1 (RKM 1) semasa lawatan untuk suntikan dos yang seterusnya.
- iv. Sila lihat Proses Pengendalian KSSP HPV seperti di Jadual 4.1 untuk pengendalian kes-kes KSSP, Rajah 4.1 untuk Carta Alir Pengendalian Kejadian Advers Berikutan Pelalian dan borang-borang berkaitan di Lampiran 1,2,3,4 dan 5.

Jadual 4.1: Proses Pengendalian Kesan Sampingan Selepas Pelialian (KSS/AEFI/HPV)

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
1.	Pening	2 minggu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baringkan pelajar dan longgarkan baju pelajar.</li> <li>2. Pastikan pengudaraan yang baik dan tempat selamat.                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasangkan kipas angin jika ada.</li> <li>b. Jangan biarkan pelajar lain mengerumuni.</li> </ol> </li> <li>3. Ambil tekan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>4. Tanya pelajar:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Samada sudah makan dan minum (sediakan minuman suam jika perlu).</li> <li>b. Samada sedang haid atau tidak.</li> </ol> </li> <li>5. Lakukan pemeriksaan fizikal.</li> <li>6. Jika pelajar pulih hantar pelajar pulang ke kelas.</li> <li>7. Jika masih pening selepas rawatan, hubungi doktor yang berhampiran dan rujuk ke klinik yang berdekatan.</li> <li>8. Laporkan kejadian kepada guru.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelialian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat kejadian dalam:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kad Pelialian HPV</li> <li>b. Borang KSK101/HPV</li> <li>c. RKM1</li> </ol> </li> <li>2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>
2.	Sawan / <i>Fits</i>	20 minit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baringkan pelajar dan longgarkan baju pelajar.</li> <li>2. Pastikan keadaan sekeliling selamat untuk elakkan kecederaan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelialian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat kejadian dalam:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kad Pelialian HPV</li> <li>b. Borang KSK101/HPV</li> </ol> </li> </ol>

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
			3. Lakukan pemerhatian terhadap jenis sawan. * <i>generalised / Grand Mal</i> * <i>Focal</i> * <i>Petit Mal</i> * <i>Status Epilepticus</i> * <i>Incontinence</i> 4. Semasa serangan pastikan: a. Tiada kesesakan pernafasan. b. Tidak menggigit lidah. c. Elakkan kecederaan / parah. d. <i>Thrashing of body part.</i> 5. Hubungi doktor / PPP di klinik untuk bantuan kecemasan. 6. Selepas serangan: a. Pastikan pernafasan normal. b. Keluarkan cecair dari mulut pelajar. c. Posisikan kepala pelajar. d. Pastikan tiada sinosis.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Kotak Kecemasan</li> </ul>	c. RKM1 2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan
3.	Pengsan / <i>Syncopal attack</i>	20 minit	1. Pastikan pelajar tidak mengalami sebarang kecederaan. 2. Baringkan pelajar dan letakkan dalam baringan <i>Trendelenburg</i> (kedudukan kaki lebih tinggi daripada kepala). 3. Longgarkan baju pelajar. 4. Pastikan pengudaraan yang baik dan tempat selamat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasukan Pelalian HPV</li> <li>Pegawai Perubatan</li> <li>Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BP set</li> <li>Stethoscope</li> <li>Thermometer</li> <li>Tounge depressor</li> <li>Kotak Kecemasan</li> <li><i>Smelling Salt</i></li> </ul>	1. Catat kejadian dalam: a. Kad Pelalian HPV b. Borang KSK101/HPV c. RKM1

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
			<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ambil tekan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>6. Lakukan pemeriksaan fizikal.</li> <li>7. Berikan Smelling Salt untuk dihidu selama 1 ke 2 saat.</li> <li>8. Jika pelajar sedar tenangkan pelajar dan hantar pelajar pulang ke kelas.</li> <li>9. Rujuk kepada pegawai perubatan bersama surat rujukan.</li> <li>10. Laporkan kejadian kepada guru.</li> <li>11. Jika masih pengsan selepas rawatan hubungi klinik berkaitan yang berhampiran untuk mendapatkan bantuan.</li> <li>12. Teruskan pemerhatian tanda <i>vital</i>.</li> <li>13. Laporkan kejadian kepada guru.</li> </ol>			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>
4.	<i>Anaphylactic reaction</i>	20 minit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baringkan pelajar.</li> <li>2. Ambil tekan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>3. Hubungi klinik untuk bantuan kecemasan.</li> <li>4. Teruskan pemerhatian sehingga bantuan tiba.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelialian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kad Pelialian HPV</li> <li>b. Borang KSK101/HPV</li> <li>c. RKM1</li> </ol> </li> </ol>

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
			5. Sekiranya tiada nadi lakukan CPR jika anda mahir sehingga bantuan tiba.			2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan
5.	Sakit tempat suntikan / <i>pain at injection site</i>	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengambilan sejarah kesakitan.</li> <li>2. Ambil tekan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>3. Beri tablet Paracetamol 500mg stat dose dan seterusnya 6 jam bila perlu.</li> <li>4. Nasihat untuk pergi klinik jika sakit tidak berkurangan.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kad Pelalian HPV</li> <li>b. Borang KSK101/HPV</li> <li>c. RKM1</li> </ol> </li> <li>2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>
6.	Bengkak di tempat suntikan / <i>swelling at injection site</i>	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengambilan sejarah kesakitan.</li> <li>2. Pemeriksaan tempat bengkak: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Saiz bengkak</li> <li>* Warm</li> <li>* Inflamasi</li> <li>* Ada nanah</li> <li>* Nodus limpa</li> <li>* Demam</li> </ul> </li> <li>3. Ambil tekan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kad Pelalian HPV</li> <li>b. Borang KSK101/HPV</li> <li>c. RKM1</li> </ol> </li> <li>2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan</li> </ol>

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
			<ol style="list-style-type: none"> <li>Pemberian tablet Paracetamol 500gm stat dose.</li> <li>Rujuk ke klinik yang berdekatan untuk rawatan selanjutnya.</li> </ol>			hantar ke Bilik Gerakan
7.	Kemerahan / <i>Erythema</i>	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan tempat kemerahan: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Saiz kemerahan</li> <li>* <i>Warm</i></li> <li>* Inflamasi</li> <li>* Ada nanah</li> <li>* Nodus limpa</li> </ul> </li> <li>Ambil tekan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>Jika sakit berikan tablet Paracetamol 500gm stat dose.</li> <li>Rujuk ke klinik berdekatan untuk rawatan selanjutnya.</li> <li>Nasihat jangan sapu sebarang krim atau minyak selain dari yang diarahkan oleh doktor.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kad Pelalian HPV</li> <li>Borang KSK101/HPV</li> <li>RKM1</li> </ol> </li> <li>Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>
8.	Demam	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pengambilan riwayat semasa: <ul style="list-style-type: none"> <li>* <i>Onset</i></li> <li>* Tempoh</li> <li>* Ciri-ciri</li> </ul> </li> <li>Ambil tekan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>Beri tablet Paracetamol 500gm stat dose.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kad Pelalian HPV</li> <li>Borang KSK101/HPV</li> <li>RKM1</li> </ol> </li> </ol>

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
			4. Rujuk ke klinik berdekatan untuk rawatan selanjutnya. 5. Nasihat : <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Minum banyak air.</li> <li>ii. Pakaikan pakaian yang nipis dan longgar.</li> <li>iii. Makan makanan yang berkhasiat dan seimbang.</li> <li>iv. Rehat yang cukup.</li> </ol>			2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan
9.	Sakit kepala	24 jam	1. Pengambilan sejarah: <ul style="list-style-type: none"> <li>* <i>Onset</i></li> <li>* Tempoh</li> <li>* Lokasi</li> <li>* Keterangan</li> <li>* Ciri-ciri</li> <li>* Kekerapan</li> </ul> 2. <i>Associated Symptoms:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Demam</li> <li>* Loya / Muntah</li> <li>* Aura</li> <li>* Pandangan kabur</li> <li>* <i>Rhinitis</i> / Hidung tersumbat</li> <li>* Sakit telinga / <i>ear discharge</i></li> </ul> 3. Sejarah berkaitan: <ul style="list-style-type: none"> <li>* h/o trauma</li> <li>* h/o emotional stress</li> </ul> 4. Sejarah keluarga: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Migraine</li> <li>* Menstrual history</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelialian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	1. Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kad Pelialian HPV</li> <li>b. Borang KSK101/HPV</li> <li>c. RKM1</li> </ol> 2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
			<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ambil tekan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>6. Beri tablet Paracetamol 500gm stat dose.</li> <li>7. Rujuk ke klinik yang berdekatan.</li> <li>8. Nasihat:               <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Minum banyak air.</li> <li>ii. Makan makanan yang berkhasiat dan seimbang.</li> <li>iii. Rehat yang cukup.</li> </ol> </li> <li>9. Jika demam, pengendalian adalah mengikut prosedur demam.</li> </ol>			
10.	Letih lesu / <i>fatigue</i>	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengambilan sejarah:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* tidak cukup tidur / rehat</li> <li>* tekanan emosi</li> <li>* selera makan</li> <li>* penat bekerja / membuat kerja lebih</li> </ul> </li> <li>2. Beri tablet Paracetamol 500gm stat dose.</li> <li>3. Rujuk ke klinik yang berdekatan.</li> <li>4. Nasihat:               <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Minum banyak air.</li> <li>ii. Makan makanan yang berkhasiat dan seimbang.</li> <li>iii. Rehat yang cukup.</li> </ol> </li> <li>5. Jika demam, pengendalian adalah mengikut prosedur demam.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat kejadian dalam:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kad Pelalian HPV</li> <li>b. Borang KSK101/HPV</li> <li>c. RKM1</li> </ol> </li> <li>2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
11.	Sakit Otot / <i>myalgia</i>	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pengambilan sejarah: <ul style="list-style-type: none"> <li>* jatuh</li> <li>* berlebihan senaman</li> </ul> </li> <li>Beri tablet Paracetamol 500gm stat dose dan 6 jam sekali.</li> <li>Nasihat untuk pergi ke klinik yang berdekatan jika tidak baik.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kad Pelalian HPV</li> <li>Borang KSK101/HPV</li> <li>Buku RKM1</li> </ol> </li> <li>Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>
12.	Gastro-intestinal symptoms - abdominal pain - nausea - vomiting - diarrhea	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pengambilan sejarah semasa <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pemakanan.</li> <li>* Alahan</li> <li>* Muntah</li> </ul> </li> <li>Nasihat untuk pergi ke klinik yang berdekatan jika tidak baik.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kad Pelalian HPV</li> <li>Borang KSK101/HPV</li> <li>Buku RKM1</li> </ol> </li> <li>Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>
13.	Sakit sendi/ <i>arthralgia</i>	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pengambilan sejarah semasa <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tidak cukup tidur/rehat</li> <li>* Tekanan Emosi</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kad Pelalian HPV</li> </ol> </li> </ol>

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ambil tekanan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>3. Pemberian tablet <i>Paracetamol</i> 500 mg stat dan setiap 6 jam.</li> <li>4. Rujuk ke klinik yang berdekatan.</li> <li>5. Jika demam, pengendalian adalah mengikut prosedur demam.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>b. Borang KSK101/HPV</li> <li>c. Buku RKM1</li> <li>2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>
14.	Gatal di tempat suntikan / <i>pruritus at injection site</i>	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengambilan sejarah suntikan.</li> <li>2. Pemeriksaan tempat yang gatal: <ul style="list-style-type: none"> <li>* <i>Warm</i></li> <li>* Inflamasi</li> <li>* Sejarah alahan pemakanan</li> </ul> </li> <li>3. Ambil tekanan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>4. Beri 'Calamine Lotion' untuk disapu pada tempat yang gatal.</li> <li>5. Nasihat jangan menggaru tempat yang gatal kerana boleh menyebabkan jangkitan kuman/infeksi.</li> <li>6. Rujuk ke klinik yang berdekatan untuk rawatan selanjutnya.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelialian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kad Pelialian HPV</li> <li>b. Borang KSK101/HPV</li> <li>c. RKM1</li> </ol> </li> <li>2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>

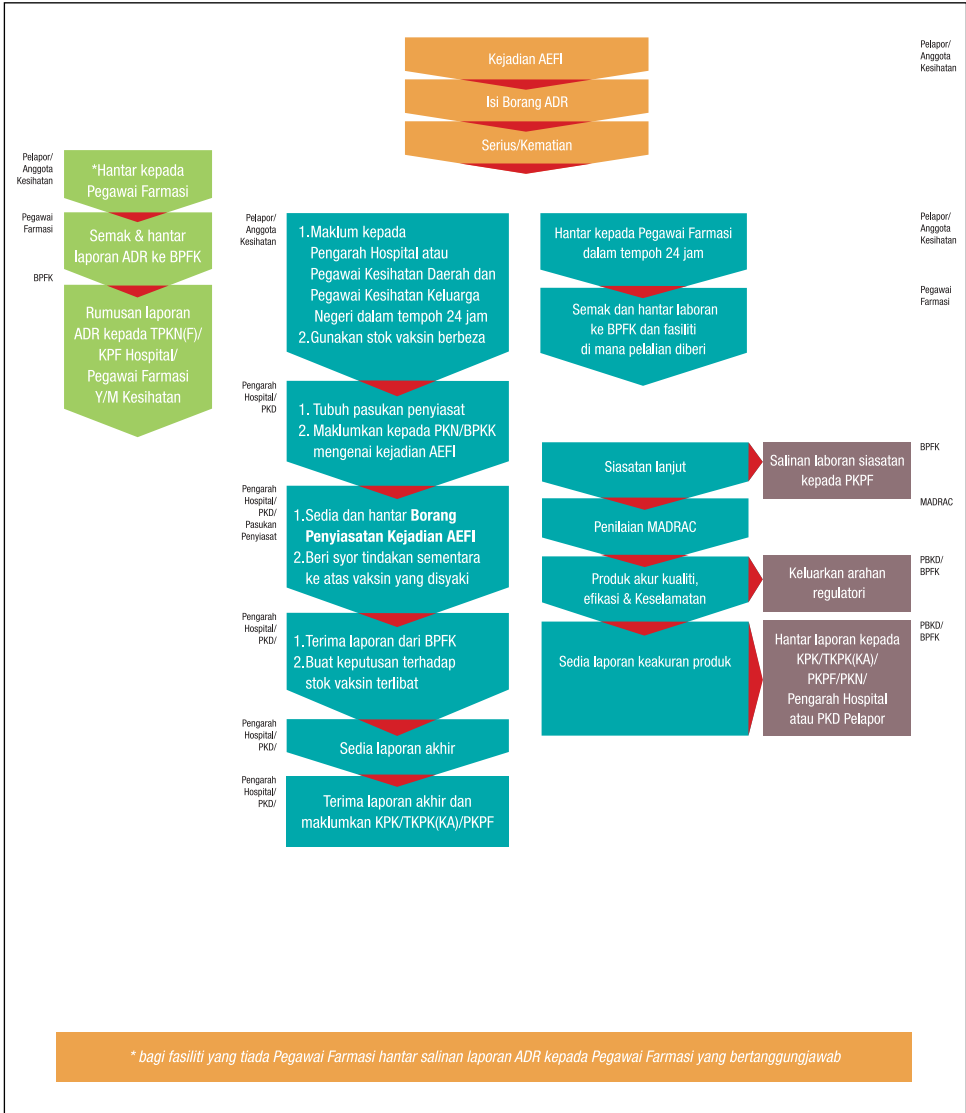
Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
15.	Lebam/kebiruan di tempat suntikan / bruising at injection site	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pengambilan sejarah suntikan.</li> <li>Pemeriksaan tempat yang gatal: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Warm</li> <li>* Samada sesutau telah dilakukan di tempat suntikan</li> <li>* Inflamasi</li> </ul> </li> <li>Ambil tekanan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>Jika demam, pengendalian adalah mengikut prosedur demam.</li> <li>Rujuk ke klinik yang berdekatan untuk rawatan selanjutnya.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelialian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kad Pelialian HPV</li> <li>Borang KSK101/HPV</li> <li>Buku RKM1</li> </ol> </li> <li>Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>
16.	Gatal-gatal di badan / urticaria	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pengambilan sejarah suntikan.</li> <li>Pemeriksaan tempat yang gatal: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Warm</li> <li>* Inflamasi</li> <li>* Sejarah alahan pemakanan</li> </ul> </li> <li>Ambil tekanan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>Beri 'Calamine Lotion' untuk disapu pada tempat yang gatal.</li> <li>Nasihat jangan menggaru tempat yang gatal kerana boleh menyebabkan jangkitan kuman/infeksi.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelialian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kad Pelialian HPV</li> <li>Borang KSK101/HPV</li> <li>Buku RKM1</li> </ol> </li> <li>Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
			6. Rujuk ke klinik yang berdekatan untuk rawatan selanjutnya.			
17.	Bengkak di tempat suntikan / <i>swelling at injection site</i>	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pengambilan sejarah kebengkakan.</li> <li>Pemeriksaan tempat yang bengkak: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Saiz bengkak</li> <li>* <i>Warm</i></li> <li>* Inflamasi</li> <li>* Ada nanah</li> <li>* Nodus limpa</li> <li>* Demam</li> </ul> </li> <li>Ambil tekanan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan.</li> <li>Pemberian tablet Paracetamol 500mg stat dose.</li> <li>Rujuk ke klinik yang berdekatan untuk rawatan selanjutnya.</li> <li>Nasihat supaya jangan sapu sebarang krim atau minyak selain dari yang diarahkan oleh doktor.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelialian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kad Pelialian HPV</li> <li>Borang KSK101/HPV</li> <li>RKM1</li> </ol> </li> <li>Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan</li> </ol>
18.	Kemerahan / <i>erythema</i>	24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pengambilan sejarah berkaitan kemerahan.</li> <li>Pemeriksaan tempat kemerahan: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Saiz kemerahan</li> <li>* <i>Warm</i></li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelialian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kad Pelialian HPV</li> <li>Borang KSK101/HPV</li> </ol> </li> </ol>

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
			<ul style="list-style-type: none"> <li>* Inflamasi</li> <li>* Ada nanah</li> <li>* Nodus limpa</li> <li>* Demam</li> </ul> 3. Ambil tekanan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan. 4. Jika sakit, berikan tablet Paracetamol 500mg stat dose. 5. Rujuk ke klinik yang berdekatan untuk rawatan selanjutnya. 6. Nasihat supaya jangan sapu sebarang krim atau minyak selain dari yang diarahkan oleh doktor.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	c. Buku RKM1 2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan
19.	Ruam / <i>Rash</i>	24 jam	1. Pengambilan sejarah berkaitan kemerahan. 2. Pemeriksaan tempat kemerahan: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Saiz kemerahan</li> <li>* <i>Warm</i></li> <li>* Inflamasi</li> <li>* Ada nanah</li> <li>* Nodus limpa</li> </ul> 3. Ambil tekanan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan. 4. Jika sakit, berikan tablet Paracetamol 500mg stat dose.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasukan Pelalian HPV</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BP set</li> <li>• Stethoscope</li> <li>• Thermometer</li> <li>• Tounge depressor</li> <li>• Kotak Kecemasan</li> </ul>	1. Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kad Pelalian HPV</li> <li>b. Borang KSK101/HPV</li> <li>c. Buku RKM1</li> </ol> 2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan

Bil	Masaalah	Tempoh Kejadian	Proses Pengendalian	Tanggungjawab	Peralatan	Dokumentasi
			5. Rujuk ke klinik yang berdekatan untuk rawatan selanjutnya. 6. Nasihat supaya jangan sapu sebarang krim atau minyak selain dari yang diarahkan oleh doktor.			
20.	<i>Guillain Barre Syndrome</i>	6 minggu - 3 bulan	1. Sekiranya terdapat sebarang aduan mengenai: <ol style="list-style-type: none"> <li>Numbness or tingling in hand or feet</li> <li>Numbness or tingling around mouth/lips</li> <li>Muscle weakness</li> <li>Loss of reflexes</li> <li>Difficulty speaking, chewing, swallowing</li> <li>Inability to move eye</li> <li>Back pain</li> </ol> 2. Ambil tekanan darah, kadar denyutan nadi, kadar pernafasan dan suhu badan 3. Rujuk segera ke klinik /hospital untuk rawatan selanjutnya.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasukan Pelalian HPV</li> <li>Pegawai Perubatan</li> <li>Penolong Pegawai Perubatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BP set</li> <li>Stethoscope</li> <li>Thermometer</li> <li>Tounge depressor</li> <li>Kotak Kecemasan</li> </ul>	1. Catat kejadian dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kad Pelalian HPV</li> <li>Borang KSK101/HPV</li> <li>RKM1</li> </ol> 2. Isi Borang Laporan Untuk Anggota Kesihatan dan hantar ke Bilik Gerakan

# Rajah 4.1: Carta Alir Pengendalian Kejadian Advers Berikutan Pelalian



Terdapat beberapa borang yang perlu di isikan untuk tujuan dokumentasi KSSP:

<b>Nama Borang / Surat</b>	<b>Lampiran</b>	<b>Diisi oleh</b>	<b>Tujuan</b>
1. Borang Pemantauan KSSP Ringan	1	Pelajar/Remaja /Pelanggan	Sebagai bahan oleh anggota kesihatan mengenai kejadian KSSP ringan
2. Senarai Semak/ Catatan Bagi Kes KSSP Serius (1 Jam Pertama)	2	Paramedik yang terlibat	Sebagai rujukan penyiasatan seterusnya (disimpan oleh pasukan pelalian yang terlibat)
3. Report On Suspected Adverse Drug Reactions	3	Paramedik yang terlibat	Sebagai notifikasi berlaku KSSP
4. Borang Penyiasatan Kejadian AEFI	4	Pegawai Kesihatan Daerah / Pasukan Penyiasat	Penyiasatan terperinci berlaku kes serius/ kematian
5. Rujukan Kepada Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan samada pelajar boleh diberi pelalian HPV	5	Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan	Memberitahu status pelajar/remaja/pelanggan samada boleh diberi pelalian yang seterusnya atau sebaliknya.

# Lampiran 1



## BORANG PEMANTAUAN KESAN SAMPINGAN RINGAN SELEPAS PELALIAN

*Borang ini perlu diisi sekiranya anda atau orang yang berada di bawah jagaan anda mengalami kesan sampingan selepas mendapat suntikan pelalian. Sila kembalikan borang ini kepada kakitangan institusi kesihatan/sekolah tempat suntikan diberikan*

1. Maklumat Penerima Vaksin : -
  - a) Nama: .....
  - b) Umur: ..... c) Jantina :  Lelaki  Perempuan
  - d) Alamat : .....
- No. Tel : .....
2. Tarikh suntikan diterima : ..... 3. Tempat Suntikan Diberi .....
3. Jenis Vaksin :-
  - a) Influenza A (H1N1)
  - b) Human Papillomavirus (HPV)
  - c) Lain – lain vaksin (vaksin) .....
5. Kesan Sampingan yang dialami : -  
**(Tempoh masa di antara vaksin diterima dan sampingan berlaku adalah penting untuk diisi )**

Kesan Sampingan	Tandakan √ jika berkaitan	Tempoh masa berlaku selepas suntikan diterima (*pilih salah satu)
<b>a. Kesan pada tempat suntikan :</b>		
i) Bengkak	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *
ii) Sakit	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *
iii) Kegatalan	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *
iv) Merah pada tempat suntikan	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *
v) Lain-lain(nyatakan) .....	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *
b. Demam	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *
c. Kesan alahan/ruam/gatal	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *
d. Sakit otot/badan	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *
e. Lesu badan	<input type="checkbox"/>	.....jam/hari*
f. Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *
g. Pening kepala/loya/muntah	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *
h. Lemah tangan/kaki	<input type="checkbox"/>	.....jam/hari/minggu*
i. Lain-lain(nyatakan) .....	<input type="checkbox"/>	.....jam /hari *

Segala maklumat yang dikemukakan adalah sulit dan hanya akan digunakan untuk tujuan memantau kesan sampingan selepas imunisasi sahaja.

### Untuk Diisi Kakitangan Kesihatan

- i. Maklumat vaksin digunakan :  
 Jenama vaksin : ..... No.Kelompok : ..... Tarikh Luput : .....
- ii. Maklumat Kakitangan Kesihatan Yang Menerima Laporan :-
  - a) Nama: .....
  - b) Cop/Alamat tempat bertugas: .....
  - c) No. Telefon : ..... Tarikh laporan : .....

**Bagi kesan sampingan yang serius, anggota kesihatan perlu mengisi Borang Pelaporan Kesan Advers Ubat dan merujuk kepada Garispanduan Farmakovigilans Keselamatan Vaksin di Malaysia.**

Sila majukan borang yang telah diisi dan sebarang pertanyaan atau aduan ke Biro Pengawalan Farmaseutikal Kebangsaan di talian 03-78835400 atau Faks 03-79567151

Notifikasi Kes KSSP Series 1 JAM PERTAMA

Bil	Perkara	Catatan
1	Nama Pelajar:	
2	No KP :	
3	Nama Sekolah:	
4	Tarikh:	
5	Masa kejadian :	
6	Penerangan keadaan kesihatan pelajar semasa kejadian	Tanda vital: BP PR
7	Nama Vaksin yang diberi:	
8	Batch No :	
9	Suntikan dos ke berapa :	
10	Batch nombor vaksin:	
11	Perawatan yang telah diberi:	
12	Telefon Ambulan pukul berapa:	
13	Ambulan Sampai pukul berapa:	
14	Bantuan kecemasan yang telah diberi:	
15	<p><i>Outcome</i> / Status pelajar selepas rawatan diberi : (✓) di kotak yang berkenaan</p> <p><input type="checkbox"/> Pulih</p> <p><input type="checkbox"/> Belum pulih</p> <p><input type="checkbox"/> Rujuk ke hospital</p>	
16	Nama & jawatan Pelapor:	
17	Nama & jawatan pegawai yang menerima laporan:	
18	Tarikh dan masa laporan dibuat :	

# Lampiran 3

## REPORT ON SUSPECTED ADVERSE DRUG REACTIONS

NATIONAL CENTRE FOR ADVERSE DRUG REACTIONS MONITORING

www.bpfk.gov.my

(Please report all suspected drug reactions including those for vaccines and traditional medicines. Do not hesitate to report if some details are not known. Identities of Reporter, Patient and Institution will remain **Confidential**.)

REPORT No ..... (for official use only)

### PATIENT INFORMATION

R/N or Initials	Age	Sex	Wt (kg)	Ethnic Group	Institution
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### ADVERSE REACTION DESCRIPTION

Time to onset of reaction :  Date of Reaction :  Date end of reaction :

Reaction subsided after stopping drug / reducing dose : Yes  No  Unknown

Reaction reappeared after reintroducing drug Yes  No  Not applicable

Extent of reaction : Mild  Moderate  Severe

Treatment of adverse reaction :

Outcome : Recovered  Not yet recovered  Unknown  Fatal-Date of death: .....

Drug Reaction Relationship : Certain  Probable  Possible  Unlikely  Unclassifiable

### Suspected Drug :

Product/Generic Name	Dosage Given	MAL and Batch No.	Therapy Dates		Indication
			Start	Stop	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Concomitant Drug

Product/Generic Name	Dosage Given	MAL and Batch No.	Therapy Dates		Indication
			Start	Stop	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**\*\*Please attach further papers if necessary**

Relevant Investigations / Laboratory Data	Relevant Medical History
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Reporter

Name :  Address

Tel No :

Email Address :  Date of Report :  Signature :

Submission of a report does not constitute an admission that medical personnel or the products caused or contributed to the reaction. Thank you for reporting.

**PANDUAN MENGISI BORANG *REPORT ON SUSPECTED ADVERSE DRUG REACTIONS*  
(National Centre for Adverse Drug Reactions Monitoring)**

Tujuan laporan adalah untuk penyiasatan lanjutan dan penilaian MADRAC bagi menentukan punca sebenar AEFI

<b>Butir/Perkara</b>	<b>Kemasukan</b>
<i>Report No.</i>	Nombor ini adalah untuk kegunaan pejabat sahaja
<b>PATIENT INFORMATION</b>	
<i>R/N or Initial</i>	Isikan nombor R/N mengikut turutan kes AEFI yang dilaporkan. Contoh 1,2,3,4,5
<i>Age</i>	Isikan umur kes yang dilaporkan
<i>Sex</i>	Isikan jantina kes yang dilaporkan
<i>Weight (kg)</i>	Isikan berat badan dalam (kg) bagi kes yang dilaporkan
<i>Ethnic group</i>	Isikan bangsa bagi kes yang dilaporkan
<i>Institution</i>	Isikan nama sekolah/klinik kesihatan (yang mana berkenaan)
<b>ADVERSE REACTION DESCRIPTION</b>	
<i>Time to onset of reaction</i>	Isikan masa kejadian bermula
<i>Date of reaction</i>	Isikan tarikh AEFI berlaku
<i>Date and time of reaction</i>	Isikan tarikh dan masa AEFI berlaku.
<i>Reaction subsided after stopping drug/reducing dose:</i> <i>Yes / No / Unknown</i>	Jika AEFI berkurangan selepas ubat dihentikan / dos dikurangkan Tandakan <input type="checkbox"/> di ruangan yang berkenaan Ya / Tidak / Tidak Tahu
<i>Reaction reappeared after reintroducing drug:</i> <i>Yes / No / Not applicable</i>	Jika ada AEFI lagi selepas ubat diberi semula. Tandakan <input type="checkbox"/> di ruangan yang berkenaan

Butir/Perkara	Kemasukan
	Ya / Tidak / Tidak Berkenaan
<i>Extend of reaction: Mild / Moderate / Severe.</i>	Tandakan √ pada reaksi tindakbalas itu : <i>Mild / Moderate / Severe</i>
<i>Treatment of adverse reaction</i>	Rawatan yang diberi untuk <i>adverse reaction</i>
<i>Outcome : Recovered/Not yet recovered /Unknown/ Fatal – Date of death.</i>	Hasil Rawatan. Tandakan √ di ruangan yang berkenaan <i>Recovered / Not yet recovered /Unknown.</i> Jika mati nyatakan tarikh kematian.
<i>Drug reaction relationship: Certain/Probable/Possible/Unlikely / Unclassifiable</i>	Tandakan √ di ruangan yang berkenaan dengan perhubungan reaksi ubat : <i>certain / probable / posible / unlikely / unclassifiable</i>
<i>Suspected drug:</i>	
<i>Product/generic name</i>	Isikan nama <i>product/generic</i>
<i>Dosage given</i>	Isikan <i>dosage</i> diberi
<i>MAL and batch no.</i>	Isikan <i>batch number</i>
<i>Therapy dates</i>	
<i>Start</i>	Isikan tarikh memulakan ubatan
<i>Stop</i>	Isikan tarikh berhentikan ubatan
<i>Indication</i>	Isikan indikasi
<i>Concomitant drug:</i>	
<i>Product/Generic name</i>	Isikan nama <i>product/generic</i>
<i>Dosage given</i>	Isikan <i>dosage</i> diberi
<i>MAL and batch no.</i>	Isikan <i>batch number</i>
<i>Therapy dates</i>	
<i>Start</i>	Isikan tarikh memulakan ubatan
<i>Stop</i>	Isikan tarikh berhentikan ubatan

<b>Butir/Perkara</b>	<b>Kemasukan</b>
<i>Indication</i>	Isikan indikasi
<i>Relevant investigations/laboratory data</i> Isikan maklumat yang <i>relevant</i> dengan penyiasatan/ data makmal	
<i>Relevant medical history</i>	
<i>Particulars of reporter</i>	Butiran pelapor
<i>Name</i>	Isikan nama pelapor
<i>Telephone number</i>	Isikan no. Telefon pelapor
<i>Email address</i>	Isikan <i>email address</i> pelapor
<i>Address</i>	Isikan alamat pelapor
<i>Date of report</i>	Isikan tarikh pelaporan
<i>Signature</i>	Tandatangan borang.

# Lampiran 4

## Borang Penyiasatan Kejadian KSSP (AEFI)

### 1. Maklumat Tempat Suntikan Di beri

Nama Klinik/ Hospital : .....

Alamat: .....

.....

Tarikh terima notifikasi : .....

Tarikh siasatan dilakukan: .....

### 2. Maklumat Penerima Vaksin

Nama : .....

Umur : ..... Jantina : Lelaki/Perempuan

Tarikh lahir:   -   -     (hari/bulan/tahun)

No.Pendaftaran : ..... Berat : ..... kg

Alamat : .....

.....

No. Tel : .....

### 3. Maklumat Kesihatan Penerima Vaksin sebelum suntikan diberi (sila tandakan di ruang yang berkenaan)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Demam >38.5°C   | <input type="checkbox"/> Menjalani rawatan kortikosteroid konkomitan berdos tinggi | <input type="checkbox"/> Hipersensitiviti /alahan terhadap vaksin atau lain-lain  |
| <input type="checkbox"/> Malignancy yang sedang menjalani rawatan anti neoplastik /radiasi/kemoterapi/ immunosupresi | <input type="checkbox"/> Mengalami cirit-birit / muntah                            | <input type="checkbox"/> Immunodefisiensi ( contoh: penyakit immunodefisiensi keturunan, leukaemia, lymphoma, penyakit Hodgkin's, HIV dengan immunosupresi yang teruk, Hipogammaglobulinaemia, pemindahan sum-sum tulang) |
| <input type="checkbox"/> Masalah pendarahan (eg: Heamophilia)  | <input type="checkbox"/> TB aktif yang tidak dirawat                               | <input type="checkbox"/> Lain-lain masalah (nyatakan)   |
| <input type="checkbox"/> Mendapat pneumonia/rash dalam tempoh seminggu sebelum vaksinasi                             | <input type="checkbox"/> Pernah mendapat sawan (epilepsi) sebelum vaksinasi        |   |

### 4. Perihal reaksi yang dialami

Bil	Jenis Reaksi	Tarikh dan Masa	Keadaan reaksi (sedikit/ sederhana/ teruk)	Tempoh diantara reaksi dan suntikan diberi (jam/minit)	Rawatan di beri (ubat/dos/tarikh/ regim)	Nama Pegawai yang memberi rawatan	Kes dirujuk (nama hospital)

### 5. Keadaan kes semasa siasatan dilakukan

### 6. Diagnosa akhir

.....

.....

### 7. Kes kematian

Tarikh	Tempat	Post mortem (Ya/Tidak)	Sebab kematian

### 8. Keputusan dan tarikh ujian makmal/radiologi yang berkaitan:

Tarikh	Ujian makmal	Keputusan

**9. Maklumat Vaksin Yang Disyaki**

Jenis vaksin dan jenama	Nama pengeluar	No. Batch	No. Lot pengeluar	Tarikh luput	Kuantiti dos yang diberi (ml)	Tempat (site)/dan cara (route) suntikan	Dos yang ke berapa ?	Tarikh dan masa suntikan diberi

**10. Vaksin yang disyaki penyebab reaksi:**

Nama vaksin	Kedaaan vaksin	Bil. kanak-kanak yang telah diberi batch vaksin yang sama	Bil. aduan AEFI daripada batch vaksin yang sama

**11. Maklumat Pengendalian Vaksin (sila tandakan ✓ di ruang yang berkenaan)**

i. Tempat vaksin disimpan:	Ya	Tidak	ii. Vaksin bertukar warna	Ya	Tidak	vi. Terdapat keladak (sediment) di dalam vial vaksin sebelum digunakan	Ya	Tidak
a. Pembeku/freezer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iii. Suhu peti sejuk kekal di antara 2°C ke 8°C dalam tempoh sebulan sebelum kejadian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika ya, Adakah ia hilang apabila digoncang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Am/general compartment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iv. Peti sejuk diselenggara secara berkala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keladak itu mendap dalam tempoh 30 minit dengan cecair jernih di atasnya selepas digoncang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bercampur dengan ubat-ubat cecair yang lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. Tarikh penyelenggaraan peti sejuk kali terakhir	...../...../.....				

**12. Maklumat Pengendalian Dan Pemberian Suntikan (sila tandakan ✓ di ruang yang berkenaan)**

Teknik/bahagian badan yang betul diberi suntikan	Ya	Tidak	Menggunakan pencair (diluent) yang betul	Ya	Tidak
Cara pengendalian (rekonstitusi) vaksin yang betul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cara pengendalian vaksin yang betul semasa sesi vaksinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menggunakan teknik aseptik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menyemak senarai semak kontraindikasi sebelum vaksinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menggunakan peralatan yang steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adakah kanak-kanak yang tidak diberi pelalian mengalami kejadian yang serupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>13. Tindakan yang telah diambil</b>	<b>14. Ulasan</b>
<b>15. Cadangan untuk tindakan lanjut</b>	<b>16. Ketua Penyiasat :</b>
	Tandatangan
	Tarikh:
	Nama & Cop

## PANDUAN MENGISI BORANG PENYIASATAN KEJADIAN KSSP (AEFI)

Bahagian	Ruangan	Maklumat
1	Maklumat tempat suntikan diberi:	Isikan maklumat tempat suntikan diberi:
	Nama klinik/hospital	Isikan nama klinik/hospital
	Alamat	Isikan alamat
	Tarikh terima notifikasi	Isikan tarikh terima notifikasi
	Tarikh siasatan dilakukan	Isikan tarikh siasatan dilakukan
2	Maklumat penerimaan vaksin:	Isikan maklumat penerimaan vaksin:
	Nama	Isikan nama
	Umur	Isikan umur
	Jantina : lelaki/perempuan	Isikan jantina
	Tarikh lahir	Isikan tarikh lahir
	No. Pendaftaran	Isikan no. pendaftaran
	Berat (kg)	Isikan berat dalam (kg)
	Alamat	Isikan alamat
	No. telefon	Isikan no. telefon
3	Maklumat kesihatan penerima vaksin sebelum suntikan diberi (sila tandakan <input type="checkbox"/> di ruang yang berkenaan)	Isikan maklumat kesihatan penerima vaksin sebelum suntikan diberi (sila tandakan <input type="checkbox"/> di ruang yang berkenaan)
	Demam > 38°C	Tandakan <input type="checkbox"/> jika ada
	Malignancy yang sedang menjalani rawatan anti neoplastik/ radiasi/kemoterapi/immunosuppresi	Tandakan <input type="checkbox"/> jika ada
	Masalah pendarahan (eg. Heamophilia)	Tandakan <input type="checkbox"/> jika ada
	Mendapat pneumonia / rash dalam tempoh seminggu sebelum vaksinasi	Tandakan <input type="checkbox"/> jika ada
	Menjalankan rawatan kortikosteroid kombinasi berdos tinggi	Tandakan <input type="checkbox"/> jika ada
	Mengalami cirit-birit/muntah	Tandakan <input type="checkbox"/> jika ada
	TB aktif yang tidak dirawat	Tandakan <input type="checkbox"/> jika ada

Bahagian	Ruangan	Maklumat
	Pernah mendapati sawan (epilepsi) sebelum vaksinasi	Tandakan √ jika ada
	Hipersensitiviti/alahan terhadap vaksin/lain-lain	Tandakan √ jika ada
	Imunodefisiensi (contoh penyakit imunodefisiensi keturunan, leukaemia, lymphoma, penyakit Hodgkin's, HIV dengan imunosupresi yang teruk, Hipogammaglobulinaemia, pemindahan sum-sum tulang.	Tandakan √ jika ada
	Lain-lain masalah (nyatakan)	Tandakan √ jika ada
4	Perihal reaksi yang dialami	Isikan perihal reaksi yang dialami
	Bilangan	Isikan bilangan mengikut turutan 1,2,3,4,5
	Jenis reaksi	Isikan jenis reaksi
	Tarikh dan masa	Isikan tarikh dan masa
	Keadaan reaksi (sedikit/ sederhana/teruk)	Isikan keadaan reaksi (sedikit/ sederhana/teruk)
	Tempoh di antara reaksi dan suntikan diberi (jam/minit)	Isikan tempoh di antara reaksi dan suntikan diberi (jam/minit)
	Rawatan diberi (ubat/dos/tarikh/regim)	Isikan rawatan diberi (ubat/dos/tarikh/regim)
	Nama pegawai yang memberi rawatan	Isikan nama pegawai yang memberi rawatan
	Kes dirujuk (nama hospital)	Isikan kes dirujuk (nama hospital)
5.	Keadaan kes semasa siasatan dilakukan	Isikan keadaan kes semasa siasatan dilakukan.
6.	Diagnosa akhir	Isikan diagnosa akhir
7	Kes kematian	Isikan kes kematian
	Tarikh	Isikan tarikh kematian
	Tempat	Isikan tempat kematian
	Post mortem (Ya/Tidak)	Isikan post mortem (Ya/Tidak)
	Sebab kematian	Isikan sebab kematian
8	Keputusan dan tarikh ujian makmal/radiologi yang berkaitan	Isikan keputusan dan tarikh ujian makmal/radiologi yang berkaitan.
	Tarikh	Isikan tarikh

Bahagian	Ruangan	Maklumat
	Ujian makmal	Isikan ujian makmal
	Keputusan	Isikan keputusan
9	Makluman vaksin yang disyaki	Isikan makluman vaksin yang disyaki
	Jenis vaksin dan jenama	Isikan jenis vaksin dan jenama
	Nama pengeluar	Isikan nama pengeluar
	No. batch	Isikan no. batch
	No. lot pengeluar	Isikan no. lot pengeluar
	Tarikh luput	Isikan tarikh luput
	Kuantiti dos yang diberi (ml)	Isikan kuantiti dos yang diberi (ml)
	Tempat ( <i>site</i> ) dan cara ( <i>route</i> ) suntikan	Isikan ( <i>site</i> ) dan cara ( <i>route</i> ) suntikan
	Dos yang ke berapa?	Isikan dos yang ke berapa
	Tarikh dan masa suntikan diberi	Isikan tarikh dan masa suntikan diberi
10	Vaksin yang disyaki penyebab reaksi	Isikan vaksin yang disyaki penyebab reaksi
	Nama vaksin	Isikan nama vaksin
	Kedaaan vaksin	Isikan keadaaan vaksin
	Bilangan kanak-kanak yang telah diberi batch vaksin yang sama	Isikan bilangan kanak-kanak yang telah diberi batch vaksin yang sama
	Bilangan aduan <i>AEFI</i> daripada batch vaksin yang sama	Isikan bilangan aduan <i>AEFI</i> daripada batch vaksin yang sama
11	Maklumat pengendalian vaksin (sila tandakan $\surd$ di ruang yang berkenaan)	
i	Tempat vaksin disimpan	
a	Pembeku/freezer : Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b	Am/general compartment: Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c	Bercampur dengan ubat-ubat cecair yang lain: Ya/ Tidak	Tandakan Ya/Tidak

Bahagian	Ruangan	Maklumat
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ii	Vaksin bertukar warna: Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
iii	Suhu peti sejuk kekal di antara 2 °C ke 8°C dalam tempoh sebulan sebelum kejadian: Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
iv	Peti sejuk diselenggara secara berkala: Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
v	Tarikh penyelenggaraan peti sejuk kali terakhir	Isikan tarikh penyelenggaraan peti sejuk kali terakhir ...../...../.....
vi	Terdapat keladak ( <i>sediment</i> ) di dalam vial vaksin sebelum digunakan: Ya/Tidak. Jika Ya Adakah ia hilang apabila digoncang :Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Keladak itu mendap dalam tempoh 30 minit dengan cecair jernih di atasnya selepas digoncang:Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Maklumat pengendalian dan pemberian suntikan (sila tandakan ✓ di ruang yang berkenaan)	
	Teknik/bahagian badan yang betul diberi suntikan :Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Cara pengendalian (rekonstitusi) vaksin yang betul:Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Menggunakan teknik aseptik : Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Menggunakan peralatan yang steril : Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bahagian	Ruangan	Maklumat
	Menggunakan pencair ( <i>diluents</i> ) yang betul:Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Cara pengendalian vaksin yang betul semasa sesi vaksinasi:Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Menyemak senarai kontraindikasi sebelum vaksinasi :Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Adakah kanak-kanak yang tidak diberi pelalian mengalami kejadian yang serupa : Ya/Tidak	Tandakan Ya/Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Tindakan yang telah diambil	Isikan tindakan yang telah diambil
14	Ulasan	Isikan ulasan.
15	Cadangan untuk tindakan lanjut	Isikan cadangan untuk tindakan lanjut
16	Ketua penyiasat:	
	Tandatangan	Tandatangani ruang berkenaan
	Tarikh	Isikan tarikh
	Nama & cop	Isikan nama & cop

Kepada:

.....

Klinik Kesihatan .....

Tarikh:

**RUJUKAN KEPADA PAKAR PERUBATAN/PEGAWAI PERUBATAN SAMADA PELAJAR  
BOLEH DIBERI PELALIAN HPV**

Nama:.....

No Kad Pengenalan: .....

Nama Sekolah: .....

Nyatakan sebab rujukan:

.....  
.....  
.....

Nama dan tandatangan pegawai yang merujuk

---

**JAWAPAN PAKAR PERUBATAN/ PEGAWAI PERUBATAN**

Kepada :

Pasukan Pelalian HPV

.....

Tuan/Puan:

Saya telah memeriksa ..... dan mendapati beliau  
adalah **\*layak / tidak layak** diberi pelalian HPV. Pelalian pelajar ini hendaklah dilakukan di  
**\*sekolah / klinik kesihatan.**

Sekian. Terima kasih

.....

Tandatangan, nama dan jawatan

*\* Sila potong mana yang tidak berkenaan*

### 1. Apakah HPV (Human Papillomavirus)?

HPV adalah sejenis virus DNA yang menjangkiti lapisan dalam kulit dan selaput mukosa (mucous membranes). Terdapat lebih dari 100 jenis HPV, walaubagaimanapun, sebanyak 13 jenis daripadanya dikenali sebagai HPV berisiko tinggi, yang berkait rapat dengan kejadian kanser serviks, vagina, anogenital, penis, vulva dan leher.

### 2. Bagaimanakah HPV boleh menjangkiti seseorang?

Virus HPV boleh berjangkit terutamanya melalui hubungan seksual dan sentuhan antara kulit di kawasan genital.

Seseorang itu berisiko tinggi untuk mendapat jangkitan HPV sekiranya :-

- a. Hubungan seksual bermula di awal remaja
- b. Mempunyai pasangan seks yang ramai
- c. Pernah dijangkiti penyakit-penyakit kelamin

### 3. Apakah penyakit yang disebabkan oleh jangkitan HPV?

Jangkitan virus ini boleh menyebabkan ketuat pada kawasan anogenital, kanser serviks, vulva, vagina, anus dan penis. Ini bergantung kepada jenis HPV yang menjangkiti individu tersebut.

Jangkitan HPV jenis 16 dan 18 adalah penyebab kepada 70 peratus dari kejadian kanser serviks. Manakala ketuat anogenital dikaitkan dengan jangkitan HPV jenis 6 dan 11.

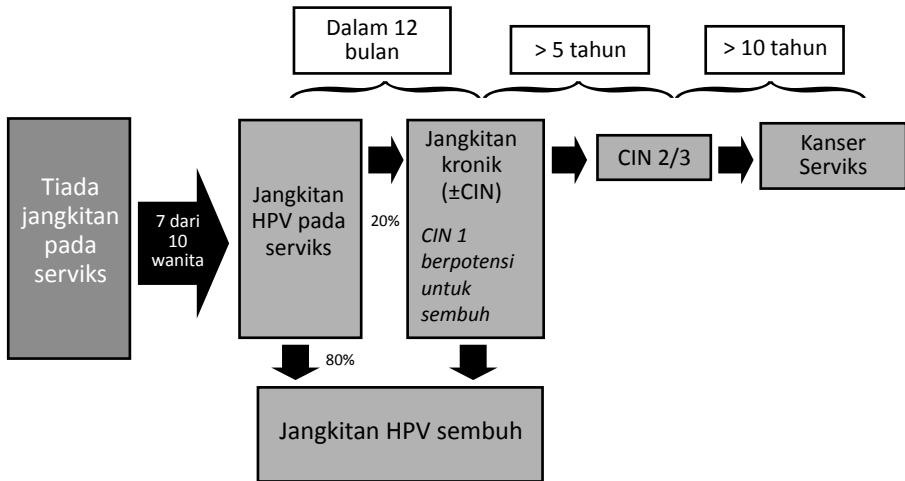
### 4. Bagaimanakah proses jangkitan HPV berlaku?

Jangkitan HPV sangat biasa berlaku di kalangan wanita yang melakukan hubungan seks. Dianggarkan 7 dari 10 wanita pernah dijangkiti virus HPV sekurang-kurangnya sekali dalam jangka hayatnya. Secara umumnya, jangkitan HPV berlaku tanpa disedari. Ia tidak menunjukkan sebarang simptom atau gejala klinikal dan akan sembuh dalam tempoh 9 hingga 12 bulan. Walaubagaimanapun dianggarkan 20 peratus dari mereka yang dijangkiti akan mendapat jangkitan kronik HPV yang berlarutan melebihi tempoh 18 bulan. Mereka akan mengalami perubahan prakanser pada serviks iaitu CIN (Cervical intraepithelial neoplasia) dan seterusnya berubah menjadi kanser jika tidak dikesan dan dirawat awal. Tempoh

perubahan dari jangkitan sehingga menjadi prakanser ialah melebihi 5 tahun dan dari prakanser kepada kanser serviks ialah melebihi 10 tahun.

Sehingga kini, masih tiada rawatan antiviral untuk jangkitan HPV. Walau bagaimanapun, terdapat rawatan bagi keadaan yang disebabkan oleh HPV. Contoh: Perubahan prakanser pada serviks dirawat dengan *cryotherapy* atau *Loop electrosurgical excision procedure* (LEEP).

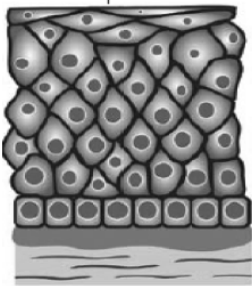
Rujuk rajah di bawah untuk penerangan kejadian ini.



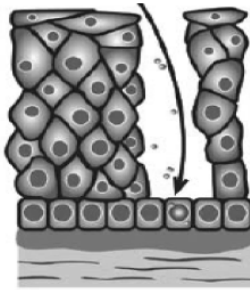
## 5. Bagaimanakah jangkitan HPV boleh menyebabkan kanser?

HPV boleh menyebabkan terjadinya perubahan pada sel epithelium yang telah dijangkiti. DNA (*deoxyribonucleic acid*) HPV bersatu dengan DNA hos dalam sel epithelium semasa jangkitan. Proses ini boleh merubah sel-sel tersebut dan seterusnya merangsang pembentukan kanser (*Woodman et. al.,2007*). Kejadian sebenar proses ini dan peranan faktor-faktor penyumbang lain masih belum difahami sepenuhnya.

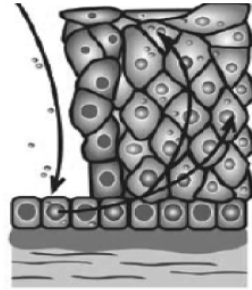
Rujuk rajah di bawah untuk penerangan kejadian prakanser yang akan membawa kepada terjadinya kanser.



Sel normal di servik



Virus masuk ke dalam kulit melalui luka kecil pada kulit. Virus ini menyerang sel basal dan boleh tinggal selama beberapa tahun tanpa kesan tetapi wanita ini menjadi pembawa dan boleh menjangkiti orang lain.



Virus mula bercampur dengan DNA sel, membiak dan merebak ke sel-sel lain. Perubahan yang dapat dilihat sebagai lesi pra kanser dapat dikesan melalui ujian saringan dan perlu rawatan.

## 6. Apakah status kanser serviks di Malaysia?

Kanser serviks adalah kanser ketiga tertinggi di kalangan wanita di Malaysia. Dianggarkan 1,500 kes baru dikesan setiap tahun dengan kadar insiden 12.2 kes bagi setiap 100,000 penduduk wanita dan semakin meningkat di kalangan wanita berusia melebihi 30 tahun (National Cancer Registry, 2006). Kanser serviks boleh mengakibatkan kematian awal di kalangan wanita di mana Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) menganggarkan secara puratanya setiap wanita kehilangan 16 tahun jangka hayatnya jika menghidap kanser serviks. Di Malaysia, kanser serviks menyumbang sebanyak 6% dari kematian akibat kanser di kalangan wanita di hospital-hospital kerajaan pada tahun 2008.

Kanser serviks boleh dielakkan sekiranya wanita menjalani ujian Pap Smear secara berkala. Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) menetapkan supaya wanita yang telah berkahwin perlu menjalani ujian Pap Smear setiap 3 tahun. Pemeriksaan secara berkala dapat mengesan dan merawat prakanser sebelum ianya merebak menjadi kanser serviks. Ujian saringan Pap smear adalah pendekatan yang efektif bagi mengesan kanser serviks. Walau bagaimanapun, sehingga kini hanya 45 peratus wanita Malaysia pernah menjalani ujian ini (NHMS III, 2006).

## 7. Apakah faktor sampingan (co-factors) yang menyebabkan jangkitan HPV membawa kepada terjadinya kanser serviks?

Faktor sampingan yang menyumbang kepada terjadinya kanser serviks selepas jangkitan HPV berlaku ialah merokok, kerap mengandungi, jangkitan HIV akibat sistem imuniti yang rendah dan jangkitan kelamin yang lain (WHO IARC, 2007; Vaccarella et. al., 2008).

## 8. Bolehkan jangkitan HPV dicegah?

Cara paling berkesan untuk mencegah jangkitan HPV adalah secara menghindari dari segala jenis hubungan genital dengan individu lain. Bagi yang memilih untuk “sexually active”, hubungan yang *monogamous* adalah strategi terbaik untuk mencegah jangkitan HPV.

Penemuan vaksin bagi perlindungan terhadap jangkitan HPV merupakan pendekatan baru dalam aspek pencegahan dan pengawalan kanser serviks. Pada tahun 2005, laporan bahawa 99 peratus kanser serviks berkaitan rapat dengan jangkitan HPV telah membawa kepada penemuan vaksin profilaksis HPV yang boleh memberi perlindungan dari jangkitan HPV dan mencegah kejadian kanser serviks. Bermula tahun 2006, WHO telah meluluskan pengeluaran vaksin HPV yang pertama, diikuti dengan kelulusan pemasaran vaksin kedua pada tahun 2008.

Sehingga kini, 2 vaksin dipasarkan iaitu vaksin Cervarix® dan Gardasil® akan membantu melindungi seseorang dari jangkitan HPV jenis 16 dan 18, iaitu yang paling kerap (70%) menyebabkan kanser serviks (Munoz et.al., 2004). Gardasil® juga dapat melindungi dari jangkitan HPV jenis 6 dan 11 yang menyebabkan 90 peratus kejadian ketuat genital (Schiffman et.al., 2007).

## 9. Bagaimanakah vaksin ini dapat mencegah jangkitan HPV?

Vaksin ini dihasilkan dari protein yang membentuk lapisan luar virus HPV yang dikenali sebagai “*virus-like particles*” atau VLP. Apabila seseorang itu diberi suntikan vaksin ini, sistem imun badan akan bertindakbalas terhadap VLP dengan membentuk antibodi terhadap HPV. Oleh itu, jika seseorang itu mendapat jangkitan virus HPV, antibodi akan bertindak segera untuk menghalang jangkitan tersebut di permukaan epithelium serviks.

Oleh kerana kandungan vaksin ini hanya dari lapisan luar virus HPV, pemberian vaksin ini tidak mampu untuk mencetuskan jangkitan dan seterusnya penyakit-penyakit yang diakibatkan oleh jangkitan HPV.

## **10. Adakah vaksin HPV berkesan untuk mencegah kanser serviks?**

Kajian mendapati vaksin HPV mempunyai keberkesanan hampir 99 peratus bagi mencegah perubahan prakanser pada serviks yang disebabkan oleh jangkitan HPV jenis 16 dan 18 jika seseorang itu masih belum terdedah kepada jangkitan HPV jenis tersebut (HPV naïve) sewaktu menerima vaksin (Ault et.al., 2006).

Vaksin ini tidak memberi perlindungan kepada semua jenis HPV yang boleh menyebabkan kanser (Harper et al., 2006, Brown et.al, 2007). Terdapat juga bukti menunjukkan yang vaksin ini boleh memberi perlindungan silang kepada jangkitan jenis HPV yang lain (Brown et al., 2009, Skinner et.al, 2009)

## **11. Berapa lamakah perlindungan yang diberi oleh vaksin ini?**

Kajian menunjukkan bahawa vaksin ini dapat memberi perlindungan yang baik terhadap jangkitan HPV. Ia dijangka dapat terus memberi perlindungan dalam jangka masa yang panjang dan dos booster tidak diperlukan. Walaubagaimanapun, kajian masih lagi dijalankan dan keberkesanan vaksin ini untuk jangka masa panjang akan terus dipantau.

## **12. Siapa yang layak untuk menerima pelalian HPV?**

Di bawah Program Pelalian HPV Kebangsaan, murid perempuan di Tingkatan 1 boleh mendapatkan pelalian HPV di sekolah manakala remaja perempuan 13 tahun pada tahun semasa boleh mendapatkan pelalian ini di klinik kesihatan kerajaan. Gadis yang tidak layak menerima pelalian di bawah program ini boleh mendapatkannya di klinik dan hospital swasta dengan caj yang tertentu.

Semua gadis yang layak mesti mendapatkan kebenaran ibubapa atau penjaga sebelum menerima pelalian ini. Mereka tidak akan diberi pelalian jika surat kebenaran untuk menerima pelalian tidak ditandatangani dan diterima dari ibubapa atau penjaga yang sah.

## **13. Bagaimana dengan gadis yang telah melepasi umur layak – adakah mereka berisiko untuk dijangkiti HPV dan adakah mereka boleh mendapatkan pelalian ini?**

Semua wanita yang pernah melakukan hubungan seks adalah berisiko untuk mendapat jangkitan HPV dan mereka perlu menjalani saringan ujian Pap

smear secara berkala untuk mengesan perubahan pada epithelium serviks. Risiko untuk mendapat jangkitan baru adalah paling tinggi jika hubungan seks dilakukan di awal remaja dan semakin berkurangan apabila umur meningkat.

Bagi golongan gadis yang tidak layak menerima imunisasi ini secara percuma melalui program pelalian HPV kebangsaan, mereka boleh mendapatkan pelalian ini di klinik atau hospital swasta dengan perbelanjaan sendiri.

#### **14. Kenapa pelalian HPV diberi kepada remaja perempuan yang belum terlibat dengan hubungan seks?**

Ini adalah untuk mendapatkan keberkesanan terbaik dari pemberian pelalian HPV berdasarkan :-

- Paras pembentukan antibodi terhadap HPV selepas menerima suntikan HPV telah dikesan lebih tinggi di kalangan remaja perempuan 10 hingga 15 tahun berbanding dengan kumpulan umur yang lebih tua. Ini mencadangkan supaya imunisasi HPV diberikan pada usia awal.
- Pelalian ini juga hanya dapat memberi perlindungan yang terbaik jika diberikan kepada gadis yang belum terlibat dalam hubungan seks kerana mereka belum terdedah kepada jangkitan HPV (HPV naïve) terutamanya dari jenis 16, 18.

#### **15. Bagaimana dengan remaja lelaki – adakah mereka berisiko dan memerlukan pelalian ini?**

Ya, remaja lelaki juga mempunyai risiko untuk mendapat jangkitan HPV jika terlibat dalam hubungan seks. Walaubagaimanapun keberkesanan pemberian vaksin kepada kaum lelaki masih di peringkat kajian.

Sehingga kini, dasar Kementerian Kesihatan Malaysia hanya meluluskan pemberian pelalian kepada remaja perempuan

#### **16. Bagaimana pelalian ini diberi?**

Pelalian ini akan diberi secara suntikan di bahagian atas lengan. Sejumlah 3 dos suntikan akan diberi dalam tempoh jangkamasa 12 bulan mengikut jadual yang ditetapkan. Jika jadual pelalian ini terganggu, dos yang tertinggal boleh diberi secepat mungkin tanpa perlu mengulangi suntikan dos yang telah diberi.

## 17. Adakah kesan sampingan akibat vaksin ini?

Seperti pelalian lain, kesan sampingan yang biasa ialah kesan merah dan bengkak sedikit pada tempat suntikan. Kesan lain yang jarang terjadi ialah demam, sakit, diarrhea, gatal, ruam dan sakit sendi. Sesetengah orang akan mengalami tindakbalas yang serius selepas disuntik yang mungkin menyebabkan susah bernafas dan pengsan (anaphylaxis). Kejadian ini amat jarang berlaku dan profesional kesihatan yang memberi pelalian ini seharusnya tahu untuk mengendalikan kes-kes seperti ini.

Jika terjadinya kejadian pengsan (syncopal attack), rawatan yang disarankan ialah dengan meletak individu tersebut dalam posisi berbaring dengan kaki diangkat tinggi sedikit dari aras kepala atau membongkok ke hadapan dan letakkan kepala di antara lutut. Setelah pening dan penglihatan yang kabur reda, individu tersebut akan mengalami gangguan penglihatan sementara, sakit tekak, terasa ingin muntah dan menggigil. Setelah semua simptom reda, adalah disarankan agar pesakit tidur.

## 18. Siapakah yang tidak boleh menerima pelalian ini?

Golongan berikut tidak boleh menerima pelalian ini iaitu :-

- Individu yang telah disahkan mempunyai tindakbalas anafilaktik terhadap dos yang sebelumnya.
- Individu yang disahkan mempunyai tindakbalas anafilaktik terhadap mana-mana komponen bahagian vaksin.

Jika ada sebarang keraguan, dapatkan nasihat lanjut daripada pakar yang berkaitan.

Sedikit kesakitan tanpa demam atau masalah lain bukannya alasan untuk menangguhkan pelalian ini. Jika seseorang itu tidak sihat, pelalian ini boleh ditangguhkan sehingga mereka sembuh. Ini adalah untuk mengelakkan salah faham yang mengaitkan pelalian ini sebagai punca demam, demam menjadi lebih serius atau kesan sampingan lain akibat pelalian. Alahan kepada yis selepas pemberian pelalian ini tidak akan berlaku. Ini kerana, walaupun penghasilan vaksin ini melibatkan sel-sel yis, kandungan yis tidak terdapat dalam hasil akhir produk ini. Oleh itu, pemberian vaksin di kalangan mereka yang alah pada yis adalah selamat.

**19. Adakah pelalian ini selamat bagi wanita/gadis yang hamil?**

Kajian telah menunjukkan bahawa tiada sebarang risiko yang mengaitkan pemberian pelalian ini semasa mengandung. Walaubagaimanapun sebagai langkah berjaga-jaga, pemberian vaksin HPV tidak digalakkan semasa seseorang itu hamil.

**20. Apakah nasihat yang perlu dilakukan kepada wanita/gadis jika mendapati mereka hamil selepas menerima suntikan pelalian ini?**

Mereka perlu dapatkan nasihat doktor, jika mendapati dirinya hamil seurus selepas memulakan pelalian ini. Tiada bukti yang menunjukkan yang pelalian ini berbahaya kepadanya atau bayi yang dikandung. Pemantauan ke atas mereka perlu dibuat sebagai langkah berjaga-jaga di sepanjang kehamilan mereka. Mereka perlu tangguhkan dos-dos pelalian tersebut sehingga selepas bersalin.

**21. Apakah yang perlu dilakukan jika pelalian ini diberi kepada wanita yang mengandung atau wanita tersebut mengandung seurus menerima pelalian ini?**

Tangguhkan dos-dos yang seterusnya sehingga wanita berkenaan bersalin. Rujuk wanita atau gadis ini kepada doktor pakar (pakar obstetrik atau paediatrik).

**22. Bolehkah pelalian ini diberi kepada individu yang mengalami sistem imun yang rendah (immunocompromised)?**

Pesakit yang *immunocompromised* akibat HIV, *autoimmune disorders* (SLE) atau menerima regimen rawatan steroid dos tinggi untuk asma, transplantasi organ dan kimoterapi masih boleh menerima pelalian HPV walaupun kurang efektif berbanding mereka yang sihat. Kajian klinikal masih dijalankan untuk mengkaji keberkesanan pelalian ini ke atas individu yang "*immunocompromised*".

**23. Adakah pelalian ini juga disarankan oleh negara-negara lain?**

Vaksin HPV telah diluluskan dan program pelalian dilaksanakan di USA, Australian, Canada, New Zealand, India, UK dan negara-negara Eropah lain termasuk Perancis, Belgium, Jerman dan Itali. Banyak lagi negara yang

sedang mempertimbangkan untuk melaksanakan program pelalian ini. Vaksin ini telah mula digunakan pada tahun 2006.

**24. Adakah gadis/wanita yang telah menerima pelalian HPV masih perlu menjalani ujian pap smear?**

Ya. Mereka masih perlu menjalani ujian pap smear setelah mereka berkahwin atau telah terlibat dalam hubungan seks kerana perlindungan oleh vaksin adalah untuk mencegah jangkitan HPV jenis 16 dan 18 iaitu, 70 peratus dari keseluruhan penyebab kanser serviks.

1. Pelan Tindakan Program Pelalian Human Papillomavirus (HPV) Kebangsaan, Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Jabatan Kesihatan Awam, Kementerian Kesihatan Malaysia, 2010.
2. Panduan Program Imunisasi Kebangsaan Bayi dan Kanak-kanak untuk Anggota Kejururawatan , Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Kementerian Kesihatan Malaysia, 2008.
3. Human Papillomavirus And HPV Vaccines, Technical Information For Policy Makers And Health Professionals, World Health Organization, 2007
4. Preparing For The Introduction Of HPV Vaccine, Policy And Programme Guidance For Countries, World Health Organization, 2006

Penghargaan ditujukan khusus kepada pegawai di Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga yang telah menjayakan buku Panduan Pelaksanaan Program Pelalian HPV Kebangsaan Untuk Paramedik ini.

**Dr. Mymoon bt Alias**

Timbalan Pengarah Kesihatan  
Cawangan Kesihatan Keluarga  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga

**Dr. Saidatul Norbaya bt. Buang**

Ketua Penolong Pengarah Kanan  
Unit Kesihatan Sekolah

**Dr. Majdah Bt. Hj. Mohamad**

Ketua Penolong Pengarah Kanan  
Unit Kesihatan Dewasa

**Pn. Tan Phaik Sim**

Penyelia Jururawat Kesihatan  
Unit Kesihatan Kanak-kanak

**Pn. Meme Norraya bt Yahya**

Ketua Jururawat Kesihatan  
Unit Kesihatan Sekolah

**En. Shaiful Azmi b. Bani**

Penolong Pegawai Perubatan Kanan  
Unit Kesihatan Sekolah