KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA
Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 12, Blok E7, Kompleks E,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 PUTRAJAYA

Tel.: 03-8000 8000
Faks: 03-8889 5542

Ruj. Kami: KKM.600-29/4/102 Jld 2(12)

Tarikh : 20 Mei 2025

YBhg. Datuk/ Dato' Indera/ Datin Paduka/ Dato'/ /Datin/Tuan/Puan,

SURAT PEKELILING KETUA PENGARAH KESIHATAN BIL.17 / 2025

PELAKSANAAN PEMBERIAN VAKSIN TETANUS-DIFTERIA-PERTUSSIS (Tdap) KEPADA IBU HAMIL

1. TUJUAN

Surat Pekeliling ini bertujuan untuk memaklumkan pelaksanaan pemberian vaksin Tetanus-Difteria-Pertussis (Tdap) kepada semua ibu hamil di bawah Program Imunisasi Kebangsaan.

2. LATAR BELAKANG

2.1 Pertussis atau batuk kokol (*whooping cough*) merupakan penyakit cegahan vaksin yang disebabkan oleh bakteria *Bordetella pertussis*. Kebanyakan kes Pertussis yang dilaporkan di Malaysia adalah dalam kalangan bayi berumur kurang daripada lima (5) bulan yang belum lengkap tiga (3) dos primer vaksin Pertussis.

2.2 Susulan itu, Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) akan melaksanakan pemberian vaksin Tdap kepada semua ibu hamil sebagai langkah perlindungan awal dari jangkitan Pertussis kepada bayi yang belum menerima dos primer vaksin yang lengkap.

2.3 Pada masa ini, ibu hamil yang mendapatkan penjagaan antenatal di fasiliti KKM diberikan vaksin Tetanus Toxoid (TT) di mana dua (2) dos kepada ibu hamil primigravida dan satu (1) dos kepada ibu hamil multigravida.

3. DASAR PEMBERIAN VAKSIN TETANUS-DIFTERIA-PERTUSSIS (Tdap) DAN VAKSIN TETANUS TOXOID (TT) KEPADA IBU HAMIL

3.1 Pemberian vaksin Tdap kepada ibu hamil akan dilaksanakan di semua fasiliti kesihatan primer KKM yang memberikan perkhidmatan kesihatan ibu hamil di seluruh negara. Susulan pemberian vaksin Tdap ini, berlaku perubahan kepada jadual pemberian vaksin ibu hamil yang turut melibatkan pemberian vaksin Tetanus Toxoid (TT).

3.2 Dasar pemberian vaksin Tdap adalah sebanyak satu (1) dos kepada semua ibu hamil bagi setiap kehamilan pada trimester kedua atau ketiga. Manakala, vaksin TT diberikan sebanyak satu (1) dos kepada ibu primigravida sahaja, yang tidak lengkap atau tidak mempunyai bukti sejarah imunisasi tetanus. Perincian pemberian vaksin Tdap dan vaksin TT adalah seperti **Jadual 1.**

Jadual 1: Pemberian Vaksin Tetanus-Difteria-Pertussis (Tdap) Dan Vaksin Tetanus Toxoid (TT) Bagi Ibu Hamil

Ibu	Pemberian vaksin
Primigravida	Satu (1) dos vaksin TT** (semasa *quickening*) DAN Satu (1) dos vaksin Tdap pada 28 – 32 minggu kehamilan
Multigravida	Satu (1) dos vaksin Tdap pada 28 – 32 minggu kehamilan

**Vaksin TT tidak perlu diberikan sekiranya ibu hamil menunjukkan rekod telah lengkap enam (6) dos *Tetanus Toxoid Containing Vaccine* (TTCV)

3.3 Pemberian vaksin Tdap adalah secara **percuma** kepada semua ibu hamil warganegara dan bukan warganegara Malaysia.

4. TINDAKAN PUSAT TANGGUNGJAWAB (PTJ)

4.1 Pemberian vaksin Tdap dan TT kepada ibu hamil mengikut jadual baharu perlu dimulakan setelah bekalan vaksin Tdap tersedia di fasiliti kesihatan KKM.

4.2 Perolehan bekalan vaksin TT di fasiliti kesihatan primer perlu dilakukan mengikut keperluan semasa, mengambil kira berlaku pengurangan pemberian vaksin TT kepada ibu hamil berdasarkan jadual baharu.

4.3 Pelaksanaan pemberian vaksin Tdap dan TT kepada ibu hamil adalah berdasarkan *Garis Panduan Pelaksanaan Pemberian Vaksin Tetanus, Diphteria, Acellular Pertusis (Tdap) dan Tetanus Toxoid (TT) kepada Ibu Hamil untuk Anggota Kesihatan* (2025). Ia boleh dimuat turun dari laman sesawang Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga (BPKK) di https://hq.moh.gov.my/bpkk/.

4.4 Susulan pemberian vaksin Tdap kepada ibu hamil, status imunisasi ibu hamil perlu dinyatakan dalam siasatan bagi kes dan/atau wabak Pertussis seperti di Annex A.

5. TARIKH BERKUATKUASA

Arahan dalam surat pekeliling ini berkuatkuasa mulai dari **26 Mei 2025.**

6. PERTANYAAN

Sebarang pertanyaan boleh dikemukakan kepada:

Pengarah
Bahagian Kawalan Penyakit
Aras 3, Blok E10, Kompleks E
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Wilayah Persekutuan Putrajaya
Telefon: 03-8883 4421/4411/4588

ATAU

Pengarah
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
Aras 7, Blok E10, Kompleks E
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Wilayah Persekutuan Putrajaya
Telefon: 03-8883 4046/4290/4040

7. PENUTUP

YBhg. Datuk/ Dato' Indera/ Datin Paduka/ Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan adalah bertanggungjawab untuk memastikan arahan dalam pekeliling ini dihebahkan dan dipatuhi. Komitmen dari semua anggota kesihatan amatlah dihargai.

Sekian, terima kasih.

"MALAYSIA MADANI"

"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"

Saya yang menjalankan amanah,

DATO' INDERA DR. NOR AZIMI BINTI YUNUS
(MMC : 29884)
Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
Kementerian Kesihatan Malaysia

b/p

(DATUK DR. NOR FARIZA BT NGAH)
b.p : Ketua Pengarah Kesihatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

s.k

Ketua Setiausaha
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Setiausaha (Pengurusan)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Setiausaha (Kewangan)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Penyelidikan & Sokongan Teknikal)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah Kanan
Program Kesihatan Pergigian
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah Kanan
Program Perkhidmatan Farmasi
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah
Bahagian Perkembangan Perubatan

Setiausaha Sulit kepada Menteri Kesihatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

Setiausaha Sulit kepada Timbalan Menteri Kesihatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

SENARAI EDARAN

Pengarah Perkhidmatan Kesihatan
Angkatan Tentera Malaysia
Bahagian Perkhidmatan Kesihatan

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Perlis

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Kedah

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Pulau Pinang

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Perak

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan WP Kuala Lumpur & Putrajaya

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Negeri Sembilan

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Melaka

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Johor

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Pahang

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Sabah

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak

Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan WP Labuan

Pengarah
Hospital Kuala Lumpur

Annex A

BORANG SIASATAN PERTUSSIS
BAHAGIAN KAWALAN PENYAKIT
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

A. MAKLUMAT PESAKIT

Nama Penuh (HURUF BESAR):

Nama Ibu/Bapa/Penjaga (jika berumur di bawah 12 tahun):

No. Pengenalan Diri:

Warganegara Malaysia: ☐ Ya ☐ Tidak

Keturunan:

Negara asal:
☐ Izin ☐ Tanpa izin ☐ Pemaustautin tetap

Jantina: ☐ Lelaki ☐ Perempuan

Tarikh lahir: Umur: ☐ Hari / ☐ Bulan / ☐ Tahun

Alamat Kediaman:

Nombor telefon: Rumah: Pejabat:

Tel. Bimbit: e-mail:

B. PEMBERITAHUAN

Tarikh notifikasi:

Tarikh masuk wad

Sumber notifikasi:
☐ Klinik kerajaan
☐ Hospital kerajaan
☐ Makmal kerajaan
☐ Komuniti
☐ Kontak kes
☐ Klinik swasta
☐ Hospital swasta
☐ Makmal swasta
☐ Pencarian secara aktif
☐ Lain-lain

C. MAKLUMAT KLINIKAL

Batuk

– Tarikh mula:

Tempoh gejala batuk (tarikh dari mula gejala sehingga tarikh mendapatkan rawatan) :

	Ya	Tidak	Tidak diketahui
Paroxysmal cough	☐	☐	☐
Inspiratory whoop	☐	☐	☐
Muntah selepas batuk	☐	☐	☐
Cyanosis selepas batuk paroxysm	☐	☐	☐
Apnea (exclude cyanotic episode)	☐	☐	☐

Diagnosis : Tarikh diagnosis:

KOMPLIKASI

	Ya	Tiada	Tidak diketahui
Pneumonia	☐	☐	☐
Seizure	☐	☐	☐
Encephalopathy	☐	☐	☐

Lain- lain: _____

Status pesakit: ☐ Hidup ☐ Mati ☐ Tidak diketahui

Jika mati, tarikh mati: _____

Sebab kematian: _____

D. IMUNISASI (Untuk diisi bagi pesakit)

Imunisasi ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak diketahui

Tarikh Imunisasi	Jenis	Tempat
1. __/__/____	____	____
2. __/__/____	____	____
3. __/__/____	____	____
4. __/__/____	____	____

Kod jenis vaksin
A. DTaP
B. DTaP-IPV-Hib
C. DTaP-IPV-HB-Hib

Kod Tempat menerima vaksinasi
A. fasiliti kerajaan
B. fasiliti swasta
C. fasiliti kerajaan & swasta

Sumber maklumat imunisasi: ☐ Kad ☐ lisan ☐ Buku rekod ☐ Tidak diketahui

Jika tiada vaksinasi, nyatakan sebabnya:

E. IMUNISASI BAGI IBU

Imunisasi Tdap ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak diketahui

Tarikh Imunisasi	Tempat	*Kod Tempat menerima vaksinasi*
1. __/__/___	___	*A. fasiliti kerajaan*
		B. fasiliti swasta

Sumber maklumat imunisasi: ☐ Kad ☐ lisan ☐ Buku rekod ☐ Tidak diketahui

Jika tiada vaksinasi, nyatakan sebabnya:

F. DATA MAKMAL

Adakah ujian dilakukan bagi *Bordetella pertussis* ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak diketahui

☐ Culture: Tarikh sampel diambil:___/___/___

Keputusan:

☐ PCR: Tarikh sampel diambil:

Keputusan:

☐ IgM ☐ IgG Tarikh sampel diambil:___/___/___ Keputusan:

☐ Total Ig Tarikh convalescent sample di ambil: ___/___/___ Keputusan:

Nota: Kenaikan 4 - kali ganda titer dari sampel convalescent boleh dipertimbangkan sebagai serologi positif bagi Whooping cough. Keputusan dari satu sampel tidak boleh diterima sebagai pengesahan makmal bagi suspected kes Whooping cough.

F. Rawatan

Adakah rawatan antibiotik diberi? ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah antibiotik pertama yang diberi?

Tarikh mula: Tempoh rawatan:

G: Punca jangkitan disyaki:

Tadika	☐	Jiran	☐
Sekolah	☐	Perjalanan ke luar Negara	☐
Klinik	☐	Lain- lain	☐
Hospital	☐	Tidak diketahui	☐
Rumah	☐		

H: Pergerakan dalam tempoh 3 minggu kebelakangan

Pegawai Penyiasat:	Disemak oleh:
Tarikh siasatan:	Tarikh:

I: ULASAN PEGAWAI KESIHATAN DAERAH

Jawatan:

Nama hospital / klinik / pejabat kesihatan & alamat