KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
HOSPITAL KLUSTER MELAKA

POLISI OPERASI

HOSPITAL KLUSTER MELAKA



POHKM	Pindaan: 02	No. Keluaran: 01

Tarikh Terbitan	**:**	**Tahun 2019**
Tarikh Kemaskini Terakhir	**:**	**27 Februari 2024**
Tarikh Kemaskini Akan Datang	**:**	**27 Februari 2027**

Disediakan oleh	**Tandatangan**	**:** 
	Nama	**: DR. POK HAN YUN**
	Jawatan	**: PEGAWAI PERUBATAN UD48** **UNIT KLUSTER, HOSPITAL MELAKA**
	Tarikh	**: 27 Februari 2024**
Disemak oleh	**Tandatangan**	**:** 
	Nama	**: DR. SAIRATUL MAWARNITA BINTI ISHAK**
	Jawatan	**: TIMBALAN PENGARAH (PERUBATAN) IV** **HOSPITAL MELAKA**
	Tarikh	**: 27 Februari 2024**
Diluluskan oleh	**Tandatangan**	**:** 
	Nama	**: DR. ZAHARIMAH BINTI ABDUL KADIR**
	Jawatan	**: KETUA HOSPITAL KLUSTER MELAKA**
	Tarikh	**: 27 Februari 2024**

POLISI OPERASI HOSPITAL KLUSTER MELAKA

EDISI ll

(2024)

KATA ALU-ALUAN PENGARAH KESIHATAN NEGERI MELAKA

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
Salam Sejahtera dan Salam Malaysia Madani.
Salam Melakaku Maju Jaya, Rakyat Bahagia Mengamit Dunia.
Bijak Laksana Tuah, Berani Laksana Jebat.

Setinggi kesyukuran dipanjatkan ke hadrat Illahi atas segala limpah kurniaNya yang tidak terhingga kepada kita semua. Selawat dan salam buat Rasulullah SAW, keluarga serta para sahabat baginda.

Pelaksanaan inisiatif Hospital Kluster Melaka merupakan salah satu usaha Kementerian Kesihatan Malaysia untuk mengoptimumkan penggunaan sumber di Hospital Melaka, Hospital Jasin dan Hospital Alor Gajah yang bertujuan menyediakan perkhidmatan secara berintegrasi, merangkumi aspek pengurusan sumber manusia, pembangunan, kewangan, perolehan dan aset, kepada pelanggan. Bagi memastikan pelaksanaan inisiatif ini dapat berjalan dengan lancar, satu rujukan yang komprehensif dan fleksibel diperlukan bagi memastikan kesinambungan tadbir urus pengurusan hospital kluster ini.

Alhamdulillah Polisi Operasi Hospital Kluster Melaka edisi ke-2 ini dapat diterbitkan. Ia adalah hasil semakan dan penambahbaikan berterusan terhadap garis panduan sedia ada bagi memastikan proses penyampaian perkhidmatan kepada masyarakat adalah berkualiti dan menepati hasrat Kerajaan.

Adalah diharapkan Polisi Operasi Hospital Kluster Melaka edisi ke-2 ini akan digunapakai bagi menjadikan pengurusan Hospital Kluster Melaka lebih cekap, efisien, berkualiti dan memenuhi ekspektasi pelanggan.

Akhir kata, saya mengucapkan setinggi penghargaan dan tahniah kepada seluruh warga kerja Hospital Melaka yang telah terlibat dan komited di dalam penghasilan Polisi Operasi Hospital Kluster Melaka edisi ke-2 ini.

Sekian, terima kasih.

DR. RUZITA BINTI MUSTAFFA
Pengarah Kesihatan Negeri Melaka

PERUTUSAN KETUA HOSPITAL KLUSTER MELAKA

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
Salam Sejahtera dan Salam Malaysia Madani.
Salam Melakaku Maju Jaya, Rakyat Bahagia Menggamit Dunia.
Bijak Laksana Tuah, Berani Laksana Jebat.

Alhamdulillah, setinggi-tinggi kesyukuran dirafa'kan ke hadrat Allah swt. kerana dengan limpah kurnia dan izinNya, maka Polisi Operasi Hospital Kluster Melaka telah berjaya diterbitkan. Penerbitan polisi ini menyaksikan satu anjakan perkembangan perkhidmatan Hospital Kluster Melaka semenjak bermulanya projek rintis Hospital Kluster pada tahun 2014.

Hospital Kluster Melaka telah menyahut cabaran transformasi sistem kesihatan ini dengan penyatuan hospital-hospital dalam satu lokasi geografi yang sama dan penyelarasan dari segi operasi, fungsi, aliran perkhidmatan dan pesakit.

Hospital Kluster Melaka berfungsi sebagai satu entiti, berkongsi serta mengoptimumkan sumber-sumber yang ada di sesuatu kluster, mengagihkan beban kerja agar dikongsi sama, juga mengelakkan pembaziran serta pertindihan perkhidmatan di dalam kluster tersebut.

Adalah diharapkan dengan kemaskini Polisi Operasi Hospital Kluster Melaka, warga Hospital Kluster Melaka dapat dimanfaatkan dengan sepenuhnya demi meningkatkan kualiti perkhidmatan di dalam kluster Melaka.

Sekalung tahniah dan penghargaan buat semua pihak yang telah menjayakan penerbitan Polisi Operasi Hospital Kluster Melaka.

Sebagai penutup bicara, semoga Hospital Kluster Melaka terus berkembang sebagai satu entiti, demi merealisasikan *Patient Cantered Care* serta *Universal Health Coverage.*

Sekian, terima kasih.



DR. ZAHARIMAH BINTI ABDUL KADIR
Ketua Hospital Kluster Melaka

SIDANG REDAKSI

· PENAUNG ·

DR. ZAHARIMAH BINTI ABDUL KADIR

Ketua Hospital Kluster Melaka

· PENASIHAT ·

DR. AZHAR BIN MOHD SALI

Timbalan Ketua Hospital Kluster Melaka

DR. AHMAD HELMI BIN HAMDAN

Timbalan Ketua Hospital Kluster Melaka

· JAWATANKUASA ·

Dr. Sharifah Binti Omar	Timbalan Pengarah (Perubatan) I Hospital Melaka
Dr. Mohd Rosli Bin Tompang	Timbalan Pengarah (Perubatan) II Hospital Melaka
Dr. Lee Jun Yuan	Timbalan Pengarah (Perubatan) III Hospital Melaka
Dr. Sairatul Mawarnita Binti Ishak	Timbalan Pengarah (Perubatan) IV Hospital Melaka
En. Mohd Fairul Zaman Bin Abdul Manan	Timbalan Pengarah (Pengurusan) Hospital Melaka
Dr. Wan Hafizah Husna Binti Wan Mokhtar	Timbalan Pengarah Hospital Alor Gajah
Dr. Abdul Karim Bin Abdul Rahman	Timbalan Pengarah Hospital Jasin
Dr. (Ms.) Izety Shezlinda Binti Noran	Pengerusi CMDAC Ketua Perkhidmatan Pembedahan Plastic & Rekonstruktif Kluster
Dr. Mohamad Fadhly Bin Yahya	Ketua Perkhidmatan Kecemasan & Trauma Kluster
Dr. Chong Hwee Cheng	Ketua Perkhidmatan Perubatan Kluster
Dr. Zainal Abidin Bin Othman	Ketua Perkhidmatan Anestesiologi & Rawatan Rapi Kluster
Dr. Raudhawati Binti Osman	Ketua Perkhidmatan Patologi Kluster

Dr. (Ms.) Yap Lee Ming	Ketua Perkhidmatan Pembedahan Kluster
Dr. (Mr.) Mohamad Fauzlie Bin Yusof	Ketua Perkhidmatan Ortopedik Kluster
Dr. Norhafizah Binti Abu Hassan	Ketua Perkhidmatan Radiologi Kluster
Dr. Haryanti Sara Azmeen Binti Abdul Rahman	Ketua Perkhidmatan Forensik Kluster
Dr. Juliana Binti Jalaludin	Ketua Perkhidmatan Oftalmologi Kluster
Dr. Maimunah Binti Fadzil	Ketua Perkhidmatan Obstetrik & Ginekologi Kluster
Dr. Angeline Wan Seng Lian	Ketua Perkhidmatan Pediatrik Kluster
Dr. Nurul Wafa Binti Hussain	Ketua Perkhidmatan Psikiatri & Kesihatan Mental Kluster
Datuk Dr. (Mr.) Hj. Abdul Razak Bin Hj Ahmad	Ketua Perkhidmatan Otorinolaringologi Kluster
Dr. Lee Choon Sian	Ketua Perkhidmatan Dermatologi Kluster
Dr. Noor Amiza Binti Mat Amin	Ketua Perkhidmatan Perubatan Transfuse Kluster
Dr. Noriani Binti Abu Bakar	Ketua Perkhidmatan Perubatan Rehabilitasi Kluster
Dr. Mimi Syazleen Binti Abdul Rahman	Ketua Perkhidmatan Pergigian Pediatrik Kluster
Dr. Ma Bee Chai	Ketua Perkhidmatan Pembedahan Mulut Kluster
Pn. Noorazlinda Binti Yacob	Ketua Perkhidmatan Farmasi & Bekalan Kluster
Dr. Nur Safani Binti Basri	Ketua Unit Kualiti, Hospital Jasin
Dr. Mohd Zulfadli Bin Mohd Hanib	Ketua Unit Kualiti, Hospital Alor Gajah
Tn. Hj. Mohd Sani Bin Mokhtar	Ketua Penyelia Hospital, Hospital Melaka
Tn. Hj. Azizan Bin Musa	Ketua Penyelia Hospital, Hospital Alor Gajah

En. Mohamad Khairi Bin Abdul Raof	Ketua Penyelia Hospital, Hospital Jasin
Matron Norliza Binti Abdul Manap	Ketua Penyelia Jururawat, Hospital Melaka
Matron Zuzana Binti Abu Samah	Ketua Penyelia Jururawat, Hospital Alor Gajah
Matron Masrani Binti Abu Samah	Ketua Penyelia Jururawat, Hospital Jasin
En. Rosli Bin Adam	Ketua Jabatan Rekod Perubatan, Hospital Melaka
Pn. Nurul Asnida Binti Abdul Wahab	Ketua Unit Pentadbiran, Hospital Melaka
Pn. Rauidah Binti Rahmat	Ketua Unit Sumber Manusia, Hospital Melaka
Pn. Norzaiha Binti Pungot	Ketua Unit Kewangan & Perolehan, Hospital Melaka
Dr. Teh Sheng Lin	Pegawai Perubatan Y/M Unit Kluster, Hospital Melaka
Dr. Pok Han Yun	Pegawai Perubatan Unit Kluster, Hospital Melaka

KANDUNGAN

PENGENALAN 1

VISI & MISI 2

OBJEKTIF 3

PRINSIP 4

POLISI PENGURUSAN HOSPITAL KLUSTER MELAKA 5

POLISI JAWATANKUASA PENGURUSAN KLUSTER 6

POLISI *CLUSTER MEDICAL & DENTAL ADVISORY COMMITTEE* 8

POLISI JAWATANKUASA MORBIDITI & MORTALITI KLUSTER 11

POLISI JAWATANKUASA *PRIVILEGING* KLUSTER 15

POLISI JAWATANKUASA PENGURUSAN SUMBER MANUSIA & LATIHAN KLUSTER 18

POLISI JAWATANKUASA KERJA KLUSTER 24

POLISI PENGURUSAN REKOD & LAPORAN PERUBATAN PESAKIT KLUSTER 32

POLISI PENGURUSAN PENGANGKUTAN KLUSTER 35

POLISI PENGURUSAN KATIL KLUSTER 39

POLISI KEMASUKAN WAD & DISCAJ KLUSTER 42

POLISI RAWATAN PESAKIT DALAM KLUSTER 45

POLISI KLINIK PAKAR KLUSTER 48

POLISI PERKHIDMATAN KLINIKAL HOSPITAL KLUSTER MELAKA 51

POLISI PERKHIDMATAN KECEMASAN & TRAUMA KLUSTER 52

POLISI PERKHIDMATAN PERUBATAN KLUSTER 67

POLISI PERKHIDMATAN ANESTESIOLOGI & RAWATAN RAPI KLUSTER 74

POLISI PERKHIDMATAN PATOLOGI KLUSTER 85

POLISI PERKHIDMATAN PEMBEDAHAN KLUSTER 91

POLISI PERKHIDMATAN ORTOPEDIK KLUSTER 95

POLISI PERKHIDMATAN RADIOLOGI KLUSTER 99

POLISI PERKHIDMATAN FORENSIK KLUSTER 103

POLISI PERKHIDMATAN OFTALMOLOGI KLUSTER 109

POLISI PERKHIDMATAN PEMBEDAHAN PLASTIK & REKONSTRUKSIF KLUSTER .. 114

POLISI PERKHIDMATAN OBSTETRIK & GINEKOLOGI KLUSTER 119

POLISI PERKHIDMATAN PEDIATRIK KLUSTER 126

POLISI PERKHIDMATAN PSIKIATRI & KESIHATAN MENTAL KLUSTER 129

POLISI PERKHIDMATAN OTORINOLARINGOLOGI KLUSTER 136

POLISI PERKHIDMATAN DERMATOLOGI KLUSTER 140
POLISI PERKHIDMATAN PERUBATAN TRANSFUSI KLUSTER 142
POLISI PENULISAN PRESKRIPSI KLUSTER..... 146
SINGKATAN 161
LAMPIRAN..... 163

PENGENALAN

Hospital Kluster merupakan satu inisiatif yang telah dikenalpasti bagi pelaksanaan di bawah program Transformasi Sistem Kesihatan. Ianya telah diiktiraf oleh Jabatan Perkhidmatan Awam sebagai satu inisiatif berimpak tinggi bagi Transformasi Perkhidmatan Awam.

Hospital Kluster melibatkan kolaborasi di antara beberapa buah hospital Kementerian Kesihatan Malaysia, berpakar dan tanpa pakar yang terletak di dalam sebuah negeri yang sama, serta kawasan geografi yang berdekatan. Hospital-hospital ini digabungkan di bawah satu tadbir urus, serta diselaraskan dari segi aliran perkhidmatan dan pesakit. Sesebuah kluster akan menyediakan perkhidmatan kepakaran kepada semua pesakit di bawah liputan rangkaian kesemua hospital yang terlibat. Sumber manusia, fasiliti serta lain-lain kemudahan adalah dikongsi bersama di antara kesemua hospital di dalam sesebuah kluster tersebut.

Hospital Kluster Melaka adalah salah satu daripada Projek Rintis Hospital Kluster yang telah mula dilaksanakan pada tahun 2014. Hospital Kluster Melaka melibatkan tiga buah hospital, iaitu Hospital Melaka sebagai *Lead Hospital* (LH), Hospital Jasin *Non-Lead Hospital I* (NLH I) dan Hospital Alor Gajah *Non-Lead Hospital II* (NLH II). Bermottokan “Perkhidmatan Kepakaran Untuk Semua”, Hospital Kluster Melaka telah memulakan Perkhidmatan Bersepadu & Berkoordinasi sejak tahun 2016.

Hospital Kluster Melaka bakal mengorak langkah dengan peluasan perkhidmatan secara Perkhidmatan Bersepadu pada masa yang akan dating.

VISI

Hospital Kluster Melaka adalah gabungan Hospital Melaka, Hospital Jasin dan Hospital Alor Gajah bagi membentuk satu organisasi yang sentiasa bekerjasama untuk meningkatkan kualiti dan kecemerlangan penyampaian perkhidmatan kesihatan berfokuskan keperluan dan kehendak komuniti setempat.

MISI

1. Komited dalam melaksanakan penyampaian perkhidmatan secara menyeluruh dan berkualiti dengan kos yang berpatutan melalui perkhidmatan yang disepadukan berdasarkan keperluan dan kehendak komuniti setempat bagi meningkatkan kemudahan mendapatkan rawatan yang lebih saksama.

2. Komited kepada falsafah perkongsian organisasi melalui pembentukan budaya korporat dan penjenamaan organisasi serta pelaksanaan perkongsian nilai-nilai yang membentuk kejayaan ke arah visi yang seragam.

3. Komited dalam melaksanakan penggunaan tenaga kerja kesihatan yang lebih adil dan saksama di dalam kluster serta pembentukan tenaga kerja yang terlatih, cekap, berintegriti dan komited dalam melaksanakan visi organisasi.

4. Pengurusan dan pentadbiran difokuskan kepada keperluan komuniti setempat serta pencapaian matlamat bersama. Walaubagaimanapun, pelaksanaan perkhidmatan berdasarkan keperluan pesakit secara individu tidak diketepikan. Kedua-duanya digabungkan bagi meningkatkan kualiti, kesamarataan dan keterangkuman rakyat untuk mendapatkan kemudahan perkhidmatan rawatan kesihatan.

OBJEKTIF

1. Mengukuhkan integrasi dalam penyampaian penjagaan perubatan dengan membina rangkaian klinikal yang lebih baik melalui pengoperasian dan perkongsian sumber-sumber dalam Hospital Kluster Melaka.

2. Meningkatkan peluang mendapatkan kemudahan perkhidmatan kepakaran yang lebih saksama dan ‘berdekatan dengan rumah’ kepada masyarakat tempatan.

3. Mengoptimumkan penggunaan sumber melalui peningkatan kecekapan dan keberkesanan penyampaian perkhidmatan.

4. Mengukuhkan dan meningkatkan kecekapan kakitangan dalam melaksanakan perkhidmatan yang berkualiti melalui peningkatan jaringan dan kesinambungan latihan dan pengajaran di dalam Hospital Kluster Melaka.

5. Meningkatkan kepuasan pelanggan dan anggota kesihatan dengan meningkatkan produktiviti dan pengagihan semula beban kerja.

6. Mengukuhkan pelaksanaan pengurusan kewangan melalui perkongsian dan pengoptimuman sumber-sumber di dalam Hospital Kluster Melaka bagi meningkatkan kualiti penjagaan perkhidmatan.

7. Melaksanakan penyampaian perkhidmatan yang lebih efisien dan mampan dengan mengoptimumkan penggunaan sumber-sumber sedia ada dan mengelakkan pembaziran.

8. Melaksanakan komunikasi strategik dan perkongsian data melalui penggunaan teknologi bagi meningkatkan keberkesanan penyampaian perkhidmatan kesihatan di dalam Hospital Kluster Melaka.

PRINSIP

- Pendekatan kluster secara menyeluruh
- Keselamatan dan kualiti
- Bersesuaian
- Kebolehcapaian kepada rawatan
- Pembahagian sumber yang lebih rasional
- Pengagihan tenaga kerja
- Latihan dan penyelidikan

POLISI PENGURUSAN

HOSPITAL KLUSTER MELAKA

1	POLISI JAWATANKUASA PENGURUSAN KLUSTER
2	POLISI *CLUSTER MEDICAL & DENTAL ADVISORY COMMITTEE*
3	POLISI JAWATANKUASA MORBIDITI & MORTALTI KLUSTER
4	POLISI JAWATANKUASA *PRIVILEGING* KLUSTER
5	POLISI JAWATANKUASA PENGURUSAN SUMBER MANUSIA KLUSTER
6	POLISI JAWATANKUASA KERJA KLUSTER
7	POLISI PENGURUSAN REKOD & LAPORAN PERUBATAN PESAKIT KLUSTER
8	POLISI PENGANGKUTAN KLUSTER
9	POLISI PENGURUSAN KATIL KLUSTER
10	POLISI KAMASUKAN WAD & DISCAJ KLUSTER
11	POLISI RAWATAN PESAKIT DALAM KLUSTER
12	POLISI KLINIK PAKAR KLUSTER

POLISI JAWATANKUASA PENGURUSAN KLUSTER



OBJEKTIF

Dibentuk untuk menguruskan operasi dan pembangunan hospital-hospital di dalam Hospital Kluster Melaka.

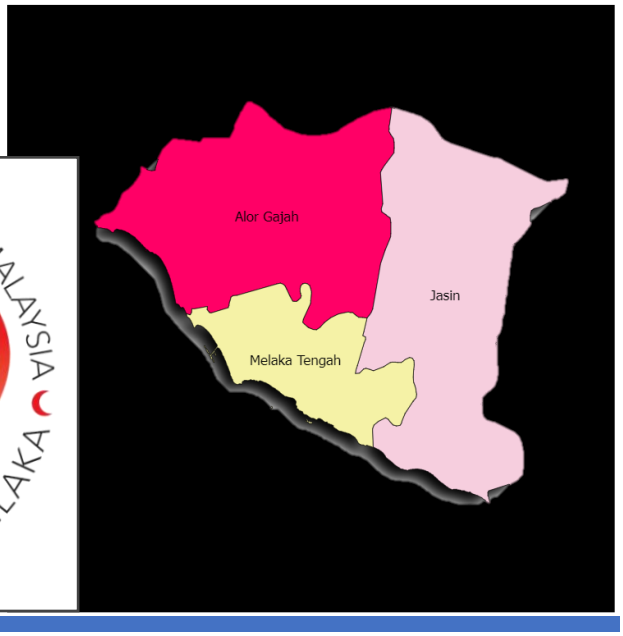
SKOP PERKHIDMATAN

Bertanggungjawab menyelia dan memantau perkhidmatan bersepadu dan yang dikoordinasikan di dalam Hospital Kluster Melaka secara keseluruhan.

POLISI PERKHIDMATAN

1. Pengarah LH akan dilantik sebagai Ketua Kluster secara bertulis oleh Pengarah Kesihatan Negeri Melaka.
2. Pengarah NLH akan dilantik sebagai Timbalan Ketua Kluster oleh *Governing Body (GB)*.
3. Ahli-ahli Jawatankuasa Pengurusan Kluster terdiri daripada:
    i. Ketua Kluster
    ii. Timbalan Ketua Kluster
    iii. Timbalan Pengarah Perubatan LH & NLH
    iv. Timbalan Pengarah Pengurusan LH & NLH
    v. Ketua-ketua Perkhidmatan yang disepadu dan dikoordinasikan
    vi. Ketua Jabatan/Unit Farmasi LH & NLH
    vii. Ketua Penyelia Jururawat LH & NLH
    viii. Ketua Penyelia Hospital LH & NLH
    ix. Ketua Unit Kejuruteraan LH
    x. Wakil *Cluster Medical & Dental Advisory Committee* (CMDAC)
    xi. Ketua Jabatan Rekod Perubatan
    xii. Wakil-wakil Jabatan/Unit lain (mengikut keperluan)
4. Unit Kluster di LH adalah urus setia Jawatankuasa Pengurusan Kluster.
5. Kekerapan Mesyuarat Jawatankuasa Pengurusan Kluster sekurang-kurangnya setiap tiga (3) bulan atau mengikut keperluan.

POLISI *CLUSTER MEDICAL & DENTAL ADVISORY COMMITTEE*



OBJEKTIF

1. Memperkasakan aktiviti pengurusan perkhidmatan klinikal di Hospital Kluster Melaka di peringkat Jabatan dan Unit secara khususnya dan hospital secara amnya.
2. Memastikan perkhidmatan klinikal yang lebih terancang di peringkat hospital kluster mengikut keutamaan, pelaksanaan polisi dan garis panduan yang lebih berkoordinasi serta perkongsian sumber bagi memastikan penggunaan yang lebih berkesan.
3. Pemantapan penubuhan direktorat klinikal di antara lain bertujuan untuk meningkatkan kerjasama di antara jabatan ke arah perkembangan.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Jawatankuasa ini merupakan peringkat tertinggi bagi *'clinical decision-making'.*
2. Berfungsi sebagai penasihat klinikal kepada pihak pengurusan di mana Pengerusi dan seorang ahlinya menganggotai Jawatankuasa Pengurusan.

POLISI PERKHIDMATAN

Keahlian

1. Keahlian jawatankuasa terdiri dari semua pengerusi direktorat klinikal mewakili kumpulan masing-masing.
2. Direktorat klinikal merupakan kumpulan Jabatan-jabatan Klinikal yang mempunyai persamaan dari segi fungsi, aktiviti, kemudahan serta sumber yang digunakan.
3. Empat direktorat klinikal dikenalpasti di Hospital Kluster Melaka iaitu:
    i. Perkhidmatan Perubatan (*Medical Directorate*)
    ii. Perkhidmatan Pembedahan (*Surgical Directorate*)
    iii. Perkhidmatan Wanita dan Kanak-kanak (*Women & Children Directorate*)
    iv. Perkhidmatan Diagnostik dan Sokongan Klinikal (*Diagnostic & Clinical Support Directorate*)
4. Keahlian adalah untuk tempoh 2 tahun dan pengerusi dipilih secara bergilir melalui pengundian secara sulit.
5. Sekretariat bagi jawatankuasa ini ialah Timbalan Pengarah Hospital atau seorang Pegawai Perubatan yang berpengalaman.

6. Kehadiran ahli mesyuarat tidak boleh digantikan dengan ahli silih ganti atau diwakilkan.

Syarat-syarat Keanggotaan

1. Lantikan hendaklah dibuat secara bertulis oleh Ketua Kluster iaitu Pengarah Hospital Melaka sebagai LH.
2. Tempoh lantikan anggota jawatankuasa adalah untuk dua tahun.
3. Keanggotaan akan dikaji semula dari masa ke semasa apabila perlu.
4. Keanggotaan di dalam jawatankuasa adalah terbatal secara automatik apabila anggota jawatankuasa yang dilantik meninggalkan Perkhidmatan Awam ataupun berpindah keluar dari Hospital Kluster Melaka.
5. Penggantinya akan dilantik oleh Jawatankuasa CMDAC.

Pentadbiran Mesyuarat

1. Pengerusi mesyuarat ialah Pengerusi dan/atau Timbalan Pengerusi.
2. Korum bagi mesyuarat ialah 60% daripada jumlah bilangan ahli jawatankuasa.
3. Kekerapan mesyuarat adalah sebanyak 3 kali setahun atau mengikut keperluan.

POLISI JAWATANKUASA MORBIDITI & MORTALITI KLUSTER





OBJEKTIF

1. Penambahbaikan mutu pengurusan dan kualiti perawatan kepada pesakit di Hospital Kluster Melaka dan mengenal pasti pengurusan rawatan yang telah diberikan kepada pesakit adalah efektif dan seterusnya mengurangkan kadar morbiditi dan mortaliti ke tahap minima.
2. Secara umumnya, definisi Morbiditi dan Mortaliti adalah seperti berikut:

Morbidity: A diseased state or symptom.

Mortality: The quality or state being mortal.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Sebagai badan Jawatankuasa Mortaliti dan Morbiditi peringkat Hospital Kluster Melaka yang berperanan untuk mengenal pasti penambahbaikan perkhidmatan dan kualiti perawatan pesakit.
2. Memastikan kekerapan Mesyuarat Morbiditi dan Mortaliti Hospital Kluster Melaka yang dijalankan oleh ahli jawatankuasa adalah 4 kali setahun.
3. Mengemaskini terma rujukan Jawatankuasa Mortaliti dan Morbiditi Hospital Kluster Melaka dari masa ke semasa apabila perlu.
4. Mengenal pasti kes-kes klinikal tertentu yang perlu diperbincangkan di peringkat Hospital Kluster seperti Kes Mortaliti Denggi, Mortaliti Tuberculosis, Kes Kematian Perinatal dan sebagainya.

POLISI PERKHIDMATAN

Keahlian

1. Pengerusi Jawatankuasa merupakan Ketua Hospital Kluster Melaka.
2. Mesyuarat boleh dipengerusikan oleh Ketua Kluster atau Timbalan Ketua Kluster.
3. Setiausaha yang dilantik merupakan pegawai/anggota perubatan klinikal yang bertanggungjawab memastikan penglibatan ahli jawatankuasa adalah menyeluruh.
4. Ahli Jawatankuasa merupakan wakil bagi setiap jabatan dan unit dari Hospital Kluster Melaka mengikut kepakaran dan keperluan.
5. Urus Setia:
    i. Unit Kluster Hospital Melaka
    ii. Unit Kualiti Hospital Alor Gajah
    iii. Unit Klualiti Hospital Jasin

6. Kehadiran ahli mesyuarat boleh digantikan dengan wakil yang dilantik oleh Ketua Jabatan atau Unit tersebut.

Syarat-syarat Keanggotaan

1. Lantikan hendaklah dibuat secara bertulis oleh Ketua Pusat Tanggungjawab (PTJ) iaitu Ketua Hospital Kluster Melaka.
2. Tempoh lantikan anggota jawatankuasa adalah untuk (2) dua tahun.
3. Keanggotaan akan dikaji semula dari masa ke semasa apabila perlu.
4. Keanggotaan di dalam jawatankuasa adalah terbatal secara automatik apabila anggota jawatankuasa yang dilantik meninggalkan Perkhidmatan Awam ataupun berpindah keluar dari Hospital Kluster Melaka. Penggantinya akan dilantik oleh Jawatankuasa Morbiditi dan Mortaliti Hospital Kluster Melaka.

Peranan Dan Tanggungjawab Jawatankuasa Di Peringkat Hospital Kluster Melaka

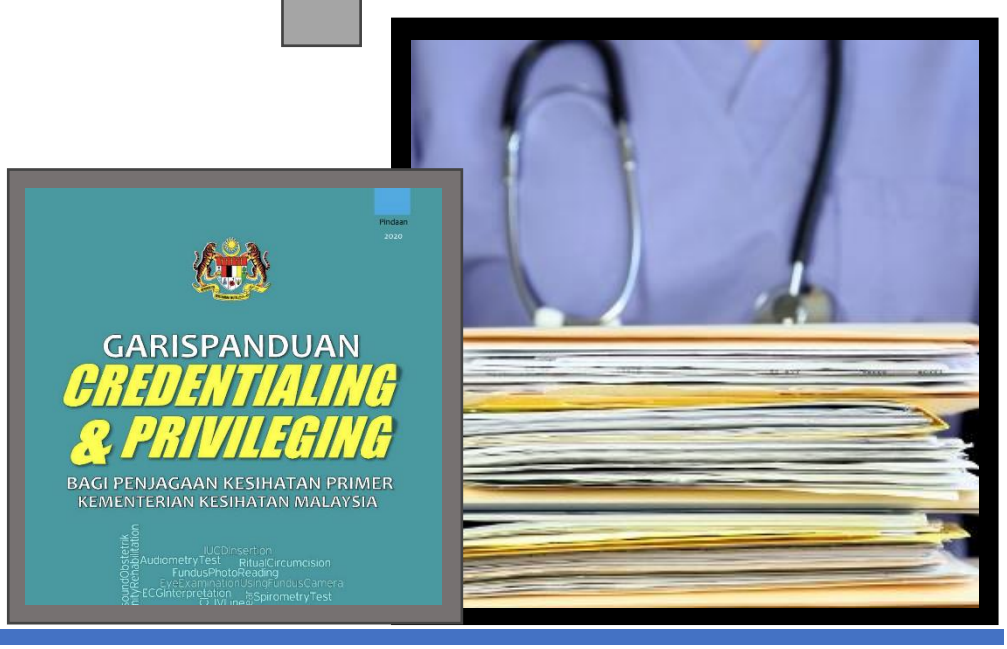
1. Mengenal pasti kes-kes klinikal tertentu yang perlu diperbincangkan di peringkat hospital kluster seperti Kes Mortaliti Denggi, Mortaliti TB, Kes Kematian Perinatal dan sebagainya kecuali kes *Peri Operative Mortality Reiew* (POMR).
2. Bekerjasama dengan jabatan klinikal lain di dalam perbincangan kes-kes klinikal yang memenuhi kriteria untuk dibahas di mesyuarat Morbiditi dan Mortaliti peringkat Hospital Kluster Melaka.
3. Kriteria kes-kes klinikal untuk perbincangan:
    i. *Incident Reporting* (Berdasarkan tahap keterukan (*severity*) laporan)
    ii. Pesakit yang muda dan tidak mempunyai komorbiditi
    iii. Kes klinikal yang melibatkan pendekatan rawatan dari pelbagai jabatan
    iv. Kes MDG4 dan MDG5
    v. Kes morbiditi Direktorat Wanita dan Kanak-kanak
    vi. Kes klinikal yang dicadangkan oleh Pakar Perubatan Klinikal.

Pentadbiran Mesyuarat

1. Pengerusi mesyuarat ialah Ketua Kluster dan/atau Timbalan Ketua Kluster.
2. Korum bagi mesyuarat Jawatankuasa Morbiditi dan Mortaliti Hospital Kluster Melaka ialah 60% daripada jumlah bilangan ahli jawatankuasa.
3. Kekerapan mesyuarat adalah sebanyak 4 kali setahun atau mengikut keperluan.

4. Minit rasmi mesyuarat akan dicatat semasa mesyuarat dan disahkan oleh Pengerusi Jawatankuasa Morbiditi dan Mortaliti Hospital Kluster Melaka

POLISI JAWATANKUASA *PRIVILEGING* KLUSTER



OBJEKTIF

Untuk mewujudkan satu sistem penentuan dimana semua pegawai dan kakitangan kesihatan yang menjalankan prosedur dan kaedah rawatan mempunyai pengetahuan dan kemahiran dalam melaksanakan prosedur atau kaedah perawatan tersebut. *Privileging* juga mengambil kira ketersediaan fasiliti dan peralatan sesuatu institusi berkenaan di dalam membenarkan pelaksanaan sesuatu prosedur dan kaedah perawatan.

Pengarah Kesihatan Negeri bertanggungjawab di dalam penubuhan jawatankuasa di semua hospital di dalam negeri. Fungsi Jawatankuasa Privileging Hospital Kluster Melaka merangkumi fungsi penubuhan untuk Hospital Kluster Melaka iaitu Hospital Melaka, Hospital Alor Gajah dan Hospital Jasin

SKOP PERKHIDMATAN

1. Sebagai badan yang berperanan untuk memberi kelulusan *privileging* untuk pegawai dan kakitangan yang menjalankan prosedur dan kaedah perawatan di Hospital Kluster Melaka.
2. Memastikan kekerapan mesyuarat yang dijalankan oleh ahli jawatankuasa adalah tiga (3) kali setahun dan diselangi mesyuarat tambahan mengikut keperluan berdasarkan jumlah permohonan.
3. Mengemaskini terma rujukan jawatankuasa dari masa ke semasa apabila perlu.
4. Menetapkan bidang, prosedur atau kaedah perawatan yang akan dilaksanakan di Hospital Kluster Melaka.

POLISI PERKHIDMATAN

Keahlian

1. Pengerusi merupakan Ketua Hospital Kluster Melaka ataupun Timbalan Ketua Hospital Kluster Melaka.
2. Setiausaha yang dilantik merupakan pegawai yang bertanggungjawab memastikan prosedur *privileging* dilaksanakan mengikut tatacara.
3. Ahli Jawatankuasa merupakan:
   i. Timbalan Ketua HKM
   ii. Pengerusi CMDAC

iii. Semua Ketua Perkhidmatan Kluster Bersepadu Klinikal
iv. Ketua Penyelia Hospital LH & NLH
v. Ketua Penyelia Jururawat Hospital LH & NLH
vi. Ahli mesyuarat tambahan mengikut keperluan

4. Urus Setia terdiri daripada Unit Kualiti Hospital Melaka
5. Kehadiran ahli mesyuarat boleh diwakilkan dengan ahli silih ganti

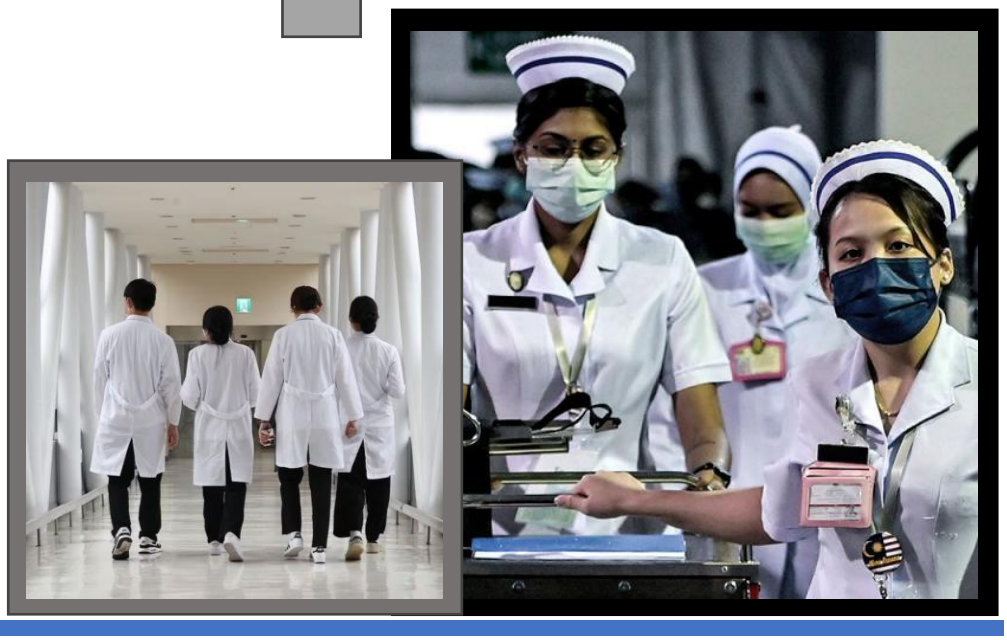
Syarat-syarat Keanggotaan

1. Lantikan hendaklah dibuat secara bertulis oleh Ketua Pusat Tanggungjawab (PTJ) iaitu Ketua Hospital Kluster Melaka selepas kelulusan pelantikan diperolehi daripada Pengarah Kesihatan Negeri.
2. Tempoh lantikan anggota jawatankuasa adalah untuk (2) dua tahun.
3. Keanggotaan akan dikaji semula dari masa ke semasa apabila perlu.
4. Keanggotaan di dalam jawatankuasa adalah terbatal secara automatik apabila anggota jawatankuasa yang dilantik meninggalkan perkhidmatan awam ataupun berpindah keluar dari Hospital Kluster Melaka. Penggantinya akan dilantik oleh Jawatankuasa *Privileging* Hospital Kluster Melaka.

Pentadbiran Mesyuarat

1. Pengerusi mesyuarat ialah Ketua dan/atau Timbalan Ketua.
2. Korum bagi mesyuarat Jawatankuasa *Privileging* Hospital Kluster Melaka ialah 60% daripada jumlah bilangan ahli jawatankuasa.
3. Kekerapan mesyuarat adalah sebanyak 3 kali setahun (setiap 4 bulan) atau mengikut keperluan.
4. Mesyuarat tambahan perlu diadakan sekiranya permohonan *privileging* melebihi 200 permohonan yang diterima urusetia dalam tempoh 1 bulan.
5. Minit rasmi mesyuarat akan dicatat semasa mesyuarat dan disahkan oleh Pengerusi Jawatankuasa *Privileging* Hospital Kluster Melaka.

POLISI JAWATANKUASA PENGURUSAN SUMBER MANUSIA & LATIHAN KLUSTER



POLISI PERKHIDMATAN

Pengurusan Cuti

1. Bagi pegawai-pegawai yang ditempatkan di LH, permohonan cuti pegawai disokong oleh Pakar di LH dan diluluskan oleh Ketua Jabatan LH mengikut disiplin masing-masing.
2. Bagi pegawai-pegawai yang ditempatkan di NLH, permohonan cuti disokong oleh Ketua Jabatan di LH mengikut disiplin dan diluluskan oleh Pengarah HLH.
3. Bagi kelulusan cuti di bawah bidang kuasa JKN dan KKM, ianya masih tertakluk kepada peraturan/ketetapan sedia ada.

Pengurusan Latihan dan Kompetensi

1. Pengurusan latihan dan kompetensi pegawai dalam perkhidmatan kluster akan dikendalikan oleh Ketua Perkhidmatan/Disiplin LH. Perancangan latihan dan pembangunan kompetensi pegawai dilaksanakan oleh Ketua Perkhidmatan LH.
2. Semua permohonan kursus dan pencalonan peserta akan diselaraskan oleh Ketua Jabatan/Unit dan diluluskan oleh Pengarah Hospital masing-masing. Semua tuntutan berkaitan latihan akan dibayar oleh PTJ masing-masing.
3. Pelan Operasi Latihan (POL) yang dibuat secara Kluster perlulah diputuskan di dalam Mesyuarat Jawatankuasa Kluster Sumber Manusia dan Latihan bagi memastikan kursus dan latihan yang dilaksanakan secara kluster tidak bertindih di antara LH dan NLH.

Pengurusan Tuntutan Tugas Atas Panggilan (Oncall) dan Perjalanan

1. Keperluan oncall bagi perkhidmatan baru dan perubahan perkhidmatan di dalam kluster perlu dikemukakan oleh Ketua Perkhidmatan Kluster kepada *Cluster Medical and Dental Advisory Committee* (CMDAC). CMDAC akan meneliti, mencadangkan dan memanjangkan kepada *Cluster Management Committee* (CMC) untuk kelulusan.
2. Keperluan *oncall* terhadap skop/disiplin/Jabatan Klinikal daripada Pakar Perubatan atau Pegawai Perubatan adalah bergantung kepada keputusan daripada CMC.
3. Tuntutan *oncall* adalah merujuk kepada tatacara pembayaran tuntutan oncall sedia ada yang telah dilaksanakan (rujuk Polisi Jawatankuasa Kerja Kluster).

Pengurusan Laporan Penilaian Prestasi Tahunan (LNPT)

1. Pengurusan LNPT Pegawai Perubatan bagi Perkhidmatan Bersepadu (*Integrated Service*) Pegawai Penilai Pertama (PPP) ialah Ketua Jabatan/Ketua Unit yang menyelia pergerakan/aktiviti anggota yang melaksanakan perkhidmatan bersepadu di Kluster berkenaan. Oleh itu Pegawai Perubatan yang bertugas di NLH akan dinilai oleh Pakar atau Ketua Jabatan dari LH.
2. Pegawai Penilai Kedua (PPK) ialah Pengarah Hospital di mana pegawai ditempatkan di NLH di dalam kluster tersebut.
3. Akauntabiliti Penilaian Prestasi dipertanggungjawabkan kepada Ketua Perkhidmatan di LH dan juga Pengarah Hospital di mana anggota berkenaan bertugas.
4. Pengurusan LNPT Pegawai Perubatan bagi Perkhidmatan yang tidak bersepadu akan mengikut aliran LNPT sedia ada di hospital masing-masing.
5. Pengurusan LNPT bagi Ketua Kluster adalah:
   i. PPP - Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Perubatan)
   ii. PPK - Pengarah Kesihatan Negeri
6. Pengurusan LNPT bagi Timbalan Ketua Kluster dan Pengarah NLH adalah:
   i. PPP - Ketua Kluster
   ii. PPK - Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Perubatan)

Pengurusan Tatatertib

1. Pengawasan terhadap pematuhan kepada peraturan penjawat awam sedia ada adalah di bawah tanggungjawab Ketua Jabatan di mana pegawai itu ditempatkan. Sekiranya berlaku ketidakpatuhan kepada mana-mana peraturan yang ditetapkan, Ketua Jabatan/Pegawai Penyelia bertanggungjawab sepenuhnya untuk melaporkan ketidakpatuhan kepada Pihak Berkuasa Tatatertib yang berkenaan. Sekiranya terdapat kegagalan untuk melaporkan ketidakpatuhan, maka tindakan tatatertib boleh dikenakan ke atas Ketua Jabatan/Pegawai Penyelia di mana pegawai itu bertugas.
2. Bagi pegawai yang perjawatannya di LH tetapi ditempatkan/bertugas di NLH, tindakan melaporkan ketidakpatuhan adalah di bawah tanggungjawab Pegawai Penyelia di NLH dan laporan perlu dikemukakan kepada Ketua Jabatan di mana perjawatan pegawai ditempatkan dan sebaliknya.

Pengurusan Penempatan Dan Pertukaran Pegawai Di Hospital Kluster

Semua permohonan pertukaran dan penempatan pegawai perlu mematuhi Surat Pekeliling Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia Bilangan 1 Tahun 2023 iaitu Dasar dan Prosedur Penempatan dan Pertukaran Pegawai di Kementerian Kesihatan Malaysia.

1. Pengurusan penempatan dan pertukaran pegawai di peringkat Kementerian Kesihatan Malaysia
    i. Jawatankuasa penempatan dan pertukaran di peringkat KKM akan membuat pertimbangan dan kelulusan untuk menempatkan seseorang pegawai berdasarkan keperluan sesuatu permohonan pengisian dari Jabatan Kesihatan Negeri (JKN) di mana permohonan tersebut perlu ada justifikasi dari CMC hospital.
2. Pengurusan penempatan dan pertukaran pegawai di peringkat Jabatan Kesihatan Negeri
    i. Semua permohonan penempatan dan pertukaran pegawai untuk hospital kluster perlu disokong oleh JKN sebelum dihantar ke KKM. Permohonan pengisian perlu mempunyai justifikasi dari CMC.
    ii. Semua penempatan dan pertukaran pegawai yang diterima dari KKM perlu dimaklumkan dalam Mesyuarat Jawatankuasa Penempatan dan Pertukaran di peringkat negeri dan pegawai akan ditempatkan ke Hospital Kluster yang ditetapkan.
    iii. Pengurusan penempatan dan pertukaran pegawai di peringkat Hospital Kluster.
    iv. Semua permohonan pengisian penempatan dan pertukaran pegawai perlu disemak dan mendapat kelulusan Jawatankuasa Sumber dan Latihan dan akan dipanjangkan ke CMC berdasarkan keperluan dan perjawatan yang dikenalpasti dari Ketua Jabatan.

3. Pengurusan penempatan dan pertukaran pegawai di peringkat Jabatan
    i. Ketua Jabatan akan menentukan penempatan pegawai mengikut kepentingan perkhidmatan bagi memastikan kelancaran perkhidmatan dan memaklumkan ke CMC.

ii. Semua pegawai baru yang ditempatkan di jabatan yang berkenaan perlu diberi latihan sangkut yang ditentukan oleh Ketua Jabatan masing-masing sebelum pegawai ditempatkan di penempatan sebenar.
iii. Pemakluman kepada hospital yang ditugaskan (mobilisasi/latihan sangkut) perlu disertakan dengan tempoh masa, senarai tugas seta jadual bertugas mengikut keperluan Jabatan.

Jawatankuasa Sumber Manusia & Latihan Kluster

1. Jawatankuasa Kluster Sumber Manusia & Latihan Kluster bertanggungjawab menyelaras semua urusan mobilisasi, latihan sangkut dan perancangan kursus dan latihan secara kluster.
2. Jawatankuasa dipengerusikan oleh Timbalan Pengarah LH.
3. Jawatankuasa diurusetia oleh Unit Sumber Manusia LH.
4. Keahlian jawatankuasa terdiri daripada
   i. Unit Sumber Manusia LH & NLH
   ii. Ketua Perkhidmatan Kluster
   iii. Pegawai Unit Kluster LH
5. Jawatankuasa ini akan membentangkan laporan kepada CMC.

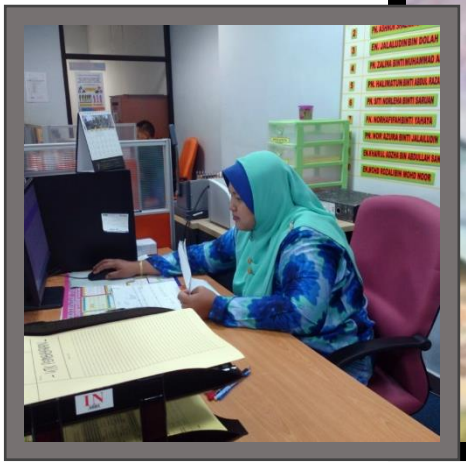
Pengurusan Latihan Sangkut

1. Permohonan untuk melaksanaan Latihan Sangkut dari NLH/Pejabat Kesihatan Daerah (Kesihatan Awam) ke LH perlulah di kemukakan ke Unit Latihan dan Kompetensi Lead Hospital selewat-lewatnya dua (2) minggu sebelum tarikh latihan;
2. Unit Latihan dan Kompetensi LH akan mengemukakan permohonan ke Jabatan yang terlibat untuk mendapatkan kebenaran *(consent*) dari Ketua Jabatan bagi Latihan Sangkut tersebut.
3. Maklumbalas kebenaran untuk menjalani Latihan Sangkut akan dikemukakan ke NLH/Pejabat Kesihatan Daerah (Kesihatan Awam) untuk makluman dan rekod.
4. Ketua Jabatan di LH perlulah mengemukakan ulasan atau laporan ringkas mengenai prestasi pegawai yang telah selesai menjalani Latihan Sangkut untuk makluman dan rujukan NLH/Pejabat Kesihatan Daerah (Kesihatan Awam).

Mobilisasi Pegawai

1. Jadual bertugas atau pergerakan pegawai dari LH ke NLH perlulah menyatakan dengan terperinci mengenai maklumat pegawai seperti berikut:
   i. Nama Pegawai
   ii. No Kad Pengenalan
   iii. Jawatan dan Gred
   iv. Jabatan/Penempatan di NLH
   v. Tempoh masa bertugas perlu dinyatakan dengan lengkap berserta dengan tarikh.
2. Ketua Jabatan di LH perlulah memastikan Jadual bertugas atau Pergerakan pegawai dari LH ke NLH perlulah lengkap bagi memudahkan pemantauan pergerakan pegawai.
3. LH perlulah mengemukakan surat pemakluman jadual bertugas atau pergerakan pegawai ke NLH bagi membolehkan NLH mengetahui keberadaan pegawai. Sesalinan jadual bertugas atau pergerakan pegawai perlu dikemukakan ke Unit Sumber Manusia LH untuk makluman dan rekod.
4. Rekod kehadiran pegawai dari dari LH ke NLH perlulah dipantau dan direkodkan selaras dengan Perintah Am Bab G Tahun 1974 (Waktu Bekerja dan Lebih Masa).

POLISI JAWATANKUASA KERJA KLUSTER





POLISI PERKHIDMATAN

PENGURUSAN KEWANGAN

1. Pengurusan Kewangan dibuat berdasarkan pekeliling-pekeliling, peraturan-peraturan, arahan dan prosedur yang sedia ada dan dikemaskini dari semasa ke semasa selaras dengan 1PP dan Arahan Perbendaharaan yang berkuatkuasa.
2. Agihan Waran Peruntukan:
   i. LH menerima waran dari JKN Melaka
   ii. NLH menerima waran dari LH
   iii. Keputusan agihan peruntukan dibuat oleh CMC
   (walau bagaimanapun, ini tertakluk kepada perubahan peraturan semasa)
3. Pindah Peruntukan :
   i. LH - bidang kuasa Pengarah Hospital
   ii. NLH - kemukakan ke LH
4. Kod Objek Dalam Waran
   i. Waran diturunkan menggunakan objek am (OA) dari JKN ke LH selaras dengan hasrat let managers manage.
5. Elaun Harian
   i. Tidak layak dituntut bagi pegawai kluster yang bertugas di dalam Melaka kerana dianggap sebagai bekerja di dalam stesen.
6. Tuntutan Elaun Kerja Luar Waktu Bekerja Biasa (EKLWBB)
   i. Layak dituntut dan tuntutan dibuat di mana pegawai ditugaskan. Walau bagaimanapun ianya tertakluk kepada peruntukan sedia ada.
   ii. Jadual EKLWBB adalah satu bagi setiap Jabatan Bersepadu.
   iii. Tuntutan hendaklah dihantar selewat-lewatnya 10 haribulan pada bulan berikutnya.
   iv. Jika peruntukan tidak mencukupi, ianya akan dibincang di dalam Mesyuarat CMC untuk diputuskan mengenai kaedah pembayaran.
7. Tuntutan Perjalanan Kenderaan (Urusan Kluster)
   i. Layak dituntut dan tuntutan dibuat di mana bayaran gaji pegawai dibayar. Walau bagaimanapun ianya tertakluk kepada peruntukan sedia ada.
   ii. Tuntutan hendaklah dihantar selewat-lewatnya 10 haribulan pada bulan berikutnya.

iii. Seseorang pegawai boleh menuntut elaun perjalanan kenderaan bagi urusan Kluster. Walaubagaimanapun, tuntutan perjalanan adalah terhad berdasarkan jarak yang ditetapkan seperti dibawah:
    - Hospital Alor Gajah - sehingga 27 km
    - Hospital Jasin - sehingga 30 km

iv. Bayaran Tuntutan Perjalanan Kenderaan ini akan dibayar mengikut jarak yang terhampir (rumah atau tempat kerja).
    - Tiada tuntutan tol bagi urusan kluster dan perjalanan dalam Melaka.
    - Jika peruntukan tidak mencukupi, ianya akan dibincang di dalam mesyuarat CMC untuk diputuskan mengenai kaedah pembayaran.

8. Penyelenggaraan Vot Kluster
    i. Dummy vot kluster diwujudkan bagi merekodkan apa-apa perbelanjaan yang melibatkan aktiviti kluster.
    ii. Laporan perlu dihantar ke LH secara bulanan selewat-lewatnya 10 haribulan pada bulan berikutnya.
9. Laporan Peruntukan Dan Perbelanjaan
    i. Laporan NLH diselaraskan di peringkat LH.
    ii. LH perlu mohon capaian laporan peruntukan dan perbelanjaan NLH dari sistem IGFMAS dengan pihak Jabatan Akauntan Negara Malaysia Negeri Melaka (AG).
    iii. NLH hendaklah menghantar laporan peruntukan dan perbelanjaan pada setiap bulan selewat-lewatnya 10 haribulan pada bulan berikutnya kepada LH.
10. Akaun Panjar Deposit Hospital
    i. Panjar deposit hospital diuruskan oleh setiap hospital sehinggalah akaun panjar deposit kluster diwujudkan.
    ii. Pewujudan akaun panjar deposit kluster perlu diselaraskan di peringkat KKM.
11. Penyata Penyesuaian Laporan Bulanan
    i. Penyata Penyesuaian Laporan Bulanan diuruskan oleh setiap hospital pada setiap 14 haribulan berikutnya.
12. Akaun Amanah Laporan Perubatan
    i. Akaun Amanah Laporan Perubatan diuruskan oleh setiap hospital.

13. Bayaran Laporan Perubatan kepada Pegawai Perubatan
    i. Dibayar berdasarkan di mana laporan perubatan tersebut dipohon.
14. Pengurusan Bil Pesakit
    i. Setiap hospital mengutip deposit dan mengeluarkan bil bagi rawatan yang diberikan.
    ii. Jika sistem pengurusan hasil kluster diwujudkan, deposit akan dikutip di mana pesakit mula-mula dimasukkan ke hospital. Bil akan dikeluarkan di mana pesakit akan discaj. Konsep *bedside billing* akan diperkenalkan dan diperluaskan ke seluruh hospital yang terlibat dengan kluster.
    iii. Bagi pengurusan bil secara manual, bil rawatan masih dikeluarkan oleh hospital yang memberi rawatan. Ini bagi mengelakkan peningkatan dalam tunggakan hasil.
15. Pengurusan Hasil dan Terimaan
    i. Pengurusan hasil dan terimaan iaitu dari penyediaan resit, buku tunai dan penyesuaian diuruskan oleh PTJ masing-masing.
16. Kod Perakaunan
    i. Menggunakan kod perakaunan yang sedia ada berdasarkan Carta Akaun Akruan yang dikeluarkan oleh Jabatan Akauntan Negara.
17. Polisi Perolehan
    i. Hospital Kluster membenarkan perolehan tertentu bagi jenis ubat, *consumables*, *reagen* yang dikategorikan sebagai *common item*, diagihkan sesama PTJ Kluster untuk proses perolehan mengikut had nilai perolehan (pembelian terus/sebut harga/tender) dengan mengambilkira penjimatan kos melalui "*economy of scale*".
    ii. Hospital Kluster mengekalkan Jawatankuasa Sebutharga sedia ada di PTJ masing-masing memandangkan setiap Pengarah Hospital mempunyai kuasa sebagai Pengerusi Jawatankuasa Sebut Harga selaras dengan AP170.3(a).
    iii. Perolehan bekalan atau item spesifik diselaraskan oleh Jabatan di PTJ masing-masing untuk perolehan di PTJ masing-masing.
    iv. Proses perolehan secara Sebut Harga melibatkan pelantikan beberapa peringkat jawatankuasa seperti Jawatankuasa Penentuan Spesifikasi, Pembukaan, Penilaian Teknikal, Penilaian Harga dan Jawatankuasa Sebut Harga.

v. CMC untuk mewujudkan satu sistem perolehan yang telus bagi memastikan urusan perolehan yang dilaksanakan adalah mengikut Arahan Perbendaharaan yang berkuatkuasa.

18. Polisi Pengurusan Aset

Bagi mengukuhkan pengurusan aset untuk Hospital Kluster Melaka, perlu diwujudkan satu sistem yang melancarkan urusan-urusan berikut :

i. Perkongsian aset/*pooling of assets* untuk mengelakkan lambakan aset di sesuatu PTJ dan aset kurang digunakan, serta mempermudahkan pergerakan aset antara hospital di dalam kluster.

ii. Pengurusan Teknologi Maklumat (menerusi SPPA) untuk mengesan status terkini aset dari segi penggunaan dan pergerakan dalam kluster. Secara manual, penggunaan KEW.PA-6 digunapakai untuk memantau dan mengesan lokasi aset.

iii. Perancangan dan penggunaan fasiliti yang meluas menerusi perkongsian fasiliti dan peralatan sesama kluster.

PROSEDUR PENGURUSAN PEROLEHAN (SKOP BEKALAN/ PERKHIDMATAN)

Semua PTJ hendaklah memastikan perkara-perkara berikut dipatuhi sebelum melaksanakan perolehan Kerajaan :

1. Semua PTJ hendaklah mengemukakan senarai perolehan masing-masing pada bulan Disember tahun sebelumnya kepada Jawatankuasa Kerja Kluster untuk semakan bersama dan Jawatankuasa Kerja Kluster akan menentukan kriteria, jenis dan nilai perolehan bagi bekalan/perkhidmatan kepada PTJ yang diberi tanggungjawab sebelum dibawa untuk kelulusan mesyuarat CMC.
2. PTJ-PTJ adalah dilarang memecahkecilkan perolehan tahunan untuk mengelakkan daripada pelawaan secara sebutharga dan tender.
3. Semua kaedah perolehan mestilah selaras dengan PK2.1/1PP yang berkuatkuasa mulai 29 November 2022. Had nilai dan kaedah tatacara perolehan bekalan dan perkhidmatan di dalam pekeliling yang berkuat kuasa adalah seperti di bawah: *Sila rujuk Lampiran A.*
4. Walau bagaimanapun, KKM mendapat surat kelulusan khas dari Kementarian Kewangan Malaysia bagi had nilai perolehan bagi item-item seperti surat rujukan KKM-57/11/360 Jld. 9 S.K 8 (5) bertarikh 27 September 2016.

5. Urusan sebutharga yang bernilai lebih daripada RM50,000.00 ke atas (tertakluk kepada pekeliling yang berkuatkuasa) dibahagikan secara sama rata/mengikut pengguna terbesar *common item* oleh kesemua PTJ Kluster melalui pembahagian yang dipersetujui dalam mesyuarat CMC. Urusetia perolehan di setiap PTJ masing-masing akan melaksanakan urusan sebutharga bagi senarai *common item* yang diterima melalui pembahagian tersebut.
6. Pelantikan Jawatankuasa Sebutharga berdasarkan Arahan Perbendaharaan 170.3 (a) dan keahlian Jawatan kuasa boleh terdiri daripada pegawai-pegawai dari PTJ LH dan PTJ NLH. Pelantikan ahli Jawatankuasa Sebutharga adalah berdasarkan surat kelulusan KSU KKM.
7. Pelantikan Jawatankuasa Penyediaan Spesifikasi, Jawatankuasa Pembuka Sebutharga, Jawatankuasa Penilaian Harga dan Jawatankuasa Penilaian Teknikal dilantik oleh Pengarah Hospital yang menguruskan perolehan tersebut.
8. Spesifikasi bagi perolehan bekalan/perkhidmatan hendaklah disediakan oleh Jawatan kuasa Penentuan Spesifikasi yang berkenaan. Jika perolehan itu memerlukan kepakaran, Pengarah Hospital boleh melantik ahli Jawatan kuasa Penentuan Spesifikasi dari PTJ lain.
9. Untuk memastikan urusan perolehan dilaksanakan dengan teratur, penyelaras di PTJ perlu mendapatkan maklumat lengkap mengenai perolehan yang terlibat seperti di bawah : *Sila rujuk Lampiran B.*
10. Notis Pelawaan Sebut Harga akan diuruskan oleh urusetia di PTJ *LH*/PTJ sehingga pengeluaran Surat Setuju Terima (SST) dan Perjanjian Kontrak ditandatangani oleh Pengarah Hospital yang menguruskan perolehan tersebut. Walau bagaimanapun, perjanjian kontrak perlu disemak bersama dengan PTJ *Lead* dan PTJ *Non Lead,* jika terdapat pindaan atau tambahan klausa, ia perlu dirujuk semula dengan Penasihat Undang-Undang KKM. Salinan SST dan perjanjian kontrak perlu dihantar ke setiap hospital.
11. Urusan pengeluaran LPO dan bayaran akan dibuat di peringkat PTJ masing-masing.
12. Bagi perolehan secara Pembelian Terus, PTJ LH dan PTJ NLH perlu menggunakan format Borang Permohonan Pembelian barang/perkhidmatan yang seragam dan diperakukan Pengarah Hospital masing-masing. Setiap penerimaan Borang Permohonan Pembelian hendaklah disahkan penerimaannya oleh PTJ dan direkodkan untuk memudahkan pemantauan.

13. Sebarang pertanyaan hendaklah dilampirkan dengan Senarai Semak dan dilakukan secara rasmi. Pesanan Tempatan akan dikeluarkan oleh PTJ termasuk mengunci masuk ke dalam sistem e-Perolehan.
14. Setiap perolehan yang melibatkan permohonan Perolehan Barangan Import, perlu mengikut Prosedur Operasi Standard, KKM. PTJ LH dan PTJ NLH yang menguruskan perolehan barangan import perlu menubuhkan satu Jawatankuasa Penilaian Perolehan Barangan Import (JKPBI) dan mengemukakan permohonan barangan import kepada Bahagian Perolehan dan Penswastaan KKM sebelum urusan sebut harga dilaksanakan di PTJ masing-masing.
15. Maksud setiap jenis item menurut PK 2.1/1PP adalah ditafsirkan sebagai sesuatu barangan/perkhidmatan yang mempunyai fungsi yang sama dan/atau boleh diperolehi daripada satu punca bekalan serta perolehan tersebut boleh dirancang; di mana had nilai perolehan secara pembelian terus bagi satu PTJ adalah sehingga RM50 ribu setahun menerusi pembelian terus. Walaubagaimanapun, maksud satu PTJ tersebut adalah setiap PTJ masing-masing dan tidak merujuk kepada keseluruhan PTJ Hospital Kluster.
16. Maksud *common item* dalam takrifan Hospital Kluster adalah item yang digunasama antara PTJ dalam satu kluster yang sama.

PROSEDUR PENGURUSAN ASET DAN STOR

1. Keanggotaan ahli-ahli Lembaga Pemeriksa Pelupusan, Pegawai Pemeriksa Aset, Pegawai Pemverifikasi Stok, Pegawai Aset dan Penolong Pegawai Aset, yang disenaraikan di dalam Tatacara Pengurusan Aset Alih Kerajaan dan Tatacara Pengurusan Stor Kerajaan (1PP) adalah dikekalkan sebagaimana pelaksanaan sedia ada.
2. Bagi memastikan pengurusan aset di HKM adalah teratur, salah seorang Pegawai Aset daripada salah satu PTJ Kluster boleh dilantik sebagai Pegawai Aset Kluster. Pelantikan Pegawai Aset Kluster dibuat secara pentadbiran oleh CMC. Dicadangkan Pegawai Gred 41 untuk dilantik sebagai Pegawai Aset Kluster.
3. Pengurusan dan pelaksanaan peminjaman atau perpindahan aset alih hendaklah mematuhi 1 Pekeliling Perbendaharaan (1PP) Tatacara Pengurusan Aset Alih Kerajaan yang sedang berkuatkuasa. Bagi urusan peminjaman atau perpindahan aset alih, perlu memaklumkan kepada CMC.

4. Urusan penyelenggaraan dan pembaikan aset bagi aset yang dipinjam adalah di bawah tanggungjawab PTJ yang membuat pendaftaran aset tersebut. Sekiranya pihak konsesi bagi PTJ sesama kluster adalah sama, pihak konsesi bagi PTJ yang lokasi aset berada boleh melakukan urusan penyelenggaraan tersebut dan pemakluman diberikan kepada pihak konsesi PTJ yang membuat pendaftaran aset tersebut.
5. Pemeriksaan aset, pelupusan, kehilangan dan hapus kira adalah mengikut 1 Pekeliling Perbendaharaan (1PP) Tatacara Pengurusan Aset Alih Kerajaan yang sedang berkuatkuasa.

URUSETIA MESYUARAT

1. Setiap PTJ akan menjadi urusetia kepada Mesyuarat Jawatankuasa Pengurusan Aset Kerajaan (JKPAK) dan Mesyuarat Jawatankuasa Pengurusan Kewangan dan Akaun (JPKA). Semua mesyuarat ini akan dipengerusikan oleh Ketua PTJ.
2. PTJ perlu menyediakan semua laporan dan minit mesyuarat berkaitan kewangan seperti JKPAK, JPKA dan lain-lain laporan yang dijana dari sistem 1GFMAS, SPPA, sistem ePerolehan.
3. Laporan aset alih dan stor bagi JKPAK dikemukakan kepada JKN mengikut PTJ.
4. Bagi Mesyuarat Jawatankuasa Kerja Kluster, Mesyuarat akan dijalankan mengikut sukuan yang dipengerusikan oleh Timbalan Pengarah Pengurusan LH dan dihadiri oleh semua wakil (Pegawai Aset dan Kewangan) daripada PTJ NLH.
5. Prestasi perbelanjaan dan penjimatan Kluster dan Laporan Pinjaman serta Pindahan Aset akan dibentangkan di dalam Mesyuarat Jawatankausa Kerja sebelum di bentangkan di dalam CMC.

POLISI PENGURUSAN REKOD & LAPORAN PERUBATAN PESAKIT KLUSTER



OBJEKTIF

Hospital Kluster Melaka mensasarkan pelaksanaan satu pesakit satu *folder* Rekod Perubatan Pesakit (RPP). RPP mesti bergerak bersama-sama pesakit di sepanjang satu tempoh perawatan.

SKOP PERKHIDMATAN

Secara umumnya pengurusan Rekod Perubatan Pesakit Kluster merangkumi perkara berikut:

1. Pengurusan RPP Kluster pesakit dalam
2. Pengurusan kad pesakit luar Klinik Pakar
3. Peminjaman rekod pesakit luar/kad pesakit luar
4. Permohonan Laporan Perubatan
5. Pelupusan RPP Kluster

POLISI PERKHIDMATAN

1. Rekod individu di hospital di mana pesakit menerima perawatan masih boleh diwujudkan memandangkan masih terdapat kekangan tempat simpanan dan juga fasiliti pergerakan rekod.
2. Rekod Perubatan Pesakit (RPP) disimpan di hospital yang mendiscaj pesakit. Pengendalian dan penjadualan yang sistematik perlu dilaksanakan bagi memastikan Rekod Perubatan mudah diperolehi untuk tujuan rawatan susulan pesakit di Hospital Kluster.
3. Rekod Perubatan untuk kes perundangan perubatan perlu dikekalkan di hospital yang berkenaan.
   (Rujuk: *GUIDELINES ON THE MANAGEMENT OF MEDICO LEGAL LITIGATION IN MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA 2023*)
4. Permohonan Laporan Perubatan boleh dibuat di mana-mana Hospital Kluster. Pakar/Pegawai Perubatan dipertanggungjawabkan dalam menyediakan Laporan Perubatan dan layak dibayar mengikut Akta Fi dan Pekeliling yang berkaitan.
5. Hospital yang merujuk akan menghantar RPP secara aktif dua minggu sebelum temujanji ke hospital dirujuk setelah permohonan diterima.
6. Penghantaran perpindahan RPP adalah dengan menggunakan beg berkunci.

7. Pihak pengurusan perlu menyediakan tenaga kerja dan pengangkutan yang sesuai secara berjadual untuk perpindahan RPP.
8. Pegawai yang dibenarkan untuk memindahkan Rekod Perubatan Pesakit bagi kes-kes *step-up care & step-down care* adalah Pengarah Hospital, Pakar/Pegawai Perubatan, Pegawai/Penolong Pegawai Rekod Perubatan, Penolong Pegawai Perubatan dan Ketua Jururawat/Jururawat Terlatih.
9. Pegawai yang dibenarkan untuk membawa Rekod Perubatan Pesakit Luar adalah Pengarah Hospital, Pakar/Pegawai Perubatan, Pegawai/Penolong Pegawai Rekod Perubatan, Penolong Pegawai Perubatan dan Penyelia/Ketua Jururawat/Pembantu Perawatan Pesakit/Pembantu Am Pejabat mengikut ketetapan dan kebenaran Jabatan Rekod Perubatan LH & NLH.
10. Akses dan perkongsian Maklumat EMR antara fasiliti dalam Hospital Kluster dibenarkan seperti mana tercatat dalam *General Hospital Operational Policy in ICT Environment 2016* dan Garis Panduan Pengendalian RPP di Fasiliti KKM Bil 5/2023.
11. Ketua Jabatan Klinikal boleh menyediakan prosedur pergerakan rekod Klinik sendiri mengikut keperluan kepentingan perkhidmatan bagi keberkesanan perawatan yang lebih efektif. Prosedur tersebut perlu dibentang dalam Mesyuarat Jawatankuasa Pengrurusan Kluster.

POLISI PENGURUSAN PENGANGKUTAN KLUSTER





OBJEKTIF

1. Memberikan perkhidmatan pengangkutan untuk penghantaran pesakit, kakitangan, dokumen dan peralatan di antara LH dengan NLH.
2. Menyelia dan menyelaras pergerakan kenderaan kluster bagi kelancaran perkhidmatan.
3. Memastikan kakitangan, dokumen dan peralatan dihantar ke lokasi yang dirancang dengan selamat dan teratur.
4. Memastikan kenderaan dapat disediakan mengikut keperluan dan kenderaan berada dalam keadaan selamat untuk digunakan.
5. Meningkatkan imej perkhidmatan pengangkutan Hospital Kluster Melaka.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Pengurusan Kenderaan dan Sumber Manusia
   i. Semua kenderaan kluster akan ditempatkan di LH.
   ii. Kenderaan kluster hanya boleh dipandu oleh pemandu dari Unit Angkut Hospital Melaka.
   iii. Semua pengurusan penyelenggaraan dan pembaikan berkenaan dengan kenderaan kluster adalah di bawah tanggungjawab Pihak Pengurusan Hospital Melaka.
2. Pengurusan Perkhidmatan
   i. Permohonan penggunaan kenderaan kluster adalah dengan menggunakan Borang Permohonan Kenderaan Hospital Kluster Melaka.
   ii. Permohonan penggunaan kenderaan kluster akan diuruskan oleh Unit Angkut Hospital Melaka.
   iii. Buku rekod pergerakan kenderaan, kad inden minyak dan kad *touch 'n go* adalah di bawah tanggungjawab pihak Pengurusan Hospital Melaka.
   iv. Laporan bulanan serta data dan maklumat kenderaan kluster adalah di bawah tanggungjawab Unit Angkut Hospital Melaka.

POLISI PERKHIDMATAN

Peraturan-peraturan Am

1. Penggunaan kenderaan kluster hanya dibenarkan untuk perkara/aktiviti/program yang berkaitan dengan program Hospital Kluster Melaka mengikut keperluan.
2. Borang permohonan hendaklah dihantar terus ke Unit Angkut Hospital Melaka tiga (3) hari sebelum perkhidmatan diperlukan.
3. Sebarang perubahan pergerakan hendaklah dimaklumkan terlebih dahulu kepada Unit Angkut Hospital Melaka.
4. Pemandu dan pengguna bertanggungjawab melaporkan sebarang kerosakan serta kemalangan yang melibatkan kecederaan penumpang atau kerosakan kenderaan dan sebagainya kepada pihak Pengurusan dan pihak Polis.
5. Unit Angkut Hospital Melaka tidak bertanggungjawab ke atas kelewatan pergi dan balik dari waktu yang telah ditetapkan. Pemandu akan menunggu 15 minit awal di lokasi dari waktu yang telah ditetapkan.
6. Pegawai yang menggunakan kenderaan hendaklah menurunkan tandatangan di buku log kenderaan selepas tamat perjalanan.
7. Pengguna bertanggungjawab melaporkan salah laku pemandu kenderaan sekiranya berlaku dengan segera kepada pihak Pengurusan.

Tanggungjawab Pihak Pengurusan LH

1. Menerima dan mengawal selia kenderaan kluster Negeri Melaka.
2. Melakukan pemantauan kenderaan kluster secara berkala.
3. Mengawal selia segala rekod pergerakan serta penggunaan kad inden minyak dan kad *touch ‘n go*.
4. Menerima dan merekodkan semua laporan berkaitan kenderaan kluster.

Tanggungjawab Unit Angkut LH

1. Memastikan kenderaan kluster berada dalam keadaan yang selamat untuk digunakan.
2. Memastikan kenderaan kluster diselenggara mengikut jadual.
3. Menerima dan memproses borang permohonan.
4. Menyelaras pergerakan mengikut permohonan yang dibuat.

5. Memastikan kenderaan kluster hanya boleh dipandu oleh pemandu kenderaan Hospital Melaka sahaja.
6. Bersedia 15 minit lebih awal di lokasi dari masa pergerakan yang diperlukan.
7. Memaklumkan semula kepada pemohon sekiranya kenderaan tidak dapat disediakan sehari dari pergerakan yang diperlukan.

Tanggungjawab Pemohon

1. Permohonan adalah berdasarkan program yang terdapat di dalam perkhidmatan Hospital Kluster sahaja.
2. Borang permohonan hendaklah diisi dengan betul dan lengkap disertakan sekali surat aktiviti/program yang berkaitan.
3. Borang permohonan perkhidmatan kenderaan dan surat aktiviti hendaklah ditandatangani oleh Ketua Jabatan/Unit.
4. Memaklumkan dengan segera kepada Unit Angkut Hospital Melaka atau sehari sebelum pergerakan sekiranya pergerakan dibatalkan.
5. Sekiranya perlu untuk memunggah barang, pemohon hendaklah menyediakan petugas bagi tujuan tersebut.

POLISI PENGURUSAN KATIL KLUSTER





OBJEKTIF

1. Melancarkan proses pengurusan aliran pesakit di peringkat kluster melalui pengoperasian katil secara berpusat.
2. Mewujudkan platform komunikasi berkesan dengan gabungan ketiga-tiga elemen pengurusan katil kluster secara langsung.
3. Mengoptima kapasiti katil di peringkat kluster dengan memperkasakan *front door capacity* dan *back door capacity* bagi perawatan pesakit dalam.

SKOP PERKIDMATAN

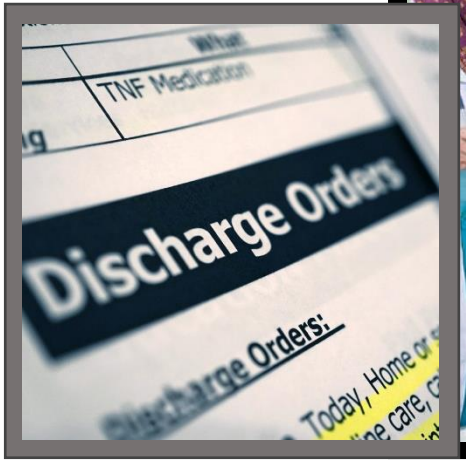
1. BMU menyediakan data katil secara real time dan menganalisa data semasa 3 kali sehari iaitu 7 pagi, 2 petang dan 9 malam. Penganalisaan data perlu dilakukan untuk mengenalpasti masalah dan melaksanakan tindakan yang sewajarnya.
2. Ketua Jururawat Atas Panggilan dan Penyelia PPP Kecemasan bertugas setiap shif bertanggungjawab memaklumkan data analisa terkini kepada *Bed Manager Of The Day* (Penyelia Jururawat Atas Panggilan) di BMU iaitu:
   i. Penggunaan dan kekosongan katil di wad
   ii. Penggunaan dan kapasiti katil di Jabatan Kecemasan
   iii. *Lodger* dan *Inpatient Boarding Time* di Jabatan Kecemasan & Trauma
   iv. Jumlah jangkaan pesakit discaj dan penggunaan *back door capacity*
   v. Pergerakan intrafacility (HKM) dan interfacility
3. *Bed Manager Of The Day* akan melaporkan data yang dianalisa kepada Pengurusan Tertinggi Hospital setiap hari dan mengikut keperluan.

POLISI PERKHIDMATAN

1. *No Extension Bed Policy* dan konsep *Open Ward* dilaksanakan di HKM di mana gunasama katil antara Jabatan mengikut ketetapan penempatan oleh *Bed Manager*.
2. Polisi Penyimpanan Katil berdasarkan beban kemasukan pesakit di kecemasan dan kemasukan elektif. Penyimpanan bilangan katil bagi kemasukan dari Unit Kecemasan & Trauma NLH perlu ditetapkan berdasarkan keperluan dan bukan jumlah kekal. Penyimpanan katil kes kemasukan elektif di LH dan NLH tidak melebihi satu hari dari tarikh kemasukan.

3. *Empty Bed Not Necessarily Available Beds*. Penyelarasan di antara bed manager LH dan NLH penting bagi mendapatkan pengaturan katil dan kekosongan katil.
4. BMU bertanggungjawab dalam mengoptimakan penggunaan katil di hospital.
5. Pakar/Pegawai Perubatan perlu memilih pesakit untuk dipindahkan dan BMU akan membantu melancarkan proses perpindahan pesakit tersebut.
6. Pengurus Wad dan pakar menyelia wad perlu menerima kemasukan pesakit mengikut arahan BMU dan perawatan ke atas pesakit diteruskan seperti yang disarankan.
7. Pengurusan katil pesakit di LH dan NLH mengikut penempatan.
8. Pengurusan kalil di peringkat kluster untuk mempermudahkan proses *step-up* dan *step-down.*
9. Memantau *Bed Wailing Time* (BWT), iaitu bermula dari masa pendaftaran di Bilik Daftar Masuk (BDM) sehingga pesakit sampai di katil pesakit.
10. Penyelarasan dan penghantaran data bulanan *Bed Waiting Time* (BWT) di LH dan NLH.
11. Bertanggungjawab ke atas pengoperasian *Discharge Lounge* hospital.

POLISI KEMASUKAN WAD & DISCAJ KLUSTER





POLISI PERKHIDMATAN

Polisi Kemasukan Wad

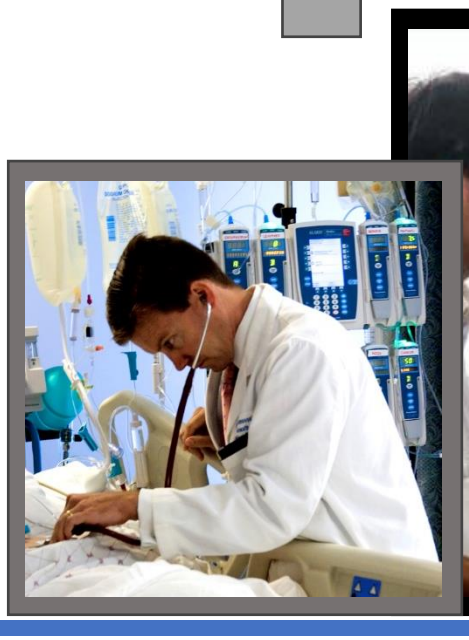
1. Pesakit dimasukkan ke wad-wad Hospital Kluster samada dari Jabatan/Unit Kecemasan & Trauma, Klinik-Klinik Pakar, Klinik Kesihatan atau berpindah masuk dari hospital-hospital di dalam kluster (*step-up care/step-down care*).
2. Kemasukan pesakit didaftarkan di Bilik Daftar Masuk (BDM). Semua pesakit yang dimasukkan ke wad yang berkaitan adalah tertakluk kepada kelayakan dan perlu menjelaskan deposit atau mengemukakan surat akuan pegawai semasa kemasukan seperti yang ditetapkan oleh Perintah Fi (Perubatan) terkini dan Akta Fi Warga Asing.
3. Kemasukan pesakit merujuk ke Polisi Pengurusan Katil Kluster.
4. Semua kes ibu mengandung yang stabil (28 minggu dan ke atas) dihantar terus ke Pusat Pra-Penilaian '*Pre-Assessment Centre (PAC)'* dan diikuti dengan proses kemasukan kemudian.

Polisi Discaj

1. Pakar/Pegawai Perubatan yang menjaga pesakit bertanggungjawab menyalurkan maklumat berkaitan discaj kepada pesakit/waris.
2. Jururawat di wad hendaklah memastikan hanya ibubapa/penjaga yang dibenarkan untuk menjemput kanak-kanak yang discaj. Hanya ibubapa yang dibenarkan membawa pulang bayi mereka.
3. Pesakit perlu diberikan dokumen-dokumen yang berkaitan semasa discaj.
4. Sebelum pesakit discaj, Borang PD 301 hendaklah diisi dengan diagnosa pesakit yang lengkap, serta prosedur-prosedur yang dijalankan oleh Pegawai Perubatan dan Pakar.
5. Semua pesakit yang didiscaj perlu menyelesaikan bil hospital sejajar dengan Perintah Fi (Perubatan) terkini, dan resit rasmi hendaklah dikeluarkan. Untuk bil hospital bagi pesakit yang di *step-up/step-down* (rujuk Polisi Jawatankuasa Kerja Kluster).
6. Warganegara (pesakit) yang tidak dapat menjelaskan bil mereka atas sebab kewangan hendaklah dirujuk kepada Jabatan Kerja Sosial Perubatan/Unit Hasil/ Pengurusan Hospital.

7. Pesakit yang telah didiscaj dari wad boleh ditempatkan di *Discharge Lounge* sementara menunggu waris hadir untuk membawa pesakit pulang (lihat Polisi *Discharge Lounge*).

POLISI RAWATAN PESAKIT DALAM KLUSTER



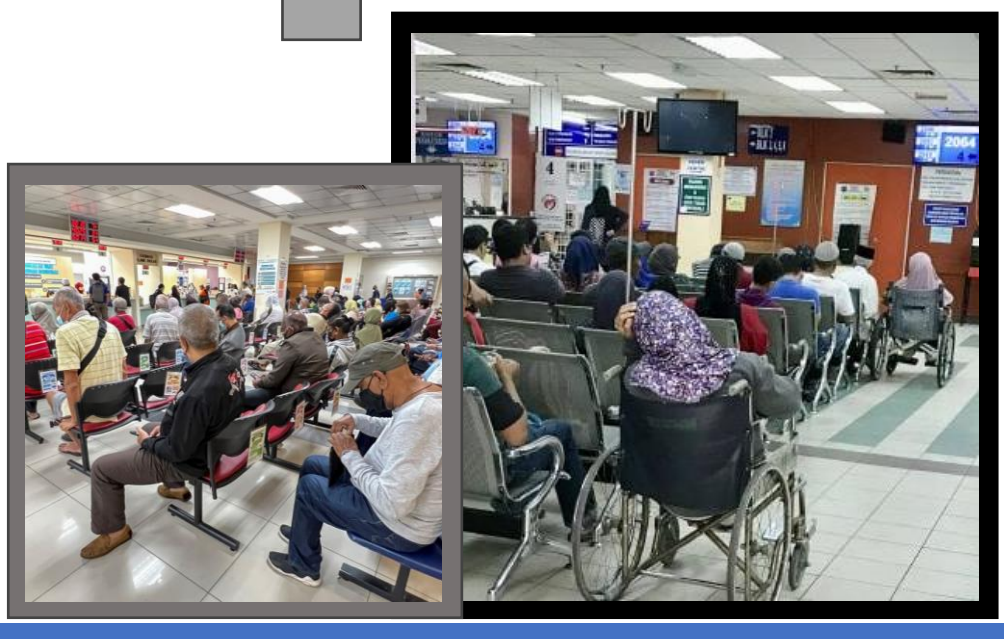


POLISI PERKHIDMATAN

1. Perkhidmatan pesakit dalam adalah berdasarkan Piagam Pelanggan Pesakit Dalam Hospital Kluster Melaka.
2. Semua pesakit yang dimasukkan ke wad mesti didaftarkan. Maklumat alamat dan nombor telefon yang terkini perlu diperolehi.
3. Semua pesakit yang dimasukkan hendaklah diperiksa oleh Pegawai Perubatan Siswazah (PPS)/Pegawai Perubatan (PP) yang bertugas.
4. Rondaan harian pesakit dalam hendaklah dikendalikan oleh Pakar/PP/PPS sekurang-kurangnya satu kali sehari bagi hari bekerja dan juga hujung minggu/ cuti awam bersama Ketua Jururawat/Jururawat Terlatih.
5. Semua arahan rawatan termasuk ujian makmal, ujan pengimejan, ubat-ubatan dan sebagainya mestilah dilaksanakan dengan cepat dan tepat, berdasarkan keperluan setiap kes dan sumber yang sedia ada.
6. Semua keputusan ujian makmal/ujian pengimejan mesti dilihat dan didokumentasi oleh Pegawai Perubatan (PPS/PP/Pakar).
7. Sebarang penilaian dan tanda vital yang luar biasa (*GCS, BP, PR, RR, oxygen saturation*, pendarahan, tahap kesakitan meningkat, dll.) mestilah dimaklumkan kepada Pegawai Perubatan yang berkenaan untuk tindakan lanjut.
8. Pesakit Pediatrik:
    - Dibenarkan peneman oleh seorang waris
    - Perlu ditempatkan di katil/*cot* yang berpagar
    - Perlu dipasangkan tag identifikasi. Sekiranya tag bayi tertanggal, prosedur pemasangan semula adalah berdasarkan garis panduan Polisi Keselamatan
    - Bayi yang mempunyai penyakit *“highly contagious”* dirawat di bilik isolasi
    - Kebenaran *“Patient Informed Consent”* diperolehi daripada ibubapa / penjaga yang sah untuk prosedur yang berisiko, kecuali dalam keadaan kecemasan *“life threatening emergency”*, di mana prosedur mungkin dijalankan dahulu
    - Polisi Hospital Rakan Bayi diamalkan
    - Pesakit pediatrik hanya didiscaj kepada ibubapa/penjaga yang sah mengikut garispanduan keselamatan pesakit pediatrik.

9. Pesakit-pesakit yang didiscaj perlu menjelaskan bayaran hospital kluster dan diberikan (mengikut keperluan):
    i. Kad Temujanji
    ii. Slip Preskripsi ubat-ubatan
    iii. Sijil Cuti Sakit
    iv. Borang Pencucian Luka/Pembukaan Jahit
    v. Borang Kemasukan Semula (jika perlu)
    vi. Ringkasan Discaj
    vii. Surat Rujukan (jika perlu)
    viii. Surat-surat lain (Contoh, surat pengesahan kemasukan wad, dll. jika perlu)
10. Pengurusan rekod perubatan pesakit berpandukan Polisi Pengurusan Rekod.

POLISI KLINIK PAKAR KLUSTER



OBJEKTIF

1. Untuk memperkukuhkan penyampaian perkhidmatan yang mengutamakan pesakit. Mengoptimakan sumber dan ruang fasiliti bagi memastikan keberkesanan dan kecekapan penyampaian perkhidmatan perawatan pesakit luar HKM.
2. Untuk mengukuhkan tahap dan kualiti perkhidmatan perawatan pesakit luar HKM.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Memberi perkhidmatan rawatan pesakit luar berdasarkan Piagam Pelanggan Klinik.
2. Bertindak sebagai pusat rujukan perkhidmatan Pakar untuk seluruh negeri Melaka.
3. Bertindak sebagai pusat latihan untuk kakitangan yang terlibat dalam aktiviti HKM.
4. Menjalankan aktiviti-aktiviti kualiti dan pensijilan.
5. Menjalankan aktiviti penyelidikan seperti *Action Research* HKM.
6. Membantu melaksanakan aktiviti pendidikan kesihatan pesakit dan program komuniti.

POLISI PERKHIDMATAN

1. Klinik Pakar LH diketuai oleh Timbalan Pengarah (Perubatan) dan diselia oleh Penolong Pegawai Perubatan.
2. Klinik Pakar NLH diketuai oleh Pegawai Perubatan dan diselia oleh Penolong Pegawai Perubatan.
3. Perkhidmatan Pesakit Luar adalah berdasarkan piagam dan objektif kualiti di LH dan NLH.
4. Klinik Pakar HKM menyediakan perkhidmatan kepakaran dan sub-kepakaran.
5. Klinik Pakar HKM beroperasi pada hari Isnin hingga Jumaat, jam 7.30 pagi - 5.30 petang.
6. Jadual Klinik Pakar HKM adalah bergantung kepada jadual yang telah ditetapkan oleh setiap jabatan di LH dan NLH.
7. Bilik konsultasi Pakar dan bilik rawatan adalah digunasama antara pelbagai Jabatan/Unit mengikut jadual yang ditetapkan.
8. Klinik Pakar HKM adalah berstatus klinik rujukan dan susulan. Semua pesakit mesti mendapatkan temujanji dan surat rujukan.

9. Semua Jabatan/Unit yang terlibat dalam perkhidmatan Klinik Pakar HKM bertanggungjawab menentukan jadual klinik, sistem temujanji, dan pengurusan pesakit di klinik masing-masing.
10. Sistem temujanji dan jadual bagi setiap Jabatan/Unit yang terlibat boleh berbentuk manual atau berkomputer dan secara *staggered appointment*.
11. Semua temujanji yang diberi bergantung kepada fasiliti dan sumber yang sedia ada. Bagi kes-kes yang memerlukan temujanji segera perlu dibincang bersama Pakar/Pegawai Perubatan Jabatan/Unit yang dirujuk.
12. Kes-kes kecemasan yang berlaku di Klinik Pakar HKM harus dihantar ke Jabatan/Unit Kecemasan & Trauma.
13. Sebarang perubahan/pembatalan/penangguhan temujanji adalah tertakluk kepada polisi Jabatan/Unit dan pengurusan hospital yang terbabit.
14. Semua pesakit mesti mengemukakan dokumen-dokumen seperti surat rujukan, kad temujanji, kad pengenalan diri, surat jaminan majikan dan sebagainya bagi melancarkan proses temujanji dan pendaftaran klinik.
15. Semua pesakit dikehendaki membuat bayaran mengikut Perintah Fi (Perubatan) terkini, dan resit hendaklah dikeluarkan.
16. Kesemua maklumat konsultasi klinikal mestilah didokumentasi di dalam rekod perubatan pesakit.
17. Semua pesakit hendaklah diberikan sama ada temujanji klinik susulan, rujukan luar, dimasukkan ke wad/pusat rawatan harian untuk rawatan/prosedur/ pembedahan atau didiscaj.

POLISI PERKHIDMATAN KLINIKAL

HOSPITAL KLUSTER MELAKA

1	POLISI PERKHIDMATAN KECEMASAN & TRAUMA KLUSTER
2	POLISI PERKHIDMATAN PERUBATAN KLUSTER
3	POLISI PERKHIDMATAN ANESTESIOLOGI & RAWATAN RAPI KLUSTER
4	POLISI PERKHIDMATAN PATOLOGI KLUSTER
5	POLISI PERKHIDMATAN PEMBEDAHAN AM KLUSTER
6	POLISI PERKHIDMATAN ORTOPEDIK KLUSTER
7	POLISI PERKHIDMATAN RADIOLOGI KLUSTER
8	POLISI PERKHIDMATAN FORENSIK KLUSTER
9	POLISI PERKHIDMATAN OFTALMOLOGI KLUSTER
10	POLISI PERKHIDMATAN PEMBEDAHAN PLASTIK & REKONSTRUKTIF KLUSTER
11	POLISI PERKHIDMATAN OBSTETRIK & GINEKOLOGI KLUSTER
12	POLISI PERKHIDMATAN PEDIATRIK KLUSTER
13	POLISI PERKHIDMATAN PSIKIATRI & KESIHATAN MENTAL KLUSTER
14	POLISI PERKHIDMATAN OTORINOLARINGOLOGI KLUSTER
15	POLISI PERKHIDMATAN DERMATOLOGI KLUSTER
16	POLISI PERKHIDMATAN PERUBATAN TRANSFUSI KLUSTER
17	POLISI PERKHIDMATAN FARMASI & BEKALAN KLUSTER

POLISI PERKHIDMATAN KECEMASAN & TRAUMA KLUSTER





POLISI PERKHIDMATAN

Prosedur Triage Di Triage Primer

1. Pesakit yang diterima di kaunter Triage Primer ditempatkan samada di kerusi roda atau troli jika perlu.
2. Kronologi rawatan pesakit perlu dicatatkan di dalam Borang Rekod Kronologi.
3. Pesakit disaring kepada kategori “Tidak Kritikal”, “Semi Kritikal” atau “Kritikal”.
    i. Pesakit Tidak Kritikal
        a. Gunakan borang trauma atau borang non-trauma.
        b. Untuk Pesakit URTI gunakan borang Fever Clerking Sheet.
        c. Untuk kes BID (*Brought In Death*), gunakan Kad Rawatan Untuk Orang Sakit (Luar) Perubatan 96 Pin.1/78.
        d. Periksa *vital signs* dan nilai keadaan pesakit di Bilik Triage Sekunder.
        e. Pesakit yang mempunyai tanda vital stabil akan di triage ke zon tidak kritikal (Zon Hijau).
        f. Pesakit yang mempunyai tanda vital stabil tetapi tidak boleh berjalan akan ditriage ke zon semi kritikal (Zon Kuning).
        g. Pesakit yang mempunyai tanda vital tidak stabil ditriage ke zon kritikal (Zon Merah).
        h. Pesakit yang mengalami “trauma” (berlaku dalam masa kurang 24 jam) akan ditriage ke *trauma lane* (di Hospital Melaka sahaja).
        i. Arahkan pesakit/waris membuat pendaftaran di Kaunter Pendaftaran. Sila rujuk Arahan Kerja Pendaftaran Pesakit Jabatan Kecemasan Dan Trauma.
        j. Arahkan pesakit menunggu di ruang menunggu.
    ii. Pesakit Semi Kritikal
        a. Beri rawatan awal kecemasan mengikut keadaan pesakit dan pekeliling/KPI terkini.
        b. Bunyikan *buzzer* (pendek) kecemasan sebanyak 1 kali dan bawa pesakit kepada petugas di ruang rawatan semi kritikal.
        c. Gunakan Borang Trauma atau Borang Non-Trauma.
        d. Arahkan waris atau anggota jabatan membuat pendaftaran di kaunter. Sila rujuk Arahan Kerja Pendaftaran Pesakit Jabatan Kecemasan Dan Trauma.
    iii. Pesakit Kritikal
        a. Beri rawatan awal kecemasan dengan segera.

b. Bunyikan *buzzer* kecemasan.
c. Hantar dan serahkan pesakit kepada petugas di zon kritikal (Zon Merah).
d. Gunakan Borang Trauma atau Borang Non-Trauma.
e. Arahkan waris atau anggota jabatan membuat pendaftaran di kaunter. Sila rujuk Arahan Kerja Pendaftaran Pesakit Jabatan Kecemasan Dan Trauma.

4. Semua pesakit perlulah di triage segera ke zon-zon perawatan atau spesifik unit yang berkaitan mengikut Pekeliling/KPI terkini.

Penerimaan Kes Rujukan Dari Hospital Dan Klinik Swasta/Hospital Kerajaan/Klinik Pesakit Luar/Klinik Komuniti Di Triage Primer

1. Petugas dari Triage Primer perlu meminta bantuan dari Penyelia U32 sekiranya melebihi 3 orang pesakit.
2. Petugas hendaklah memastikan pesakit dengan keadaan penyakit yang lebih kritikal di triage terlebih dahulu dan segera dimasukkan ke zon yang berkaitan.
3. Sebarang kerumitan untuk disposisi pesakit yang stabil hendaklah dibincangkan dengan Pakar Perubatan ataupun Pegawai Perubatan.
4. Semua pesakit perlulah di triage segera ke zon-zon perawatan atau spesifik unit yang berkaitan.

Pengurusan Pesakit/Rekod Di Triage Sekunder

1. Petugas dari Triage Sekunder perlu meminta bantuan dari Penyelia U32 bertugas dan/atau petugas ambulan sekiranya melebihi 3 kad rawatan.
2. Pesakit di Triage Sekunder hendaklah dilihat dalam masa 15 minit.
3. Senarai peralatan yang digunakan di Triage Sekunder:
   i. *Non-Invasive Blood Pressure Monitor*
   ii. *SPO_2 monitor*
   iii. *Thermometer*
   iv. *Pain Score Ruler*
   v. *Glucometer*
   vi. *Stethoscope*
   vii. Mesin ECG
   viii. Skala Penimbang Berat Badan/Tinggi
   ix. Troli *Dressing* yang lengkap

Polisi ECG Di Triage Sekunder

1. Semua pesakit yang berumur 15 tahun dan ke atas serta hadir dengan gejala-gejala yang boleh dikaitkan dengan serangan jantung seperti mengadu sakit dada, ketat dada, sesak nafas, *palpitation*, pening, pitam dan mempunyai tanda-tanda vital yang stabil mestilah dilakukan ECG segera dalam masa 10 minit dari masa ketibaan di Triage Primer.
2. Semua ECG yang telah dilakukan hendaklah dianalisa oleh Pegawai Perubatan dan ditandatangani oleh Pegawai Perubatan berkenaan.

Polisi Protokol *Triage Away*

1. Pesakit tidak kritikal boleh dirawat di Klinik Pesakit Luar tanpa perawatan lanjut di hospital.
2. Pesakit-pesakit ini mestilah bersetuju dan diberikan penerangan dan cara ke Klinik Pesakit Luar yang terdekat.
3. Mana-mana pesakit yang tidak bersetuju, tergolong dalam OKU atau mempunyai masalah untuk ke Klinik Pesakit Luar hendaklah diterima dan ditriage seperti biasa.
4. Semua pesakit kategori G5 berdasarkan *Malaysian Triage Category* (MTC) boleh ditriage away sekiranya tiba di antara jam 7.30am sehingga 9.00pm.

Pengurusan Pendaftaran Pesakit/Pungutan Hasil

1. Petugas perlu menulis dengan betul, jelas, tepat dan boleh dibaca.
2. Bertutur dengan sopan dan perlu mengamalkan budaya nilai-nilai murni semasa bertugas.
3. Petugas perlu mempunyai Surat Kuasa Mengutip Hasil.
4. Petugas tidak dibenarkan makan minum di kaunter pendaftaran.
5. Petugas hendaklah memungut hasil kutipan wang daripada pesakit yang layak membayarnya mengikut pekeliling KKM yang telah ditetapkan.
6. Petugas perlu membuat serahan tugas pada setiap syif dengan menyerahkan hasil kutipan yang telah direkodkan di dalam buku kutipan dan lain-lain hal yang berkaitan.
7. Petugas perlu menyerahkan semua hasil kutipan pada setiap hari waktu pagi (kecuali hari kelepasan mingguan/am) kepada Pembantu Tadbir waktu pejabat untuk diserahkan kepada Unit Hasil.

8. Petugas perlu menghantar rekod pesakit yang telah didaftarkan ke bilik rawatan Zon Hijau.
9. Pesakit perlu didaftarkan segera selepas disaring di primary triage.
   Catatan: Waktu Pembantu Tadbir tidak bertugas di NLH
   i. 11 malam hingga 7 pagi keesokan harinya (Hospital Jasin)
   ii. 12 malam hingga 8 pagi keesokan harinya pada hari bekerja am (Hospital Alor Gajah)
   iii. 12 malam hingga 8 pagi keesokan harinya pada hari tidak bekerja (Hospital Alor Gajah)

Pengurusan Pendaftaran Pesakit/Pungutan Hasil Warga Asing

1. Rujuk Polisi Pengurusan Pendaftaran Rekod Pesakit/Pungutan Hasil.
2. Petugas hendaklah memungut hasil kutipan wang daripada pesakit yang layak membayarnya mengikut Akta Fi Warga Asing yang telah ditetapkan.
3. Pesakit tidak mempunyai dokumen pengenalan diri perlu didaftarkan menggunakan nombor rujukan hospital.

Pengurusan Pesakit Discaj Di Zon Hijau, Zon Kuning dan Wad Pemerhatian

1. Pesakit yang didiscaj dari Zon Hijau dan Zon Kuning perlu diberikan slip ubatan dan dokumen berkaitan, seperti Surat Cuti Rehat, Surat Temujanji, Surat Rujukan, Surat Rawatan Susulan dan lain-lain.
2. Pegawai Perubatan perlu memberikan maklumat dan arahan yang jelas kepada pesakit berkaitan penyakit dan ubat, serta didokumentasikan.
3. Dokumentasi discaj termasuk no. sijil Cuti Sakit, tarikh temujanji jika ada dan tarikh prosedur susulan.

Pengurusan Pesakit Discaj Di Zon Asthma

1. Pemeriksaan tanda vital harus dilakukan sebelum pengambilan *nebulizer*.
2. Pesakit perlu diperiksa semula dalam masa 30 minit selesai *nebulizer*.
3. Pesakit selesai *nebulizer* harus diperiksa bacaan *peak flow meter* oleh pegawai yang merawat.
4. Pesakit perlu diberikan ubat-ubatan berkaitan setelah menerima rawatan (sila rujuk polisi klinikal Rawatan Pesakit Asthma).
5. Teknik menggunakan MDI perlu diperiksa sebelum discaj.

6. Dokumentasi rawatan yang diberikan perlu dicatat didalam Buku Rekod Asthma pesakit.
7. Tarikh rawatan susulan di klinik kesihatan atau klinik pakar perlu dipastikan.
8. Semua pesakit asthma dan COAD harus diperiksa semula dan dilakukan PEFR sebelum discaj mengikut carta PEFR.

Pengurusan Pesakit Discaj *At Own Risk* (AOR)

1. Semua pesakit yang discaj AOR perlu mengisi Surat Akuan Discaj Atas Risiko Sendiri (Borang A) dan perlu dirujuk kepada Pakar.
2. Semua pesakit asthma dan COAD harus diperiksa semula dan dilakukan PEFR sebelum discaj mengikut carta PEFR.

Pengurusan Pesakit Hilang

1. Pesakit yang hilang di Jabatan Kecemasan perlu dicari di sekitar Jabatan/Unit dan dipanggil melalui pembesar suara.
2. Sekiranya gagal dijumpai, pesakit atau waris dihubungi melalui nombor telefon yang didaftarkan, jika ada.
3. Pengawal keselamatan dimaklumkan mengenai kehilangan pesakit untuk melakukan tugas pencarian di sekitar kawasan hospital.
4. Laporan polis perlu dibuat segera setelah pesakit gagal dikesan.

Pengurusan Pesakit OKT Di Jabatan Kecemasan

1. Pesakit daripada institusi berikut akan melalui *Primary Triage* untuk penilaian tahap kritikal pesakit:
   i. Banduan Penjara Sungai Udang
   ii. Banduan Penjara Lipat Kajang
   iii. OKT daripada lokap PDRM
   iv. OKT tahanan Agensi Anti-Dadah Kebangsaan (AADK)
   v. Penghuni PUSPEN Tiang Dua
   vi. OKT daripada tahanan Imigresen
   vii. OKT daripada tahanan SPRM
   viii. Banduan Bawah Umur daripada Sekolah Henry Gurney Melaka
2. Pesakit yang ditriage sebagai kritikal dan semi-kritikal akan dihantar ke Zon Merah atau Zon Kuning.

3. Pesakit yang telah ditriage ke Zon Tidak Kritikal (Zon Hijau) akan terus dilihat di Kaunter *Secondary Triage* bagi pengambilan tanda vital.
4. Selepas pengambilan tanda vital, pesakit akan diiringi ke Bilik Harmoni untuk menunggu konsultasi doktor.
5. Pegawai mengiring juga perlu mendaftarkan pesakit di Kaunter Pendaftaran Jabatan Kecemasan & Trauma.
6. Pesakit boleh menunggu giliran di tempat yang sesuai serta dikawal oleh pegawai pengiring.
7. Tiada tempat menunggu khas bagi penghuni PUSPEN Tiang Dua, tahanan Jabatan Imigresen dan tahanan SPRM. Agensi dan institusi ini dinasihatkan untuk tidak membawa lebih daripada 3 orang pesalah pada satu-satu masa.
8. Pegawai Perubatan bertugas di Zon Hijau ditugaskan untuk melihat pesakit di atas.
9. Apabila giliran pesakit tiba, doktor bertugas akan memberi perawatan seterusnya. Sekiranya penyiasatan darah atau radiologi diperlukan, pesakit akan diberikan borang penyiasatan dan diarahkan untuk menunggu keputusan.
10. Pesakit akan dipanggil semula untuk penerangan keputusan penyiasatan dan perawatan seterusnya. Pada waktu ini juga akan ditentukan samada pesakit boleh discaj atau perlu kemasukan wad.
11. Keselamatan kakitangan, pesakit dan waris hendaklah dipastikan pada setiap masa.

Pengurusan Pemindahan Pesakit Tidak Stabil Dari Jabatan Kecemasan HKM Ke Jabatan Kecemasan Hospital Lain Bagi Kes Rujukan

1. Semua kes yang dirujuk perlu disertai dengan Surat Rujukan berserta dokumen klinikal yang berkaitan. Pastikan dokumen yang disertakan adalah lengkap.
2. Kes yang tidak stabil perlu dimaklumkan kepada Pegawai Perubatan pusat rujukan oleh Pegawai Perubatan yang merujuk.
3. Kes yang tidak stabil (pesakit yang diintubasi, *polytrauma* yang memerlukan resusitasi berterusan, pesakit kritikal yang boleh merosot keadaan mereka ketika pemindahan dan lain-lain kes) perlu diiringi Pegawai Perubatan, Penolong Pegawai Perubatan/Jururawat Terlatih dan Pembantu Perawatan Kesihatan.
4. Pesakit perlulah dipantau sepanjang proses pemindahan.
5. Waris pesakit harus diberitahu sebelum kes dirujuk.

6. Waris tidak dibenarkan untuk mengiringi pesakit di dalam ambulans, kecuali dengan mengisi borang perlepasan tanggungan bagi kes semi-kritikal.
7. Pemindahan pesakit perlu mengikut garis panduan pemindahan interfasiliti KKM yang telah ditetapkan.
8. *Handover case* kepada hospital yang menerima perlulah lengkap. Proses penyerahan pesakit perlu dilengkapkan dalam tempoh satu jam.

Pengurusan Penerimaan Pesakit Dari Klinik Kesihatan

1. Semua pesakit yang dirujuk mestilah mempunyai surat rujukan.
2. Perkara berikut hendaklah disampaikan kepada pihak yang menerima pesakit:
   i. Ujian/Investigasi yang telah dibuat dan keputusannya
   ii. Rawatan yang telah diberikan
   iii. Isu semasa pemindahan pesakit
3. Bagi Klinik Kesihatan berambulans, pegawai bertanggungjawab yang menghantar pesakit perlu memaklumkan kepada Hospital Melaka melalui sistem GIRN akan situasi pesakit dan kategori triage pesakit kepada MECC.
4. Bagi Klinik Kesihatan tanpa ambulans, pegawai bertanggungjawab yang menghantar pesakit perlu membuat panggilan melalui MERS999 supaya ambulans dapat disediakan untuk penghantaran pesakit.
5. Kes kritikal yang tidak stabil perlu dimaklumkan kepada Pegawai Perubatan Jabatan Kecemasan Hospital Melaka oleh Pegawai Perubatan yang merujuk.
6. Kes kritikal yang tidak stabil (pesakit yang diintubasi, polytrauma yang memerlukan resusitasi berterusan, pesakit kritikal yang boleh merosot keadaan mereka ketika pemindahan dan lain- lain kes) perlu diiringi Pegawai Perubatan, Penolong Pegawai Perubatan/Jururawat Terlatih dan Pembantu Perawatan Kesihatan.
7. Waris pesakit harus diberitahu sebelum kes dirujuk.
8. Waris tidak dibenarkan untuk mengiringi pesakit di dalam ambulan, kecuali dengan mengisi borang pelepasan tanggungan bagi kes semi-kritikal.
9. Pemindahan pesakit perlu mengikut garis panduan pemindahan interfasiliti KKM yang telah ditetapkan.
10. Staf yang mengiringi perlu membuat pendaftaran di Kaunter Kecemasan.

Pengurusan Pemindahan Pesakit Ke Wad, HDW Dan ICU

1. Arahan masuk wad di Borang Trauma atau Borang Non-Trauma disemak dan kesahihan pesakit dipastikan.

2. Maklumat berikut dicatatkan ke dalam Buku Pendaftaran PL101: diagnosa pesakit, Pegawai Perubatan yang memberi rawatan dan nama unit yang dirujuk (masuk wad).
3. Urusan penempatan pesakit di wad melalui BMU Kluster.
4. Jika ada waris, arahkan waris tersebut untuk mendaftar kemasukan pesakit di Unit Daftar Masuk Wad.
5. Jika tiada waris, gunakan Sistem *Pneumatic Tube* atau arahkan anggota jabatan mendaftarkan pesakit untuk kemasukan wad.
6. Anggota Jabatan/Unit perlu melengkapkan Senarai Semak Pesakit Yang Dimasukkan Ke Wad dan mengepilkan Senarai Semak tersebut kepada rekod pesakit.
7. Kakitangan wad/HDW/ICU perlu dimaklumkan akan kemasukan pesakit.
8. Penghantaran pesakit ke wad:
    i. Pesakit stabil yang menggunakan troli atau kerusi roda, hendaklah dihantar oleh Pembantu Perawatan Kesihatan atau Porter.
    ii. Bagi pesakit yang boleh berjalan dan tidak perlu pemerhatian, pesakit akan dibawa oleh Pembantu Perawatan Kesihatan atau Porter mengunakan kerusi roda (jika perlu).
    iii. Pesakit yang memerlukan pemerhatian serta menggunakan oksigen, intravena *drip*, *cardiac monitor* atau pesakit tenat hendaklah dihantar oleh seorang Pembantu Perawatan Kesihatan dengan diiringi oleh Penolong Pegawai Perubatan atau Jururawat Terlatih.
    iv. Penghantaran pesakit ke ICU/HDW hendaklah diiringi oleh seorang Pegawai Perubatan, Pembantu Perawatan Kesihatan dan Penolong Pegawai Perubatan atau Jururawat Terlatih.
    v. Bagi pesakit mental yang dibawa oleh waris/Polis, seorang Pembantu Perawatan Kesihatan hendaklah mengiringi pesakit ke wad.
    vi. Bagi pesakit mental yang agresif akan diiringi oleh seorang Penolong Pegawai Perubatan atau Jururawat Terlatih dan Polis.

Pengurusan Kematian Pesakit Di Jabatan (*Death In Department*)

1. Lakukan *Last Office* (L/O) pada jenazah/mayat.

2. Pegawai Perubatan akan menandatangani permit penguburan. Sekiranya sebab-sebab kematian dikenalpasti dan tanpa melibatkan medikolegal maka Pegawai Perubatan boleh melepaskan mayat.
3. Sekiranya berlaku keraguan tentang sebab-sebab kematian dan melibatkan medikolegal, Pegawai Perubatan akan membuat laporan polis untuk tindakan selanjutnya.
4. Sekiranya kematian berlaku:
    i. Dalam waktu pejabat:

    Maklumkan kepada petugas Jabatan Forensik untuk mengambil jenazah dan Borang Trauma (MS:ISO/HM/ETD/04, Keluaran 01 Pindaan: 00/08) atau Borang Non-Trauma (MS:ISO/HM/ETD/05, Keluaran 01 Pindaan: 00/08) atau Kad Rawatan Untuk Orang Sakit (Luar) Perubatan 96 Pin.1/78 dari Jabatan Kecemasan Dan Trauma. Sediakan dua (2) salinan borang kematian (MS ISO/HM/Forensik/01 Keluaran: 01 Pindaan: 00/02) untuk kes medikolegal atau (MS ISO/HM/Forensik/02 Keluaran: 01 Pindaan: 00/02) untuk kes bukan medikolegal.

    ii. Luar waktu pejabat:

    Sediakan dua (2) salinan borang kematian (MS ISO/HM/Forensik/01 Keluaran: 01 Pindaan: 00/02) untuk kes medico-legal atau (MS ISO/HM/Forensik/02 Keluaran: 01 Pindaan: 00/02) untuk kes bukan medikolegal.
5. Satu salinan borang diletakkan pada jenazah.
6. Satu salinan borang diserahkan kepada Petugas Jabatan/Unit Forensik untuk tindakan lanjut.
7. Borang Trauma (MS:ISO/HM/ETD/04, Keluaran 01 Pindaan : 00/08) atau Borang Non-Trauma (MS:ISO/HM/ETD/05, Keluaran 01 Pindaan : 00/08) atau Kad Rawatan Untuk Orang Sakit (Luar) Perubatan 96 Pin.1/78 akan dibawa oleh anggota Polis atau petugas Jabatan Forensik.
8. Maklumkan kepada Penolong Pegawai Perubatan yang bertugas atas panggilan di Jabatan/Unit Forensik tentang kematian.
9. Sekiranya jenazah boleh dilepaskan, Penolong Pegawai Perubatan yang bertugas atas panggilan akan datang ke Jabatan/Unit Forensik untuk melepaskan jenazah.
10. Pengambilan Jenazah/Mayat hanya dilakukan 1 jam selepas kematian.
11. Pembantu Perawatan Kesihatan Jabatan Forensik seterusnya akan mengambil jenazah ke Jabatan Forensik untuk tindakan selanjutnya.

12. Semua mayat hendaklah diambil oleh kakitangan Jabatan/Unit Forensik hospital tidak kurang daripada 1 jam setelah pengesahan kematian.

Pengurusan Kematian Pesakit Di Jabatan (*Brought In Dead*)

1. BID yang dibawa oleh keluarga:
   iii. Pesakit akan ditriage ke Zon Merah dan resusitasi dimulakan.
   iv. Waris melakukan pendaftaran pesakit di kaunter kecemasan.
   v. Pegawai Perubatan akan menilai sama ada proses resusitasi perlu diteruskan atau tidak. Sekiranya perlu resusitasi, prosedur ini dilakukan sekurang-kurangnya 30 minit.
   vi. Jika tiada tanda kehidupan, kematian dimaklumkan kepada waris pesakit.
   vii. Pegawai Perubatan akan membuat laporan polis.
   viii. Pihak polis akan menentukan sama ada perlu atau tidak bedah siasat.
   ix. PPP/Jururawat akan memberitahu pegawai Jabatan/Unit Forensik.
   x. PPK melakukan prosedur LO.
   xi. Mayat akan ditempatkan di ruangan sementara sebelum dibawa ke Jabatan/Unit Forensik.
2. BID yang dibawa oleh Polis di HAG, HJ dan di luar waktu pejabat HM
   i. Mayat akan berada di dalam kenderaan polis.
   ii. Polis melakukan pendaftaran di kaunter kecemasan.
   iii. Pendaftaran menggunakan Kad Pesakit Luar.
   iv. Pegawai Polis perlu memaklumkan situasi kejadian dan keadaan mayat.
   v. Pegawai Perubatan akan melihat mayat dan melakukan dokumen ringkas.
   vi. PPP di triage memberitahu pegawai Jabatan/Unit Forensik.
   vii. Mayat dihantar ke Jabatan/Unit Forensik oleh Pegawai Polis.

3. BID yang dibawa oleh Polis dalam waktu pejabat HM
   i. Mayat dihantar ke Jabatan/Unit Forensik oleh Pegawai Polis tanpa melalui Jabatan/Unit Kecemasan & Trauma.

Pengurusan Kes *Neonatal Jaundice* (NNJ)

1. Waris pesakit melakukan pendaftaran di kaunter kecemasan.
2. Pembantu Tadbir/PPP/PPK perlu memastikan alamat adalah lengkap dan nombor telefon yang mudah dihubungi.

3. Keputusan yang kritikal perlu dimaklumkan segera kepada Pegawai Perubatan melalui telefon.
4. Pegawai Perubatan akan melihat keputusan sesegera yang mungkin dan memaklumkan kepada waris untuk perawatan seterusnya.

Pengurusan Penghantaran Spesimen Di Jabatan/Unit Kecemasan & Trauma

1. Petugas mestilah memastikan penghantaran spesimen darah adalah mengikut kaedah yang standard.
2. Petugas yang menghantar spesimen juga bertanggungjawab untuk menyemak borang dan label spesimen adalah betul.
3. PPK atau porter mengisi Borang Penghantaran Spesimen dan menghantar spesimen ke makmal berkaitan dengan segera.
4. PPK atau porter perlu mendapatkan pengesahan penerimaan daripada makmal. Satu salinan pengesahan penerimaan disimpan di Jabatan Kecemasan.
5. Semua spesimen yang dihantar daripada Jabatan Kecemasan adalah kategori 'STAT'.

Pengurusan Pesakit Dekontaminasi

1. Rujuk Carta Alir Perawatan Pesakit Isolasi/Dekontaminasi berdasarkan situasi semasa.
2. Prosedur pesakit dekontaminasi perlulah dipatuhi mengikut keperluan semasa.

Pengurusan Pesakit Mental/Pesakit Agresif Dibawa Oleh Polis

1. Pesakit psikiatri yang agresif dibawa oleh polis dan dikawal oleh pihak polis sehingga pesakit dihantar ke Wad Psikiatri sekiranya dibawah Rang Undang-undang POL 59.
2. Bagi pesakit yang agresif dan susah dikawal, restrain pesakit menggunakan mechanical atau chemical restrainer atas arahan Pegawai Perubatan.
3. Gunakan "*behaviour chart*", "*restrain chart*" dan dicatat setiap 15 minit.
4. Maklumkan Pegawai Perubatan Psikiatri atas panggilan. Penghantaran pesakit Psikiatri yang agresif ke wad handaklah diiringi oleh PPP atau JT serta PPK.
5. Semua kakitangan perlu mematuhi prosedur yang telah ditetapkan.

Kemasukan Kes Ke Wad Pemerhatian

1. Pegawai Perubatan yang menjaga zon perlu mengarahkan secara bertulis kemasukan kes ke Wad Pemerhatian, serta medapat kebenaran bertulis daripada Pakar atas panggilan.
2. Kes yang dimasukkan ke Wad Pemerhatian perlulah stabil, sedar dan waras (GCS 15/15).
3. Pesakit perlu dipantau oleh seorang Jururawat Terlatih.
4. Sasaran sifar insiden jatuh dan collapse di Wad Pemerhatian.

Pengurusan Pesakit Di Wad Pemerhatian

1. Jururawat di Wad Pemerhatian perlu memastikan Pegawai Perubatan melihat pesakit selepas di tempatkan di Wad Pemerhatian.
2. Semua kemasukan di Wad Pemerhatian perlu dimaklumkan kepada Pakar Jabatan atas panggilan.
3. Semua kes *Cerebral Concussion* perlu dibuat pemerhatian selama 6 jam.
4. Semua pesakit perlu diambil tanda vital setiap jam atau mengikut arahan Pegawai Perubatan.
5. Sasaran 100% pesakit di Wad Pemerhatian diambil tanda vital setiap jam.

Pengurusan Harta Pesakit

1. Pengurusan harta benda pesakit akan dilakukan bagi pesakit yang perlu, demi memastikan keselamatan harta benda dan wang tunai pesakit terpelihara.
2. Ketua shif perlu memantau penyelenggaraan Buku Daftar Harta Benda Dan Wang Pesakit.
3. Harta benda pesakit dikumpulkan bersama seorang saksi dan dicatitkan di dalam borang Harta Benda Pesakit sebanyak 2 salinan. Contoh: Satu utas rantai berwarna kuning. TIDAK BOLEH SAMA SEKALI MENULISKAN PERKATAAN ’EMAS’.
4. Masukkan semua harta pesakit ke dalam beg plastik yang dikhaskan dan di*seal*.
5. Tuliskan nama dan RN pesakit sebelum disimpan di dalam laci berkunci.
6. Catatkan nama pengumpul, nama saksi dan tandatangan.
7. Sampul khas berisi harta pesakit ini di simpan di dalam laci khas yang berkunci.

Permohonan Rekod Pesakit

1. Permohonan Rekod Pesakit akan dipohon oleh staf yang berkenaan dengan mengisi borang dan memberi butiran rekod yang hendak dicari.
2. Petugas Bilik Rekod akan mengambil borang, merekodkan dan mencari rekod pesakit berkenaan.
3. Kakitangan yang memohon rekod pesakit berkenaan akan mengambil di Bilik Rekod.
4. Tulis nama pegawai yang memohon rekod pesakit di buku Bilik Rekod.
5. Sasaran semua rekod pesakit yang diperlukan dapat dikemukakan.

Penyimpanan Rekod Pesakit

1. Semua rekod/filem x-ray pesakit yang tidak masuk wad hendaklah diletakkan di tempat yang di sediakan dengan selamat.
2. Semua rekod/filem x-ray yang telah dilihat oleh doktor akan diambil oleh petugas khas Bilik Rekod untuk disimpan.
3. Sasaran semua rekod pesakit dapat dikesan apabila diperlukan.

Pengurusan Dan Pengendalian Rekod Pesakit

1. Semua rekod/filem x-ray pesakit yang tidak masuk wad hendaklah diletakkan di tempat yang di sediakan dengan selamat dalam laci/almari berkunci.
2. Semua rekod/filem x-ray yang telah dilihat oleh doktor akan diambil oleh petugas khas Bilik Rekod untuk disimpan.
3. Simpanan adalah mengikut nombor kad pengenalan, 4 angka dari belakang.
4. Rekod pesakit disusun di rak mengikut bulan.
5. Hanya petugas khas sahaja yang boleh mengeluar dan meyimpan rekod pesakit di Bilik Rekod.
6. Permohonan rekod pesakit dari unit lain perlu menggunakan tracer note.
7. Blik Rekod perlu dikunci jika tiada petugas di situ.
8. Sasaran semua rekod pesakit dapat dikesan apabila diperlukan.

Pelupusan Rekod Pesakit

1. Surat permohonan perlu dikemukakan ke Jabatan Rekod Perubatan untuk tujuan pelupusan.

2. Proses pelupusan akan diuruskan oleh Jabatan Rekod Perubatan mengikut tatacara Arkib Negara.

POLISI PERKHIDMATAN PERUBATAN KLUSTER



OBJEKTIF

1. Menyampaikan perkhidmatan berkepakaran tinggi yang terbaik, efektif, selesa dan setara kepada pesakit-pesakit di seluruh negeri Melaka.
2. Memastikan penggunaan fasiliti Hospital Jasin dan Hospital Alor Gajah secara maksimum.
3. Memberi keselesaan kepada pesakit di samping dapat mengurangkan masalah kekurangan katil di Hospital Melaka.
4. Memberi pendedahan dan latihan yang berterusan kepada anggota-anggota kesihatan di Hospital Jasin dan Hospital Alor Gajah selaras dengan perkembangan subkepakaran di Hospital Melaka.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Perkhidmatan Perubatan Kluster menyediakan Perkhidmatan Perubatan Am ke Hospital Jasin dan Hospital Alor Gajah. Terdapat juga beberapa perkhidmatan subkepakaran di kedua-dua NLH yang disediakan secara berjadual dan dijangka akan bertambah selaras dengan keperluan.
2. Pesakit di NLH boleh *step-up* to LH untuk rawatan khusus, *multidisciplinary*, subkepakaran dan intensif. Sebaliknya, pesakit yang telah distabilkan di LH boleh *step-down* ke NLH untuk meneruskan rawatan, proses pemulihan dan rehabilitasi.
3. Pesakit luar di klink perubatan boleh dirujuk ke klinik pakar perubatan di LH untuk perawatan lanjutan. Pesakit yang stabil boleh *step-down* ke NLH atau ke klinik kesihatan.

Rawatan Pesakit Dalam

Semua pesakit akan dilihat oleh Pakar Perubatan sekurang-kurangnya sekali semasa di dalam wad supaya diagnosa yang tepat dan rawatan yang terbaik dapat diberikan.

Rawatan Pesakit Luar

1. Klinik Pakar Perubatan di NLH dikendalikan oleh seorang Pakar Perubatan dan dibantu oleh Pegawai-pegawai Perubatan dari NLH yang berkenaan.
2. Klinik Pakar Perubatan ini akan beroperasi mengikut hari dan waktu bekerja.
3. Klinik Pakar Perubatan (subkepakaran) akan beroperasi secara berjadual dan diketuai oleh Pakar Subkepakaran tersebut.

Makmal Ujian Khas (MUK)

1. MUK di Hospital Melaka menyediakan perkhidmatan ujian kardiologi (*Echocardiogram* dan *Exercise Stress Test*) dan neurologi (*Electroencephalogram*, *Nerve Conduction Study* dan *Electromyogram*) untuk pesakit wad dan pesakit luar.
2. MUK di Hospital Alor Gajah menyediakan perkhidmatan ujian kardiologi (*Echocardiogram* dan *Exercise Stress Test*) untuk pesakit wad dan pesakit luar.
3. Pesakit wad akan menjalani ujian di hospital kluster berkenaan.
4. Pesakit luar akan diberi temujanji mengikut jadual sama ada di Hospital Melaka atau Hospital Alor Gajah, dan tarikh temujanji adalah mengikut slot dan keperluan kes.

Unit Respiratori

1. Unit Respiratori menyediakan perkhidmatan ujian *Lung Function Test*, *Bronchoscopy* dan *Sleep Study*.
2. *Lung Function Test* dilakukan di Klinik Dada.
3. Prosedur *Bronchoscopy* dilakukan di Wad Rawatan Harian untuk pesakit wad dan luar.
4. Ujian *Sleep Study* dilakukan sebagai pesakit dalam wad.

Tanggungjawab Pakar Perubatan di NLH

1. Sebagai seorang ketua dan pegawai yang bertanggungjawab untuk rondaan wad dan perancangan perawatan pesakit di wad. Beliau juga bertugas untuk menyelia Pegawai Perubatan dalam penulisan dokumentasi klinikal dan perawatan. Sebagai seorang ketua dan pegawai yang bertanggungjawab di Klinik Pakar Perubatan terutamanya dalam melihat kes-kes rujukan baru dan rawatan susulan. Beliau akan dibantu oleh Pegawai Perubatan di Hospital Kluster Melaka.
2. Melakukan tugasan atas panggilan. Pakar Perubatan juga menjalankan tugas atas panggilan di NLH dan bersedia untuk merujuk kes ke LH sekiranya kes tersebut memerlukan rawatan lanjut.
3. Bertanggungjawab untuk menyelia aktiviti, latihan dan pembelajaran berterusan CME kepada anggota perubatan di bawah seliaan.
4. Menyelia prosedur klinikal yang dilakukan oleh Pegawai Perubatan mengikut tatacara yang ditetapkan.

5. Memantau diagnosa dan dokumentasi klinikal yang nyata dan tepat berdasarkan kod ICD pada Borang PD301.
6. Menyelia aktiviti kualiti dan KPI seperti yang ditetapkan oleh jabatan.
7. Membuat dan/atau menerima kes rujukan dari luar atau subkepakaran tertentu.

POLISI PERKHIDMATAN

Rawatan Pesakit Dalam

1. Memberi diagnosa dan rawatan kepada semua pesakit di dalam wad.
2. Memberi kemudahan ujian, diagnosa, ubatan, rawatan dan rehabilitasi kepada semua pesakit yang berumur 12 tahun ke atas.
3. Rawatan adalah berterusan semasa pesakit berada di dalam wad.

a) Organisasi

ii. Wad-wad perubatan di HKM adalah sebahagian daripada Perkhidmatan Perubatan Kluster. Pakar Perubatan di HKM adalah bertanggungjawab ke atas wad-wad perubatan ini dan dibantu oleh Pegawai-pegawai Perubatan.

iii. Penyelia Jururawat dan Ketua Jururawat akan membantu Pakar Perubatan dalam menyelia perawatan klinikal di dalam wad.

b) Deskripsi Polisi

i. Semua pesakit Perubatan di HKM adalah sebahagian daripada Perkhidmatan Perubatan Kluster.

ii. Polisi kemasukan dan discaj pesakit yang sedia ada di hospital kluster adalah diguna pakai sama untuk pesakit Perubatan.

RAWATAN PESAKIT LUAR

Memberi khidmat diagnosa dan perancangan rawatan pesakit luar yang terbaik dan selesa kepada pesakit. Memberi kemudahan ujian, diagnosa dan rawatan kepada semua pesakit yang berumur 12 tahun ke atas.

a) Organisasi

i. Klinik Pakar Perubatan di NLH adalah sebahagian daripada Perkhidmatan Perubatan Kluster. Pakar Perubatan bertanggungjawab ke atas perkhidmatan

Klinik Pakar Perubatan dan beliau dibantu oleh Pegawai Perubatan dari NLH berkenaan.

ii. Unit Penyeliaan Hospital akan membantu Pakar Perubatan dalam menyelia Klinik Pakar Perubatan.

b) Deskripsi Polisi

Rujukan kepada Klinik Pakar Perubatan

i. Semua rujukan ke Klinik Pakar Perubatan memerlukan surat rujukan. Surat rujukan ini akan disaring oleh Pakar Perubatan dan temujanji yang bersesuaian akan diberi berdasarkan kes yang dirujuk.
ii. Sekiranya kes yang dirujuk memerlukan tindakan segera, pegawai yang merujuk hendaklah berhubung terus dengan Pakar Perubatan di Klinik Pakar Perubatan.
iii. Semua kes rujukan baru mestilah dilihat oleh atau dirujuk kepada Pakar Perubatan supaya diagnosa dan rawatan yang bersesuaian dapat diberi.
iv. Temujanji di Klinik Pakar Perubatan adalah secara berjadual/staggered kecuali dengan kebenaran Pakar Perubatan supaya perkhidmatan adalah lancar dan tidak terganggu.

Rawatan susulan di Kinik Pakar Perubatan

i. Penetapan temujanji untuk rawatan susulan selepas discaj dari wad adalah tanggungjawab Pakar Perubatan dan Pegawai Perubatan di wad.
ii. Semua rekod dan laporan ujian makmal, radiologi atau ujian khas mestilah disediakan sebelum hari temujanji di klinik. Sekiranya pesakit discaj dari wad, Discharge Summary mestilah tersedia pada hari temujanji.
iii. Pesakit dinasihatkan supaya membawa semua ubat dan dokumen yang berkaitan semasa temujanji di klinik.

Pengurusan pesakit di Klinik Pakar Perubatan

i. Semua rekod pesakit adalah rahsia.
ii. Semua pesakit akan dikenakan caj bayaran berdasarkan Perintah Fi (Perubatan) terkini.
iii. Tarikh temujanji yang diberi adalah berdasarkan slot dan kesesuaian kes.

iv. Semua permohonan ujian khas mestilah dibincang dan disahkan oleh Pakar Perubatan.
v. Sebuah troli kecemasan yang lengkap dan disemak secara berkala mestilah disediakan di Klinik Pakar Perubatan.
vi. Pesakit yang hadir di klinik dan memerlukan perawatan pesakit dalam perlu mengikut Polisi BMU Kluster untuk kemasukan wad.
vii. Pesakit yang tidak stabil hendaklah dihantar ke Jabatan Kecemasan untuk penilaian dan rawatan segera. Kemasukan pesakit ke wad adalah mengikuti Polisi BMU Kluster.

MAKMAL UJIAN KHAS

Makmal ini menyediakan ujian khas kardiologi dan neurologi yang boleh membantu Pakar dan Pegawai Perubatan membuat diagnosa klinikal dan memberi rawatan yang lebih tepat.

a) Organisasi

i. Makmal Ujian Khas adalah sebahagian daripada perkhidmatan Perubatan Kluster. Pakar Perubatan adalah bertanggungjawab ke atas ujian di makmal ini dengan dibantu oleh Penolong Pegawai Perubatan yang bertugas.

b) Deskripsi Polisi

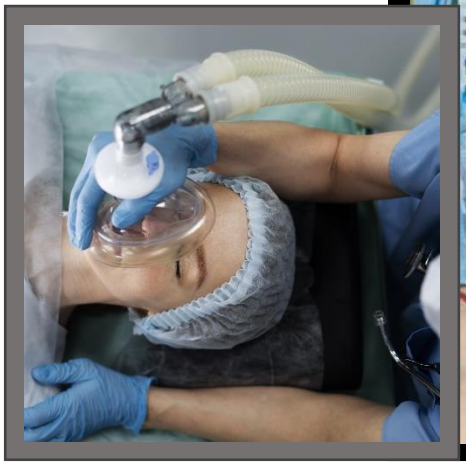
i. Semua permohonan ujian ke Makmal Ujian Khas memerlukan justifikasi dan borang rujukan dari Pakar atau Pegawai Perubatan.
ii. Semua pesakit akan dikenakan caj bayaran berdasarkan Perintah Fi (Perubatan) yang terkini.
iii. Tarikh ujian akan diberi berdasarkan slot dan jenis kes.
iv. Sebuah troli kecemasan yang lengkap dan disemak secara berkala mestilah disediakan di Makmal Ujian Khas.
v. Laporan ujian dari Makmal Ujian Khas akan direkod dan disimpan di makmal. Salinan laporan boleh diperolehi dari Penolong Pegawai Perubatan yang bertugas.

Wad Rawatan Harian (Daycare)

Untuk menangani masalah kekurangan katil di wad perubatan, penggunaan wad rawatan harian digalakkan untuk:

1. transfusi darah (kes ulangan)
2. prosedur endoskopi
3. prosedur berisiko rendah
4. ujian dinamik endokrin
5. rawatan (termasuk kemoterapi) yang ringkas dan berisiko rendah

POLISI PERKHIDMATAN ANESTESIOLOGI & RAWATAN RAPI KLUSTER





OBJEKTIF

1. Objektif utama perkhidmatan Rawatan Rapi adalah memberikan penjagaan pesakit yang terbaik dengan menggunakan evidence-based practice bagi setiap pesakit kritikal yang memerlukan pemantauan intensif atau bantuan hayat advance, dalam persekitaran yang selamat dan selesa untuk pesakit serta keluarga mereka.
2. Unit Rawatan Rapi akan memberikan tahap penjagaan pesakit yang sewajarnya berdasarkan saiz dan keseluruhan fungsi hospital. Tahap penjagaan juga bergantung kepada fasiliti dan kepakaran di Unit Rawatan Rapi.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Perkhidmatan ICU merangkumi pesakit berumur 12 tahun ke atas daripada semua disiplin.
2. Ketua Perkhidmatan Anestesiologi dan Rawatan Rapi Kluster bertanggungjawab terhadap keseluruhan pengurusan pentadbiran jabatan, manakala, Pakar Anestesiologi yang menjaga Unit Rawatan Rapi bertanggungjawab terhadap pengurusan operasi harian unit.
3. Unit kejururawatan bertanggungjawab mengkoordinasi perkhidmatan kejururawatan di Unit Rawatan Rapi.
4. Penyelia Unit Rawatan Rapi bertanggungjawab terhadap pengurusan penjagaan peralatan (seperti pembersihan dan penyelenggaraan) di Unit Rawatan Rapi.
5. Penjagaan klinikal pesakit adalah tanggungjawab bersama pakar disiplin yang menjaga, dengan pasukan anestesiologi.
6. Di NLH, pada waktu pejabat, Unit Rawatan Rapi akan diuruskan oleh Pakar Anestesiologi residen. Di luar waktu pejabat, Pakar Anestesiologi atas panggilan akan dihubungi sekiranya diperlukan. Pakar Anestesiologi (pengkhususan Rawatan Rapi) dari Lead Hospital juga berkemungkinan dihubungi untuk konsultasi sekiranya diperlukan.
7. Setiap Unit Rawatan Rapi mempunyai seorang Pegawai Perubatan yang akan bertugas atas panggilan selama 24 jam, dan Pegawai Perubatan ini bertanggungjawab memberikan perkhidmatan 1st line call di luar waktu pejabat. Pegawai Perubatan ini perlu membincangkan kes-kes rujukan serta sebarang

permasalahan di unit dengan Pakar Anestesiologi atas panggilan, atau pakar disiplin yang menjaga.

8. Norma ideal ratio Jururawat Terlatih kepada pesakit 1:1 akan dipatuhi pada semua shif sekiranya bilangan Jururawat Terlatih adalah mencukupi. Jururawat Terlatih yang mempunyai Post Basic in Intensive Care diutamakan untuk bertugas di ICU.
9. Unit Rawatan Rapi di NLH adalah tergolong dalam Kategori ICU Tahap 3 dan mengamalkan sistem terbuka. Fasiliti ini menawarkan rawatan bagi sokongan pelbagai organ seperti pernafasan mekanikal dan penggantian fungsi renal (renal replacement).

POLISI PERKHIDMATAN

Polisi Dan Prosedur

1. Pesakit yang dimasukkan ke unit perlu diberikan perkhidmatan yang profesional, penyayang serta berbudi bahasa daripada semua Pegawai dan Pakar Anestesiologi dari Jabatan Anestesiologi dan Rawatan Rapi.
2. Konsultasi dengan unit-unit lain yang berkenaan hendaklah dilakukan apabila diperlukan.
3. Unit akan berfungsi sebagai sebuah wad ICU umum pelbagai disiplin (multi-disciplinary general ICU) dan tidak akan mengasingkan pesakit dari segi jantina atau kelas.
4. Unit primari yang merujuk perlu membincangkan semua kes-kes rujukan dengan pasukan Rawatan Rapi. Ini termasuklah penerimaan pesakit dari hospital lain sekiranya kemasukan ke ICU adalah dijangkakan.
5. Kes-kes pembedahan yang memerlukan kemasukan ke Unit Rawatan Rapi selepas pembedahan perlulah dimaklumkan serta dibincangkan lebih awal dengan Pakar Anestesiologi yang menjaga kes tersebut. Butir-butir pesakit hendaklah dimasukkan ke dalam buku tempahan (*booking book*) di ICU. Sebelum memulakan kes, hendaklah dipastikan bahawa terdapat katil di ICU bagi kes yang telah ditempah tersebut dengan kerjasama BMU.
6. Semua pesakit yang dirujuk perlu dilihat terlebih dahulu oleh pasukan Rawatan Rapi sebelum kemasukan ke ICU mengikut Polisi BMU Kluster.
7. Prioriti kemasukan hendaklah berdasarkan kepada keperluan mendesak pesakit terhadap perkhidmatan rawatan rapi (merujuk kepada: *The ICU Management*

Protocol 2012; Admission And Discharge Policy Of The Intensive Care). Kemasukan ke unit hendaklah ditriage oleh Pegawai Perubatan yang menjaga ICU apabila perlu.

8. Pasukan yang merujuk hendaklah meneruskan perkhidmatan penjagaan terhadap pesakit sehinggalah pesakit dimasukkan ke ICU.
9. Pegawai Perubatan ICU akan memberikan penerangan kepada waris terdekat pesakit berkenaan keadaan pesakit, perancangan rawatan pesakit, komplikasi yang mungkin berlaku, serta hasil (*outcome*) yang dijangkakan selepas kemasukan ke ICU. Penerangan ini hendaklah diberikan kepada pesakit/waris pesakit, dan Borang Keizinan Rawatan Rapi hendaklah dilengkapkan.
10. Pesakit kritikal di ICU akan menjalani prosedur-prosedur bersifat invasif sebagai sebahagian daripada perawatan mereka. Borang Keizinan bagi prosedur pembedahan hendaklah mematuhi Garis Panduan yang telah dikeluarkan oleh *Malaysian Medical Council (Guidelines On Consent For Treatment Of Patients By Registered Medical Practitioners 2013).*
11. Semua pesakit di Unit Rawatan Rapi akan dikenalpasti dengan pasukan primari yang merujuk pesakit ke unit. Pesakit yang dipindah masuk dari hospital lain akan dikenalpasti melalui polisi BMU Kluster.
12. Adalah menjadi tanggungjawab pasukan primari yang mempunyai pesakit di ICU untuk merujuk pesakit kepada unit primari yang lain sekiranya pasukan tersebut membuat keputusan untuk mendiscaj pesakit daripada penjagaan mereka semasa pesakit masih berada di ICU.
13. Semua nota klinikal dan kejururawatan, serta arahan perubatan bagi setiap pesakit hendaklah didokumentasi di dalam rekod pesakit berserta maklumat kakitangan merawat. Hanya akan terdapat satu rekod bagi setiap pesakit, yang mana ini adalah berterusan dengan rekod pesakit dari wad. rekod pesakit hendaklah berada dalam keadaan yang tersusun mengikut kronologi serta susunan perkembangan pesakit yang direkodkan dari pelbagai unit lain.
14. Unit hendaklah mematuhi polisi kawalan infeksi hospital. Langkah-langkah kawalan infeksi hendaklah berdasarkan *Consensus Statement On Infection Control Measures In The ICU, Malaysian Society Of Anaesthesiologists, 2009* serta *MOH Policy And Procedures On Infection Control 2010.*

15. *Ventilator care bundle* dan langkah-langkah untuk mengelakkan *ventilator-associated pneumonia* hendaklah dilaksanakan terhadap semua pesakit dengan mesin pernafasan.
16. Kesemua pesakit ICU akan menerima terapi mobilisasi awal, berdasarkan *ICU Management Protocols 2012; Early Mobilisation For Patients In ICU.*
17. *SSKIN bundle* juga dilaksanakan bagi mengelakkan *pressure sore*.
18. Unit akan mematuhi segala keperluan audit berkala seperti audit *ventilator care bundle, central venous catheter bundle* dan audit mobiliti. Unit juga akan memastikan data yang tepat diserahkan kepada *Malaysian Registry Of Intensive Care (MRIC).*
19. Preskripsi *antimicrobial* hendaklah berdasarkan Garis Panduan The *Guide To Antimicrobial Therapy In Adult ICU 2017, Malaysian Society Of Intensive Care dan National Antibiotic Guidelines, MOH, 2014*.
20. Keadaan nutrisi dan pemakanan pesakit hendaklah dinilai berdasarkan *Protocol On Enteral And Parenteral Nutrition In ICU (Management Protocols In ICU 2012).*
21. Perawatan klinikal pesakit di ICU hendaklah berdasarkan garis panduan serta polisi-polisi lain di peringkat Hospital Kluster Melaka dan KKM, dan juga *Management Protocols In Intensive Care Unit (Ministry Of Health, August 2012)*.
22. Kesemua discaj ke wad akan dimaklumkan kepada Pegawai Perubatan unit primari sebelum perpindahan pesakit dibuat. Ringkasan discaj merangkumi diagnosis, serta perkembangan serta perawatan pesakit di ICU.
23. Permintaan pesakit kritikal untuk discaj ke rumah perlulah dimaklumkan kepada pakar unit primari sebelum diluluskan.
24. Permintaan pesakit kritikal untuk discaj ke rumah bertentangan dengan nasihat doktor (*AOR discharge*) akan dibincangkan bersama unit primari sebelum diluluskan, serta perlulah mematuhi *Hospital Melaka Whole Hospital Policy 2022*.
25. Semua kematian hendaklah dimaklumkan kepada unit primari, dan sebab kematian hendaklah ditentukan oleh pasukan primari bersama pasukan ICU (yang mana berkaitan).
26. Sekiranya ICU tidak mempunyai katil bagi menempatkan pesakit, sedangkan pesakit tersebut mempunyai peluang sembuh yang cerah, pasukan ICU akan merujuk ke pasukan ICU di hospital-hospital kerajaan yang lain. Setelah katil diperolehi, pasukan primari perlu berurusan dengan pasukan primari di hospital yang akan menerima pesakit tersebut.

27. Bagi permintaan untuk rujukan ke fasiliti swasta oleh pesakit atau keluarga pesakit, pengurusan transportasi ke fasiliti tersebut serta penjagaan pesakit semasa proses transportasi adalah menjadi tanggungjawab keluarga serta hospital yang menerima pesakit (*Hospital Melaka Whole Hospital Policy 2022*).
28. Unit hendaklah memastikan bahawa para pelawat mematuhi prosedur serta waktu melawat yang ditetapkan oleh pentadbiran hospital.

Fasiliti dan Peralatan

1. Kawasan yang bersesuaian perlu disediakan bagi pesakit, waris dan kakitangan, manakala perlu diwujudkan kawasan berasingan bagi pembersihan dan penyimpanan peralatan.
2. Kawasan di sekitar setiap katil pesakit hendaklah mencukupi bagi kemudahan akses kepada pesakit, serta kemudahan meletakkan peralatan yang perlu dalam proses perawatan pesakit. Risiko jangkitan silang juga haruslah diambilkira.
3. Jenis-jenis peralatan yang terdapat di ICU hendaklah relevan, serta dalam kuantiti yang mencukupi bagi menjalankan fungsi serta menanggung beban kerja unit. Semua peralatan kecemasan dan bantuan hayat hendaklah mudah diakses serta berfungsi dengan baik.
4. Kesemua peralatan hendaklah sentiasa berada dalam kondisi yang baik, serta mematuhi jadual PPM (*Planned Preventive Maintenance*) serta ujian keselamatan berkala.

Waktu Melawat di Unit Rawatan Rapi

1. Pasukan Unit Rawatan Rapi akan memberikan penerangan mengenai keadaan pesakit kepada waris terdekat sewaktu kemasukan pesakit ke Unit Rawatan Rapi. Perkembangan pesakit akan dimaklumkan dari semasa ke semasa.
2. Waktu melawat Unit Rawatan Rapi adalah mengikut polisi waktu melawat hospital. Dalam keadaan tertentu, waris terdekat pesakit dibenarkan melawat pesakit pada bila-bila masa dengan kebenaran daripada doktor atau jururawat.
3. Pelawat adalah dihadkan kepada dua orang sahaja pada setiap masa waktu melawat, kecuali dalam keadaan-keadaan tertentu.
4. Kanak-kanak di bawah umur 12 tahun hanya boleh melawat pesakit dengan kebenaran Pegawai Perubatan Unit Rawatan Rapi.

Tugas dan Tanggungjawab Pakar Yang Menjaga Unit Rawatan Rapi (ICU)

1. Terdapat seorang Pakar yang akan menjaga ICU.
2. Tugas-tugas keseluruhan termasuk:
    i. Menerima panggilan secara terus daripada unit primari atau melalui Pegawai Perubatan Anestesiologi mengenai rujukan pesakit ke ICU.
    ii. Melakukan triage bagi kemasukan pesakit ke ICU.
    iii. Pengurusan katil pesakit bagi kemasukan elektif dengan kerjasama BMU Kluster.
    iv. Pengurusan rujukan ke ICU hospital lain bagi pesakit dengan prognosis cerah yang tidak memperolehi katil di ICU hospital ini.
    v. Mengadakan perbincangan spesifik dengan keluarga pesakit bagi permasalahan serius seperti end of life care.
    vi. Konsultasi dengan unit-unit yang relevan apabila diperlukan.
    vii. Memastikan penerusan perawatan oleh unit primari sepanjang masa pesakit berada di ICU.
    viii. Mengkoordinasi perawatan pesakit yang melibatkan pasukan multidisiplin.
    ix. Membantu perawatan pasukan kesakitan akut dalam memberikan perkhidmatan analgesia kesakitan akut di ICU.
    x. Memastikan kepatuhan ICU terhadap polisi kawalan infeksi di peringkat hospital, kenyataan konsensus langkah-langkah penjagaan kawalan infeksi di ICU, serta Polisi dan Prosedur Kawalan Infeksi di peringkat KKM.
    xi. Memastikan perawatan klinikal pesakit di ICU adalah menepati protokol perawatan ICU, garispanduan klinikal setempat, serta garispanduan di peringkat antarabangsa sekiranya tiada garispanduan di peringkat lokal.
    xii. Membantu penyemakan dan perkembangan protokol atau garispanduan setempat.
    xiii. Melakukan tugasan atas panggilan.
    xiv. Memberikan pendidikan kepada Pegawai Perubatan, Pegawai Perubatan Pasca Siswazah, Pegawai Perubatan Siswazah serta Paramedik.
    xv. Memberi galakan atau melibatkan diri secara langsung dengan projek-projek kualiti/audit/penyelidikan di unit

Tugas dan Tanggungjawab Pegawai Perubatan Yang Menjaga ICU

1. Seorang Pegawai Perubatan atas panggilan akan bertugas.
2. Pegawai-pegawai Perubatan di ICU terlibat dengan keseluruhan penjagaan pesakit, di samping tugas-tugas lain sebagaimana berikut:
   i. Melihat kes-kes rujukan baru, serta merawat kes-kes baru sehingga pesakit dilihat oleh Pakar.
   ii. Terlibat di dalam keseluruhan perawatan pesakit, di bawah seliaan Pakar yang menjaga ICU, selari dengan Protokol ICU Hospital Melaka, Protokol Pengurusan ICU dan lain-lain garis panduan terkini.
   iii. Melakukan prosedur rutin penjagaan pesakit kritikal seperti intubasi, kanulasi (arterial and central venous catheter), chest tube insertion, ujian kultur dan sensiviti darah, ekstubasi, weaning from NIV dll.
   iv. Merawat kes-kes kecemasan di ICU.
   v. Mematuhi polisi kawalan infeksi ICU.
   vi. Membantu perawatan pasukan kesakitan akut dalam memberikan perkhidmatan analgesia kesakitan akut di ICU.
   vii. Bekerjasama dengan Jururawat-jururawat Terlatih ICU bagi memastikan kepatuhan ICU terhadap protokol dan *bundles.*
   viii. Memastikan penerusan perawatan oleh unit primari sepanjang masa pesakit berada di ICU.
   ix. Mendapatkan keizinan bagi perkara-perkara berikut:
      - Keizinan ICU dan keizinan transfusi darah (sewaktu kemasukan pesakit ke ICU).
      - Keizinan anestesia sekiranya pesakit perlu melalui pembedahan.
   x. Pegawai Perubatan *post call* perlu melakukan rondaan wad bersama Pakar yang menjaga ICU/Pakar yang bertugas atas panggilan, serta melakukan serahan tugas kepada Pegawai Perubatan yang bertugas atas panggilan bagi hari tersebut.
   xi. Lain-lain tugasan:
      - Mengemaskini buku *booking* ICU.
      - Melibatkan diri dalam pengumpulan data bagi tujuan audit dan penyelidikan.
      - Mengambil bahagian dalam pembentangan kes sewaktu Mesyuarat Morbiditi & Mortaliti.

- Mengambil bahagian di dalam latihan Jururawat dan Paramedik.
- Membantu di dalam resusitasi pesakit di Jabatan Kecemasan & Trauma dan juga di wad-wad. Sewaktu pesakit masih berada di unit-unit berkaitan, adalah menjadi tanggungjawab unit-unit primari tersebut untuk memastikan bahawa proses resusitasi berterusan sementara menunggu kemasukan ke ICU.

Tugas dan Tanggungjawab Jururawat Terlatih ICU

1. Memberikan penjagaan pesakit kritikal.
2. Memastikan pesakit menerima nutrisi, *personal hygiene*, ubatan, pernafasan dan lain-lain sokongan.
3. Mengenalpasti komplikasi, mengambil langkah-langkah sewajarnya, dan memaklumkan kepada doctor.
4. Membantu doktor melakukan prosedur.
5. Memantau serta merekodkan tanda-tanda vital pesakit.
6. Mendapatkan keputusan pemeriksaan makmal pesakit, rekod kemasukan pesakit ke hospital serta keputusan pemeriksaan radiologi pesakit.
7. Mematuhi polisi kawalan infeksi.
8. Berkomunikasi dengan keluarga pesakit bagi memberikan penerangan mengenai perkembangan terkini keadaan pesakit.
9. Melakukan resusitasi kardiopulmonari.
10. Mendokumentasi laporan kejururawatan di dalam fail pesakit.
11. Melakukan serahan tugas kepada shif seterusnya.
12. Menghadiri aktiviti-aktiviti CNE.
13. Mematuhi protokol ICU dan garis panduan – garis panduan yang berkaitan
14. Mematuhi protokol *care bundle.*
15. Melibatkan diri dalam pengumpulan data bagi tujuan audit dan penyelidikan yang diarahkan oleh Ketua Jabatan.

Kemasukan dan Discaj Pesakit Unit Rawatan Rapi NLH

Kriteria Kemasukan Pesakit Ke Unit Rawatan Rapi NLH:

(Termasuk *Admission Criteria ICU Management Protocol 2012*)

1. Keutamaan bagi pesakit kes – kes Medikal
2. Umur > 12 tahun

3. Bukan kes materniti
4. Tidak memerlukan terapi penggantian renal (*renal replacement therapy*) iaitu CVVHD/CVVHDF/*advance imaging*

Aktiviti Penambahbaikan Kualiti dan Audit

1. ICU hendaklah mengambil bahagian dalam:
   i. *Malaysian Registry Of Intensive Care* dan sebarang aktiviti audit yang berkaitan
   ii. *Point prevalence* bagi jangkitan nosokomial
   iii. Kesemua insiden kritikal perlu dilaporkan menggunakan borang-borang berkaitan serta dimaklumkan kepada Pakar Unit Rawatan Rapi dan Ketua Jabatan
   iv. Polisi bagi mewujudkan perkhidmatan Unit Rawatan Rapi di hospital-hospital Kementerian Kesihatan Malaysia – rujuk kepada dokumen '*Policy On The Establishment Of Integrated Intensive Care/High Dependency Units (ICU/ HDU) In KKM Hospitals'*

Klinik Anestesia

1. Klinik Anestesia menjalankan perkhidmatan pra pembiusan untuk setiap pesakit yang akan menjalani pembedahan elektif di NLH atau LH.
2. Seorang pegawai perubatan/Pakar Anestesia ditempatkan bertugas di Klinik Anestesia yang dibuka pada setiap hari bekerja dan menerima rujukan daripada jabatan di bawah Direktorat Pembedahan dan Direktorat Ibu dan Kanak-Kanak.
3. Perkhidmatan di Klinik Anestesia menggunakan protocol "*ANAESTHETIC CLINIC PROTOCOLS, MOH, NOVEMBER 2012"*.

Acute Pain Service (APS)

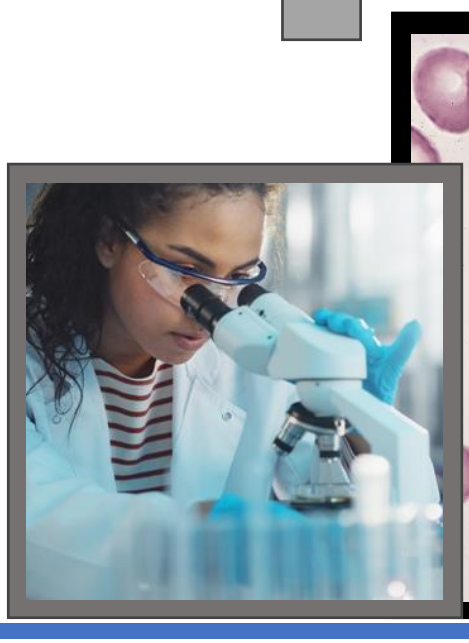
Perkhidmatan APS diberikan khususnya kepada pesakit pasca-pembedahan yang memerlukan serta rujukan pesakit-pesakit lain di wad.

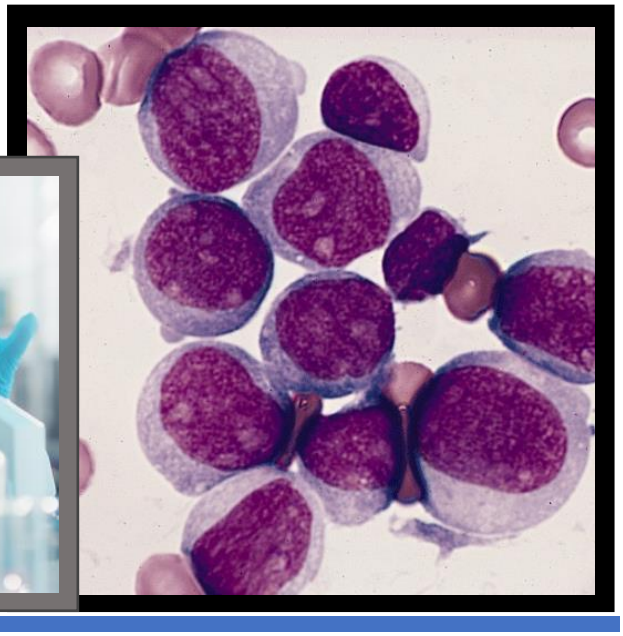
Klinik Rawatan Kesakitan (*PAIN CLINIC*)

1. Perkhidmatan Klinik Rawatan Kesakitan di LH dan NLH diberikan kepada pesakit kanser (*cancer pain*) dan kronik bukan kanser (*chronic non-cancer*).
2. Klinik ini dikendalikan oleh seorang Pakar Rawatan Kesakitan, dibantu oleh pegawai
3. perubatan Anestesia, serta jurulatih terlatih kesakitan.

4. Perkhidmatan di Klinik Rawatan Kesakitan menggunakan *Pain Clinic Policy, Department of Anaesthesiology & Intensive Care, Hospital Melaka*.

POLISI PERKHIDMATAN PATOLOGI KLUSTER





OBJEKTIF

Menawarkan Perkhidmatan Patologi yang komprehensif, berkualiti, cepat, tepat dan kos efektif, serta perkhidmatan penyeliaan yang efisien bagi menyokong pengurusan dan rawatan pesakit yang lebih berkesan dan cemerlang di negeri Melaka.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Pengurusan sumber manusia
2. Perolehan reagen/bekalan pakai buang/peralatan
3. Akreditasi MS ISO 15189
4. Perkhidmatan ujian rutin dan khas yang dijalankan/dirujuk di makmal HKM
5. Keputusan/Laporan ujian Patologi secara atas talian

POLISI PERKHIDMATAN

Pengurusan Sumber Manusia

1. Semua staf Patologi hendaklah mempunyai kelayakan yang bersesuaian, latihan teknikal yang mencukupi dan kompeten dalam menjalankan tugasan teknikal di makmal.
2. Sebarang masalah teknikal, prosedur dan keputusan di makmal Patologi adalah dibawah tanggungjawab Juruteknologi Makmal Perubatan (JTMP), Pegawai Sains (PS), Pegawai Perubatan (MO) dan Pakar Patologi (PP).
3. Semua JTMP, PS, MO dan PP mestilah memohon privilege apabila terlibat dalam menganalisa atau/dan menginterpretasi ujian-ujian khas yang berkaitan.
4. Mobilisasi/rotasi staf makmal Patologi (JTMP, PS, MO dan PP) adalah mengikut justifikasi permohonan, beban kerja dan ketersediaan staf patologi pada masa tersebut.

Perolehan Reagen/Bekalan Pakai Buang/Peralatan

1. Perolehan bagi item reagen, bekalan pakai buang dan peralatan secara perolehan kluster di mana hospital yang dipilih sebagai urusetia akan menyediakan sebut harga/tender manakala perolehan pembelian dan kewangan adalah menggunakan peruntukan PTJ masing-masing. Polisi Perolehan Kluster Patologi ini adalah merujuk kepada Polisi Jawatankuasa Kerja Kluster.

2. Semua peralatan Patologi mesti melalui proses *validation*/verifikasi sebelum mula digunakan serta menjalani penyelenggaraan secara berkala agar sentiasa dalam keadaan optimum.
3. Reagen Patologi yang digunakan untuk menjalankan ujian mesti divalidasi sebelum digunakan. Penggunaan reagen yang telah tamat tempoh tidak dibenarkan.

Akreditasi MS ISO 15189

1. Pengurusan sistem kualiti Perkhidmatan Patologi HKM adalah berdasarkan *Medical Laboratories-Requirements for Quality and Competence (3rd revision)*, MS ISO 15189:2022.
2. Latihan berkaitan sistem pengurusan kualiti dan keperluan akreditasi makmal MS ISO 15189 hendaklah diberikan kepada staf Patologi secara berkala.

Perkhidmatan Ujian Rutin Dan Khas Yang Dijalankan/Dirujuk Di Makmal HKM

<u>Pre-Analitikal</u>

1. Perkhidmatan Patologi bertanggungjawab untuk menyediakan garis panduan bagi pengumpulan, pengendalian serta pengangkutan spesimen ke makmal berkaitan dan perlu dipatuhi oleh pemohon ujian.
2. Permohonan ujian hanya boleh diminta oleh doktor yang terlibat dalam rawatan pesakit.
3. Permohonan ujian perlulah menggunakan borang makmal khusus yang disediakan atau secara atas talian seperti yang dipersetujui oleh makmal Patologi yang terlibat. Borang permohonan ujian hendaklah mengandungi maklumat pesakit dan pemohon yang lengkap serta data klinikal yang relevan.
4. Permohonan ujian tambahan secara lisan akan dipertimbangkan mengikut keadaan dan kestabilan *analytes* dalam spesimen tersebut.
5. Permohonan ujian tambahan tersebut hendaklah direkodkan dengan menyatakan maklumat pemohon, tarikh dan masa yang diminta. Pemohon perlu menghantar borang ujian baru atau patuh kepada tatacara makmal berkenaan.
6. Staf makmal yang menguruskan spesimen untuk dihantar ke makmal rujukan bertanggungjawab memantau kondisi spesimen (pembungkusan dan suhu) semasa proses penghantaran bagi memastikan integriti dan kestabilan spesimen.

7. Penerimaan spesimen dan Borang Permintaan (PER PAT 301 atau borang lain yang berkaitan) dan Log Penghantaran Spesimen di makmal:
    i. Spesimen/borang permohanan yang tidak lengkap akan ditolak, kecuali spesimen yang sukar diperolehi dan tidak boleh diganti (precious specimen) atau permintaan ujian yang kritikal untuk rawatan pesakit dengan kadar segera.
    ii. Semua spesimen yang tidak memenuhi kriteria penerimaan/*compromised* tetapi diterima untuk analisa ujian hendaklah didokumenkan dalam slip keputusan pesakit.
    iii. Makmal Patologi hendaklah memantau kadar penolakan spesimen serta memaklumkan prestasi kadar penolakan spesimen dan memberi kesedaran kepada pelanggan untuk tindakan penambahbaikan.

<u>Analitikal</u>

1. Semua kaedah analisis ujian perlu dijalankan validasi/verifikasi sebelum digunakan.
2. Kaedah metodologi piawai untuk ujian/analisa spesimen hendaklah dipatuhi dan mengikut prosedur berkaitan yang telah disahkan.
3. Measurement uncertainty haruslah ditentukan setiap tahun apabila mentafsir keputusan ujian dengan nilai kuantitatif.
4. Kajian korelasi hendaklah dijalankan setiap tahun atau apabila perlu jika lebih daripada satu kaedah/analyser digunakan untuk ujian yang sama.
5. Perkhidmatan Patologi perlu mempunyai Program Kawalan Mutu Dalaman (IQC) dan mengambil bahagian dalam Program Jaminan Kualiti Luaran (EQA) untuk memastikan kualiti keputusan ujian.
6. Prestasi program IQC dan EQA perlu dipantau oleh Pakar Patologi dan staf yang berkaitan. Tindakan pembetulan perlu dilaksanakan dan direkodkan bagi sebarang kekurangan (*shortfall*) dalam aktiviti kualiti.

<u>Pasca-Analitikal</u>

1. Tafsiran klinikal keputusan/laporan ujian klinikal hanya boleh dibuat oleh staf klinikal yang berkelayakan (Pakar Patologi atau Pegawai Perubatan yang kompeten).
2. Semua keputusan/laporan ujian hendaklah diberikan kepada pelanggan melalui *pigeon hole*/secara atas talian/buku despatch.

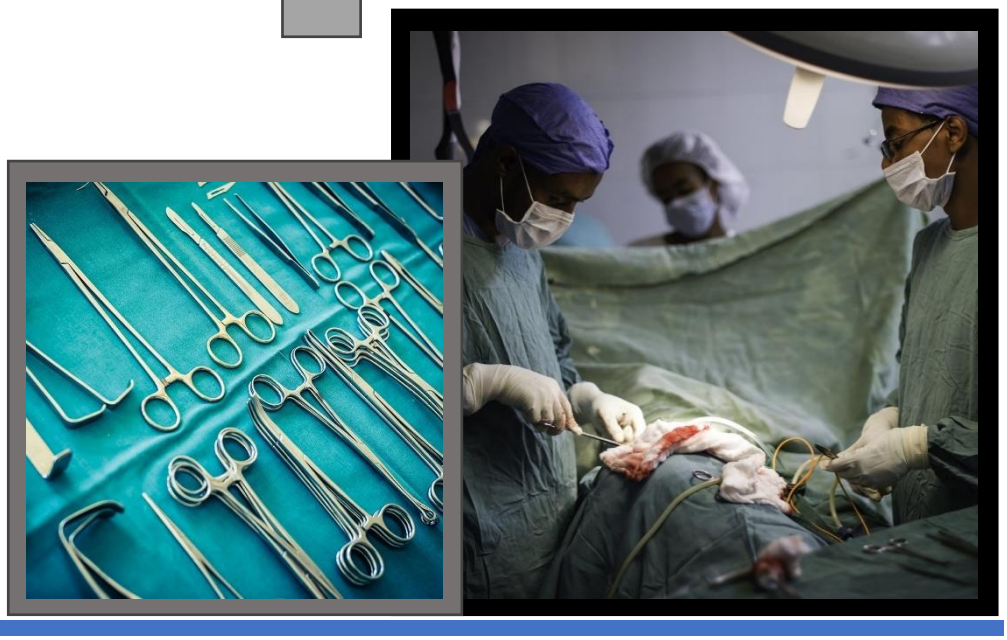
3. Permohonan keputusan/laporan ujian oleh hospital rujukan (cth: IKN, HKL) dan hospital kerajaan lain bagi tujuan perawatan pesakit perlulah melalui emel rasmi makmal berkaitan.
4. Pengesanan (*tracing*) keputusan ujian hanya boleh dilakukan oleh kakitangan dan makmal yang terlibat dengan pengurusan pesakit (kakitangan NLH perlu mengesan keputusan ujian melalui makmal NLH).
5. Staf Patologi hendaklah memaklumkan wad/klinik, keputusan ujian yang melebihi nilai kritikal yang telah ditetapkan di peringkat kebangsaan atau hospital.
6. SEMUA ujian SEGERA akan diberi perhatian segera dan keputusan perlu dikeluarkan mengikut *Laboratory Turn Around Time* (LTAT) yang ditetapkan.
7. Pencapaian LTAT setiap ujian perlu dipantau secara berkala. Sekiranya terdapat kelewatan yang tidak dijangka atau tidak dapat dielakkan, pelanggan perlulah dimaklumkan.
8. Semua rekod dan spesimen pesakit mesti disimpan mengikut garis panduan peringkat kebangsaan (*The College Of Pathologists: Guidelines On Retention Of Pathology Records And Materials , Version 2/2022*).
9. Statistik beban kerja perlu dipantau mengikut ujian berdasarkan garis panduan yang ditetapkan di peringkat kebangsaan.
10. Semua kes yang dirujuk kepada pakar luar (*second opinion*) perlu mendapat kebenaran daripada Pakar Patologi yang bertanggungjawab.
11. Rekod atau spesimen tidak boleh dikeluarkan dari makmal tanpa kelulusan Pakar Patologi berkaitan.
12. Dalam situasi bencana (kebakaran, banjir, gangguan bekalan elektrik atau air dan sebagainya) spesimen ujian tersebut akan dirujuk ke makmal Patologi yang telah dikenalpasti.

Keputusan/Laporan Ujian Patologi Secara Atas Talian

1. Laporan ujian Patologi secara atas talian boleh diakses oleh staf hospital dan klinik kesihatan yang mempunyai kata laluan khas dengan kawalan pihak Unit Teknologi Maklumat hospital masing-masing.
2. Unit Teknologi Maklumat perlu mendaftar dan mengemaskini senarai staf untuk akses laporan Patologi. Setiap staf akan diberi nama pengguna dan kata laluan yang perlu diperbaharui secara berkala.

3. Semua keputusan ujian Patologi yang dikeluarkan dan dipaparkan secara atas talian boleh diakses kecuali keputusan bagi ujian-ujian berikut:
   i. HIV
   ii. CD4 & CD8
   iii. Ujian untuk penyalahgunaan dadah
4. Hanya keputusan ujian pesakit yang telah divalidasi atau diverifikasi akan dimasukkan ke dalam sistem atas talian untuk paparan dan cetakan.
5. Sekiranya sistem atas talian tergendala melebihi 4 jam, pihak Patologi perlu memaklumkan pelanggan dan prosedur talian terputus (*offline*) akan dimulakan. Salinan keputusan ujian akan dikeluarkan dan dihantar ke lokasi yang berkenaan.
6. Unit Teknologi Maklumat bertanggungjawab bagi aktiviti simpanan (*back up*) dan pemulihan data dalam sistem atas talian. Makmal hendaklah memastikan bahawa aktiviti dan jadual pemulihan data perlu dilaksanakan dengan sewajarnya.
7. Sebarang kegagalan dalam aktiviti simpanan (*back up*) data ini mestilah dimaklumkan kepada makmal yang terjejas dan Unit Teknologi Maklumat perlu melaksanakan tindakan pembetulan dengan kadar segera.
8. Semua staf Patologi hendaklah komited untuk mengekalkan kerahsiaan maklumat pesakit dan mematuhi semua peraturan berkaitan keselamatan dan transaksi elektronik.

POLISI PERKHIDMATAN PEMBEDAHAN KLUSTER



OBJEKTIF

1. Perkhidmatan pembedahan di LH akan memberi penekanan kepada penjagaan berpusatkan pesakit, di mana rawatan setiap pesakit hendaklah dibuat secara individu mengikut keutamaan dan keperluan pesakit; memastikan perawatan klinikal adalah evidence based.
2. Perkhidmatan Pembedahan di NLH hendaklah memberi penekanan dalam penjagaan berpusatkan komuniti yang memberi tumpuan kepada pembedahan yang boleh diakses dan mampan yang berdekatan dengan komuniti.
3. LH dan NLH mesti bekerja secara teratur, terarah dan diselaraskan, untuk memastikan Perkhidmatan Pembedahan yang standard diberikan kepada semua peringkat masyarakat.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Pesakit Dalam – Elektif, Kecemasan, Kuratif dan Paliatif. Perkhidmatan Subkepakaran termasuk Pembedahan Hepatobiliari, Kolorektal, Payudara dan Endokrin, Pembedahan Pediatrik dan Neurosurgeri di LH. Kes kemoterapi pesakit dalam dan pesakit luar di HAG.
2. Pesakit Luar – Klinik SOPD di LH dan NLH, Klinik Payudara dan Pink Ribbon Clinic di LH, Klinik Pembedahan Onkologi di NLH. Kemoterapi di Pusat Rawatan Harian di LH dan HAG.
3. Perkhidmatan Endoskopi - Elektif dan kecemasan. Prosedur termasuk OGDS, kolonoskopi, sigmoidoskopi, *hemorrhoid banding* dan ERCP.
4. Pembedahan - Elektif dan kecemasan. Pembedahan Pesakit Dalam dan Pembedahan Rawatan Harian.
5. *Patient Navigation Programme* - dengan kerjasama NGO.

POLISI PERKHIDMATAN

PESAKIT DALAM

1. Kemasukan pesakit dari LH dan NLH dikendalikan bersama BMU Kluster.
2. *Direct admission* pesakit Perkhidmatan Pembedahan ke wad antara HKM dibenarkan dengan perbincangan dan persetujuan terlebih dahulu. Semua direct admission mesti mempunyai kebenaran pakar.

3. Kes-kes *step-up* dari NLH ke LH mestilah atas keputusan Pakar dan berpandukan Polisi Operasi BMU Kluster.
4. Kes *step-down* boleh diarahkan oleh pegawai perubatan dan berpandukan Polisi Operasi BMU Kluster.
5. Katil pesakit mesti tersedia bagi pesakit kemasukan elektif (untuk pembedahan dan prosedur) pada hari kemasukan elektif.

PESAKIT LUAR

1. Klinik Pesakit Luar Pembedahan (SOPD) di Kompleks Klinik Pakar hendaklah mengikut slot peruntukan yang diputuskan oleh CMC HKM.
2. Kes susulan di klinik SOPD mesti mengikut sistem temujanji berperingkat. Masa menunggu di semua Klinik Pembedahan perlu dipantau.
3. Kes-kes rujukan baru akan disaring dan diberi temujanji dalam tempoh sebulan.
4. *Walk-in clinic* memberi keutamaan kepada kes rujukan pembedahan baru yang mendesak.
5. Surat rujukan wajib dikemukakan sebelum atau semasa ketibaan pesakit di SOPD LH dan NLH.
6. Klinik Kesihatan boleh merujuk sebarang kes pembedahan ke Klinik SOPD berhampiran tanpa mengira sempadan daerah. Kes pembedahan tidak rumit boleh *step-down* ke SOPD di NLH.

ENDOSKOPI

1. Kes endoskopi elektif dan kecemasan boleh dilakukan di LH dan NLH.
2. Pesakit yang tidak stabil dan memerlukan sokongan klinikal yang tidak tersedia di NLH boleh *step-up* ke LH atas persetujuan Pakar.
3. *Gastrointestinal Assistant* (GIA) yang terlatih atau pegawai kompeten perlu ada di NLH untuk mengendalikan peralatan endoskopik.

PEMBEDAHAN

1. NLH akan mengendalikan prosedur pembedahan am yang tidak melibatkan pembedahan kes kompleks yang memerlukan penglibatan pelbagai disiplin dan sokongan klinikal lain.

2. LH akan mengendalikan pembedahan elektif dan kecemasan yang kompleks dan rumit. Kes-kes yang memerlukan perawatan intensif, sokongan klinikal yang tiada di NLH dan penglibatan pelbagai kepakaran hendaklah dilakukan di LH.
3. Pembedahan elektif di LH dan NLH hendaklah mengikut pembahagian slot dewan bedah yang diputuskan semasa Mesyuarat Jawatankuasa Dewan Bedah termasuk pembedahan elektif pada hari Sabtu.
4. Senarai pembedahan elektif harus mempunyai anggaran tempoh pembedahan untuk mematuhi peruntukan masa bagi setiap dewan bedah elektif.
5. Senarai pembedahan elektif di LH dan NLH hendaklah disahkan oleh Ketua Perkhidmatan Pembedahan Kluster.
6. Pembatalan pembedahan elektif hendaklah didokumenkan bagi tujuan pemantauan dan audit.
7. Semua insiden kategori *severe* dan kematian peri-operative yang melibatkan HKM hendaklah dibincangkan di peringkat hospital kluster. Insiden lain boleh dibincangkan di peringkat hospital.
8. Pembedahan kecemasan boleh dilakukan di NLH mengikut keperluan semasa, sumber manusia dan sokongan klinikal.
9. Rekod perubatan pesakit pembedahan yang dipindahkan antara LH dan NLH untuk tujuan pembedahan hendaklah mematuhi Polisi Rekod Perubatan Pesakit Kluster.
10. Prosedur rawatan harian hendaklah diutamakan dalam senarai elektif supaya pesakit dibenarkan pulang pada hari yang sama. Sekiranya berlaku komplikasi dalam prosedur rawatan harian, pesakit perlu dimasukkan ke wad untuk pemantauan.
11. Pemindahan peralatan pembedahan dan consumable antara hospital kluster dibenarkan mengikut tatacara pemindahan aset.

PATIENT NAVIGATION PROGRAMME

Patient Navigation Programme anjuran *National Cancer Society Malaysia* yang merangkumi keperluan sokongan pesakit kanser, termasuk program saringan ditempatkan di LH dan boleh diperluaskan ke NLH.

POLISI PERKHIDMATAN ORTOPEDIK KLUSTER



OBJEKTIF

Memberikan perkhidmatan diagnostik dan rawatan yang betul dan berkesan serta memberikan keselesaan kepada pesakit luar dan dalam yang memerlukan perkhidmatan pakar dan rawatan susulan bersasar dengan konsep '*Global Surgery*'.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Memberikan khidmat perawatan pesakit luar dan dalam.
2. Menyediakan perkhidmatan Klinik Pakar Pesakit Luar beroperasi pada waktu pejabat mengikut jadual yang ditetapkan.
3. Menyediakan perkhidmatan pembedahan elektif dan rawatan harian (*Daycare*) di NLH.
4. Menyediakan perkhidmatan pembedahan kecemasan di NLH.
    i. Pembedahan kecemasan hanya dilakukan di Hospital Jasin selepas selesai kes elektif sehingga jam 9 malam.
5. Menyediakan perkhidmatan bertugas atas panggilan di Hospital Jasin.
    i. Perkhidmatan bertugas atas panggilan melibatkan seorang Pegawai Perubatan dan seorang Pakar Ortopedik bertugas setiap hari (secara pasif).

POLISI PERKHIDMATAN

Polisi Perkhidmatan Perawatan Pesakit Dalam

1. Setiap pesakit yang masuk ke wad perlu didaftar.
2. Katil pesakit Ortopedik di HJ adalah sebanyak 10 katil dan HAG adalah sebanyak 5 katil.
3. Semua pesakit akan diperiksa oleh Pakar, Pegawai Perubatan dan Pegawai Perubatan Siswazah seperti yang ditugaskan.
4. Rondaan wad dilakukan oleh Pakar, Pegawai Perubatan dan Pegawai Perubatan Siswazah bersama Ketua Jururawat/Jururawat Terlatih sebanyak 2 kali sehari pada hari waktu bekerja dan sekali sehari pada waktu hujung minggu/cuti umum.
5. Semua perawatan, X-ray dan ujian darah hendaklah dilakukan dengan tepat dan diselia oleh Pegawai Perubatan/Pakar.
6. Pesakit yang dihantar dari LH ke NLH perlu menghantar semua X-ray, rekod pesakit dan ujian darah dengan lengkap (*step-down care*).

7. Pesakit yang discaj perlu menyelesaikan bil hospital dan diberi:
    i. Tarikh temujanji rawatan susulan
    ii. Slip ubat
    iii. Surat cuti sakit
    iv. Borang '*dressing'*/ STO
    v. Rumusan discaj
    vi. Surat rujukan (jika perlu)
    vii. Setelah discaj, rekod pesakit hendaklah dihantar ke Jabatan Rekod Perubatan

Polisi Perkhidmatan Pembedahan di NLH

1. Perkidmatan pembedahan elektif dijadualkan seperti berikut: *sila rujuk lampiran.*
2. Perkhidmatan pembedahan kecemasan hanya dilakukan di Hospital Jasin selepas selesai kes elektif sehingga jam 9 malam.
3. Pemeriksaan pra-pembedahan (*Preoperative Assessment*) akan dilakukan oleh Pakar/Pegawai Perubatan ortopedik dan Unit Anaestesiologi & Rawatan Rapi.
4. Rekod perubatan, X-ray dan kebenaran pembedahan mesti disediakan sebelum pesakit dihantar ke dewan bedah.
5. Jadual pembedahan disediakan oleh LH selewat-lewatnya sehari sebelum tarikh pembedahan.
6. Semua prosedur pembedahan di dewan pembedahan hendaklah menepati Garis Panduan dan polisi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (*Guideline on Infection Control of Hospital Acquired Infections and the Disinfection and Sterilisation Policy and Practice*).
7. Semua kes pembedahan elektif yang dilakukan di NLH hendaklah menepati kriteria yang ditetapkan oleh Unit Anestisiologi & Rawatan Rapi seperti di dalam Lampiran 1.

Polisi Perkhidmatan Pesakit Luar NLH

1. Perkhidmatan pesakit luar adalah seperti berikut: *sila rujuk lampiran.*
2. Setiap kes pesakit luar akan dilihat oleh Pegawai Perubatan/Pegawai Perubatan Siswazah dan diselia oleh Pakar Ortopedik.
3. Tarikh temujanji akan direkodkan secara manual dan di dalam system SMRP (Sistem Mengurus Rekod Pesakit).

4. Pesakit luar yang perlu dilihat segera, jururawat yang bertugas hendaklah menghubungi Pegawai Perubatan Atas Panggilan (*oncall*)/Pegawai Perubatan yang ditugaskan di klinik untuk memastikan keperluan dilihat segera.
5. Pesakit luar yang didapati tidak stabil perlu dihantar ke Jabatan/Unit Kecemasan & Trauma untuk perawatan.
6. Pesakit luar perlu menyertakan surat rujukan/X-ray/kad pengenalan dan surat GL untuk memudahkan proses pendaftaran.
7. Pesakit LH yang dirujuk ke NLH perlu disertakan rekod pesakit untuk rawatan susulan.
8. Semua pesakit luar perlu membuat bayaran berdasarkan Perintah Fi (Perubatan) terkini.

Polisi Perkhidmatan Bertugas Atas Panggilan di NLH

1. Perkhidmatan Bertugas Atas Panggilan disediakan di Hospital Jasin sahaja.
2. Seorang Pakar Ortopedik dan seorang Pegawai Perubatan ditugaskan untuk melakukan tugasan atas panggilan setiap hari selepas waktu bekerja.
3. Kes rujukan daripada pesakit dalam dari unit lain dan kes rujukan dari Unit Kecemasan & Trauma akan dilihat oleh Pegawai Perubatan/Pakar atas panggilan yang bertugas.

Kriteria Umum Untuk Kes Pembedahan Elektif Di NLH

1. ASA 1, 2 dan 3
2. Berumur 4 hingga 70 tahun (tidak memerlukan pemerhatian di ICU)
3. Pesakit bersetuju untuk menjalani pembedahan di NLH
4. Semua kes elektif perlu dirujuk untuk "*Preoperative Assessment*" di Klinik Bius (Hospital Melaka/Hospital Jasin/Hospital Alor Gajah)
5. BMI < 35, STOP BANG ≤2 tanpa OSA dan tidak memerlukan katil ICU.
6. Pembedahan tidak melibat salur penafasan.
7. Setiap kes elektif perlu dirujuk kepada Pakar Anestisiologi di NLH.

POLISI PERKHIDMATAN RADIOLOGI KLUSTER



OBJEKTIF

Objektif adalah untuk menyediakan pemeriksaan *ultrasound* di NLH, pemeriksaan khas radiologi (CT-Scan, MRI, Mammogram dan Fluroskopi) di LH dan perkhidmatan pelaporan radiografi am untuk pesakit dalam, pesakit luar dan pesakit dari Perkhidmatan Kecemasan & Trauma Hospital Kluster Melaka. Perkhidmatan yang disediakan adalah merangkumi modaliti-modaliti terkini yang dikendalikan oleh pasukan kakitangan terlatih yang berdedikasi.

SKOP PERKHDMATAN

Perkhidmatan yang disediakan oleh Jabatan Radiologi ialah

1. Perkhidmatan Ultrasonografi
2. Pelaporan Perkhidmatan radiografi am
3. Temujanji untuk Pemeriksaan Radiologi Khas

Organisasi

1. Setiap Hospital Kluster berkongsi Organisasi Struktur Hospital Kluster.
2. Perkhidmatan yang dijalankan dalam satu Jabatan/Unit akan dikategorikan sebagai Perkhidmatan Bersepadu.
3. Ketua Perkhidmatan hendaklah bertanggungjawab ke atas perancangan tenaga kerja dan kemudahan untuk mengoptimumkan penggunaan perkhidmatan Radiologi.
4. Jadual lawatan ke NLH oleh Pakar Radiologi atau Pegawai Perubatan Radiologi akan disediakan untuk memudahkan urusan temu janji dan perundingan.
5. Ketua Perkhidmatan hendaklah terlibat dalam sebarang keputusan berhubung susun atur perkhidmatan radiologi dan perolehan peralatan radiologi untuk Hospital Kluster.
6. Semua pemeriksaan *ultrasound* dan pelaporan radiografi am akan dilaksanakan oleh Pakar Radiologi atau Pegawai Perubatan dari Jabatan Radiologi LH untuk NLH yang tidak berpakar.

POLISI PERKHIDMATAN

Ultrasonografi

1. Pemeriksaan ini dijalankan atas dasar temu janji dan borang permohonan hendaklah ditandatangani oleh Pakar yang merawat.
2. Temu janji awal atau '*urgent*' akan dihantar ke Hospital Melaka selepas perbincangan antara doktor yang merujuk dan Pakar Radiologi.
3. Pemeriksaan *ultrasound* hendaklah dilakukan atas permintaan Pakar atau Pegawai Perubatan yang merawat, menggunakan borang permohonan standard PER SS-RA 301 (Pind 1/2018).
4. Borang permohonan mesti diisi lengkap dengan data yang dikehendaki seperti yang termaktub di dalam borang tersebut terutama: nama, jantina, nombor IC, LMP, jenis pemeriksaan, bahagian pemeriksaan dan data klinikal yang berkaitan.
5. Perkhidmatan ultrasonografi disediakan sekurang-kurangnya 3 kali sebulan untuk NLH tidak berpakar tetapi kekerapan pelaksanaannya juga bergantung kepada keadaan atau permintaan semasa.
6. Bagi NLH berpakar, pemeriksaan *ultrasound* akan dijalankan oleh residen Pakar Radiologi di hospital tersebut.

Pelaporan Radiografi Am

1. Semua imej radiografi yang dihasilkan di NLH tidak berpakar boleh dihantar ke Jabatan Radiologi Hospital Melaka untuk laporan rasmi oleh pakar radiologi dan/atau pegawai perubatan radiologi. Manakala di NLH berpakar segala pelaporan radiografi dilakukan oleh residen Pakar Radiologi hospital tersebut.
2. Data klinikal yang berkaitan mesti dinyatakan dalam borang permintaan.
3. Semua imej/filem radiologi daripada peperiksaan terdahulu hendaklah dihantar bersama-sama dengan imej/filem yang hendak dilaporkan.
4. Setelah laporan selesai, semua imej/filem akan diambil semula oleh pihak hospital yang memohon pelaporan rasmi tersebut.
5. Setiap pelaporan radiografi am perlu disiapkan dalam tempoh 2 hari untuk permohonan *urgent* atau pesakit dalam atas permintaan khas dari doktor yang merawat pesakit. Bagi permohonan pelaporan radiografi am kes-kes tidak '*urgent*' atau pesakit luar perlu disiapkan dalam tempoh 14 hari.

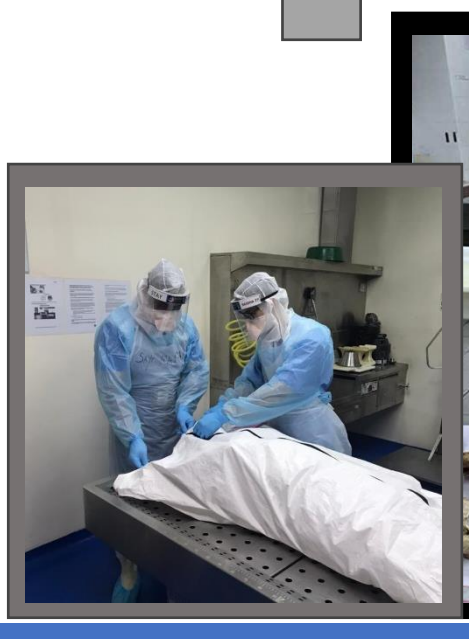
Temujanji Bagi Pemeriksaan Khas Elektif

1. Semua permintaan pemeriksaan yang melibatkan modaliti khas seperti imbasan CT-Scan, MRI, Mammogram, *Bone Dexa* dan Fluoroskopi daripada Hospital Alor Gajah dan Hospital Jasin dilaksanakan di Jabatan Radiologi, Hospital Melaka.
2. Borang permohonan pemeriksaan khas radiologi akan dikumpulkan oleh Juru X-Ray Kanan NLH untuk dihantar ke Jabatan Radiologi Hospital Melaka bagi mendapatkan temujanji pemeriksaan yang di pohon.
3. Setiap permohonan pemeriksaan khas radiologi akan di '*vett*' oleh pakar radiologi atau pegawai perubatan di Jabatan Radiologi Hospital Melaka sebelum temujanji diberikan.
4. Setelah tarikh temujanji diberikan, borang permohonan perlu diambil semula oleh pihak hospital yang memohon pemeriksaan khas tersebut.

Permohonan *'Urgent'* bagi pemeriksaan khas di Hospital Melaka

1. Setiap permohonan '*urgent'* bagi pemeriksaan khas, doktor dari pasukan *primary* perlu membuat permohonan melalui panggilan telefon kepada pegawai perubatan atau pakar radiologi yang bertugas di modaliti yang berkenaan pada waktu pejabat. Manakala permohonan di luar waktu pejabat harus dipohon dari pegawai perubatan atau pakar radiologi atas panggilan.
2. Setelah permohonan diterima, adalah tanggungjawab *primary team* menghantar pesakit ke Jabatan Radiologi Hospital Melaka mengikut waktu yang dipersetujui dengan mengambil kira keadaan pesakit. Pegawai Perubatan *primary team* hendaklah menemani pesakit yang tidak stabil/memerlukan media contrast.
3. Pelaporan akan dilakukan oleh Pakar Radiologi yang bertugas di modaliti yang berkenaan pada waktu pejabat dan Pakar Radiologi atas panggilan di luar waktu pejabat mengikut Tatacara Pelaporan Pemeriksaan Khas Radiologi.
4. Sebarang penemuan pemeriksaan yang memerlukan perhatian segera akan dimaklumkan kepada pakar yang memohon ujian tersebut.

POLISI PERKHIDMATAN FORENSIK KLUSTER





OBJEKTIF

1. Memberikan perkhidmatan bedah siasat yang efisyen dan telus terhadap semua kes berdasarkan Piagam Pelanggan Jabatan Perubatan Forensik (JPF).
2. Memberikan perkhidmatan yang terbaik, segera dan saksama dalam urusan penerimaan, penyimpanan dan penyerahan mayat kepada waris/wakil yang berhak.
3. Menguruskan mayat yang tiada waris/tidak dituntut dengan cekap, teratur dan berkesan.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Pengurusan Jenazah
2. Pekhidmatan Bedah Siasat
3. Pengurusan Anggota Badan Dan Janin
4. Pengurusan Mayat Tiada Waris/Tidak Dituntut

POLISI PERKHIDMATAN

Jangkamasa

1. Jenazah (bukan kes polis) diserahkan kepada waris/wakil yang berhak dalam jangka masa 3 jam daripada masa jenazah diterima.
2. Jangka masa pengurusan kes kematian (kes polis) yang memerlukan bedah siasat adalah dalam tempoh 24 jam daripada masa Pol 61. diterima.
3. Jangka masa penyimpanan mayat yang tidak dituntut:
   i. **Islam** - 3 hari selepas mayat diterima.
   ii. **Bukan Islam** - 14 hari selepas mayat diterima.
   iii. **Warganegara Asing** - sehingga pengesahan dari pihak kedutaan diperolehi.
   iv. **Tiada Identiti** - sehingga semua pencarian dan dokumentasi selesai dan mendapat pengesahan daripada Pengarah Hospital.
4. Laporan bedah siasat (kes polis) disediakan dalam jangka masa 12 minggu daripada tarikh bedah siasat dijalankan.

Piagam Pelanggan

Kami berjanji untuk memberikan perkhidmatan secara profesional, selamat, mesra, penyayang dan berkualiti.

1. Memastikan jenazah (bukan kes polis) diserahkan kepada waris/wakil yang berhak dalam jangka masa 3 jam daripada masa jenazah diterima.
2. Memastikan identiti si mati betul sepertimana dituntut oleh waris/wakil yang berhak.
3. Pemeriksaan bedah siasat bagi kes yang tidak rumit dijalankan dalam masa 24 jam daripada masa Pol 61. diterima.

Pengurusan Jenazah

1. Menerima, menyimpan, dan menyerahkan jenazah kepada waris/wakil yang berhak bagi semua kematian di wad, kematian di dalam hospital, kematian di luar hospital yang dibawa serta kematian kes-kes hospital luar yang dirujuk ke Jabatan/Unit Forensik.
2. Mayat akan diambil oleh Pembantu Perawatan Kesihatan (PPK) JPF selepas 1 jam dari masa kematian/dari waktu staf mortuari terima maklumat kematian.
3. Setiap mayat hanya akan dilepaskan melalui Jabatan/Unit Forensik sahaja.
4. Waris tidak dibenarkan menghantar mayat dari wad/unit tanpa kakitangan Jabatan /Unit Forensik.
5. Jenazah dan Borang Daftar Kematian (LM02) hanya akan diserahkan kepada waris yang datang menuntut. Sekiranya ramai waris yang datang menuntut jenazah, ianya akan diserahkan mengikut turutan kepentingan (rujuk lampiran B).
6. Kerosakan/kehilangan Borang Daftar Kematian (LM02) adalah diatas tanggungjawab pihak waris setelah ianya diserahkan oleh kakitangan jabatan ini.
7. Sekiranya salinan dokumen diperlukan, ianya hanya akan diberikan kepada waris yang menerima dokumen asal sahaja.

Bedah Siasat

1. Semua kes yang memerlukan bedah siasat akan dilakukan di Jabatan/Unit Forensik.
2. Bagi kes-kes yang memerlukan fasiliti "*negative pressure*", ianya akan dijalankan/ dirujuk ke fasiliti yang berkenaan.
3. Pakar/Pegawai Perubatan dari hospital kerajaan lain dibenarkan menggunakan kemudahan Jabatan/Unit Forensik untuk tujuan bedah siasat dengan kelulusan daripada pihak pentadbiran.

4. Pakar Perubatan Forensik menguruskan kes-kes rumit, mencurigakan, bencana ramai mangsa dan apa-apa yang berkaitan selain menjadi sumber rujukan bagi kes para Pegawai Perubatan di Jabatan/Unit Forensik.
5. Bagi pengambilan spesimen (jika perlu), ianya akan diambil oleh Pegawai Perubatan yang melakukan bedah siasat dan diuruskan oleh Penolong Pegawai Perubatan/Pegawai Sains Forensik.
6. Bagi sampel medikolegal, ianya akan diserahkan kepada Pegawai Polis Penyiasat Kes untuk diserahkan ke Jabatan Kimia Malaysia dan/atau jabatan-jabatan lain yang berkaitan cth: IMR, NIH dan sebagainya.
7. Sekiranya perlu, pihak Jabatan/Unit Forensik akan membantu pihak polis di tempat kejadian.
8. Semua butiran kes dan keputusan ujian makmal adalah sulit.

Pengurusan Anggota Badan dan Janin

1. Setiap janin dan anggota badan pesakit akan diserahkan kepada waris/wakil yang berhak melalui Jabatan/Unit Forensik.
2. Ianya akan terus diserahkan kepada waris/wakil yang berhak ataupun dilupuskan dengan kebenaran dari pihak waris.
3. Anggota badan atau janin yang tidak dituntut/diberi kebenaran pelupusan selepas tempoh 72 jam akan dilupuskan melalui prosedur yang sewajarnya.

Pengurusan Mayat Tanpa Waris/Tidak Dituntut.

1. Bagi mayat Islam yang tidak dituntut, mayat akan diserahkan kepada pihak Jabatan Agama Islam bagi tujuan pengkebumian setelah semua dokumen lengkap.
2. Bagi mayat bukan Islam, mayat akan diserahkan kepada badan sukarela/kebajikan yang bersetuju untuk menguruskannya berdasarkan agama anutan si mati.
3. Bagi mayat yang tiada identiti, pengurusan jenazah akan dilaksanakan setelah semua proses pengecaman dan pencarian waris selesai serta dokumen yang berkaitan lengkap.

Ruang Pengurusan Jenazah

1. Jabatan/Unit Forensik HANYA menyediakan ruang/tempat bagi pengurusan jenazah. Proses pengurusan jenazah dilakukan oleh waris/wakil yang berhak yang menuntut jenazah tersebut.

Kenderaan Jenazah Hospital.

1. Pihak Jabatan/Unit Forensik HANYA membantu urusan permohonan penggunaan kenderaan jenazah hospital jika dipohon oleh waris.
2. Tiada sebarang halangan dari Jabatan/Unit Forensik bagi pihak waris untuk menggunakan perkhidmatan kenderaan jenazah selain daripada kenderaan jenazah hospital.

Waktu Perkhidmatan

1. Jabatan/Unit Forensik beroperasi pada waktu pejabat iaitu dari jam 8.00 pagi - 5.00 petang.
2. Perkhidmatan Atas Panggilan 24 jam juga disediakan untuk tujuan pengurusan jenazah dan bedah siasat (bergantung kepada keperluan kes).
3. Pemeriksaan bedah siasat disyorkan untuk dilakukan dari jam 8.00 pagi - 10.00 malam. Bagi sebarang kes yang hendak dilakukan selepas 10.00 malam perlu mendapatkan pandangan dan kelulusan daripada Ketua Perkhidmatan Forensik Kluster dan Pengarah Hospital NLH.
4. Pakar Forensik, Pegawai Perubatan dan Penolong Pegawai Perubatan juga boleh dihubungi melalui telefon selepas waktu pejabat untuk tujuan konsultasi dan rujukan.

Perkhidmatan Di *Non-Lead Hospital*

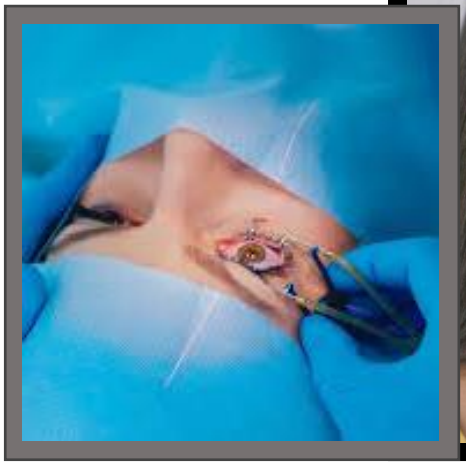
1. Perkhidmatan forensik di NLH adalah di bawah Unit Forensik hospital berkenaan.
2. Ketua Perkhidmatan Forensik Melaka merupakan ketua bagi perkhidmatan Forensik di NLH.
3. Ketua Unit Forensik di NLH adalah pegawai perubatan yang menjaga Unit Forensik di hospital yang berkenaan dan di bawah administrasi Ketua Perkhidmatan Forensik Melaka bagi perkhidmatan Forensik.
4. Semua kakitangan baru di Unit Forensik NLH perlu melakukan latihan silang-sangkut di Jabatan Perubatan Forensik di LH.

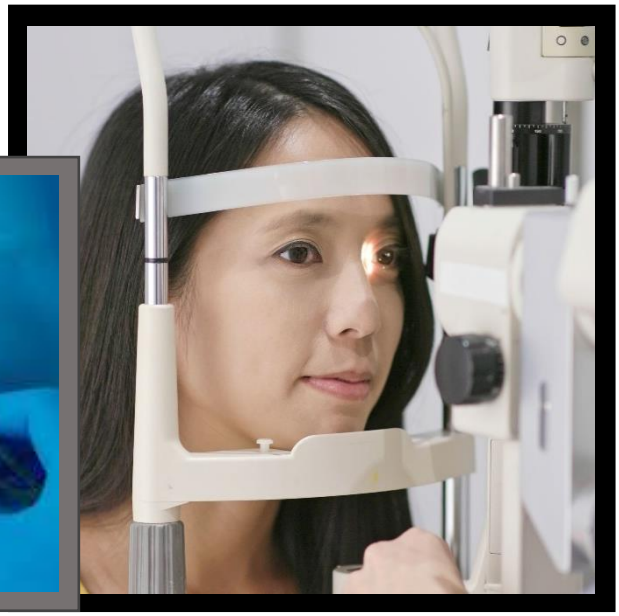
5. Sebarang kes-kes rumit/mencurigakan di Unit Forensik perlu dirujuk ke Pakar Perubatan Forensik di LH.
6. Sebarang kes rujukan/*upgrade* ke kes Pakar, perlu dilampirkan dengan surat rujukan ke Pakar yang berkenaan.

Senarai Keutamaan Waris Mengikut Turutan

1. Suami/Isteri
2. Anak
3. Ibu/Bapa
4. Abang/Kakak/Adik
5. Anak Saudara
6. Datuk/Nenek
7. Bapa/Emak Saudara

POLISI PERKHIDMATAN OFTALMOLOGI KLUSTER





OBJEKTIF

1. Memberikan perkhidmatan diagnostik dan rawatan yang betul, cekap, berkesan, mencukupi serta memberikan keselesaan kepada pesakit luar yang memerlukan perkhidmatan pakar dan juga rawatan susulan.
2. Memberikan perkhidmatan pembedahan katarak di NLH.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Memberikan perkhidmatan diagnostik dan rawatan kepada pesakit luar.
2. Klinik Pakar Pesakit Luar beroperasi pada waktu pejabat mengikut jadual yang telah ditetapkan.
3. Kes-kes kecemasan perlu dirujuk kepada doktor yang bertugas atas panggilan di LH.
4. Melakukan pembedahan katarak di NLH.
5. Polisi Perkhidmatan Oftalmologi Kluster merangkumi:
    i. Polisi Klinik Pesakit Luar di NLH
    ii. Polisi Perkhidmatan Optometri di NLH
    iii. Polisi Perkhidmatan pembedahan katarak di NLH

POLISI PERKHIDMATAN

Klinik Pesakit Luar di NLH

1. Semua pesakit yang datang ke klinik merupakan kes–kes yang dirujuk samada dari LH atau dari klinik-klinik dan hospital-hospital lain samada dari sektor swasta atau kerajaan.
2. Bagi rujukan kes bukan kecemasan, pesakit diberikan tarikh temujanji selepas pemeriksaan penglihatan dilakukan. Jika penglihatan pesakit adalah kritikal, pesakit hendaklah dirujuk ke LH.
3. Rekod-rekod pesakit hendaklah diperolehi dan disediakan sebelum sesi klinik bermula.
4. Rekod-rekod pesakit hendaklah disimpan dengan baik dan merupakan laporan sulit sepanjang masa.
5. Pada hari temujanji, pesakit didaftarkan dan dikenakan bayaran yuran mengikut kelayakan pesakit berpandukan kepada Perintah Fi (Perubatan) terkini dan juga peraturan–peraturan yuran lain yang berkenaan.

6. Semua pesakit menjalani pemeriksaan mata dan diberikan serta kaunseling yang lengkap.
7. Semua ujian dan prosedur yang hendak dilakukan diberikan penerangan oleh doktor dan perlu mendapat kebenaran daripada pesakit.
8. Semua pemeriksaan, ujian dan prosedur yang dilakukan mesti direkodkan dengan lengkap di dalam rekod pesakit.
9. Prosedur dan pembedahan *minor* boleh dilakukan di Bilik Rawatan yang dikhaskan.
10. Pesakit perlu dirujuk ke LH sekiranya memerlukan prosedur dan pembedahan yang lebih lanjut ataupun jika perkhidmatan tiada disediakan di NLH berkenaan.
11. Kakitangan klinik perlu menghantar rekod pesakit ke bilik–bilik yang ditentukan untuk melakukan ujian dan prosedur sebagaimana yang diarahkan oleh doktor.
12. Pesakit tidak dibenarkan memegang atau mengendalikan rekod pesakit.
13. Urusan pengambilan ubat perlu dilakukan oleh pihak pesakit.

Perkhidmatan Optometri di NLH

1. Perkhidmatan Optometri Asas.
2. Semua pesakit yang diterima merupakan pesakit yang dirujuk oleh Pegawai Perubatan, Optometris, Pegawai Sains Kesihatan Bersekutu dari hospital dan klinik kerajaan atau swasta.
3. Pesakit yang dirujuk untuk pemeriksaan optometri am, hendaklah diperiksa pada hari yang sama mereka dirujuk.
4. Pesakit yang dirujuk untuk klinik pengkhususan seperti Perkhidmatan Optometri Pengkhususan Penglihatan Terhad, Kanta Lekap dan Penglihatan Binokular hendaklah diberikan tarikh temujanji di Klinik Mata Hospital Melaka.
5. Semua pesakit perlu diberikan penerangan yang lengkap berkaitan pemeriksaan optometri yang akan dijalankan.
6. Semua ujian dan prosedur yang hendak dilakukan perlu diberikan penerangan dan mendapat kebenaran pesakit.
7. Hasil pemeriksaan, ujian dan prosedur yang dilakukan mesti direkodkan dengan lengkap di dalam rekod pesakit.
8. Kakitangan klinik hendaklah menghantar rekod pesakit ke bilik pemeriksaan Optometri dan mengagihkan ke bilik doktor untuk pemeriksaan selanjutnya.
9. Bagi prosedur yang memerlukan penggunaan ubat titis mata, Pegawai Optometri dibenarkan untuk menggunakannya (rujuk surat edaran bertarikh 28 Ogos 2015;

Penggunaan Ubat Titis Mata Oleh Pegawai Optometri di Hospital Pakar/Tanpa Pakar/Klinik Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia KKM, daripada Ketua Perkhidmatan Oftalmologi Kementerian Kesihatan Malaysia).

10. Pegawai Optometri boleh merujuk kes penyakit mata kepada Pegawai Perubatan atau Pakar Oftalmologi Kementerian Kesihatan Malaysia untuk rawatan lanjutan (rujuk surat edaran bertarikh 5 September 2013; Pengesahan Rujukan Kes-kes Oftalmologi Oleh Pegawai Optometri, daripada Ketua Perkhidmatan Oftalmologi Kementerian Kesihatan Malaysia).

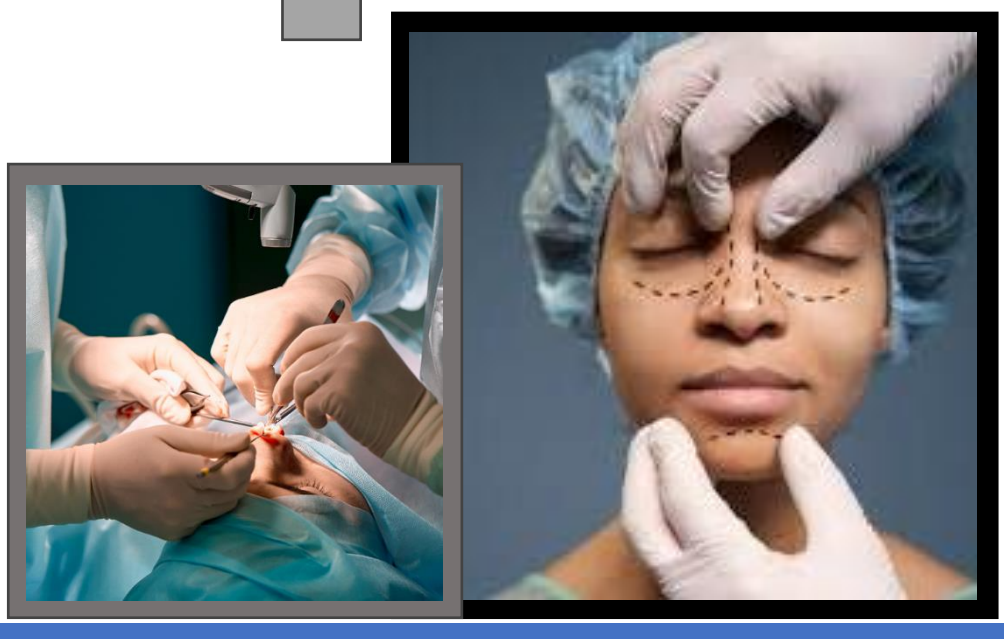
Perkhidmatan Pembedahan Katarak di NLH

1. Semua yang bakal menjalani pembedahan katarak, samada dari LH atau NLH akan menjalani *pre-clerking* di Klinik Mata Hospital Melaka.
2. Pesakit yang mempunyai komorbid atau berumur 40 tahun ke atas akan menjalani pemeriksaan glucometer, tekanan darah dan ECG sebelum mereka berjumpa dengan pegawai perubatan yang bertugas. Semasa sesi pre-clerking, pesakit akan menjalani ujian Refractive Assessment (jika perlu) dan *A Scan* yang dilakukan oleh pegawai optometri yang bertugas.
3. Doktor yang bertugas akan meneliti semua keputusan ujian, kuasa kanta intraokular dan keadaan pesakit secara keseluruhan. Pesakit akan diterangkan tentang prosedur pembedahan katarak yang akan dijalani, risiko pembedahan dan kemungkinan komplikasi yang boleh terjadi. Semua maklumat akan direkodkan didalam rekod pesakit.
4. Pesara yang layak dan kes PeKa B40, perolehan kanta adalah mengikut tatacara yang ditetapkan.
5. Pesakit kategori lain yang memerlukan bantuan pembelian kanta intraokular boleh dirujuk ke Jabatan Kerja Sosial Perubatan.
6. Sekiranya pesakit disahkan "*fit for op*", tarikh pembedahan akan diberikan oleh doktor semasa sesi "*pre-clerking*". Borang Rawatan Harian, preskripsi kanta intraokular akan diberikan kepada pesakit.
7. Pesakit akan diberikan Borang Rawatan Harian bersama tarikh, borang preskripsi kanta dan lampiran *informed consent*.
8. Pesakit perlu membuat tempahan kanta intraokular dari stokist yang telah dilantik selewat-lewatnya seminggu sebelum tarikh pembedahan bagi mengelakkan

kelewatan mendapatkan kanta dan pembatalan pembedahan pada hari pembedahan.

9. Pesakit yang layak mengikut kriteria yang telah ditetapkan akan menjalani pembedahan secara rawatan harian mengikut jadual yang ditetapkan
10. Pada hari pembedahan, pesakit perlu datang ke dewan Bedah NLH dan perlu membawa set kanta intraokular dan ubat-ubatan yang biasa diambil. Keizinan pembedahan akan diambil oleh pegawai perubatan yang bertugas.
11. Pegawai Dewan Bedah NLH yang bertanggungjawab akan memeriksa kanta intraokular yang dibawa oleh pesakit untuk mengesahkan model dan power yang betul sebelum pesakit dihantar ke bilik pembedahan. Pesakit dan keluarga pesakit akan diberikan kaunseling tentang ubat dan perkara-perkara yang perlu atau yang dilarang dilakukan selepas pembedahan
12. Selepas pembedahan, pesakit akan diperiksa oleh doktor sebelum dibenarkan pulang.
13. Tarikh temujanji dalam tempoh seminggu akan diberikan untuk pemeriksaan lanjut di klinik pakar NLH.

POLISI PERKHIDMATAN PEMBEDAHAN PLASTIK & REKONSTRUKSIF KLUSTER



OBJEKTIF

1. Menyediakan perkhidmatan kepakaran pembedahan plastik dan rekonstruktif yang mempunyai 10 cabang kepakaran iaitu rawatan luka, rawatan kebakaran, kecacatan '*congenital'*, kanser, trauma, laser, pembedahan mikro, pembedahan okuloplastik dan aesthetik.
2. Memastikan semua anggota mempunyai pengetahuan serta kemahiran dalam perkhidmatan yang disediakan.
3. Memastikan semua anggota bersikap profesional dalam menyampaikan perkhidmatan yang mesra pelanggan dengan semangat bekerja berpasukan.
4. Memastikan perkhidmatan yang disampaikan adalah cepat, cekap dan selamat.
5. Menggalakkan kaji selidik serta audit untuk membantu meningkatkan mutu perkhidmatan.

SKOP PERKHIDMATAN

Fungsi-fungsi utama Perkhidmatan Pembedahan Plastik & Rekonstruktif Kluster termasuk:

1. Memberi perkhidmatan rawatan pesakit dalam berdasarkan Piagam Pelanggan Wad.
2. Memberi perkhidmatan rawatan pesakit luar berdasarkan Piagam Pelanggan Klinik.
3. Menjalankan pembedahan ke atas pesakit di dewan bedah dan pusat rawatan harian.
4. Menjalankan perkhidmatan kepakaran di HKM.
5. Menjalankan aktiviti-aktiviti kualiti dan pensijilan.

POLISI PERKHIDMATAN

Polisi Am

1. Waktu bertugas Jabatan Pembedahan Plastik & Rekonstruktif adalah seperti berikut: Hari Isnin hingga Jumaat: 8.00 pagi - 5.00 petang.
2. Jadual Pembedahan di Dewan Bedah adalah seperti berikut: *sila rujuk lampiran.*
3. Semua rujukan ke unit/jabatan/wad/hospital lain mesti dibuat oleh Pegawai Perubatan/Pakar.

Polisi Rawatan Pesakit Dalam

1. Perkhidmatan pesakit dalam adalah berdasarkan Piagam Pelanggan Pesakit Dalam Hospital.
2. Semua pesakit yang dimasukkan ke wad mesti didaftarkan.
3. Semua pesakit yang dimasukkan akan diperiksa oleh Pakar/Pegawai Perubatan.
4. Pesakit-pesakit rujukan dari klinik/unit/jabatan/hospital lain mestilah dirujuk kepada Pegawai Perubatan/Pakar sebelum diterima masuk ke wad.
5. Rondaan harian pesakit dalam akan dikendalikan oleh Pakar/Pegawai Perubatan sekurang-kurangnya sekali sehari bersama ketua jururawat/jururawat terlatih /penolong pegawai perubatan.
6. Semua arahan rawatan termasuk ujian makmal, ujan pengimejan, ubat-ubatan dan sebagainya mestilah dilaksanakan dengan cepat dan tepat.
7. Semua keputusan ujian makmal/ujian pengimejan yang dicetak mesti dilihat dan ditandatangani oleh Pegawai Perubatan/Pakar sebelum dimasukkan ke dalam rekod perubatan pesakit.
8. Semua keputusan sitohistopatologi yang dicetak mesti dilihat dan ditandatangani oleh Pakar sebelum dimasukkan ke dalam rekod perubatan pesakit.
9. Sebarang perubahan observasi yang luarbiasa (BP, PR, RR, O_2 *saturation*, *urine output*/skala kesakitan dan sebagainya) mestilah di maklumkan kepada Pegawai Perubatan/Pakar untuk tindakan lanjutan.
10. Pesakit-pesakit yang didiscaj perlu menjelaskan bayaran hospital dan akan diberi (yang berkaitan):
    i. Kad temujanji
    ii. Slip Perskripsi ubat-ubatan
    iii. Sijil Cuti Sakit
    iv. Sijil Pencucian luka / pembukaan jahit
    v. Sijil Kemasukan Semula
    vi. Ringkasan Discaj
    vii. Surat Rujukan
11. Setelah didiscaj, rekod pesakit akan dihantar ke Klinik Pakar jika ada temujanii susulan atau ke Jabatan Rekod Perubatan jika tiada susulan.
12. Ketua Jururawat adalah bertanggungjawab mengemaskinikan inventori peralatan serta ubat-ubatan yang digunakan di dalam wad.

13. Sebarang kerosakan peralatan hendaklah dilaporkan kepada pihak sokongan hospital untuk tujuan pembaikan.

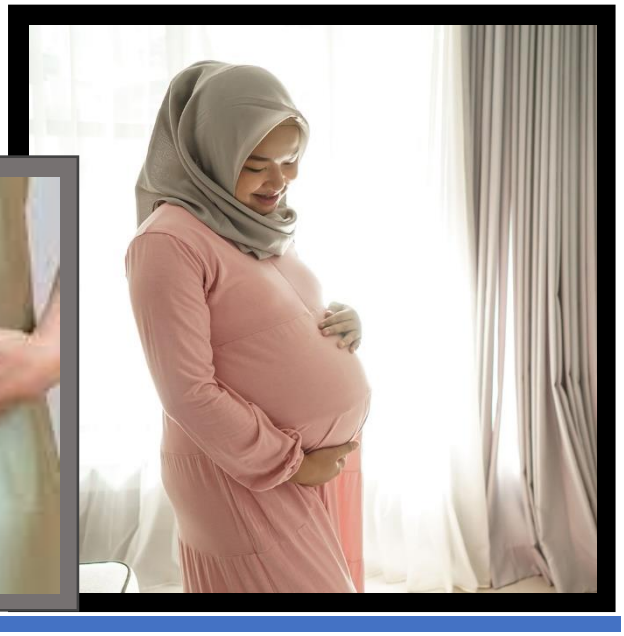
Polisi Rawatan Pesakit Luar

1. Perkhidmatan pesakit luar adalah berdasarkan Piagam Pelanggan Pesakit Luar.
2. Semua pesakit luar mesti didaftarkan.
3. Klinik pesakit luar adalah klinik rujukan. Semua pesakit luar baru mesti mempunyai surat rujukan dari mana-mana unit/jabatan/klinik/hospital kerajaan atau swasta.
4. Kes-kes tenat tidak akan diterima di klinik pesakit luar dan mesti di hantar ke Jabatan Kecemasan & Trauma.
5. Pesakit-pesakit luar akan diberi konsultasi dan rawatan oleh pakar/pegawai perubatan (di bawah pengawasan Pakar).
6. Semua ujian makmal/ujian pengimejan mesti dibincang terdahulu dengan pakar.
7. Semua keputusan ujian makmal/ujian pengimejan yang dicetak mesti dilihat dan ditandatangani oleh pegawai perubatan/pakar sebelum dimasukkan ke dalam rekod perubatan pesakit.
8. Semua keputusan sitohistopatologi yang dicetak mesti dilihat dan ditandatangani oleh pakar.
9. Semua temujanji pembedahan major/minor/prosedur mesti dibincang terdahulu dengan Pakar.
10. Pesakit yang didiscaj akan diberi (yang berkaitan):
    i. Kad temujanji.
    ii. Slip preskripsi ubat-ubatan.
    iii. Sijil cuti sakit.
    iv. Borang ujian makmal/ujian pengimejan.
    v. Sijil pencucian luka/pembukaan jahit.
    vi. Slip kemasukan wad.
    vii. Surat rujukan
11. Rekod perubatan pesakit akan disimpan di Klinik Pakar jika ada temujanji susulan atau dihantar ke Jabatan Rekod Perubatan jika tiada susulan (didiscaj).
12. Penolong Pegawai Perubatan Y/M (yang menjaga) adalah bertanggungjawab mengemaskinikan inventori peralatan serta ubat-ubatan yang digunakan di dalam klinik.

13. Sebarang kerosakan peralatan hendaklah dilaporkan kepada pihak sokongan hospital (HSS) untuk tujuan pembaikan.

POLISI PERKHIDMATAN OBSTETRIK & GINEKOLOGI KLUSTER





OBJEKTIF

Memberi Perkhidmatan O&G yang berkualiti dalam semua aspek yang meliputi penyaringan, ketepatan diagnosis, keberkesanan pengurusan perawatan dan pencegahan yang sistematik.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Memberikan perkhidmatan diagnostik dan rawatan kepada pesakit luar.
2. Klinik Pakar Pesakit Luar beroperasi pada waktu pejabat mengikut jadual telah di
3. tetapkan.
4. Kes-kes kecemasan perlu dirujuk kepada doktor yang bertugas atas panggilan di LH.
5. Polisi Perkhidmatan O&G Kluster merangkumi:
   i. Polisi Klinik Pesakit Luar di NLH
   ii. Polisi Perkhidmatan Pesakit Dalam di NLH
   iii. Polisi Perkhidmatan Pembedahan di NLH
   iv. Polisi Perkhidmatan Ibu Bersalin di NLH

POLISI PERKHIDMATAN

Klinik Pesakit Luar di NLH

1. Semua pesakit yang datang ke klinik merupakan kes-kes yang dirujuk samaada dari LH, klinik kesihatan dan hospital-hospital lain samaada dari sektor swasta atau kerajaan.
2. Bagi rujukan bukan kecemasan, pesakit diberikan tarikh temujanji selepas saringan dibuat. Namun, jika keadaan pesakit kritikal atau tidak stabil, pesakit akan dirujuk kepada doktor yang bertugas atas panggilan di LH.
3. Rekod-rekod pesakit akan diperolehi dan disediakan sebelum sesi klinik bermula.
4. Rekod-rekod pesakit hendaklah disimpan dengan baik dan merupakan laporan sulit sepanjang masa.
5. Pada hari temujanji, pesakit didaftarkan dan dikenakan bayaran yuran mengikut kelayakan pesakit berpandukan kepada Perintah Fi (Perubatan) yang terkini dan juga peraturan-peraturan yuran lain yang berkenaan.

6. Semua pesakit akan diperiksa tekanan darah, denyutan nadi, skor kesakitan dan berat terkini sebelum berjumpa doktor. Sampel air kencing akan diambil untuk dihantar ke makmal di NLH untuk ujian *'Urine Protein'* dan '*Urine Sugar'*.
7. Pesakit dipanggil mengikut nombor panggilan ke bilik doktor, diperiksa secara klinikal dan pemeriksaan imbasan *'Ultrasound'* akan dilaksanakan. Penerangan dan kaunseling akan diberikan dengan lengkap.
8. Semua ujian dan prosedur yang akan dilakukan diberikan penerangan oleh doktor dan perlu mendapat kebenaran daripada pesakit.
9. Semua pemeriksaan, ujian dan prosedur yang dilakukan mesti direkodkan dengan lengkap di dalam rekod pesakit.
10. Pesakit akan dirujuk ke LH sekiranya pesakit perlu menjalani ujian atau prosedur lanjut dan perkhidmatan tersebut tidak disediakan di NLH.
11. Rekod pesakit hanya boleh dikendalikan oleh doktor atau kakitangan klinik pakar sahaja.
12. Selepas pemeriksaan, pesakit akan diberikan tarikh untuk temu janji akan datang dan pesakit yang diberi preskripsi ubat perlu mengambil ubat di Farmasi Hospital NLH.
13. Pesakit yang memerlukan rawatan lanjut yang tidak disediakan di NLH seperti *'Induction of Labour'* atau pembedahan kecemasan *'Caesarean Section'* akan dihantar ke LH melalui ambulans.

Perkhidmatan Pesakit Dalam di NLH

1. Semua pesakit yang dimasukkan ke dalam wad di NLH merupakan kes-kes yang dirujuk samaada dari LH *(step-down care),* klinik kesihatan, Unit Kecemasan dan klinik yang dijalankan oleh Pakar Lawatan *(Visiting Specialist).*
2. Semua kes yang dirujuk dari klinik kesihatan akan dirujuk kepada pegawai perubatan yang menjaga atau atas panggilan di NLH untuk dinilai.
3. Manakala, kes di bawah 22 minggu, kritikal dan tidak stabil atau trauma perlu dinilai di Unit Kecemasan. Sekiranya pesakit kritikal atau tidak stabil, keadaan klinikal perlu distabilkan sebelum dirujuk ke LH. Sekiranya pesakit stabil dan perlu kemasukan ke dalam wad, ianya akan dirujuk kepada pegawai perubatan yang menjaga O&G atau atas panggilan di NLH untuk dinilai sebelum dimasukkan ke dalam wad.

4. Pegawai Perubatan yang menjaga di NLH akan membuat rondaan semua pesakit dalam wad setiap hari. Pelan perawatan akan dibincangkan dengan pakar yang menjaga atau bertugas atas panggilan di LH.
5. Pesakit akan dirujuk ke LH sekiranya pesakit perlu menjalani ujian atau prosidur lanjut dan perkhidmatan tersebut tidak disediakan di NLH *(step-up care)* berdasarkan perbincangan dengan pakar yang menjaga atau bertugas atas panggilan di LH.

Perkhidmatan Pembedahan di NLH

1. Perkhidmatan Pembedahan di NLH hanya bertumpu kepada elektif kes mengikut jadual bilik pembedahan yang telah ditetapkan. Antara kes elektif di Dewan Bedah NLH ialah pembedahan *'Caesarean Section'* dan pembedahan Ginekologi Minor.
2. Semua pesakit yang melalui pembedahan di NLH merupakan pesakit yang telah dilihat dan diperiksa oleh Pegawai Perubatan di LH atau NLH.
3. Pesakit yang dipilih untuk menjalani pembedahan di NLH perlu memenuhi kriteria bius *('Anaesthesia')* yang telah ditetapkan seperti berikut:
   i. BMI kurang 35kg/m2 atau berat kurang 100 kg
   ii. Ketinggian lebih 145cm
   iii. Tidak ada keberangkalian saluran pernafasan yang sukar
   iv. Uri di atas *('Placenta Upper Segment')*
   v. Pesakit tidak mempunyai penyakit yang serius dan mempunyai ASA 1 dan 2
   vi. Bukan kandungan kembar
   vii. Pesakit tidak mempunyai masalah darah yang tidak boleh membeku *('Coagulopathy')*
4. Pesakit yang dipilih untuk menjalani pembedahan di NLH merupakan pesakit yang mempunyai kandungan dan risiko pembedahan yang rendah. Laporan pembedahan sebelum ini perlu diperiksa untuk pesakit yang mempunyai sejarah pembedahan *'Caesarean Section'* atau pembedahan lain untuk mengurangkan komplikasi yang membahayakan seperti kecederaan organ berhampiran disebabkan pelekatan organ berhampiran *('Adhesion').*
5. Pesakit akan diberikan tarikh pembedahan mengikut ketetapan jadual pembedahan dan dirujuk ke doktor bius untuk pemeriksaan Saringan Pra-Pembedahan dan perlu lulus saringan Pra-Pembedahan oleh Unit Anesthesia.

6. Jadual pembedahan akan disediakan oleh LH dan dihantar ke NLH sehari sebelum tarikh pembedahan.
7. Semua rekod perubatan pesakit akan dikumpulkan oleh jururawat Klinik O&G LH dan akan dihantar ke NLH melalui Unit Rekod LH sebelum tarikh pembedahan
8. Pesakit untuk pembedahan akan dimasukkan ke wad NLH berkaitan sehari sebelum pembedahan dan diperiksa oleh Pegawai Perubatan di NLH.
9. Semua pesakit perlu diberikan penerangan lengkap berkaitan pembedahan yang akan dilakukan dan borang kebenaran pembedahan perlu diisi dan ditandatangi dengan lengkap.
10. Darah pesakit sebelum pembedahan perlu diambil dan diperiksa sebelum pembedahan.
11. Hasil pemeriksaan, ujian dan prosidur yang dilakukan mesti direkodkan dengan lengkap di dalam rekod pesakit.
12. Pembedahan akan dilakukan oleh Doktor Pakar lawatan *('Visiting Specialist')* daripada LH dan dibantu oleh Pegawai Perubatan LH/NLH.
13. Pemeriksaan selepas pembedahan perlu dilakukan oleh oleh Pegawai Perubatan LH/NLH dan dinilai sebelum discaj 2 hari selepas pembedahan.

Perkhidmatan Ibu Bersalin di NLH

1. Jururawat terlatih dan Jururawat Masyarakat menerima kemasukan pesakit samada dari rujukan wad antenatal, rujukan klinik, dari unit kecemasan dan datang sendiri jika usia kandungan melebihi 37 minggu.
2. Pesakit yang memenuhi kriteria berikut, dibenarkan bersalin di NLH:
    i. Kandungan yang ke 2 hingga ke 5 sahaja
    ii. Tidak mempunyai masalah kesihatan kronik seperti: Kencing manis, Tekanan Darah Tinggi, Asma, Thyroid dan penyakit kronik yang serius
    iii. Tidak mempunyai sejarah pembedahan *'Caesarean Section'* bagi kelahiran sebelum ini
    iv. Usia kandungan dari 37 minggu sehingga 41 minggu
    v. Kedudukan bayi adalah *'Cephalic'* iaitu tidak songsang dan melintang
    vi. Kandungan yang bukan '*Single Parent*'
    vii. Tiada penyakit yang berkaitan darah dan *Rhesus negative*
    viii. Kod kandungan berwarna putih (risiko rendah)

3. Pesakit yang tidak memenuhi kriteria di atas atau memerlukan prosidur tambahan yang tidak disediakan di NLH seperti *'Induction of Labour'* atau pembedahan kecemasan *'Caesarean Section'* atas faktor tertentu akan dihantar ke LH dengan ambulans diiringi Pegawai Perubatan/Jururawat Terlatih dari Bilik Bersalin.
4. Nota ibu mengandung unit Obsterik 301-306 yang lengkap perlu ada bersama pesakit pada setiap kemasukan ke Bilik Bersalin.
5. Jururawat terlatih atau Jururawat Masyarakat memastikan pemeriksaan seperti dibawah dilakukan sebelum pesakit dimasukan ke wad, dibenarkan pulang, dipindahkan ke bilik bersalin atau dirujuk ke hospital Melaka dengan arahan Pegawai Perubatan:
   i. Denyutan jantung janin
   ii. *Cardiotocography* (untuk 33minggu ke atas)
   iii. Ujian air kencing
   iv. Palpasi abdominal
   v. *Vaginal examination* (VE) jika kontraksi sangat kuat.
6. Pegawai perubatan akan memeriksa pesakit seperti scan, VE, *Speculum*, pengambilan sampel HVS, ujian darah, pemasangan branula jika berkaitan keadaan pesakit semasa dari masa ke semasa sehingga kelahiran dan mengarahkan samada masuk wad, pulang ke rumah, kebenaran kelahiran atau rujuk ke Hospital Melaka.
7. Pegawai perubatan di NLH yang menjaga atau atas panggilan akan diberitahu segera untuk melihat sebarang kes-kes kecemasan.
8. Segala arahan oleh Pegawai Perubatan perlu ditulis dengan jelas di dalam Nota Ibu Mengandung Unit Obstetrik 301-306 dan dilaksanakan oleh anggota kejururawatan dengan betul dan tepat .
9. Ahli keluarga pesakit akan dimaklumkan oleh Pegawai Perubatan tentang keadaan pesakit.
10. Pegawai Perubatan/Jururawat Terlatih mengisi borang makmal, melabelkan dan mengambil spesimen darah atau melakukan pemasangan intravena pesakit mengikuti keperluan.
11. Jururawat Terlatih atau Jururawat Masyarakat akan menunjukkan jantina bayi kepada ibu sebaik sahaja selepas bersalin dan kemudian tag berwarna dipakaikan di pergelangan kaki bayi.

12. Suntikan *Syntometrine/Syntocinon* diberikan kepada ibu selepas bersalin dan suntikan Vitamin K serta immunisasi Hepatitis B dos pertama diberi kepada bayi selepas kelahiran.
13. Jururawat Terlatih/Jururawat Masyarakat akan membuat tatacara sentuhan mengikut Polisi Hospital Rakan Bayi.
14. Jururawat Terlatih/Jururawat Masyarakat membersihkan keseluruhan badan bayi, menimbang berat badan dan mengukur panjang dan lilitan kepala.
15. Pemeriksaan bayi oleh pegawai perubatan sebelum dihantar ke wad postnatal.
16. Jururawat Terlatih/Jururawat Masyarakat yang bertugas di bilik Bersalin akan mengiringi ibu dan bayi semasa berpindah ke wad berserta dengan Nota Ibu mengandung Unit Obestrik 301-306.
17. Jururawat Terlatih memenuhkan dokumen kelahiran dan memberikannya kepada pesakit semasa discaj.
18. Semua uri hendaklah dikembalikan kepada ibu kecuali bagi ibu yang bukan beragama Islam. Proses pembuangan hendaklah dimasukkan ke dalam Tong Sampah Klinikal yang sedia ada. Jururawat Terlatih menentukan bagi menghidap penyakit berjangkit (HIV/Hepatitis B) urinya hendaklah di lupuskan mengikut protocol yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesihatan.

POLISI PERKHIDMATAN PEDIATRIK KLUSTER





OBJEKTIF

Untuk memberikan perkhidmatan yang berkualiti merangkumi semua aspek perawatan kesihatan, termasuk pencegahan, diagnostik, kuratif dan rehabilitatif, kepada kanak-kanak sehingga berumur sekurang-kurangnya 12 tahun.

SKOP PERKHIDMATAN

Memberikan perkhidmatan kesihatan kepada kanak-kanak dari lahir hingga berumur sekurang-kurangnya 12 tahun yang merangkumi:

i. Perkhidmatan pesakit luar (Klinik Kanak-kanak).
ii. Perkhidmatan pesakit dalam.

POLISI PERKHIDMATAN

Klinik Pesakit Luar di NLH

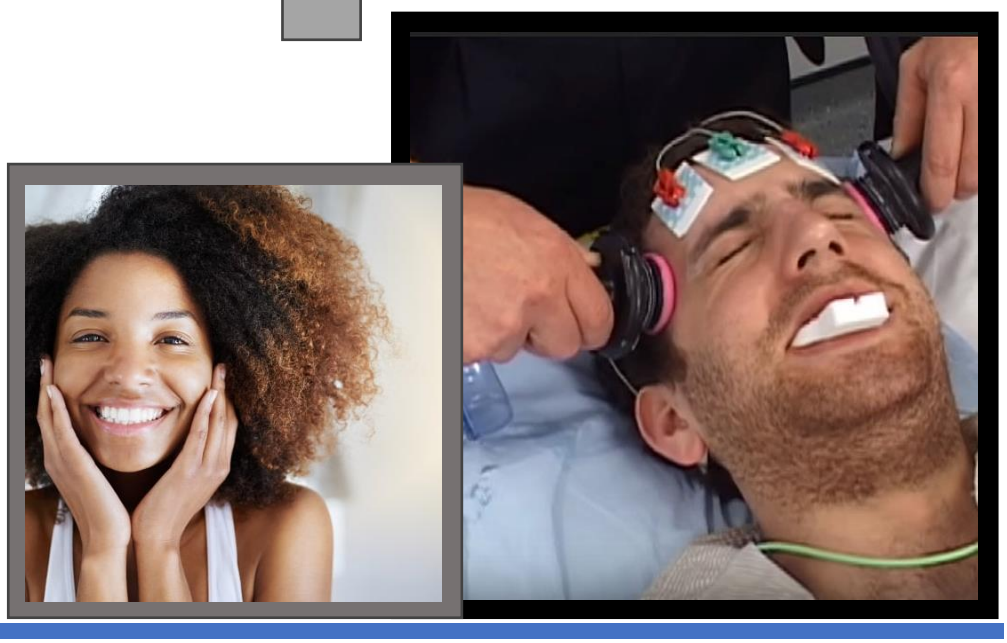
1. Semua pesakit yang datang ke klinik merupakan kes-kes yang dirujuk samada dari LH atau dari klinik-klinik dan hospital-hospital lain samada dari sektor swasta atau Kerajaan.
2. Semua rujukan baru disaring oleh Pegawai Perubatan Pediatrik dan diberi temujanji berdasarkan tindakan yang bersesuaian.
3. Semua kes baru perlu dilihat atau dibincang dengan Pakar yang melawat NLH pada temujanji pertama.
4. Rekod-rekod pesakit hendaklah diperolehi dan disediakan sebelum sesi klinik bermula.
5. Rekod-rekod pesakit hendaklah disimpan mengikut Polisi Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit.
6. Pada hari temujanji, pesakit didaftarkan dan dikenakan bayaran yuran mengikut kelayakan pesakit berpandukan kepada Perintah Fi (Perubatan) terkini dan juga peraturan–peraturan yuran lain yang berkenaan.
7. Pengukuran berat dan ketinggian pesakit mesti dilakukan sebelum konsultasi doctor. Pemeriksaan tekanan darah perlu di lakukan ke atas semua pesakit nephrologi.
8. Pesakit perempuan yang diperiksa oleh doktor lelaki perlu diiringi (*chaperon*) oleh seorang kakitangan Wanita.

9. Polisi Hospital Rakan Bayi mesti dipatuhi dan kemudahan penyusuan susu ibu mesti disediakan.
10. Semua pemeriksaan, ujian dan prosedur yang dilakukan mesti direkodkan dengan lengkap di dalam rekod pesakit.
11. Pesakit atau waris pesakit tidak dibenarkan memegang atau mengendalikan rekod pesakit.
12. Pesakit yang diberi preskripsi ubat perlu mengambil ubat di Farmasi Hospital.

Pesakit Dalam di NLH

1. Semua pesakit yang dimasukkan ke wad mesti didaftarkan.
2. Semua pesakit yang dimasukkan ke wad perlu ada tag identifikasi dikenakan di tangan atau kaki pesakit.
3. Semua pesakit yang dimasukkan akan diperiksa oleh Pegawai Perubatan yang bertugas di NLH.
4. Rondaan harian pesakit dalam akan dikendalikan oleh Pegawai Perubatan sekurang-kurangnya dua kali sehari untuk hari bekerja dan sekali sehari untuk hujung minggu/cuti awam bersama Ketua Jururawat/Jururawat Terlatih.
5. Sebarang masalah boleh dirunding dengan Pakar Pediatrik di LH. Pakar Pediatrik dari LH akan menjalankan rondaan wad seperti yang dijadualkan.
6. Pesakit yang tenat dan yang memerlukan rawatan rapi perlu dirujuk ke LH.
7. Semua arahan rawatan termasuk ujian makmal, ujan pengimejan, ubat-ubatan dan sebagainya mestilah dilaksanakan dengan cepat dan tepat.
8. Semua keputusan ujian makmal/ujian pengimejan mesti dilihat dan didokumentasi oleh Pegawai Perubatan di dalam rekod perubatan pesakit.
9. Sebarang perubahan observasi yang luarbiasa (GCS, BP, PR, RR, oxygen saturation, pendarahan, tahap kesakitan meningkat, dsb) mestilah dimaklumkan kepada Pegawai Perubatan untuk tindakan lanjut.
10. Pesakit hanya boleh discaj kepada ibu bapa atau penjaga yang sah.
11. Polisi Hospital Rakan Bayi perlu dipatuhi. Penyusuan susu ibu digalakkan dan kemudahan untuk meyusukan bayi perlu disediakan

POLISI PERKHIDMATAN PSIKIATRI & KESIHATAN MENTAL KLUSTER



OBJEKTIF

1. Memberikan perkhidmatan psikiatri dan kesihatan mental kepada pesakit dan keluarga dalam aspek saringan, pengesahan diagnosa dan mendapatkan rawatan awal, pemulihan serta pencegahan penyakit, bagi membolehkan pesakit dan keluarga menjalani kehidupan yang normal.
2. Selain perkhidmatan psikiatri umum, Jabatan Psikiatri dan Kesihatan Mental Hospital Melaka juga mengembangkan perkhidmatan subkepakaran psikiatri seperti Subkepakaran Psikiatri Kanak-kanak dan Remaja (Hospital Jasin) dan Subkepakaran Psikiatri Komuniti dan Rehabilitasi (Hospital Jasin dan Hospital Alor Gajah).
3. Meningkatkan jaringan perkhidmatan kesihatan mental bagi memudahkan pesakit mendapatkan rawatan yang optimal.
4. Mengurangkan kesesakan serta waktu menunggu yang lama di Hospital Melaka.

SKOP PERKHIDMATAN

1. **Klinik Pesakit Luar Psikiatri:** Memberikan perkhidmatan diagnostik dan rawatan kepada pesakit luar bagi psikiatri umum dan psikiatri subkepakaran. Klinik Pakar Pesakit Luar beroperasi pada waktu pejabat mengikut jadual yang telah ditetapkan.
2. **Konsultasi-Liaison Psikiatri:** Perkhidmatan yang menerima rujukan dari wad pesakit dalam untuk penilaian mental (*mental assessment*) dan membantu pasukan perawat primer dalam rawatan pesakit yang mengalami masalah kesihatan mental.
3. **Psikiatri Komuniti dan Rehabilitasi:** Perkhidmatan ini melibatkan dan memperkasakan ahli keluarga, penjaga dan komuniti setempat dalam pengurusan pesakit, terutama pada peringkat awal pengulangan penyakit akut. Di samping itu, ia juga menyediakan latihan, aktiviti pemulihan bagi membolehkan pesakit hidup berdikari di dalam komuniti.

POLISI PERKHIDMATAN

Klinik Pesakit Luar Psikiatri

Rujukan Pesakit Baru ke Klinik Pesakit Luar Psikiatri

1. Pesakit dikehendaki membawa surat rujukan daripada klinik/hospital kerajaan atau swasta untuk mendapatkan tarikh temujanji terlebih dahulu.
2. Tarikh temujanji berjumpa doktor akan diberi berdasarkan penilaian risiko dimana, pesakit boleh dilihat pada hari yang sama jika memerlukan rawatan segera atau dirujuk ke Hospital Melaka. Bagi kes bukan kecemasan, tarikh temujanji akan diberikan mengikut kekosongan seperti di Carta Aliran 1.
3. Bagi kes dirujuk dari Hospital Melaka, tarikh temujanji akan diberi di Hospital Melaka dan Surat Rujukan “3 helai” (untuk kesinambungan rawatan pengubatan) akan dihantar ke hospital kluster yang berkaitan.

Pemeriksaan Dan Konsultasi Oleh Pakar Psikiatri Dan Pegawai Perubatan

1. Rekod pesakit akan dicari lebih awal dan didaftar pada hari temujanji.
2. Pesakit akan dipanggil ke bilik konsultasi dan identiti pesakit dipastikan.
3. Pakar psikiatri dan pegawai perubatan akan menjalankan temubual, pemeriksaan tahap kesihatan mental dan kesihatan fizikal, rawatan, membuat preskripsi ubat-ubatan dan seterusnya menentukan rawatan susulan yang akan datang
4. Penyiasatan seperti pengambilan darah, pemeriksaan air kencing, radiologi, ECG dan sebagainya akan dilakukan sekiranya perlu.
5. Rawatan yang lain seperti suntikan akan diberikan mengikut arahan pakar psikiatri dan pegawai perubatan mengikut keperluan.
6. Tarikh dan masa temujanji ditentukan dan dicatat dalam sistem temujanji yang telah ditetapkan.

Rawatan Suntikan Ubat Antipsikotik

1. Rawatan suntikan ubat antipsikotik akan diberi oleh penolong pegawai perubatan atau jururawat terlatih. Anggota yang bertugas akan membuat semakan berpandukan konsep **7R** (**nama, kad pengenalan, dos, cara, masa, *route* yang betul, *right to refuse***) dan *general precaution* diambil.
2. Jika pesakit datang untuk suntikan lebih seminggu dari tarikh temujanji suntikan, pesakit dirujuk semula ke Pegawai Perubatan untuk pengesahan.

Pengesanan Kes Keciciran *(Defaulter Tracing)*

1. Pesakit yang gagal menghadiri temujanji, akan dikenalpasti dan diusahakan agar datang semula ke klinik untuk meneruskan rawatan.
2. Jika dalam masa satu bulan pesakit tidak hadir, kes pesakit tersebut perlu dibincang dengan pakar psikiatri yang menjaga dan rujukan ke Unit Psikiatri Komuniti bagi tujuan lawatan mengesan pesakit di rumah mengikut keperluan.

Rekod Pesakit

1. Fail rekod rawatan pesakit akan disimpan di bilik penyimpanan fail.
2. Rekod-rekod pesakit hendaklah diperolehi dan disediakan sebelum sesi klinik bermula.
3. Rekod-rekod pesakit hendaklah disimpan dengan baik dan merupakan dokumen sulit sepanjang masa.

Perkhidmatan Konsultasi-Liaison Psikiatri

Rujukan Dari Wad Pesakit Dalam

1. Proses rujukan pesakit dari wad pesakit dalam seperti di Carta Alir 2.
2. Pegawai Perubatan *in-charge (NLH)* perlu membincangkan semua kes yang dirujuk dengan Pakar Psikiatri *in-charge Non-Lead Hospital* pada waktu pejabat atau pakar psikiatri atas-panggilan Hospital Melaka pada waktu luar pejabat.
3. Pakar Psikiatri *in-charge* akan melihat kes rujukan di wad pada hari lawatan di hospital kluster mengikut keperluan.
4. Pegawai Perubatan *in-charge* perlu memastikan maklumat pesakit termasuk perkembangan rawatan pesakit di wad primer telah dilengkapkan dan direkodkan di fail psikiatri pesakit sebelum pesakit discaj.
5. Jika pesakit memerlukan rawatan susulan psikiatri sebagai pesakit luar, tarikh temujanji perlu diambil terlebih dahulu berdasarkan sistem temujanji yang sedia ada di hospital kluster dengan surat rujukan yang lengkap.

Perkhidmatan Psikiatri Komuniti dan Rehabilitasi

Ahli Pasukan NLH

1. Pakar Psikiatri Komuniti dan Rehabilitasi Hospital Melaka
2. Pakar Psikiatri *in charge* Hospital kluster
3. Pegawai perubatan

4. Penolong pegawai perubatan } pengurus kes
5. Jururawat
6. Pembantu perawatan kesihatan (gunasama)
7. Pemandu kenderaan (gunasama)
8. Pegawai pemulihan perubatan cara kerja (sekiranya ada rujukan)

Bagi memastikan ahli pasukan mempunyai kemahiran yang diperlukan untuk melaksanakan Perawatan Asertif dalam Komuniti, anggota yang terlibat akan mendapat latihan secara berkala bersama Pakar Komuniti & Rehabilitasi H. Melaka dan menyiapkan buku log bagi tujuan *privileging*.

Skop Perkhidmatan

- Perawatan Asertif Dalam Komuniti
- Pengesanan Pesakit Ingkar Rawatan
- Program Sokongan Pekerjaan

Perawatan Asertif Dalam Komuniti (PKA)

Perawatan Komuniti Asertif menyasarkan pesakit mental yang kurang akut bagi kesinambungan rawatan di rumah bagi mereka yang mempunyai masalah seperti kerap ***relapse*** dan masuk ke wad,sejarah '***non-compliance'***,' *poor insight'*, kerap ***'defaulter'***, stigma (enggan datang ke hospital) , masalah kemiskinan , ***co-morbid substance***. Proses rujukan seperti di Carta Alir 3.

1. Setiap kes baru yang dirujuk untuk PKA akan disaring terlebih dahulu oleh Pakar Psikiatri *in-charge*. Untuk masa ini, PKA hanya menerima kes yang di bawah jagaan PKA Hospital Melaka dan juga kes di bawah jagaan klinik pesakit-luar Hospital Kluster.
2. Sekiranya terdapat kes baru yang dirujuk oleh klinik kesihatan, Pakar Psikiatri *in charge* akan membuat penilaian awal untuk melihat kesesuaian pesakit bagi meneruskan rawatan di bawah jagaan PKA.
3. Setiap kes yang dirujuk hendaklah mendapatkan persetujuan dari pesakit atau keluarga untuk memberi rawatan selanjutnya di rumah pesakit (Borang Keizinan Menjalani Perawatan Di Rumah).
4. Segala masalah sepanjang rawatan perlu berbincang dengan Pakar Psikiatri *in-charge*.

5. Perbincangan secara berkala adalah mengikut ketetapan Pakar Psikiatri *in charge* hospital kluster masing-masing.
6. Selain memantau kepatuhan kepada rawatan ubat-ubatan & kesan sampingan, Pengurus Kes hendaklah memberikan pendidikan kesihatan kepada pesakit dan keluarga serta menggalakkan penglibatan keluarga pesakit dalam penjagaan dan perawatan pesakit.
7. Setiap kes di bawah jagaan PKA hendaklah dinilai semula setiap 2 tahun samada pesakit masih memerlukan perkhidmatan PKA atau boleh didiscaj ke Klinik Kesihatan atau Klinik Pesakit-Luar Hospital kluster.

<u>Prosedur Lawatan Ke Rumah</u>

1. Aktiviti lawatan ke rumah dilakukan oleh Pengurus Kes (PPP/Jururawat) mengikut jadual yang ditetapkan untuk meneruskan rawatan susulan bagi mengekalkan taraf kesihatan mental pesakit di rumah.
2. Pengurus kes hendaklah membuat temujanji dengan pesakit dan keluarga/penjaga untuk menetapkan tarikh dan masa lawatan ke rumah yang bersesuaian untuk kedua-dua pihak.
3. Pengurus kes hendaklah memperkenalkan diri (menunjukkan tag nama dan jawatan hospital) kepada pesakit dan keluarga/penjaga semasa lawatan dilakukan.
4. Pengurus kes hendaklah menjalankan penilaian ke atas pesakit semasa lawatan dilakukan seperti:
    - Keadaan mental pesakit semasa
    - Pengetahuan pesakit dan keluarga/penjaga tentang rawatan
    - Sokongan keluarga
    - Faktor-faktor risiko
    - Keperluan asas
5. Dokumentasi laporan keadaan pesakit dan lawatan di dalam rekod pesakit hendaklah dilakukan oleh Pengurus Kes selepas setiap lawatan.
6. Setiap bekalan ubat yang diberikan termasuk nama ubat, dos dan bilangan pil yang dibekalkan hendaklah didokumenkan terutamanya jika pengurus kes yang membekalkan ubat tersebut.
7. Lawatan ke rumah pesakit hendaklah menggunakan kenderaan jabatan; sekiranya tiada, petugas kesihatan dibenarkan untuk melakukan tuntutan perjalanan.

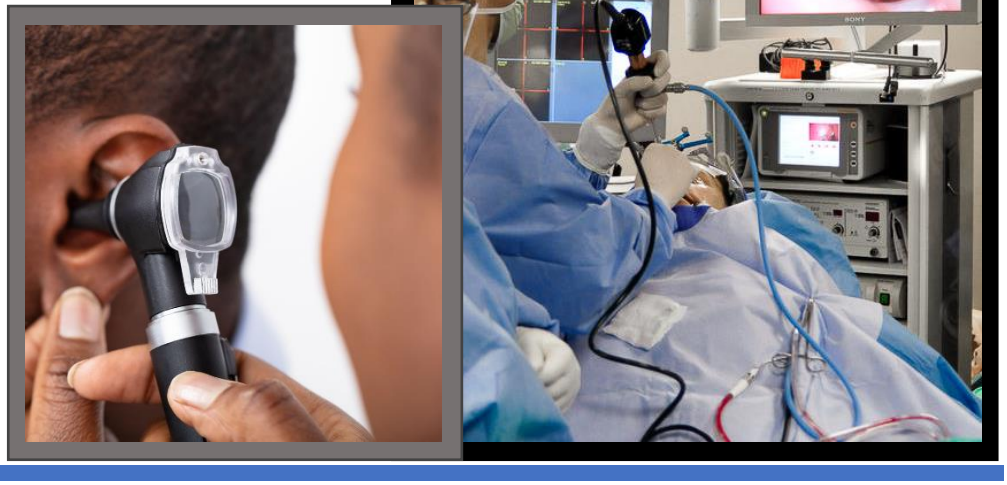
Pengesanan Pesakit Ingkar Rawatan (*Defaulter Tracing*)

1. Rujukan dengan menggunakan borang yang ditetapkan.
2. Lawatan dilakukan oleh Pengurus Kes dalam masa seminggu untuk mengesan dan mengenal pasti masalah pesakit.
3. Tempoh untuk mengesan pesakit adalah selama sebulan selepas lawatan pertama dilakukan.
4. Sekiranya pesakit masih gagal dikesan hendaklah dimaklumkan kepada Pakar Psikiatri untuk tindakan selanjutnya.
5. Pengurus kes hendaklah memberi maklum balas mengenai lawatan dan didokumentasikan di dalam fail pesakit.
6. Pesakit yang tidak stabil akan terus di maklumkan kepada Pakar Psikiatri untuk tindakan/perancangan selanjutnya.

Program Sokongan Pekerjaan

Sebagai platform untuk pemulihan pesakit psikiatri secara keseluruhan kerana kajian membuktikan bahawa dengan bekerja, pesakit psikiatri akan lebih berkeyakinan dalam berinteraksi dengan masyarakat. Dengan bekerja, pesakit psikiatri akan lebih bertanggungjawab menjaga pemakanan ubat secara konsisten supaya boleh bekerja dengan lebih efisien. Program sokongan pekerjaan akan dijalankan dengan kerjasama Unit Jurupulih Cara Kerja.

POLISI PERKHIDMATAN OTORINO-LARINGOLOGI KLUSTER



OBJEKTIF

1. Memberi rawatan dan pembedahan kepada pesakit telinga, hidung, tekak, kepala dan leher. Juga saringan ujian alahan bagi masalah alergi rhinitis.
2. Memberi perkhidmatan saringan masalah pendengaran kanak-kanak dan ujian pendengaran bagi orang dewasa.
3. Mengendalikan kes-kes untuk kanak-kanak yang lewat bercakap dan mempunyai masalah pertuturan untuk pengesanan dan rehabilitasi awal.
4. Memberi latihan klinikal kepada Sub Kepakaran Kepala dan Leher, Pelajar Perubatan Sarjana, Pelajar Kolej Perubatan Melaka-Manipal, pelatih-pelatih Jururawat dan Pembantu Pegawai Perubatan.
5. Memberi nasihat kepada pesakit tentang penjagaan telinga, hidung, tekak dan penggunaan ubat-ubatan.
6. Sesi di NLH akan dibantu oleh seorang kakitangan dengan menggunakan kenderaan hospital. Hospital Melaka akan melakukan pembedahan elektif dan mengikut kesediaan bilik pembedahan yang terdapat di Hospital Alor Gajah. HKM mesti bekerja secara teratur, terarah dan diselaraskan, untuk memastikan perkhidmatan klinik dan pembedahan yang standard diberikan kepada semua peringkat masyarakat.

SKOP PERKHIDMATAN

Perkhidmatan Jabatan Otorinolaringologi HKM meliputi semua pesakit dari negeri Melaka yang memerlukan perkhidmatan yang kami tawarkan.

1. Menyediakan rawatan pakar pesakit luar bagi penyakit berkaitan pendengaran, pertuturan, masalah hidung, telinga, tekak, kepala dan leher.
2. Menyediakan rawatan pesakit dalam berkaitan masalah diatas.
3. Menyediakan perkhidmatan atas panggilan.
4. Membuat pemeriksaan dan rawatan bagi kes-kes yang dirujuk dari hospital kerajaan, pusat kesihatan, hospital dan klinik swasta.
5. Menjalankan pembedahan elektif, bedah harian dan kecemasan pada hari-hari yang dikhaskan.
6. Memberi perkhidmatan konsultasi dalam bidang ORL.
7. Membuat rujukan kepada jabatan tertentu untuk pesakit mendapatkan rawatan yang lebih sempurna.

8. Memberi rawatan pesakit kanser Kepala dan Leher.
9. Membuat ujian alahan untuk penyakit alahan hidung.
10. Membuat saringan pendengaran kanak-kanak berisiko tinggi.
11. Membantu rehabilitasi pertuturan kanak-kanak istemewa.
12. Mengendalikan perkhidmatan masalah berdengkur dan menelan.

POLISI PERKHIDMATAN

Pembedahan

1. Kes-kes yang ingin dibedah mestilah mendapat persetujuan dari pakar. Kes-kes ini di ditulis pada buku temujanji Pembedahan dan diletakkan nama Doktor dan pakar yang dirujuk.
2. Pesakit yang dibedah, mestilah dirujuk kepada klinik Anestesiologi sekurang-kurangnya 2 minggu sebelum tarikh dibedah kecuali kes separa kecemasan. Pengesahan daripada Klinik Anestesiologi mesti diperolehi sebelum senarai bedah dibuat.
3. Pesakit yang gagal pemeriksaan Anestesiologi akan dirujuk kepada Jabatan perubatan/lain untuk rawatan lanjut sebelum tarikh bedah dipastikan semula.
4. Semua senarai kes bedah pada hari esok, mesti di sediakan sebelum pukul 12.00 tengahari dan ditandatangani oleh Ketua Jabatan atau wakil. Senarai bedah ini mesti dihantar ke unit-unit yang berkenaan sebelum pukul 2.30 petang.
5. Pegawai Perubatan dan Pembantunya mesti berada di dewan bedah pada hari bedah pada pukul 8.00 pagi untuk memulakan sesi pembedahan.
6. Kes-kes bedah harian akan dibuat pada hari Rabu sebelah petang di Pusat bedah Harian. Seorang Pakar Bedah ORL, seorang Pegawai Perubatan dan 2 orang Pembantu Perubatan dari Pusat Bedah Harian mesti bertugas di dewan bedah pada hari berkenaan.
7. Pegawai Perubatan hendaklah memastikan persediaan preoperative lengkap sebelum pesakit dibedah esok harinya seperti lapuran siasat/ investigation, CT scan/X-Ray dan Borang Persetujuan Pembedahan.
8. Semua kes bedah kecemasan hendaklah dibertahu kepada pakar bedah bertugas atas panggilan dan Ketua Jabatan.
9. Kriteria pembedahan hari Sabtu perlu mengikut garis panduan Pembedahan hari sabtu.

10. Trakeostomi semi kecemasan akan dibuat waktu pejabat dan hari minggu sebelum pukul 12 tengah hari.

5.5 POLISI PERKHIDMATAN DERMATOLOGI KLUSTER



OBJEKTIF

1. Mengukuhkan penyampaian perkhidmatan kepakaran dermatologi di NLH.
2. Meningkatkan tahap dan kualiti penjagaan pesakit melalui latihan, *update* terkini dan kompetensi kakitangan.

SKOP PERKHIDMATAN

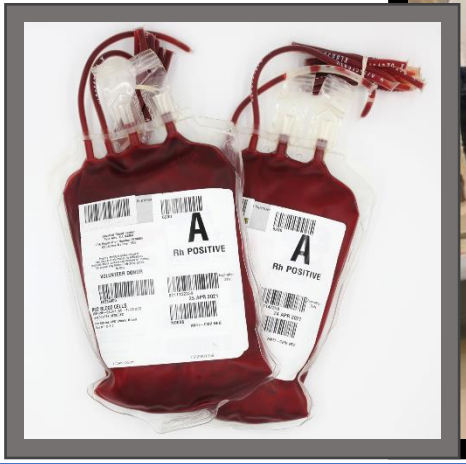
Fungsi-fungsi utama Klinik Dermatologi:

1. Memberi rawatan pesakit luar.
2. Sebagai pusat latihan dan rujukan perkhidmatan kepakaran bidang dermatologi.

POLISI PERKHIDMATAN

1. Perkhidmatan pesakit luar adalah berdasarkan Piagam Pelanggan Perkhidmatan Klinik Pakar.
2. Klinik Dermatologi menyediakan perkhidmatan kepakaran pesakit luar.
3. Klinik Dermatologi akan beroperasi dibawah pemantauan Pakar yang bertanggungjawab dan mengikut jadual yang telah ditetapkan.
4. Klinik Dermatologi adalah berstatus klinik rujukan dan susulan. Semua pesakit mesti mendapatkan surat rujukan dan temujanji.
5. Sebarang perubahan/pembatalan/penangguhan temujanji adalah tertakluk kepada polisi jabatan dan pengurusan hospital yang terbabit.
6. Semua pesakit mesti mengemukakan dokumen yang diminta bagi tujuan melancarkan proses temujanji dan pendaftaran.
7. Setiap pesakit mesti mematuhi Perintah Fi (Perubatan) yang terkini.
8. Maklumat konsultasi klinikal mestilah didokumentasi di dalam rekod perubatan pesakit.
9. Bagi perkhidmatan pesakit dalam, kes kecemasan boleh dirujuk kepada Pegawai Perubatan/Pakar Dermatologi atas panggilan.

POLISI PERKHIDMATAN PERUBATAN TRANSFUSI KLUSTER





OBJEKTIF

1. Memastikan bekalan darah dan komponen darah mencukupi, berkualiti dan selamat di seluruh Hospital Kluster Melaka.
2. Memastikan perkhidmatan transfusi yang selamat.

SKOP PERKHIDMATAN

1. Bekalan darah dan komponen darah
2. Permohonan darah dan ujian darah pesakit
3. Amalan transfusi darah yang selamat
4. Haemovigilan
5. Hospital Transfusion Committee

POLISI PERKHIDMATAN

Bekalan Darah Dan Komponen Darah

1. LH bertanggungjawab untuk membekalkan dan memastikan bekalan darah dan komponen darah sentiasa mencukupi untuk semua Hospital Kluster Melaka.
2. Pengurusan bekalan dan pembekalan darah dan komponen darah mestilah mematuhi garis panduan transfusi terkini (*Transfusion Practice Guidelines for Clinical And Laboratory Personnel, National Blood Centre, Ministry Of Health*).
3. Rangkaian sejuk (*cold chain*) darah perlu dikekalkan semasa pengangkutan:
   i. Sel darah merah : 2-10^{o}C
   ii. Platelet : 20-24^{o}C
   iii. Plasma : ≤ -25^{o}C
4. Darah tidak dibenarkan dibawa bersama pesakit semasa penghantaran pesakit ke LH kecuali untuk kes kecemasan dan pendarahan yang memerlukan transfusi semasa perjalanan. Bagi kes pesakit dari LH yang akan menjalani pembedahan di NLH dan memerlukan bekalan darah, perbincangan dengan Pegawai Perubatan Transfusi LH diperlukan.
5. Darah Merah (packed red cell)
   i. Semua makmal transfusi hospital mesti menyimpan sekurang-kurangnya 3 hari bekalan darah pada setiap masa.
   ii. Semua NLH mesti menyimpan 2-4 unit darah *Safe O* (*Group O RhD positive packed cells*) pada setiap masa untuk kegunaan kecemasan.

iii. Bekalan darah merah di NLH yang akan luput dalam masa 10 hari perlu dipulangkan ke LH supaya dapat digunakan sebelum tarikh luput, dan darah yang baharu akan dibekalkan untuk menggantikan bekalan darah ini.

6. Komponen plasma (*Fresh Frozen Plasma & Cryoprecipitate*)
   i. Semua NLH perlu menyimpan bekalan plasma yang mencukupi mengikut keperluan semasa.
7. Platelet
   i. Platelet hanya akan dibekalkan kepada NLH mengikut permintaan (mengikut kes).
   ii. Platelet akan dibekalkan dan disimpan sebagai bekalan di NLH sekiranya ada keperluan.

Permohonan Darah Dan Ujian Darah Pesakit

1. Untuk kes-kes saringan antibodi positif atau ujian darah tidak serasi, sampel darah pesakit mesti dihantar ke LH untuk ujian lanjut setelah dibincang dengan Pegawai Perubatan Jabatan Perubatan Transfusi, LH.
2. Semua permintaan untuk *rare blood type* perlu melalui Pegawai Perubatan Jabatan Perubatan Transfusi, LH.

Amalan Transfusi Yang Selamat

1. Transfusi darah dan komponen darah perlu digunakan dengan sewajarnya berdasarkan indikasi klinikal yang betul.
2. Mengimplementasikan strategi *Patient Blood Management.*
3. Semua yang terlibat dalam proses transfusi perlu dilatih dan kompeten.
4. Pegawai Perubatan, Pegawai Sains dan Juruteknologi Makmal Perubatan yang baru bertugas di makmal transfusi NLH perlu menjalani latihan kompetensi di Jabatan Perubatan Transfusi, LH.

Haemovigilance

1. Laporan haemovigilan (reaksi transfusi, *near miss* dan *incorrect blood component transfused*) perlu dihantar setiap bulan kepada LH untuk pengumpulan data dan penghantaran ke *National Haemovigilance Coordinating Centre*.

Hospital Transfusion Committee

1. *Hospital Transfusion Committee* di setiap hospital berperanan memastikan amalan transfusi yang selamat dan bersesuaian.
2. Jawatankuasa *Hospital Transfusion Committee* NLH perlu dianggotai oleh pakar Perubatan Transfusi dari LH.

POLISI PENULISAN PRESKRIPSI KLUSTER



OBJEKTIF

Untuk memastikan pendispensan ubat kepada pesakit di Hospital Kluster Melaka dapat dilakukan dengan betul berdasarkan preskripsi yang tepat dan meminimakan risiko kesilapan pengubatan kepada pesakit.

SKOP PERKHIDMATAN

Garis panduan ini diguna pakai kepada anggota kesihatan yang terlibat dalam aktiviti penulisan preskripsi di Hospital Kluster Melaka.

POLISI PERKHIDMATAN

Penulisan Preskripsi Umum

1. Semua preskripsi ubat perlu berpandukan **Formulari Ubat Kluster Melaka.**
2. Preskripsi hanya boleh dikeluarkan bagi pesakit yang mendapatkan rawatan di Hospital Kluster Melaka.
3. Satu preskripsi khusus untuk **seorang pesakit** sahaja.
4. Penulisan preskripsi mestilah berpandukan **Garispanduan Penulisan Preskripsi Baik** seperti yang dinyatakan dalam perkara 6.0 dalam polisi ini.
5. **Kuasa memulakan preskripsi.** Pegawai-pegawai yang dibenarkan untuk mula mempreskrib adalah seperti kategori di bawah. Pakar perunding pergigian, pakar pergigian dan pegawai pergigian turut dimasukkan di dalam golongan ini tetapi untuk ubat-ubat yang digunakan dalam rawatan pergigian sahaja.

A*	Pakar Perunding untuk indikasi yang spesifik sahaja
A	Pakar Perunding/Pakar Klinikal
A/KK	Pakar perunding/ Pakar/ Pakar Perubatan Keluarga
B	Pakar Perunding /Pakar Klinikal/Pakar Kesihatan Keluarga
C	Pakar Perunding /Pakar Klinikal/Pakar Kesihatan Keluarga/ Pegawai Perubatan/ Anggota Paramedik[#] (Penolong Pegawai Perubatan/Jururawat hospital atau klinik)
C+	Pakar Perunding/ Pakar Klinikal/Pakar Kesihatan Keluarga/ Pegawai Perubatan/ Anggota Paramedik[#] (Penolong Pegawai Perubatan/Jururawat hospital atau klinik/ Anggota Paramedik dalam perbidanan (Jururawat Masyarakat)

[#]Kumpulan Paramedik: Hanya boleh membekalkan ubat dengan/tanpa preskripsi dan tidak dibenarkan untuk menulis preskripsi berdasarkan Surat Pemberian Kuasa di Bawah Peraturan 23A [No. Ruj: KKM.600-12/4/6 Jld. 2 (19) bertarikh 31 Oktober 2018].

6. Ubat-ubatan Pakar (kategori A*, A dan A/KK) hanya boleh dimulakan oleh Pakar berkaitan seperti dinyatakan dalam FUKKM. Pegawai Perubatan hanya boleh meneruskan rawatan sahaja dan sebarang perubahan perlu dirujuk kepada Pakar berkaitan.
7. Pastikan tulisan terang, jelas, boleh dibaca dan tidak bersambung.
8. Sila gunakan pen mata bulat berdakwat hitam/biru sahaja.
9. Sebarang pindaan pada preskripsi asal mesti mendapat kebenaran keatas preskripsi daripada pengeluar terlebih dahulu.
10. Setiap pindaan mesti direkodkan menggunakan pen merah dan ditandatangani oleh pengubah.
11. Tatacara membuat pindaan:
    i. Jika terdapat **perubahan dos:**
       - Sila potong bahagian dos sahaja, nyatakan dos baru dan tandatangan ringkas.
    ii. Jika terdapat **perubahan jenis ubat:**
       - Sila potong keseluruhan nama ubat tersebut, nyatakan nama ubat baru, dos, frekuensi dan tandatangan ringkas pada hujung barisan ubat yang dipotong.
    iii. Jika terdapat **perubahan regimen baru** kepada pesakit dari regimen asal:

Jika terdapat peningkatan dos	Guna simbol ↑
Jika terdapat penurunan dos	Guna simbol ↓
Jika terdapat tambahan ubat baru	Guna simbol +

12. Anggota farmasi perlu memastikan kesahihan preskriber melalui contoh tandatangan atau rekod yang berkaitan sebelum meneruskan proses pendispensan.
13. Pengendalian preskripsi ubat psikotropik dan Dadah Berbahaya hendaklah mematuhi akta dan peraturan yang berkaitan.
    i. Peraturan 11(2) Peraturan-Peraturan Racun (Bahan-Bahan Psikotropik) 1989 memperuntukkan setiap preskripsi yang dipreskrib oleh pengamal perubatan berdaftar, pengamal pergigian dan pakar bedah veterinar haruslah mempunyai maklumat berikut:
       a. Bertulis, bertarikh dan ditandatangani oleh preskriber
       b. Nama penuh, alamat, dan nombor telefon preskriber

c. Umur, nama penuh, alamat rumah pesakit
d. Jumlah dos dan durasi bahan psikotropik yang perlu diberikan kepada pesakit

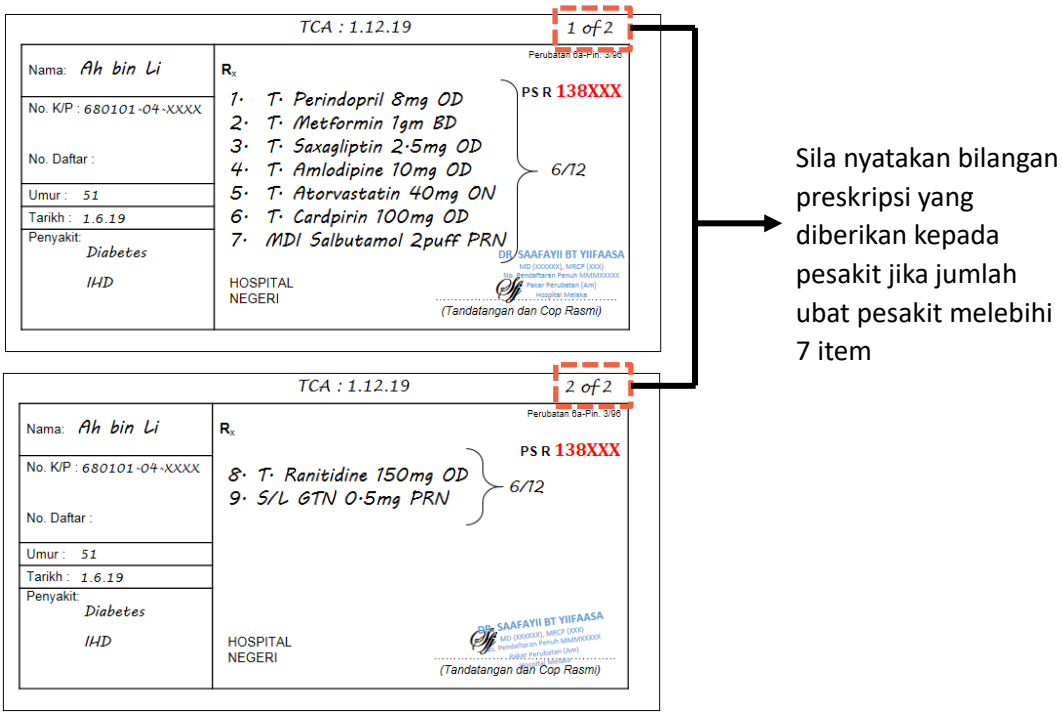
ii. Peraturan 11(3) (d) Peraturan-Peraturan Racun (Bahan-Bahan Psikotropik) 1989. Tempoh sah laku maksimum bagi preskripsi pesakit luar yang mengandungi Ubat Psikotropik dan Dadah Berbahaya adalah **90 hari SAHAJA**.

14. Preskriber **tidak boleh preskrib untuk diri sendiri**.
15. Semua preskripsi perlu mempunyai nama Pakar/Pegawai Perubatan yang menandatanganinya dan nama unit/wad/klinik/jabatan.
16. **KEPERLUAN PRESKRIBER MENULIS NAMA PENUH UBAT BAGI UBAT YANG TIDAK TERSENARAI DALAM SENARAI NAMA SINGKATAN & NAMA DAGANGAN UBAT YANG DIBENARKAN DI HOSPITAL KLUSTER MELAKA.**
17. Setiap preskripsi (pesakit dalam dan luar) yang ditulis oleh Pegawai Perubatan Pelatih (*Houseman Officer*, HO) WAJIB ditandatangan timbal oleh Pegawai Perubatan (*Medical Officer*, MO) atau **Pakar MENGIKUT KATEGORI PRESKRIBER DALAM FUKKM**.
18. **Slip preskripsi kerajaan tidak boleh digunakan untuk tujuan mengarah atau membolehkan pesakit membeli ubat di farmasi swasta**. Pegawai perubatan boleh menggunakan memo sebagai preskripsi bagi tujuan pesakit (yang mendapat rawatan di hospital /klinik kesihatan KKM) untuk membeli ubat di premis farmasi swasta. Butiran yang perlu dilengkapkan di dalam memo tersebut ialah seperti berikut.
    i. Nama penuh pesakit
    ii. No. kad pengenalan pesakit
    iii. Umur pesakit
    iv. Alamat pesakit
    v. Nama dan kekuatan ubat, dos, kekerapan penggunaan dan tempoh rawatan
    vi. Tandatangan dan cop rasmi preskriber
    vii. Nama, alamat dan nombor telefon hospital
    viii. Tarikh preskripsi ditulis
    ix. Nota “Preskripsi ini ditulis atas permintaan pesakit”

19. Bagi pesakit warga asing yang menghidap **penyakit tidak berjangkit (NCD)** dan mendapat rawatan di fasiliti KKM adalah dibekalkan ubat terhad kepada **lima (5) hari** sahaja. Pesakit warga asing akan diberikan dua (2) preskripsi oleh doktor yang merawat iaitu:
    i. Preskripsi pertama untuk bekalan di fasiliti KKM bagi tempoh **lima (5) hari** sahaja; dan
    ii. Preskripsi kedua (menggunakan memo) untuk bekalan seterusnya (jika perlu) di mana ubat-ubatan perlu dibeli di luar fasiliti KKM (farmasi swasta) oleh warga asing tersebut.
20. Bagi preskripsi yang melibatkan antibitiok, sila rujuk Polisi Antibiotik Hospital Kluster 2022.

Penulisan Preskripsi Bagi Pesakit LuaR

1. Preskripsi mesti ditulis di dalam 2 salinan menggunakan buku preskripsi Perubatan 6A-Pin. 3/96.
2. Setiap maklumat didalam preskripsi mesti dilengkapkan dengan maklumat berikut:
    i. Nama pesakit
    ii. No. Kad Pengenalan / RN Pesakit
    iii. Umur pesakit
    iv. Diagnosis
    v. Nama ubat (nama generik sahaja)
    vi. Dos ubat
    vii. Frekuensi ubat
    viii. Durasi ubat
    ix. Bentuk sediaan (*dosage form)*
    x. Sejarah alahan dan ADR (jika ada)
    xi. Nama, tandatangan, jawatan, nama wad/klinik dan cop preskriber
    xii. Nama, tandatangan timbal, jawatan, dan cop preskriber (jika berkaitan)
    xiii. Tarikh preskripsi dikeluarkan / ditulis
    xiv. Tarikh temujanji susulan (jika ada)
3. Maksima bilangan ubat bagi preskripsi pesakit luar adalah **sebanyak 7 item** sahaja. Sekiranya jumlah ubat pesakit adalah 9 jenis, perlu menggunakan 2 preskripsi pesakit luar.



Cara penulisan preskripsi yang betul bagi ubat pesakit luar melebihi 7 item

Penulisan Preskripsi Bagi Pesakit Dalam

1. Semua ubat yang perlu diambil oleh pesakit semasa berada di dalam wad perlu dipreskrib dalam Carta Pengubatan Pesakit.
2. Carta Pengubatan Pesakit merupakan dokumen yang mengandungi preskripsi dan maklumat pemberian ubat di wad. Carta Pengubatan perlu mengandungi:
   i. Preskripsi untuk **KEGUNAAN FARMASI** - perlu dihantar ke farmasi dan perlu mempunyai **rekod pembekalan ubat.**
   ii. Salinan preskripsi (*carbonised copy*) untuk **KEGUNAAN WAD** - mempunyai **rekod administrasi ubat** dan perlu disimpan di wad.
3. Carta Pengubatan Pesakit mesti di isi oleh Pegawai Perubatan sahaja melibatkan:
   i. Nama Pesakit
   ii. No. kad pengenalan
   iii. No daftar
   iv. Wad
   v. No. katil
   vi. Jantina
   vii. Umur
   viii. Berat badan

ix. Diagnosa

x. Indikasi

xi. Rx (Dos, Kekerapan dan Administrasi)

xii. Tandatangan dan cop rasmi

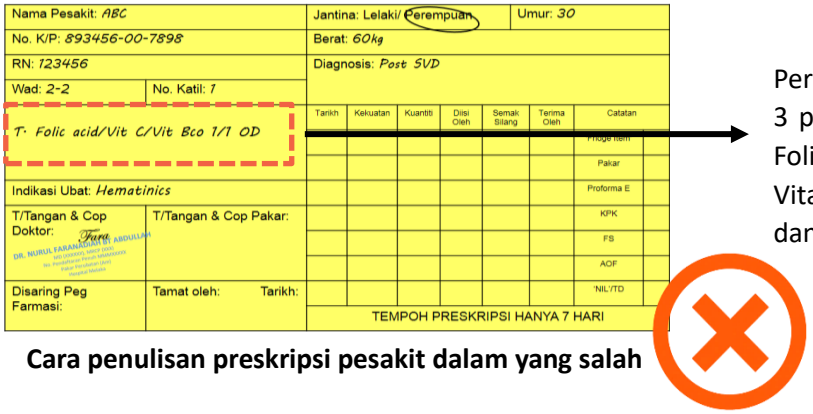
4. Satu slip preskripsi dalam Carta Pengubatan Pesakit khusus untuk **SEORANG PESAKIT DAN SATU JENIS UBAT** sahaja.

Contoh: *Insulin Chase (IV Calcium Gluconate 10%, IV Insulin 10 units, IV Dextrose 50%)* perlu menggunakan 3 preskripsi



Hanya 1 item dalam 1 preskripsi pesakit

Cara penulisan preskripsi pesakit dalam yang betul



Perlu menggunakan 3 preskripsi bagi Tab Folic Acid, Tab Vitamin B-Complex dan Tab Vitamin C

Cara penulisan preskripsi pesakit dalam yang salah

5. Tempoh preskripsi hanya untuk kegunaan **SEMINGGU** sahaja.
6. Setiap administrasi ubat kepada pesakit mesti direkodkan, ditandatangani oleh pemberi dan penyemak dalam Carta Pengubatan Pesakit.

Garis Panduan Penulisan Preskripsi Baik

I. BIODATA PESAKIT

MAKLUMAT BERKAITAN UBAT-UBATAN	
BIODATA PESAKIT	Satu preskripsi untuk satu pesakit.
	Preskripsi hanya boleh dikeluarkan bagi pesakit yang mendapatkan rawatan di Hospital Kluster Melaka.
	Nyatakan nama penuh pesakit, no. kad pengenalan penuh atau nombor pendaftaran pada preskripsi bagi pengenalpastian identiti pesakit, termasuk umur dan jantina pesakit. **(Umur perlu dinyatakan pada preskripsi)**
	Umur dan berat (berat pesakit yang digunakan untuk menentukan dos pesakit) perlu dinyatakan pada semua preskripsi pesakit PEDIATRIK dan sesetengah ubat bagi pesakit dewasa. Contoh Umur: 1 tahun (10kg)

II. DIAGNOSIS

MAKLUMAT BERKAITAN UBAT-UBATAN	
DIAGNOSIS	Elakkan guna singkatan bagi diagnosis atau nama prosedur pada preskripsi.

III. NAMA UBAT

MAKLUMAT BERKAITAN UBAT-UBATAN	
Nama Ubat	Semua preskripsi perlu ditulis dengan **JELAS, BOLEH DIBACA** dan **SAH**.
	Penulisan nama ubat perlu menggunakan nama penuh dan nama generik. **JANGAN GUNA nama singkatan ubat.**

	JANGAN GUNA nama kimia atau simbol. Contoh: HCl (hydrochloric acid atau hydrochloride) mungkin disalah erti sebagai KCl (potassium chloride).
	Nyatakan formulasi/bentuk dosej/kekuatan/alat dengan **JELAS** bagi sesuatu ubat terutamanya bagi ubat-ubatan yang mempunyai formulasi/bentuk dosej/ kekuatan/alat yang berbeza. Contoh: Actrapid **Penfill** atau Actrapid **Vial** **MDI** Salbutamol atau **Easyhaler** Salbutamol

IV. DOS

MAKLUMAT BERKAITAN UBAT-UBATAN	
Dos	Semua dos ubat perlu ditulis mengikut kekuatan dos yang dipreskrib. **JANGAN GUNA** perkataan 1 puff, 1/1, 1 tab atau lain-lain singkatan yang tidak dibenarkan.
	JANGAN GUNA sifar (0) di hujung dos. Contoh: 1mg, **BUKAN 1.0mg** **Guna sifar (0) di hadapan titik perpuluhan** bagi dos kurang daripada 1. Contoh: 0.1mg, **BUKAN .1mg**
	Guna perkataan atau nombor. **JANGAN GUNA huruf/nombor Roman**. Contoh: One, Two, Three atau 1, 2, 3. **Jangan guna 'III' untuk tiga (3), 'V' untuk lima (5) dll.**

Dos	Dos 1 gram atau lebih perlu ditulis dalam gram. Contoh: 1g, 1.5g, 2g Dos kurang daripada 1 gram perlu ditulis dalam milligram. Contoh: 500mg, **BUKAN 0.5g** Dos kurang daripada 1 miligram perlu ditulis dalam microgram. Contoh: 100mcg, **BUKAN 0.1mg**
	Bagi dos lebih daripada 100 unit a) Guna perkataan untuk maksudkannya Contoh: one thousand, one million dll. b) Guna koma bagi dos unit lebih daripada 1000 Contoh: Syr Nystatin 500,000 units
	Bagi **insulin**, tulis perkataan 'unit' dan berikan ruang antara dos dan unit. **JANGAN tulis singkatan bagi unit**. 'U' atau 'ü' boleh disalaherti sebagai nombor '0'. Contoh: '10 unit' Bagi dos insulin yang berbeza, boleh ditulis seperti: S/C Actrapid 12 units am ;12 units noon; 10 units pm
	Bagi **ubat kombinasi**, perlu nyatakan: a) Kekuatan b) Kuantiti tablet per dos Contoh: Tab. Perindopril/Indapamide (4mg/1.25mg) 1 tab OD
	Bagi ubat sedut (*inhaler* dan *nasal spray*), tulis dos menggunakan kuantiti dos **BUKAN puffs** (kecuali ubat sedut kombinasi).

<table>
<tr><td rowspan="6">Dos</td><td>Contoh: MDI Salbutamol 200mcg PRN
……..
Accuhaler Seretide (50mcg/250mcg) 1 puff BD</td></tr>
<tr><td>Bagi ubat psikotropik, nyatakan bilangan dos BUKAN bilangan tablet.
Contoh: Tab. Lorazepam 0.5mg BD/ PRN x 10 doses</td></tr>
<tr><td>Bagi unit milliliter, hendaklah ditulis sebagai ml atau mL
BUKAN cc atau cm^3</td></tr>
<tr><td>Bagi unit microgram, hendaklah ditulis sebagai ‘mcg’ atau ‘microgram’ BUKAN µg</td></tr>
<tr><td>Bagi dos yang diberi secara infusi, nyatakan dos berserta dengan dilution dan infusion rate.
Contoh: IV Noradrenaline 8mg in 50ml NS, run 10ml per hour</td></tr>
<tr><td>Bagi dos pesakit pediatrik, nyatakan bersama dos yang digunakan dalam bentuk mg/kg/dos.
Contoh: IV Cefotaxime 35mg 8hrly (25mg/kg/dose)

Bagi dos antibiotik Amoxycillin + Clavulanate (Co-Amoxiclav/ Augmentin®), dos yang dipreskrib adalah dalam dos Co-Amoxiclav/ Augmentin®.
Contoh dos bagi pesakit pediatrik adalah seperti berikut:

<table>
<tr><th colspan="4">Amoxycillin +Clavulanate (Co-Amoxiclav/ Augmentin®):
(in Co-Amoxiclav/ Augmentin® dose).</th></tr>
<tr><td rowspan="2">IV</td><td><3months</td><td>30mg/kg 12 hrly</td><td>Max :1.2 gm</td></tr>
<tr><td>≥3months</td><td>30mg/kg 8 hrly</td><td>Max :1.2 gm</td></tr>
<tr><td>Syrup</td><td>228mg/5ml</td><td>25mg/kg 12 hrly</td><td>Max :1gm</td></tr>
<tr><td>Tablet</td><td>625mg/tablet</td><td>20-30mg/kg 8 hrly</td><td>Max :625mg</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

V. FREKUENSI

MAKLUMAT BERKAITAN UBAT-UBATAN	
FREKUENSI	Frekuensi (kekerapan) **perlu dinyatakan, walaupun bagi dos 'bila perlu'**. Bagi dos PRN atau bila perlu - perlu nyatakan indikasi, frekuensi serta dos maksimum yang boleh diberikan. Contoh: Tab. Paracetamol 1g tds / PRN x 10 tablet
	Nyatakan frekuensi dos dengan **JELAS dan BOLEH DIBACA**
	Elakkan penggunaan singkatan *(abbreviation)* semasa menulis frekuensi pada preskripsi. Contoh: *Guna 'two times a week', **NOT 'biweekly'** kerana perkataan tersebut boleh disalahtafsirkan kepada 'every two weeks'*
	Bagi ubat yang perlu diambil pada minggu atau hari-hari tertentu, cara menulis preskripsi adalah seperti berikut: Contoh: Tab Warfarin 2mg <u>on Monday-Thursday</u> Tab Warfarin 2.5mg <u>on Friday-Sunday</u> …….. S/C Erythropoietin Beta 2,000 units 3x/ week on Monday,Wednesday and Friday …….. Hydrochloroquine 200mg Day 1- Day 3, 400mg Day 4-Day 5; **BUKAN** ditulis seperti berikut: Hydrochloroquine 200/400 mg
	Rujuk lampiran 2 bagi singkatan frekuensi yang dibenarkan

V. TEMPOH PRESKRIPSI *(DURATION)*

MAKLUMAT BERKAITAN UBAT-UBATAN	
TEMPOH PRESKRIPSI *(DURATION)*	Tempoh preskripsi perlu ditulis dengan **JELAS** pada preskripsi
	Tarikh temujanji akan datang (TCA) pesakit ditulis pada bahagian atas preskripsi. Dengan itu, pesakit dan anggota farmasi akan lebih jelas berkaitan kuantiti ubat-ubatan yang perlu dibekalkan kepada pesakit sehingga tarikh temujanji akan datang.
	Bagi kegunaan pada tempoh masa yang singkat/bila perlu/PRN, bilangan tablet yang perlu dibekalkan dinyatakan pada preskripsi.

	Contoh: Tab Celecoxib 200mg BD / PRN x 10 tablet
	Tempoh sah laku maksimum preskripsi ubat adalah selama **satu (1) tahun** bagi pesakit yang dikategorikan stabil dan memenuhi kelayakan demi mengawal kekerapan kehadiran pesakit ke fasiliti kesihatan KKM. Tempoh sah laku bagi preskripsi yang mengandungi ubat psikotropik dan Dadah Berbahaya adalah **90 hari**

VI. PRESKRIBER

MAKLUMAT BERKAITAN UBAT-UBATAN	
PRESKRIBER	Tandatangan preskriber, jawatan, cop nama berserta no. MMC, jabatan, hospital perlu dinyatakan pada preskripsi. **Nama Wad atau Klinik** hendaklah dinyatakan pada preskripsi.

Penggunaan *Abbreviation* / Singkatan Dalam Penulisan Preskripsi

iii. *Abbreviation*/singkatan yang dinyatakan di dalam jadual di bawah **tidak boleh** digunakan semasa penulisan preskripsi, kerana sering disalahtafsirkan dan terlibat dalam kesilapan pengubatan yang serius.

***ABBREVIATIONS*/ SINGKATAN**	**MAKSUD**	**BOLEH DISALAHTAFSIR/KELIRU**	**CADANGAN PENULISAN**
Nama ubat dan dos ditulis tanpa jarak akan menimbulkan masalah bagi nama ubat yang berakhir dengan huruf 'l'. Contoh: Metoprolol50mg Bisoprolol5mg	Metoprolol 50mg Bisoprolol 5mg	Disalahtafsir/keliru sebagai Metoprolol 150mg Disalahtafsir/keliru sebagai Bisoprolol 15mg	Letakkan jarak yang bersesuaian di antara nama ubat dan dos ubat.

Dos yang besar tanpa menulis simbol koma (,). Contoh: 100000units; 1000000 units	100,000 units 1,000,000 units	100000 akan disalahtafsir/keliru sebagai 10,000 atau 1,000,000 1000000 akan disalahtafsir/keliru sebagai 100,000	Guna simbol koma untuk dos dalam bentuk unit jika dos tersebut lebih dari 1,000 atau guna perkataan '100 thousand' atau '1 million' untuk mengelakkan kekeliruan.
µg	Microgram	Disalahtafsir/keliru sebagai 'mg'.	mcg atau microgram
cc	Cubic centimeters	Disalahtafsir/keliru sebagai 'u' (units).	mL atau ml
IJ	Injection	Disalahtafsir/keliru sebagai 'IV' atau 'intrajugular'.	Inj
IU	International unit	Disalahtafsir/keliru sebagai IV (*intravenous*) atau '10' (sepuluh).	Units
q.d. atau OD	Once daily	Disalahtafsir/keliru sebagai 'BD' atau 'QID'.	Daily
U atau ü	Unit	Disalahtafsir/keliru sebagai nombor kosong (0) atau nombor empat (4). Contohnya; 4U kelihatan seperti '40' atau 4ü kelihatan seperti '44'.	Units
ung	Ointment	Latin abbreviation, not universally understood.	Oint
Perkataan 'x3d'	For three days	Disalahtafsir/keliru sebagai '3 doses'	3 days atau 3/7
Nama dagangan yang *sound alike* Contoh: *'Losec'* vs *'Lasix'*	Salah satu ubat yang dinyatakan	*Losec* (Omeprazole) boleh disalahtafsir/keliru sebagai *Lasix* (Frusemide)	Guna nama generik/ nama singkatan/ nama dagangan ubat yang dibenarkan sahaja.

/ (*slash mark*)	Untuk memisahkan 2 dos atau menunjukkan ‘per’	Disalahtafsir/keliru sebagai nombor ‘1‘. Contohnya; ‘25 units/10 units’ disalahtafsirkan/keliru sebagai 25 units dan 110 units	Tulis dos dengan penuh dan jelas seperti: 25 units am 10 units pm
@	at	Disalahtafsir/keliru sebagai nombor ‘2’	Guna perkataan ‘at’
&	and	Disalahtafsir/keliru sebagai nombor ‘2’	Guna perkataan ‘and’

SINGKATAN

SINGKATAN	MAKSUD
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
HKM	Hospital Kluster Melaka
HM	Hospital Melaka
HJ	Hospital Jasin
HAG	Hospital Alor Gajah
LH	*Lead Hospital*
NLH	*Non-Lead Hospital*
GB	*Governing Body*
CMC	*Cluster Management Committee*
CMDAC	*Cluster Medical And Dental Advisory Committee*
iGFMAS	*1 Government Financial Management Accountant System*
KSU	Ketua Setiausaha
PTJ	Pusat Tanggungjawab
LPO	Borang Permohonan Pesanan Kerajaan
MDI	*Metered Dose Inhaler*
COAD	*Chronic Airway Obstructive Disorder*
PEFR	*Peak Expiratory Flow Rate*
OKT	Orang Kena Tuduh
PUSPEN	Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik
GIRN	*Government Intergrated Radio Network*
MECC	*Medical Emergency Coordinating Centre*
GCS	*Glasgow Coma Scale*
RN	*Registered Number*
CME	*Continuing Medical Education*
ICU	*Intensive Care Unit*
STO	*Suture To Open*
GL	*Guarantee Letter*
IMR	*Institute for Medical Research*
NIH	*National Institute of Health*
LMP	*Last Menstrual Period*
ECG	*Electrocardiogram*
BP	*Blood Pressure*
PR	*Pulse Rate*
RR	*Respiratory Rate*
HVS	*High Vaginal Swab*
VE	*Vaginal Examination*

LAMPIRAN

LAMPIRAN

JAWATANKUASA SUMBER MANUSIA & LATIHAN KLUSTER

Senario 1:
Pegawai Perubatan (Doktor A) dari Hospital Jasin (NLH) telah ditempatkan di Jabatan Kecemasan & Trauma Hospital Melaka (LH) dalam tempoh minima tiga bulan, maka LNPT bagi Doktor A adalah:

- PPP - Ketua Jabatan Kecemasan & Trauma Hospital Melaka
- PPK - Pengarah Hospital Melaka/Timbalan Pengarah Klinikal

Senario 2:
Pegawai Perubatan (Doktor B) dari Hospital Melaka (LH) telah ditempatkan di Unit Kecemasan & Trauma Hospital Jasin (NLH) dalam tempoh minima tiga bulan, maka LNPT bagi Doktor B adalah:

- PPP - Ketua Jabatan Kecemasan & Trauma Hospital Melaka
- PPP - Pengarah Hospital Jasin

JAWATANKUASA KERJA KLUSTER

Contoh:
Pegawai A merupakan pegawai di Hospital Melaka dan menetap di Cheng. Pada 7 Januari beliau perlu melaksanakan tugasan di Hospital Alor Gajah. Pegawai A bertolak dari rumah beliau di Cheng ke Hospital Alor Gajah. Jumlah jarak perjalanan Pegawai A ke Hospital Alor Gajah adalah sebanyak 20 km iaitu lebih rendah daripada jarak Hospital Melaka ke Hospital Alor Gajah. Maka bayaran perjalanan kenderaan Pegawai A hanya dikira pada jarak 20km. Tuntutan hanya dibayar mengikut minggu.

Contoh:
Pegawai A bertugas di Hospital Non-lead pada 16.01.2023 hingga 18.01.2023 dan sambung semula pada 22.01.2023 sehingga 24.01.2023. Pegawai hanya boleh menuntut perjalanan elaun perjalanan seperti berikut:

Tarikh	Perihal	Jarak (KM)
16.01.2023	Bertolah dari Hospital Melaka ke Hospital Jasin	30
18.01.2023	Bertolak balik dari Hospital Jasin ke Hospital Melaka	30
22.01.2023	Bertolak dari Hospital Melaka ke Hospital Alor Gajah	27
24.01.2023	Bertolak dari Hospital Alor Gajah ke Hospital Melaka	27
	JUMLAH JARAK	**114**

Kadar	Jarak (KM)	Jumlah
RM 0.85	114	RM 96.90

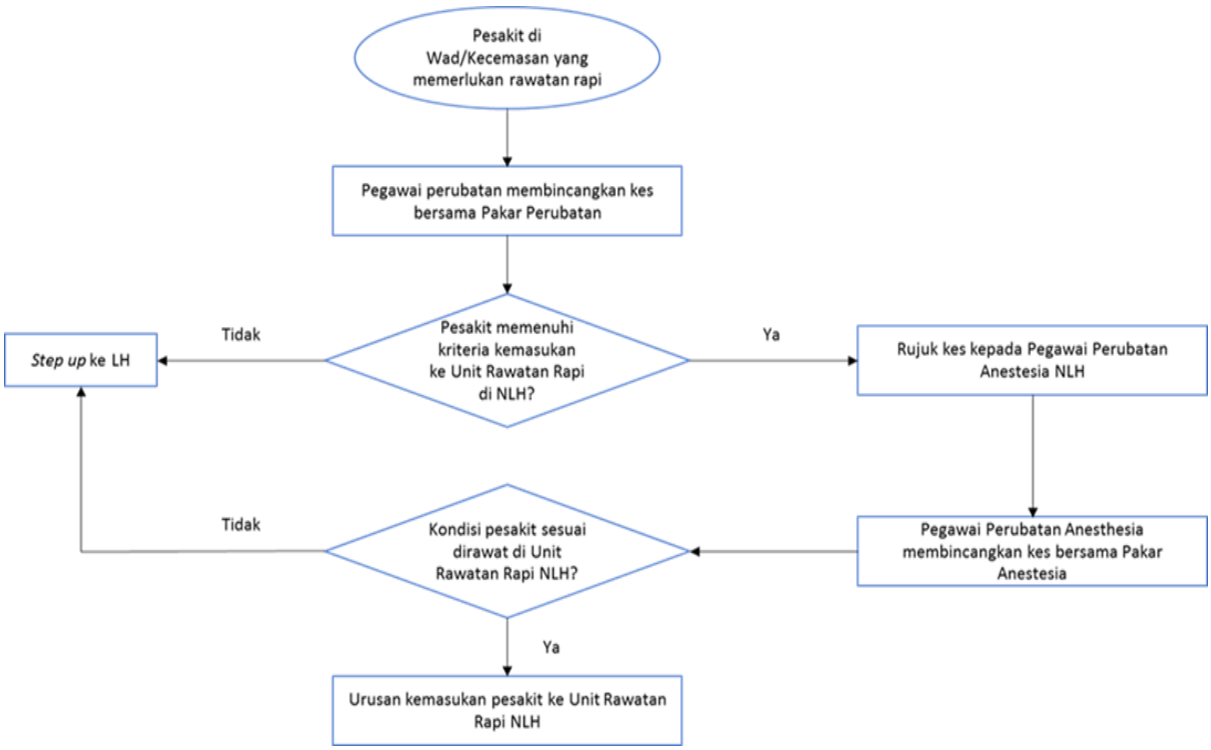
Lampiran A

Kaedah Perolehan	Had Nilai
Pembelian Terus	Sehingga RM 50 ribu
Sebut harga	Melebihi RM 50 ribu sehingga RM 500 ribu
Tender Terbuka	Melebihi RM 500 ribu
Tender Terbuka Pra-Kelayakan	Melebihi RM 500 ribu dan tertakluk kepada kriteria khusus
Tender Terbuka Request for Proposal	Melebihi RM 500 ribu dan tertakluk kepada kriteria khusus
Rundingan Terus	Melebihi RM 50 ribu dab tertakluk kepada kriteris khusus

Lampiran B

PEROLEHAN	CONTOH	PENYELARAS DI PTJ
Bekalan	Ubat/Barang pakai buang	Ketua Jabatan Farmasi
	Reagen	Ketua Jabatan Patologi
	Aset bagi peralatan perubatan	Ketua Jabatan di PTJ masing-masing yang menerima waran
	Sajian	Ketua Jabatan Dietetik dan Sajian

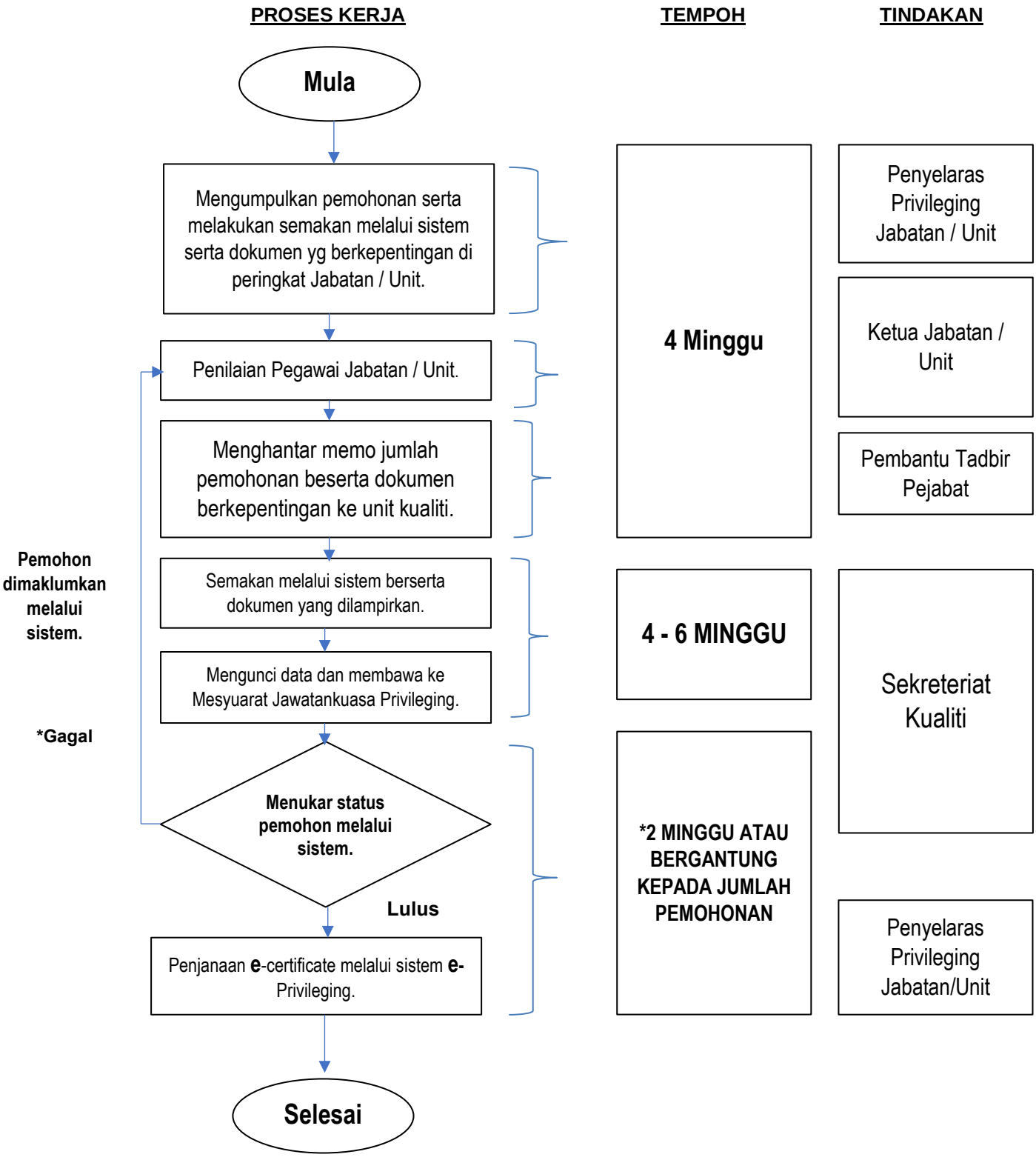
PERKHIDMATAN ANAESTESIOLOGI & RAWATAN RAPI



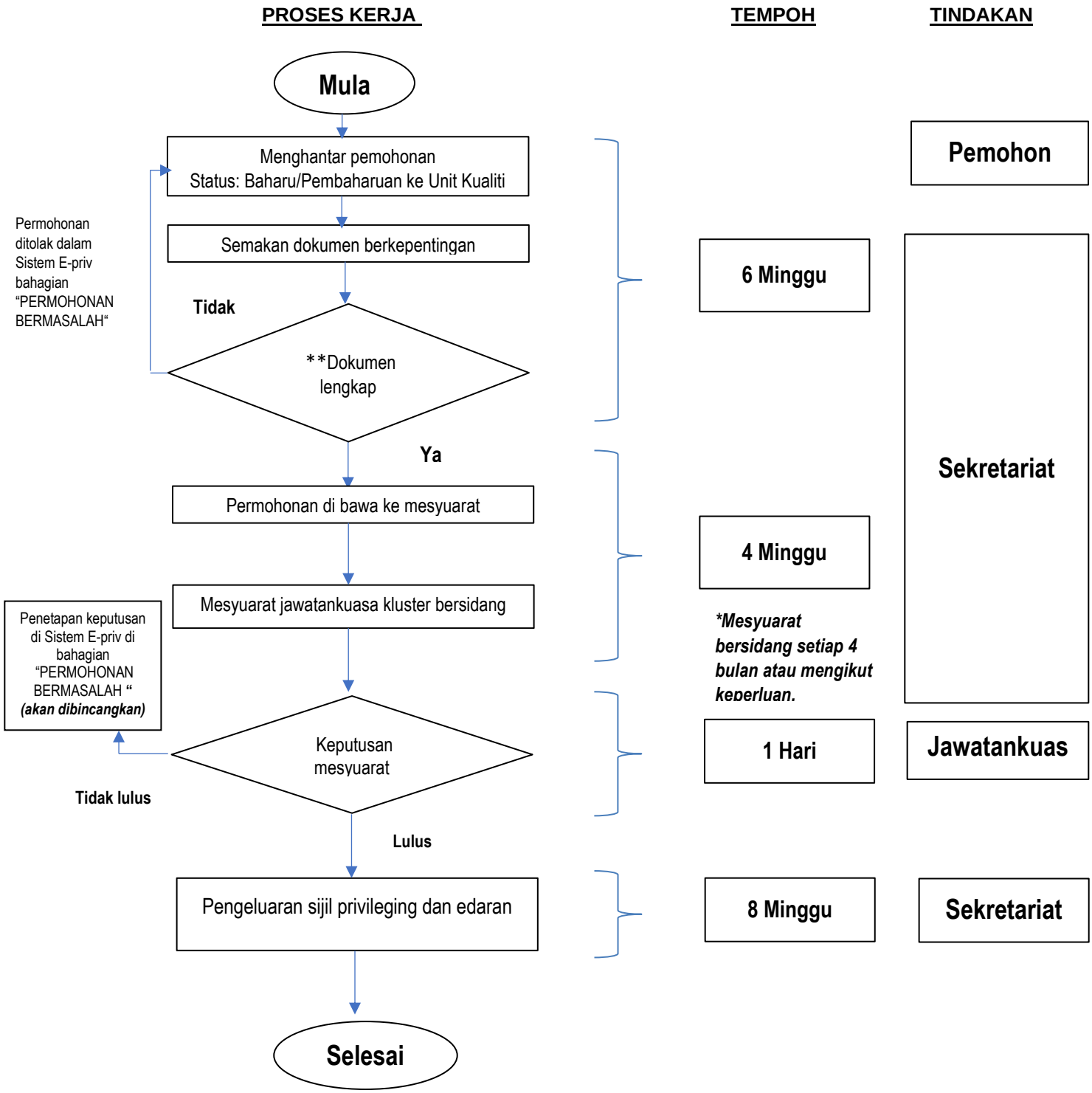
Carta Alir Kemasukan Pesakit ke ICU NLH

JAWTANKUASA PRIVILEGING HOSPITAL KLUSTER MELAKA

CARTA ALIR PEMOHONAN PRIVILEGING MELALUI SISTEM E-PRIVILEGING HOSPITAL MELAKA



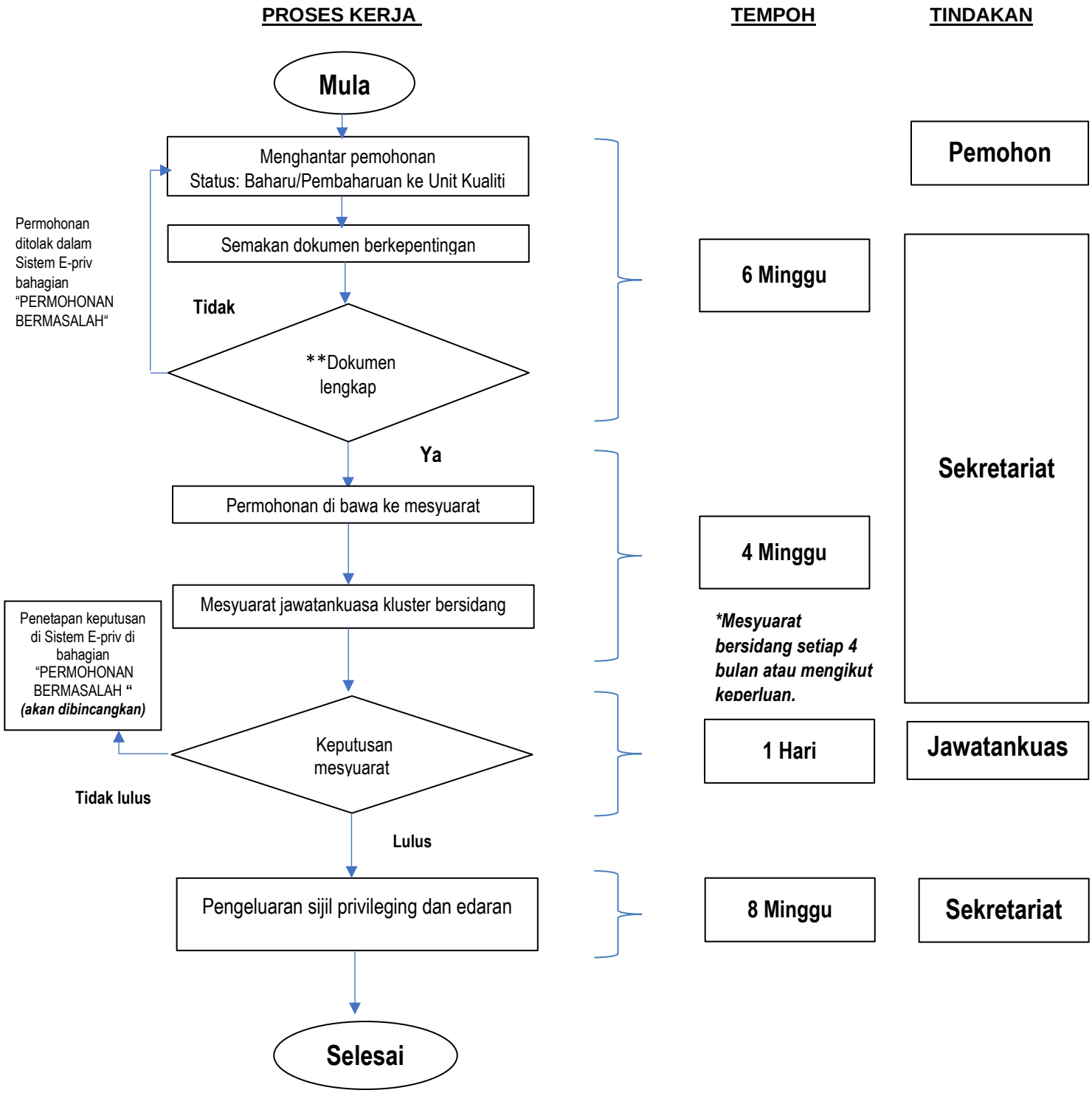
CARTA ALIR PEMOHONAN BAHARU PRIVILEGING
HOSPITAL KLUSTER MELAKA



**Dokumen lengkap:

1. Buku log yang lengkap disemak
2. Sijil Pendaftaran Penuh & sijil pentauliahan (Yang berkenaan)
3. APC Tahun semasa

CARTA ALIR PEMOHONAN PEMBAHARUAN PRIVILEGING HOSPITAL KLUSTER MELAKA



**Dokumen lengkap:

1. Sijil Privileging HKM yang hampir tamat tempoh (6 bulan sebelum tamat tempoh)
2. Sijil Pendaftaran Penuh & sijil pentauliahan (Yang berkenaan)
3. APC Tahun semasa
4. Rekod pelaksanaan prosidur yang diprivileges dalam tempoh 3 tahun

PERKHIDMATAN ORTOPEDIK KLUSTER

Jadual Klinik Pakar Ortopedik

NLH	Hari	Masa
Hospital Jasin	Isnin (Minggu ke-4)	8.00 pagi – 12.00 tengah hari
	Selasa	Sesi 1 8.00 pagi – 12.00 tengah hari Sesi 2 2.00 petang – 5.00 petang
Hospital Alor Gajah	Khamis Jumaat	8.00 pagi – 12.00 tengah hari 8.00 pagi – 12.00 tengah hari

Jadual Pembedahan Elektif Perkhidmatan Ortopedik

NLH	Hari	Masa
Hospital Jasin	Isnin (Minggu 1, 3, & 5)	8.00 pagi – 9.00 malam (Dewan Bedah 1)
	Selasa	8.00 pagi – 5.00 petang (Dewan Bedah 1 & 2)
	Khamis	8.00 pagi – 9.00 malam (Dewan Bedah 1)
	Jumaat	8.00 pagi – 2.30 petang (Dewan Bedah 1)
Hospital Alor Gajah	Isnin	8.00 pagi – 5.00 petang

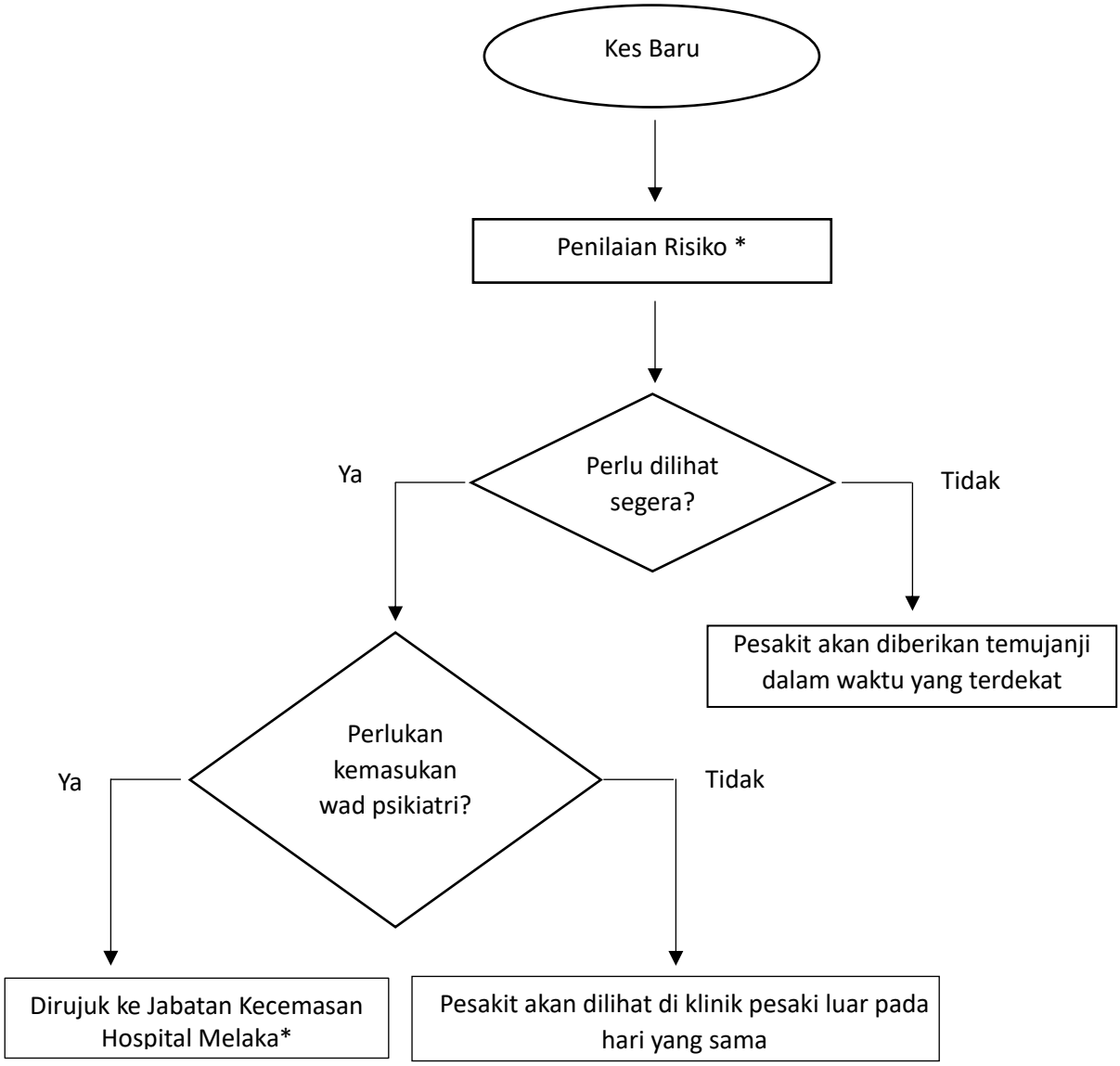
PERKHIDMATAN PEMBEDAHAN PLASTIK & REKONSTRUKTIF

Jadual Pembedahan Elektif Perkhidmatan Pembedahan Plastik & Rekonstruktif

HOSPITAL	HARI	MINGGU	SLOT / OR
Melaka	Isnin	Setiap minggu	OR 10
Melaka	Selasa	2,4	OR 7
Jasin	Rabu	Setiap minggu	OR 2
Melaka	Khamis	2,4,5	OR 8
Jasin		Setiap minggu	OR2
		1,3	OR1
Melaka	Sabtu	Anggaran 2-3 bulan sekali	OR 4

PERKHIDMATAN PSIKIATRI & KESIHATAN MENTAL KLUSTER

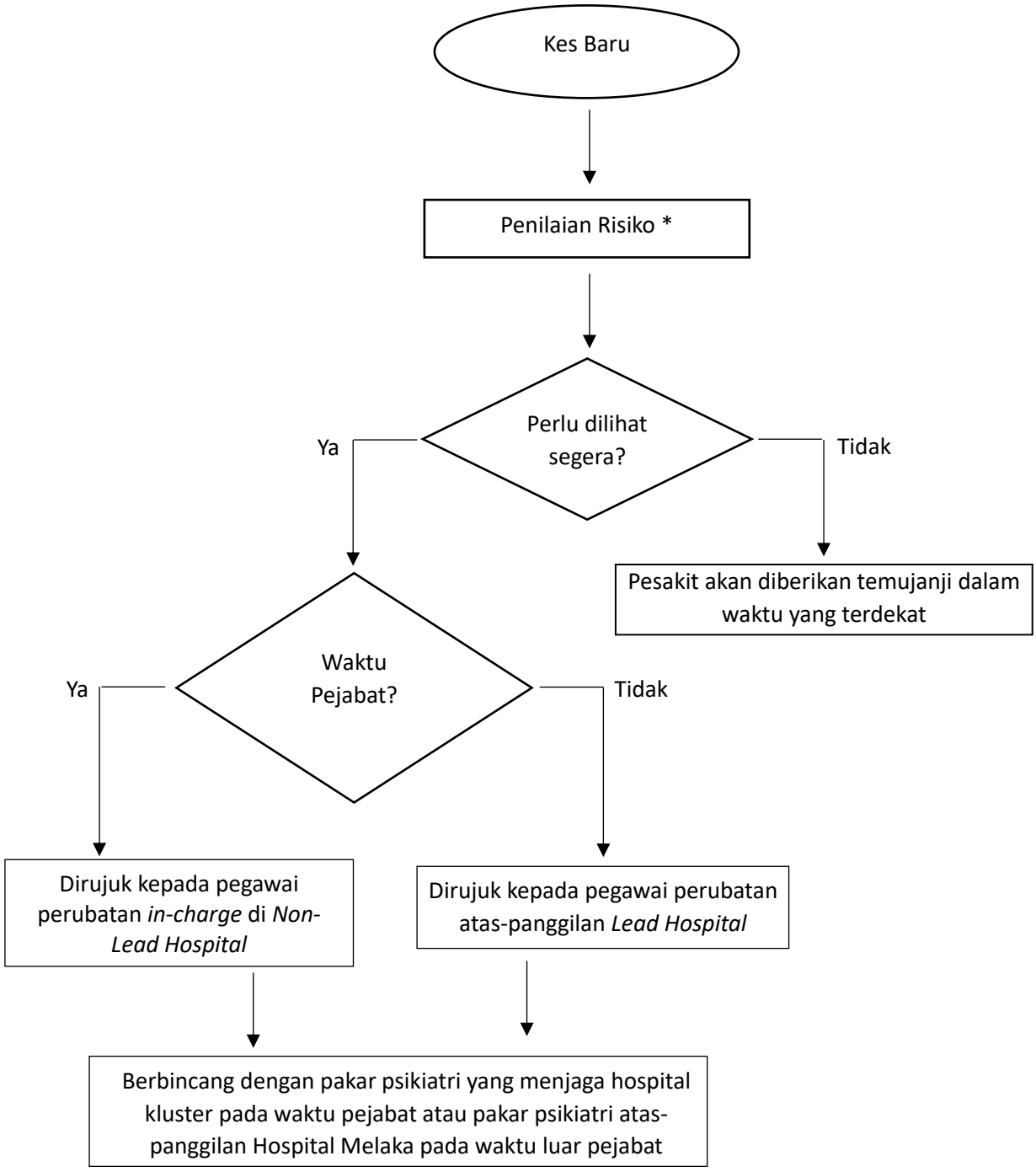
Carta Alir 1: Rujukan Ke Klinik Pesakit Luar Pakar Psikiatri



*Penilaian risiko awal akan dilakukan oleh Pegawai Perubatan yang menjaga.

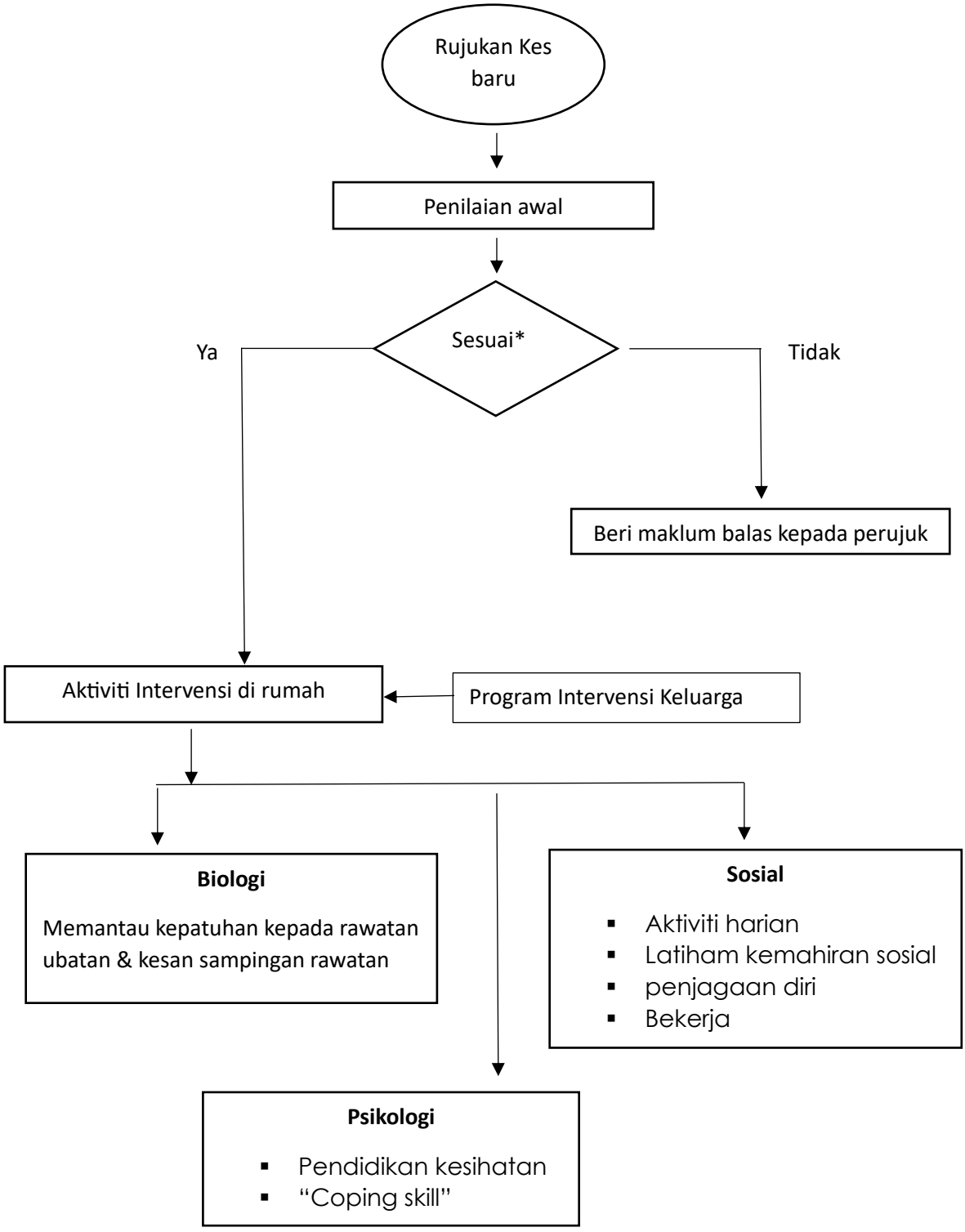
*Untuk kes-kes tertentu, kemasukan pesakit terus ke Wad Psikiatri Hospital Melaka boleh dipertimbangkan berdasarkan arahan Pakar Psikiatri Hospital Melaka.

Carta Alir 2: Rujukan Kes Psikiatri dari Pesakit Dalam



*Penilaian risiko awal akan dilakukan oleh Pegawai Perubatan/Pakar incaj yang wad pesakit dalam di Hospital Kluster.

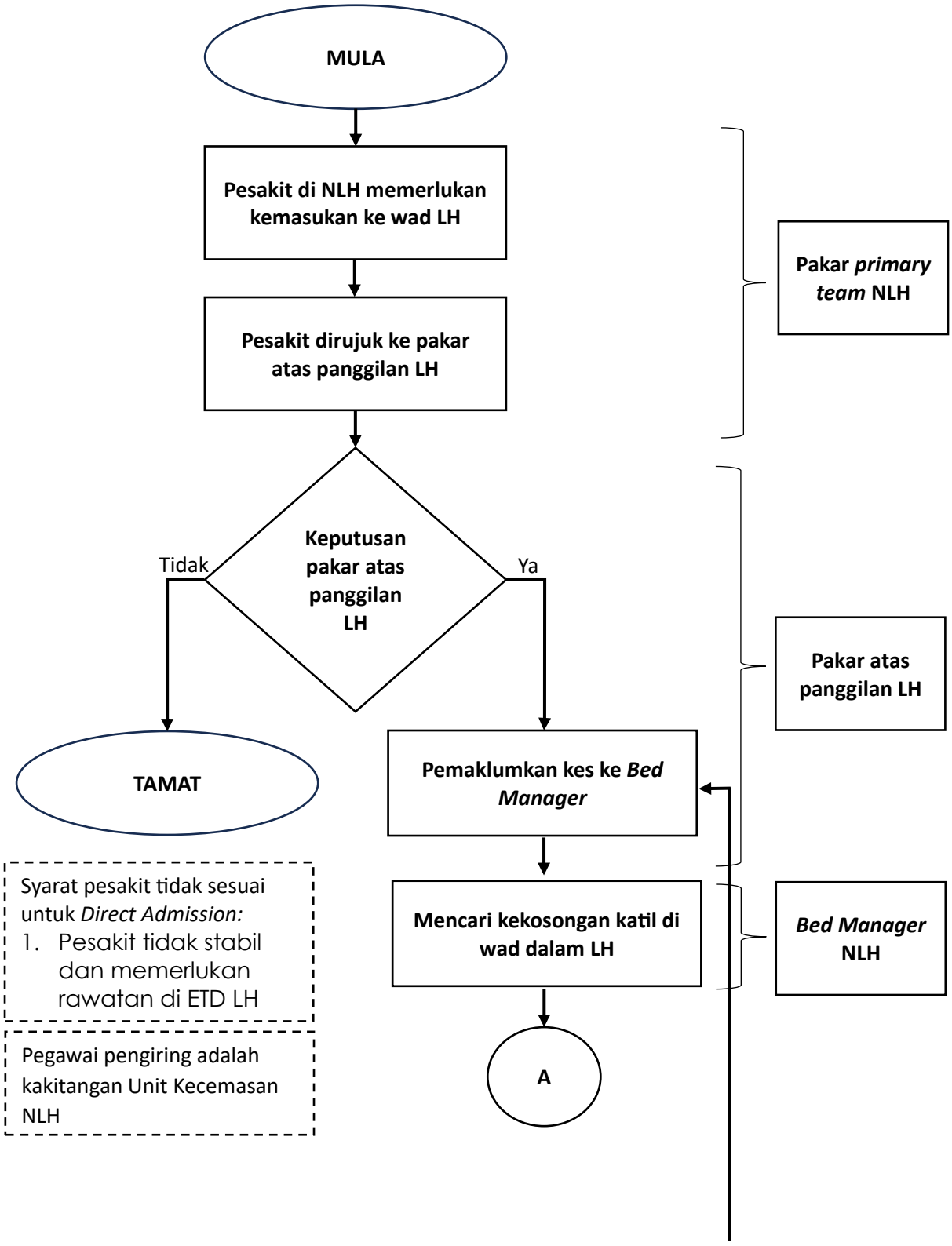
Carta Alir 3: Rujukan Ke Perawatan Komuniti Asertif (PKA)

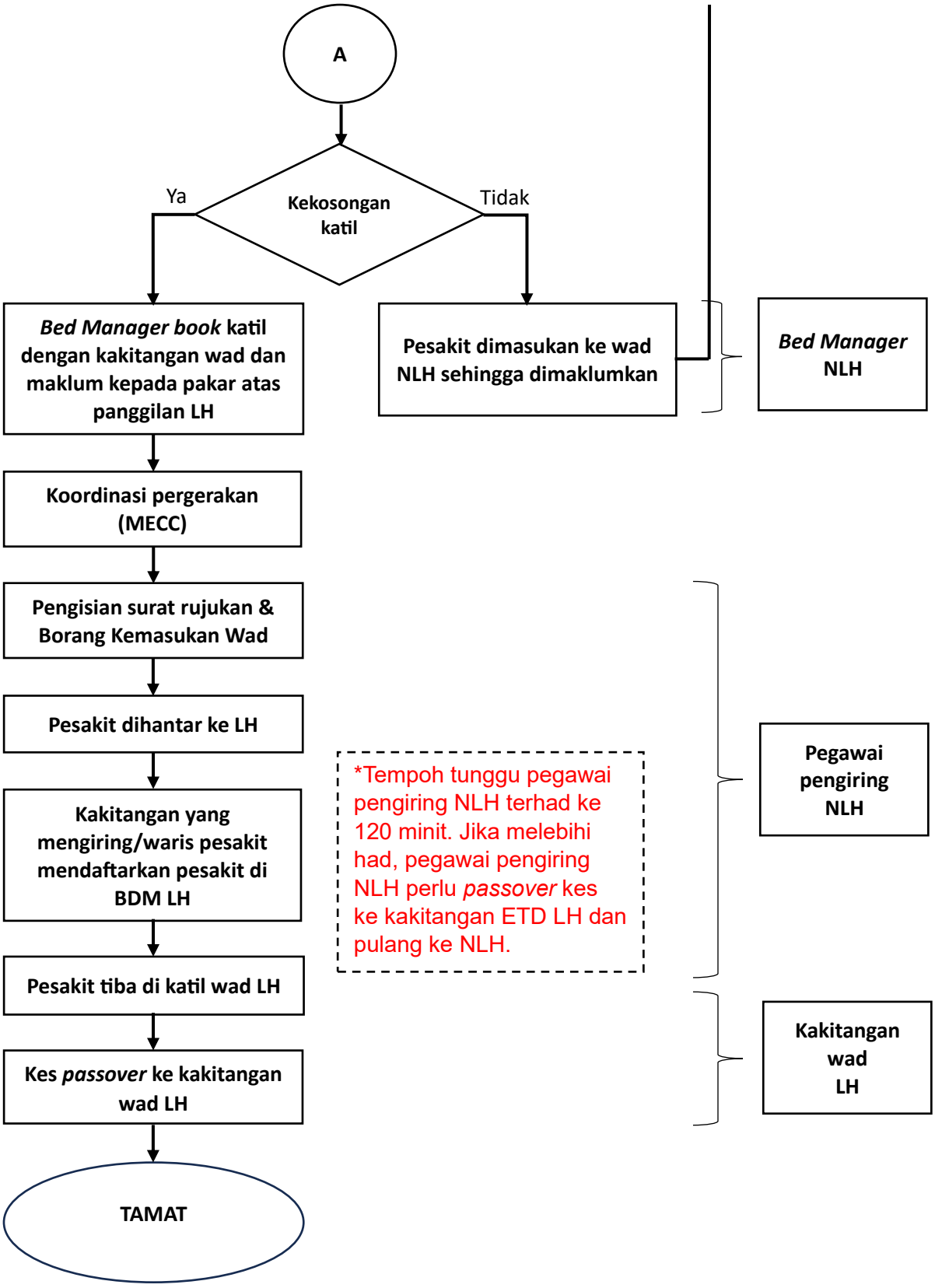


*Sesuai atau tidak sesuai berdasarkan Kriteria Pesakit yang dirujuk

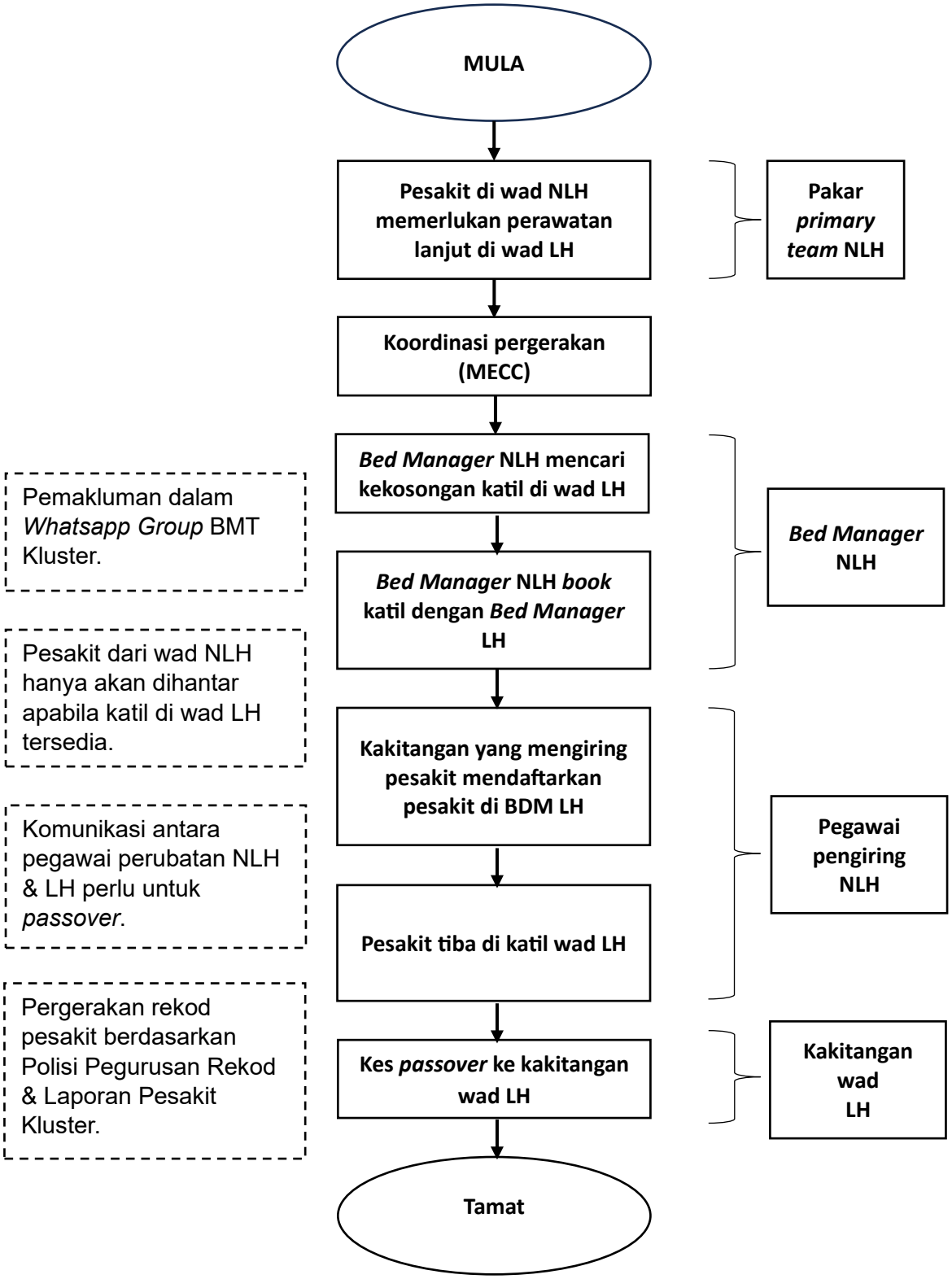
JAWATANKUASA PENGURUSAN KATIL KLUSTER

CARTA ALIR *DIRECT ADMISSION* DARI UNIT KECEMASAN NLH KE WAD LH BAGI PESAKIT STABIL

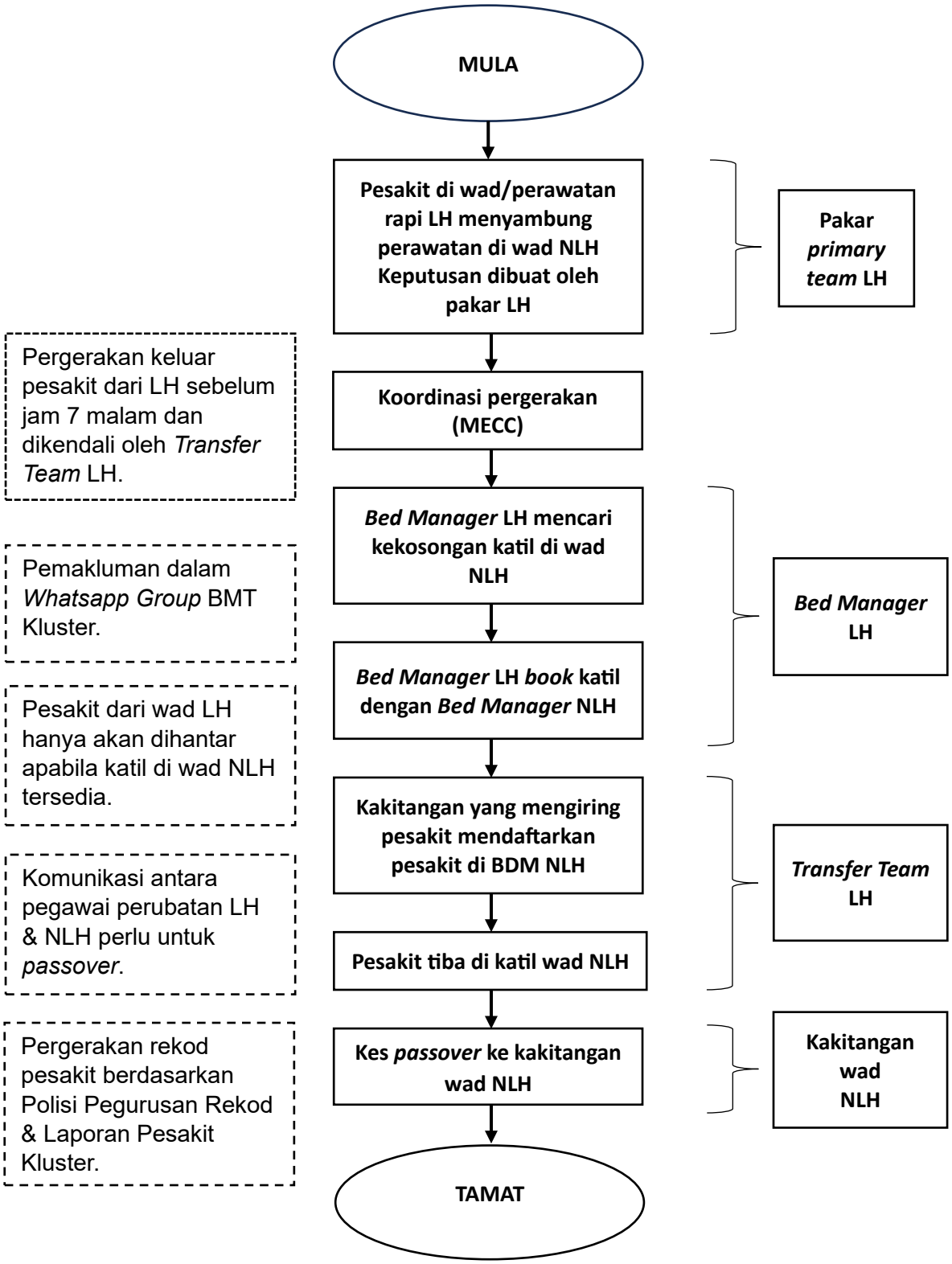



A
Kekosongan katil
Ya
Tidak
Bed Manager book katil dengan kakitangan wad dan maklum kepada pakar atas panggilan LH
Pesakit dimasukan ke wad NLH sehingga dimaklumkan
Bed Manager NLH
Koordinasi pergerakan (MECC)
Pengisian surat rujukan & Borang Kemasukan Wad
Pesakit dihantar ke LH
Kakitangan yang mengiring/waris pesakit mendaftarkan pesakit di BDM LH
*Tempoh tunggu pegawai pengiring NLH terhad ke 120 minit. Jika melebihi had, pegawai pengiring NLH perlu passover kes ke kakitangan ETD LH dan pulang ke NLH.
Pegawai pengiring NLH
Pesakit tiba di katil wad LH
Kes passover ke kakitangan wad LH
Kakitangan wad LH
TAMAT

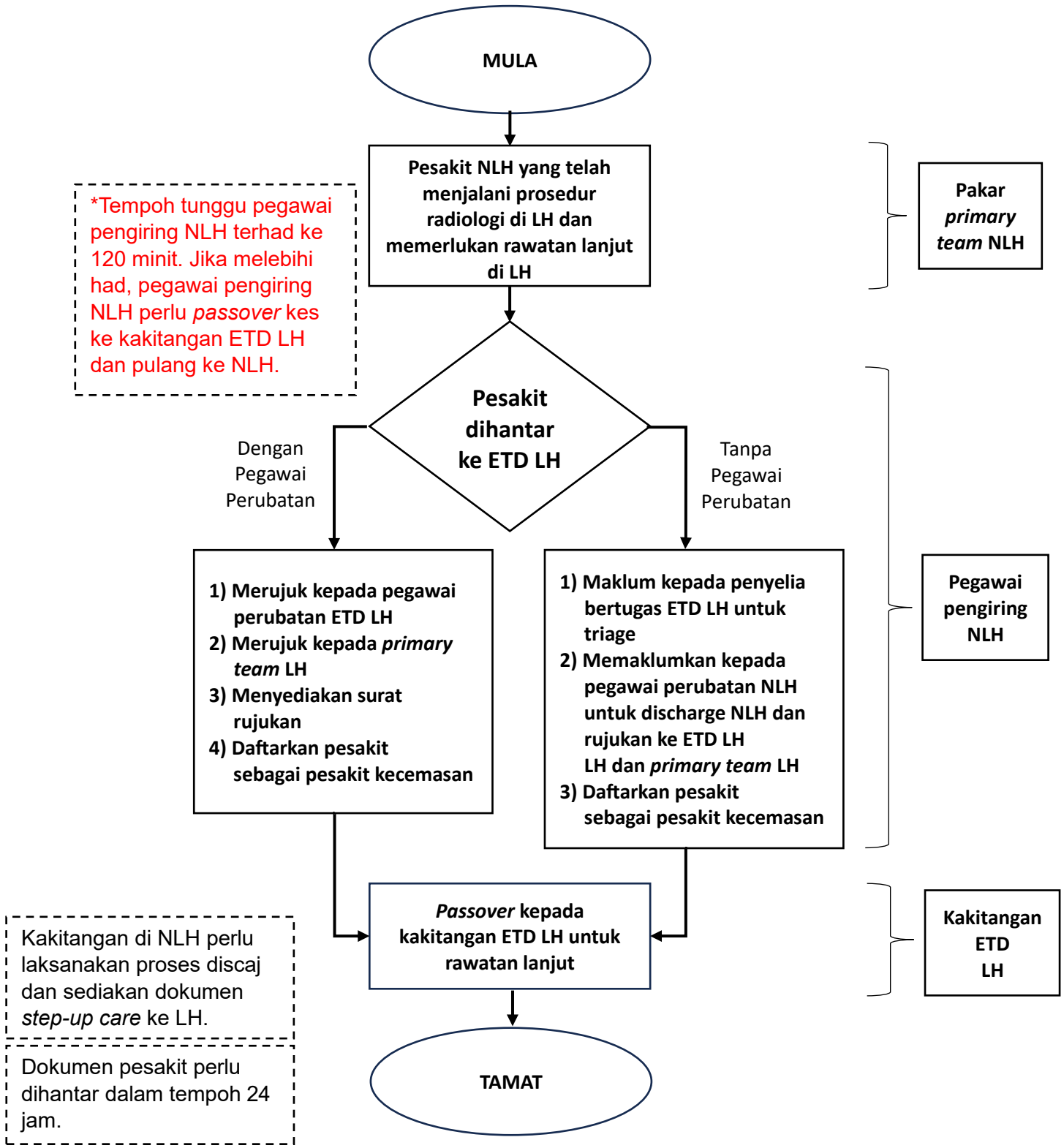
CARTA ALIR *STEP-UP CARE* DARI WAD/PERAWATAN RAPI NLH KE WAD/PERAWATAN RAPI LH



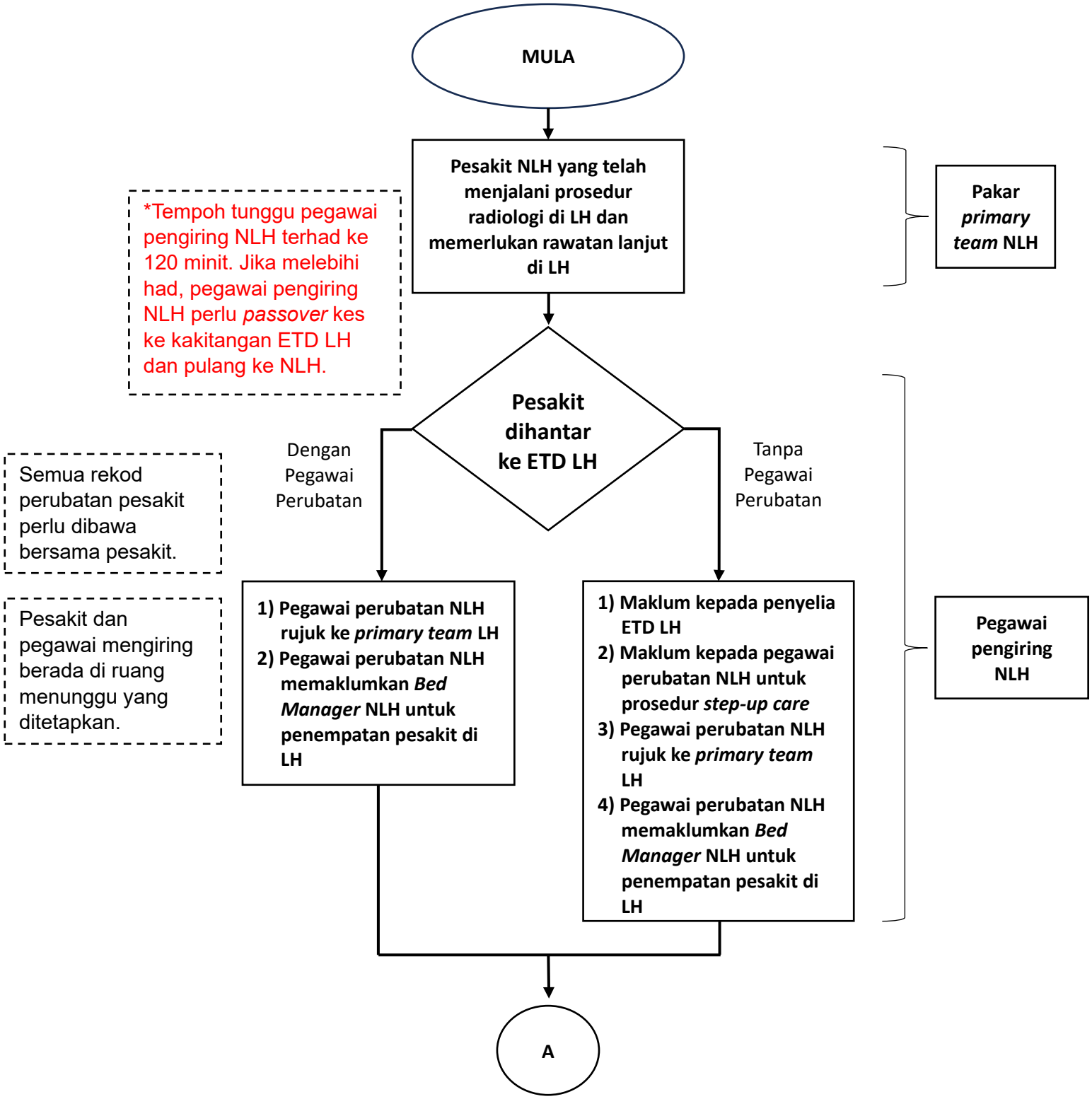
CARTA ALIR *STEP-DOWN CARE* DARI WAD/PERAWATAN RAPI LH KE WAD/PERAWATAN RAPI NLH

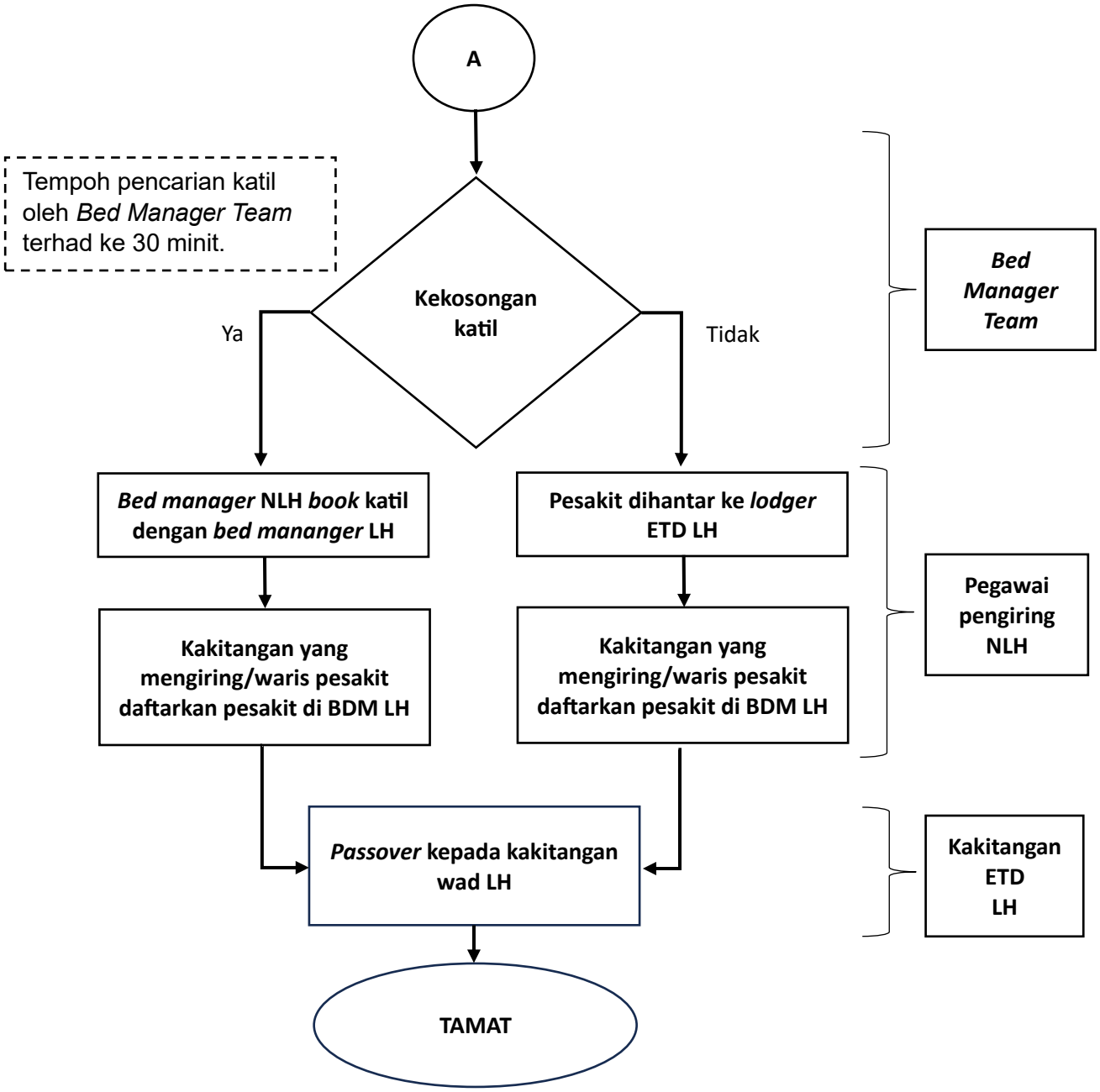


CARTA ALIR PENGURUSAN PESAKIT PROSEDUR RADIOLOGI YANG TIDAK STABIL DAN MEMERLUKAN KEMASUKAN WAD

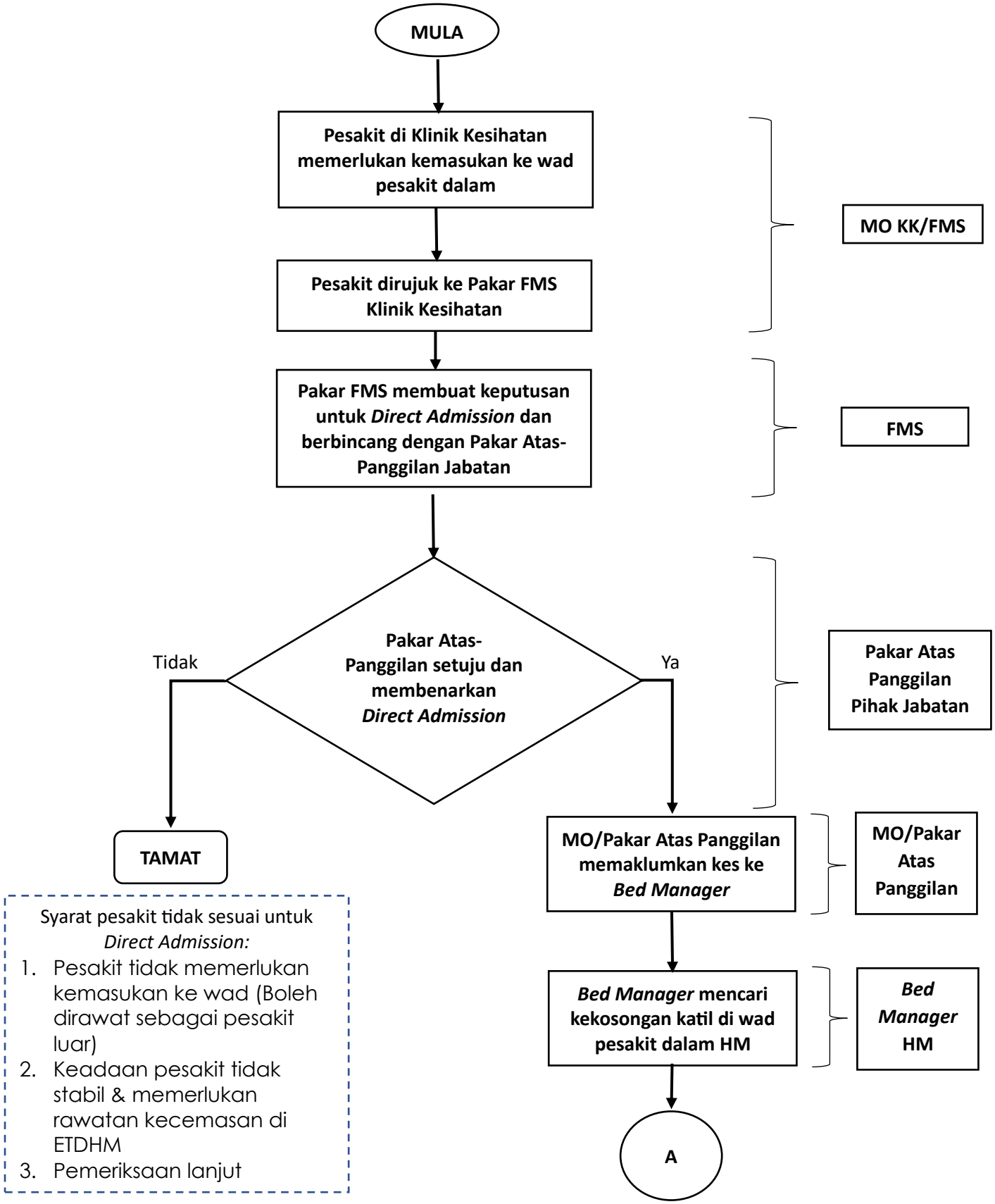


CARTA ALIR PENGURUSAN PESAKIT PROSEDUR RADIOLOGI YANG STABIL DAN MEMERLUKAN KEMASUKAN WAD



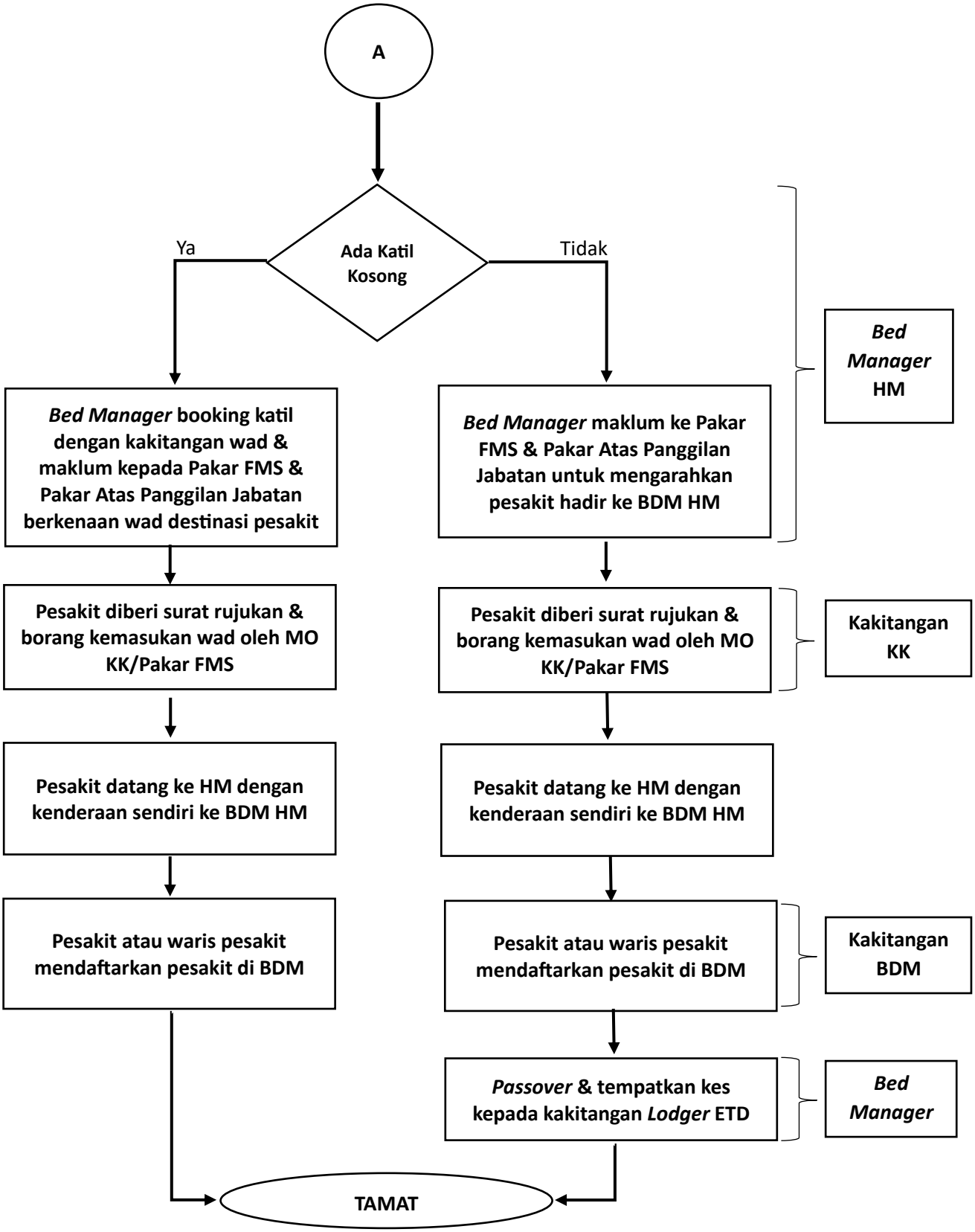

A
Tempoh pencarian katil oleh *Bed Manager Team* terhad ke 30 minit.
Kekosongan katil
Ya
Tidak
Bed manager NLH *book* katil dengan *bed mananger* LH
Pesakit dihantar ke *lodger* ETD LH
Kakitangan yang mengiring/waris pesakit daftarkan pesakit di BDM LH
Kakitangan yang mengiring/waris pesakit daftarkan pesakit di BDM LH
Passover kepada kakitangan wad LH
TAMAT
Bed Manager Team
Pegawai pengiring NLH
Kakitangan ETD LH

CARTA ALIR PENGURUSAN PESAKIT *DIRECT ADMISSION* DARI KLINIK KESIHATAN



Syarat pesakit tidak sesuai untuk *Direct Admission:*

1. Pesakit tidak memerlukan kemasukan ke wad (Boleh dirawat sebagai pesakit luar)
2. Keadaan pesakit tidak stabil & memerlukan rawatan kecemasan di ETDHM
3. Pemeriksaan lanjut



- Kes *Direct Admission* dari Klinik Kesihatan ke wad NLH hanya tertakluk kepada Perkhidmatan Klinikal Bersepadu sedia ada di NLH tersebut.
- Senarai semak hendaklah diisi semasa pergerakan intrafasiliti.
- 30 minit diperuntukan bagi pencarian katil oleh BMU HM
- Sebarang masalah pencarian katil di semua peringkat perlu dirujuk kepada BMU HKM.


KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
HOSPITAL KLUSTER MELAKA