



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

GARIS PANDUAN

**PENGENDALIAN DAN PENGURUSAN
REKOD PERUBATAN PESAKIT
DI FASILITI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

GARIS PANDUAN

**PENGENDALIAN DAN PENGURUSAN
REKOD PERUBATAN PESAKIT
DI FASILITI KKM**

KANDUNGAN

PERUTUSAN KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA	i
PERUTUSAN TIMBALAN KETUA PENGARAH KESIHATAN (PERUBATAN)	ii
PERUTUSAN PENGARAH PERKEMBANGAN PERUBATAN	iii
1.0 PENGENALAN	3
2.0 OBJEKTIF	4
3.0 DEFINISI /TAFSIRAN	7
3.1 Fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)	
3.2 Rekod Awam	
3.3 Rekod Persendirian	
3.4 Rekod Perubatan Pesakit	
3.5 Sulit (Etika Perubatan)	
4.0 JENIS- JENIS RPP	11
5.0 FUNGSI RPP	12
6.0 PENDAFTARAN	15
6.1 Pendaftaran Umum	
6.2 Pendaftaran Menggunakan Pengenalan Diri Berbeza	
6.3 Pendaftaran Maklumat Berbeza	
6.4 Pendaftaran Pengenalan Palsu	
6.5 Pendaftaran Identiti Tidak Diketahui	
6.6 Pendaftaran Pesakit Berprofil Tinggi atau VIP	
6.7 Pendaftaran semasa Bencana/ <i>Disaster Registration</i>	
6.8 Pembatalan Pendaftaran Pesakit dan Pendaftaran Kematian	
6.9 Pendaftaran Umum EMR	
6.10 Pendaftaran Khusus EMR	
7.0 PEWUJUDAN RPP	21
7.1 Pewujudan RPP Fizikal	
7.2 Pewujudan EMR	
8.0 DOKUMENTASI RPP	25
8.1 Tatacara Dokumentasi RPP Fizikal	
8.2 Tatacara Dokumentasi EMR	
8.3 Akses dan Perkongsian Maklumat EMR	
8.4 Borang dan Format RPP	
9.0 PENGENDALIAN REKOD PERUBATAN PESAKIT	31
9.1 Penerimaan dan Penyimpanan RPP	
9.2 Peminjaman RPP	
9.3 Permohonan RPP bagi melengkapkan siasatan	
9.4 Pengurusan RPP Hospital Kluster	
9.5 Pelupusan RPP	
10.0 TANGGUNGJAWAB JABATAN / UNIT REKOD PERUBATAN	43
11.0 TANGGUNGJAWAB JABATAN / UNIT LAIN YANG TERLIBAT DALAM PENGURUSAN RPP	44
11.1 Bilik Daftar Masuk	
11.2 Wad	
11.3 Klinik Pakar/ Pusat Rawatan Harian / Jabatan/Unit Kecemasan Dan Trauma/ Pusat Krisis Setempat (<i>One Stop Crisis Centre</i>)	
11.4 Jabatan/Unit Forensik	
11.5 Lokasi lain yang telah dikenalpasti oleh Pengarah Hospital/Pentadbir Fasiliti KKM	

12.0 KESELAMATAN REKOD PERUBATAN PESAKIT	49
12.1 Tanggungjawab	
12.2 Peraturan Keselamatan RPP	
12.3 Kategori Keselamatan	
12.4 Keselamatan EMR	
12.5 Salinan Dokumen (<i>Back Up</i>)	
12.6 Pelan Kontingensi (<i>Business Continuity Plan</i>)	
13.0 KERAHSIAAN (<i>CONFIDENTIALITY</i>)	55
13.1 Kerahsiaaan RPP Fizikal	
13.2 Penyerahan Maklumat Melalui Media Elektronik	
13.3 Kerahsiaan EMR	
13.4 Audit Trail	
14.0 HAK MILIK REKOD PERUBATAN	59
15.0 TERMA JAWATANKUASA REKOD PERUBATAN	63
16.0 PEMANTAUAN KUALITI	67
17.0 PENUTUP	71
18.0 PROSEDUR OPERASI STANDARD (SOP)	73
a. Pengurusan RPP Berprofil Tinggi	
b. Pengurusan RPP Akibat Bencana	
c. Tatacara membina semula RPP	
d. Pengurusan RPP Litigasi	
e. Pengendalian Rekod Perubatan Pesakit Wabak	
LAMPIRAN	111
Lampiran 1	: Susun atur dokumen dalam RPP Lampiran
Lampiran 2-A1	: Format Folder untuk RPP
Lampiran 2-A2	: Format Folder untuk Filem X-ray
Lampiran 2-B	: Kod Warna Untuk Tujuan Pemfailan RPP Bagi Hospital-Hospital /Institusi Perubatan, KKM
Lampiran 3	: Nota Discaj
Lampiran 4	: Discharge Summary (PER PER/DS/2015)
Lampiran 5	: Borang Permohonan Pinjaman RPP oleh Individu
Lampiran 6	: Borang Permohonan Pinjaman RPP oleh Klinik /Wad
Lampiran 7	: Permohonan Peminjaman Imej Radiologi (Luar Premis)
Lampiran 8	: Lampiran 'D': Perakuan untuk ditandatangani oleh penjawat awam berkenaan Akta Rahsia Rasmi 1972
Lampiran 9	: Surat Pindaan Kepada Pekeliling Panduan Tatacara Pengendalian Filem X-Ray di Hospital-hospital dan Klinik Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia Bil (19) dlm KKM -87 (20/503 Bhg 7 bertarikh 2 November 2004
Lampiran 10	: Format Statistik Rekod Perubatan Pesakit mengikut Negeri / Hospital / Institusi
RUJUKAN	131
PENGHARGAAN	132

PERUTUSAN KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA



Bismillahirrahmanirrahim,

Assalamualaikum warahmatullahi
wabarakatuh dan Salam Sejahtera.

Bersyukur saya ke hadrat Ilahi, dengan limpah kurnia-Nya, Garis Panduan Pengendalian dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit di Fasiliti KKM ini dapat diterbitkan selaras dengan budaya korporat Kementerian Kesihatan Malaysia "Kami Sedia Membantu". KKM

sentiasa memastikan sistem kesihatan berkualiti tinggi, data dan maklumat merupakan antara aset yang amat penting disediakan supaya setiap perancangan dan keputusan seharusnya dilaksanakan berteraskan maklumat dan informasi yang tepat.

Garis Panduan Pengendalian Rekod Perubatan Pesakit ini merangkumi tatacara pengendalian Rekod Perubatan Pesakit fizikal dan EMR selaras dengan inisiatif Kerajaan Digital yang perlu dipatuhi oleh semua pengamal kesihatan.

Saya ingin merakamkan ucapan penghargaan, syabas dan tahniah kepada Bahagian Perkembangan Perubatan amnya di atas komitmen yang telah diberikan dalam menghasilkan garis panduan ini. Usaha ini merupakan salah satu inisiatif unggul yang diambil kearah meningkatkan prestasi dan kecekapan warga kesihatan seterusnya membantu mengekalkan kecemerlangan sebagai *custodian* di dalam Pengendalian dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit di fasiliti KKM.

Sekian, terima kasih

TAN SRI DATO' SERI DR. NOOR HISHAM BIN ABDULLAH
Ketua Pengarah Kesihatan

PERUTUSAN TIMBALAN KETUA PENGARAH KESIHATAN (PERUBATAN)



Dengan nama Allah Yang Maha Pemurah
Lagi Maha Mengasihani.

Assalamualaikum w.b.t dan Salam Sejahtera.

Terlebih dahulu syukur ke hadhrat Allah
s.w.t kerana dengan limpah kurnia-Nya,
Unit Perkhidmatan Pengurusan
Hospital KKM telah berjaya menerbitkan
Garis Panduan Pengendalian Dan
Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit
Di Fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia.

Garis panduan Pengendalian Dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit
Di Fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia ini disediakan berdasarkan input
dari situasi semasa yang merangkumi arahan-arahan dan juga pekeliling
yang lebih terkini. Adalah diharapkan semoga garis panduan ini dapat
menjadi wadah sumber rujukan dan memberi faedah kepada semua pihak
yang berkaitan dan masyarakat amnya, Insyaallah.

Sebagai penutup kalam bicara, saya mengambil kesempatan ini untuk
merakamkan ucapan tahniah dan sekalung penghargaan kepada
Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital KKM, khususnya kepada
semua warga Rekod Perubatan yang terlibat di dalam menghasilkan
Garis Panduan Pengendalian Dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit
Di Fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia. Saya berharap garis panduan ini
dapat digunakan sebagai panduan dalam memastikan pengurusan rekod
perubatan dapat dilaksanakan dengan efektif serta efisien bagi memberikan
perkhidmatan yang terbaik kepada pelanggan disetiap masa.

Sekian, terima kasih.

DATO' DR. ASMAYANI BINTI KHALIB
Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)

PERUTUSAN PENGARAH PERKEMBANGAN (PERUBATAN)



Assalamualaikum warahmatullahi
wabaratuah dan Salam Sejahtera.

Syukur ke hadrat Allah SWT kerana dengan izin-Nya, Buku **Garis Panduan Pengendalian dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit di Fasiliti KKM** telah berjaya diterbitkan. Buku ini merupakan salah satu usaha Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital, KKM untuk memperkukuhkan kualiti Pengendalian Dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit.

Garis panduan Pengendalian Dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit di Fasiliti KKM ini diterangkan dengan terperinci berkaitan dengan pengurusan rekod perubatan pesakit fizikal atau elektronik bagi memastikan mereka yang terlibat memahami dengan jelas fungsi dan tanggungjawab yang diamanahkan. Disamping itu terdapat lima (5) Standard Operating Procedure (SOP) bagi pengendalian rekod perubatan pesakit kes-kes tertentu juga disertakan.

Justeru itu, adalah diharapkan Buku Garis Panduan Pengendalian dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit di Fasiliti KKM ini akan dapat dijadikan panduan dan rujukan di semua fasiliti KKM dalam memperkukuhkan kualiti pengurusan maklumat pesakit.

Akhir kata, saya ingin merakamkan penghargaan dan ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang terlibat dalam menyediakan Garis panduan Pengendalian dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit di Fasiliti KKM ini. Semoga usaha dan masayang digunakan bagi membangunkan garis panduan ini akan diberkati Allah s.w.t. InsyaAllah.

Sekian, terima kasih.

DR. MOHD AZMAN BIN YACOB
Pengarah Perkembangan Perubatan

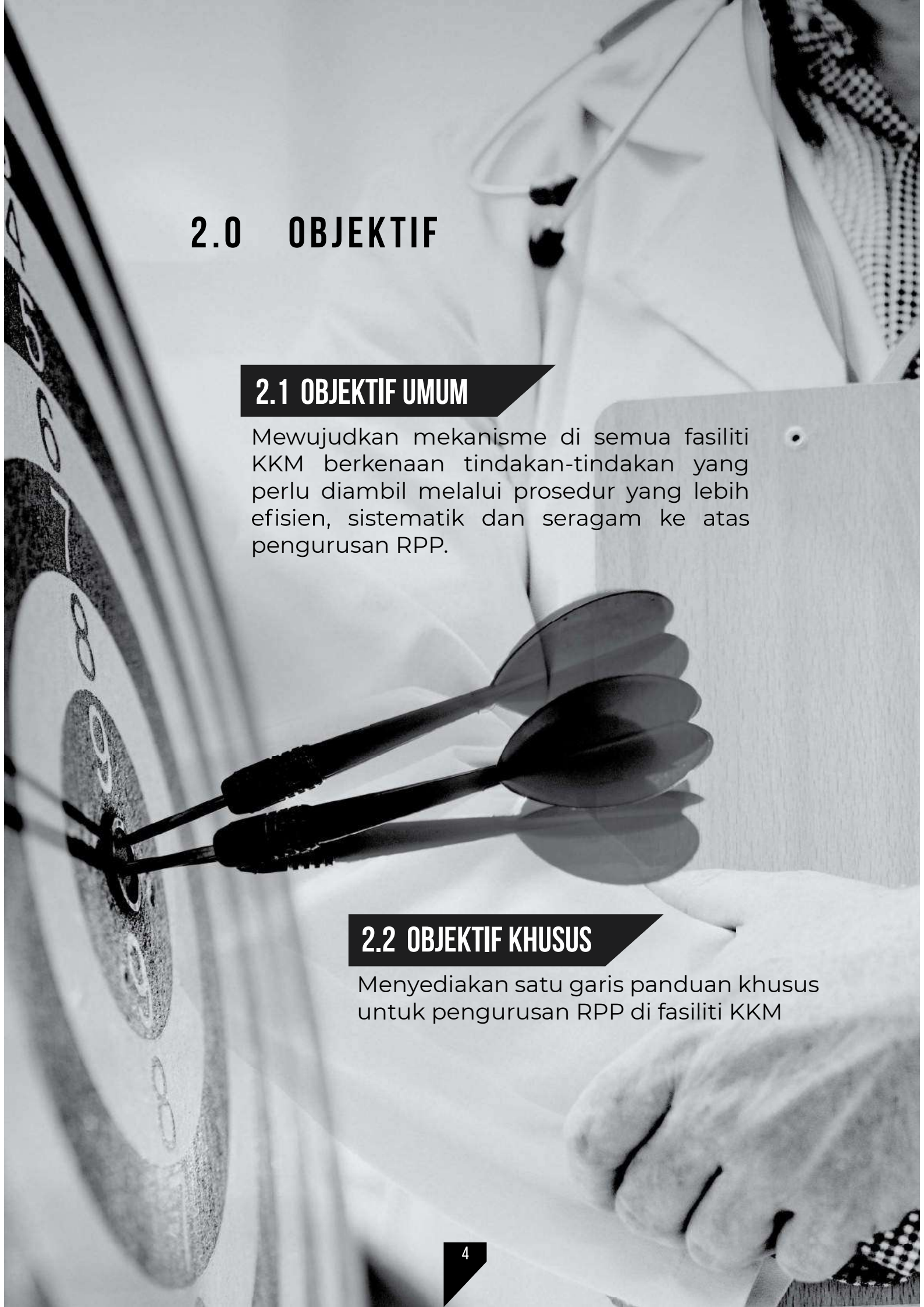
1.0 *Pengenalan* 2.0 *Objektif*



1.0 PENGENALAN

Garis panduan ini menggariskan perkara yang perlu dilaksanakan di semua fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) bagi meningkatkan kualiti pengurusan Rekod Perubatan Pesakit (selepas ini dikenali sebagai "RPP"). Ia merangkumi aspek penyediaan dan pengurusan oleh semua pihak yang terlibat di dalam penyampaian perkhidmatan kesihatan.

- 1.1 Garis panduan ini perlu dibaca bersama dengan dokumen-dokumen berikut:
 - 1.1.1 Arahan Keselamatan semasa yang berkuat kuasa
 - 1.1.2 Akta Arkib Negara 2003 [Akta 629]
 - 1.1.3 Jadual Pelupusan Rekod Perubatan semasa yang berkuat kuasa
 - 1.1.4 *Medical Record Manual: A guide for developing countries, A World Health Organization (WHO) March 2001*
 - 1.1.5 *General Hospital Operational Policy In ICT Environment*
 - 1.1.6 Garis panduan dan pekeliling yang berkaitan
- 1.2 Garis panduan ini mengandungi:
 - 1.2.1 Garis panduan Pengendalian dan Pengurusan RPP Fizikal dan Elektronik
 - 1.2.2 Prosedur Operasi Standard (SOP) iaitu:
 - 1.2.2.1 Pengurusan RPP Berprofil Tinggi
 - 1.2.2.2 Pengurusan RPP Akibat Bencana
 - 1.2.2.3 Tatacara Membina Semula RPP
 - 1.2.2.4 Pengurusan RPP Litigasi
 - 1.2.2.5 Pengurusan RPP Wabak



2.0 OBJEKTIF

2.1 OBJEKTIF UMUM

Mewujudkan mekanisme di semua fasiliti KKM berkenaan tindakan-tindakan yang perlu diambil melalui prosedur yang lebih efisien, sistematik dan seragam ke atas pengurusan RPP.

2.2 OBJEKTIF KHUSUS

Menyediakan satu garis panduan khusus untuk pengurusan RPP di fasiliti KKM

3.0

3.0

Definisi / Tafsiran



3.0 DEFINISI / TAFSIRAN

3.1 Fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)

Fasiliti KKM merangkumi Hospital-hospital, Institusi Perubatan, Perkhidmatan Kesihatan Awam dan Perkhidmatan Pergigian. Pengarah / Pentadbiran adalah merujuk kepada yang menjaga fasiliti berkenaan.

3.2 Rekod Awam

Rekod yang diterima secara rasmi atau yang dikeluarkan oleh mana-mana pejabat awam bagi perjalanan hal ehwalnya atau oleh mana-mana pekhidmat awam atau pejabat awam dalam perjalanan tugas rasminya dan termasuk rekod mana-mana perusahaan Kerajaan dan juga termasuk segala rekod yang pada permulaan kuat kuasa Akta ini, adalah dalam jagaan atau di bawah kawalan Arkib Negara Malaysia yang ditubuhkan di bawah Akta Arkib Negara 1966 [Akta 511].

3.3 Rekod Persendirian

Rekod orang perseorangan dan rekod agensi, institusi dan organisasi bukan Kerajaan.

3.4 Rekod Perubatan Pesakit

Dokumen penting di dalam perkhidmatan rawatan perubatan. Setiap individu yang mendapat rawatan di fasiliti KKM akan mempunyai RPP masing-masing yang disimpan oleh semua fasiliti KKM.

3.4.1 RPP merupakan kompilasi maklumat berkaitan perawatan kesihatan pesakit secara fizikal dan juga *Electronic Medical Record* (EMR¹).

3.4.2 Ia mengandungi data-data penyakit yang dialami pada masa kini dan lampau serta rekod rawatan yang dicatat oleh pengamal perubatan yang terlibat dalam memberikan rawatan atau jagaan kesihatan kepada pesakit berkenaan.

3.4.3 RPP merupakan surat rasmi yang dikategorikan SULIT (Etika Perubatan) yang mana penjawat awam tidak boleh membocorkan, menyiarkan atau menyampaikan, sama ada secara lisan atau dengan bertulis kepada sesiapa jua dalam apa-apa bentuk, kecuali dengan kebenaran oleh Pengarah/Pentadbir fasiliti KKM atau perintah Mahkamah. Kerahsiaan dan keselamatan kandungannya perlu sentiasa dijaga.

¹ EMR adalah kompilasi maklumat berkaitan kehidupan dan kesihatan pesakit yang diwujudkan, diguna, disimpan dan dikemas kini dengan menggunakan teknologi ICT sama ada peralatan komputer, perisian, mesin atau yang berkaitan.

3.5 Sulit (Etika Perubatan)

Satu dokumen rasmi, maklumat rasmi dan bahan rasmi yang mengandungi kompilasi maklumat berkaitan kehidupan dan kesihatan pesakit. Ia termasuklah data-data penyakit yang dialami pada masa kini dan lampau serta rawatan yang dicatatkan oleh anggota kesihatan yang terlibat dalam memberikan rawatan/ jagaan kesihatan kepada pesakit berkenaan. Secara prinsipnya kerahsiaan maklumat penjagaan kesihatan pesakit adalah dibawah tanggungjawab anggota kesihatan yang terlibat. Perkongsian maklumat perlu mendapatkan kebenaran pesakit dengan mematuhi tatacara yang ditetapkan.

Dokumen RPP tidak dilindungi dibawah Akta Rahsia Rasmi 1972 (Akta 88). Sekiranya RPP tersebut dikategorikan berprofil tinggi maka ianya hendak dikelaskan mengikut salah satu peringkat keselamatan seperti mana yang terkandung di dalam Arahan Keselamatan (semakan dan pindaan 2017) bagi membolehkan ianya dilindungi dibawah Akta Rahsia Rasmi 1972. Rujuk memo dari Pegawai Keselamatan Kerajaan Bil KKM.S.200-6/3/48 JLD 4 (12) bertarikh 6 hb September 2021 : Pengkelasan Dokumen Rekod Perubatan .

4.0

Jenis - Jenis RPP

5.0

Fungsi RPP



4.0 JENIS-JENIS RPP

4.1 RPP Pesakit Dalam

RPP Pesakit Dalam adalah melibatkan kemasukan (atau kemasukan pesakit dalam) adalah penerimaan secara formal oleh sesebuah hospital seorang pesakit yang menduduki sebuah katil, katil kanak-kanak atau bassinet untuk pemerhatian, penjagaan, diagnosis atau perawatan dan satu rekod perubatan di selenggarakan untuknya.

4.2 RPP Pesakit Luar

RPP Pesakit Luar adalah RPP bagi pesakit yang menghadiri Klinik Pesakit Luar termasuk Unit Kecemasan, Klinik Pakar, Klinik Pergigian dan semua klinik di fasiliti KKM untuk perawatan, diagnosis serta pemerhatian.

4.3 RPP Sokongan Klinikal

RPP Sokongan Klinikal adalah RPP seperti Fisioterapi, Pemulihan Carakerja, Kaunseling, Preskripsi Ubat, Imej Radiologi, keputusan makmal, dietetik untuk Pesakit Luar.

4.4 RPP Rawatan Harian

RPP Rawatan Harian adalah RPP perkhidmatan klinikal yang dijadualkan dan disempurnakan dalam hari yang sama (*same calendar day*) dan tidak memerlukan pesakit bermalam di hospital.

4.5 RPP Forensik

RPP Forensik adalah RPP segala rekod kes-kes kematian yang telah dijalankan bedah siasat oleh Pegawai Perubatan atas arahan pihak polis atau tuntutan perundangan atau atas permohonan siasatan klinikal. Ianya termasuk draf Post Mortem, borang makmal, *witness statement*, rekod klinikal, salinan borang JPN LM02 dan LM10 serta mana-mana rekod-rekod berkaitan.

4.6 RPP Perawatan Perubatan Tradisional dan Komplimentari (PTK)

RPP Perawatan Perubatan Tradisional dan Komplimentari merupakan RPP yang mendapat rawatan secara tradisional di hospital seperti kepercayaan terhadap kesihatan yang melibatkan tumbuh-tumbuhan, haiwan dan ubat-ubatan berasaskan mineral, terapi-terapi spiritual, teknik-teknik *manual* dan senaman, yang diaplikasikan secara khusus mahupun gabungan bagi merawat, diagnosis serta mencegah penyakit dan mengekalkan kesihatan.

5.0 FUNGSI RPP

Kegunaan utama Penyediaan RPP adalah untuk:

5.1

Merekodkan penyakit dan rawatan.

5.2

Perantara di antara Pegawai Perubatan dan lain-lain pengamal perubatan.

5.3

Kesinambungan perawatan, penyelidikan penyakit dan rawatan tertentu.

5.4

Pengumpulan statistik kesihatan.

5.5

Perundangan dan Tuntutan



6.0 *Pendaftaran*

6.0





6.0 PENDAFTARAN RPP

6.1 Pendaftaran Umum

- 6.1.1 Semua pesakit perlu didaftarkan di kaunter pendaftaran dan akan diberi nombor pengenalan pesakit berdasarkan MyKad/ MyKid/ MyPR/ MyKAS/ nombor tentera/ nombor polis/ nombor pasport (warga asing)/ kad UNHCR atau lain-lain pengenalan rasmi.
- 6.1.2 Satu nombor yang berturutan akan diberi bagi setiap kedatangan pesakit.
- 6.1.3 Pesakit bagi Inisiatif Hospital Kluster akan diberi satu Identifikasi Hospital Kluster.
- 6.1.4 Bayi yang tiada atau belum mempunyai pengenalan diri termasuk *Born Before Arrival* (BBA) akan menggunakan nombor pengenalan diri ibu atau bapa atau penjaga. BBA akan didaftarkan sebagai kelahiran hospital sekiranya tali pusat bayi dipotong oleh kakitangan paramedik dalam 21 radius km. Sila catatkan abjad "E" jika kad pengenalan ibu digunakan dan "B" jika menggunakan kad pengenalan bapa. Sila catatkan susunan anak dalam keluarga menggunakan nombor 1 bagi anak sulung dan nombor 2 untuk anak yang kedua dan selanjutnya. Abjad "P" digunakan untuk kanak-kanak yang dibawa oleh penjaga yang sah. Penjaga yang sah merujuk kepada selain dari ibu atau bapa kandung.

Contoh: Sekiranya pesakit anak sulung dan kad pengenalan ibu digunakan, maka dicatatkan sebagai 800417035646 E/1.

6.2 Pendaftaran Menggunakan Pengenalan Diri Berbeza

Sekiranya pesakit pernah mendaftar di hospital berkenaan dan mempunyai pengenalan diri berbeza, perlu dimaklumkan kepada Jabatan/Unit Rekod Perubatan berserta dokumen sokongan. Proses pencantuman akan dilakukan setelah maklumat dan pengesahan identiti pesakit diperolehi.

Contoh: Bayi yang menggunakan Kad Pengenalan Ibu bagi kemasukan pertama dan menggunakan MyKid bagi kemasukan seterusnya.

6.3 Pendaftaran Maklumat Berbeza

Jika didapati wujudnya maklumat berbeza dalam satu (1) RPP, perkara ini perlu dimaklumkan kepada Pegawai Rekod Perubatan atau Pegawai yang dilantik untuk:

- 6.3.1 menentukan pengenalan pesakit tersebut.
- 6.3.2 mencantumkan dokumen pesakit yang terlibat.
- 6.3.3 mewujudkan satu (1) nombor pengenalan baru jika perlu.

Contoh: Tentera yang mempunyai dua (2) nombor pengenalan diri iaitu Kad Pengenalan Awam dan Tentera.

6.4 Pendaftaran Pengenalan Palsu

Pesakit yang menggunakan pengenalan palsu dan RPP telah wujud, maklumat pengenalan diri pesakit perlu dikemas kini setelah pengesahan dilakukan. Jika pesakit masih dirawat, tanggungjawab tersebut perlu dilaksanakan oleh petugas di Bilik Daftar manakala jika pesakit telah discaj pegawai fasiliti KKM yang mengesan pemalsuan maklumat akan bertanggungjawab memaklumkan kepada Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM untuk tindakan selanjutnya dengan nasihat pegawai Jabatan / Unit Rekod Perubatan.

6.5 Pendaftaran Identiti Tidak Diketahui

Pendaftaran pesakit yang tidak diketahui identiti perlu didaftarkan sebagai *Unknown* dan dikemas kini dengan segera apabila maklumat diperolehi oleh petugas kesihatan.

6.6 Pendaftaran Pesakit Berprofil Tinggi atau VIP

Pendaftaran pesakit adalah seperti pendaftaran pesakit biasa dan tahap akses ditentukan oleh Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM tertakluk kepada arahan-arahan yang dikeluarkan oleh kerajaan dari semasa ke semasa.

Contoh: *User Access Control Policy (UACP)*.

6.7 Pendaftaran Semasa Bencana / Disaster Registration

Pendaftaran bencana perlu didaftarkan mengikut format yang ditentukan dan dikemaskini dengan lengkap dalam tempoh 72 jam.

6.8 Pembatalan Pendaftaran Pesakit dan Pendaftaran Kematian

Pesakit yang telah didaftarkan di Bilik Daftar Masuk dan semasa dalam perjalanan ke wad mengalami situasi berikut:

- 6.8.1 Sekiranya pesakit di Jabatan/Unit Kecemasan dan Trauma (ETD) didaftarkan untuk kemasukan wad tetapi kemasukan tidak berlaku disebabkan keadaan kesihatan merosot, pesakit perlu dihantar kembali ke ETD dan pembatalan pendaftaran kemasukan ke wad perlu dilakukan. Jika pesakit meninggal di ETD, ianya dianggap

kematian di Jabatan/Unit Kecemasan dan Trauma (ETD) atau *Death in Department* (DID).

- 6.8.2 Jika pesakit didaftarkan untuk kemasukan wad tetapi pesakit tidak muncul, pendaftaran perlu dibatalkan.
- 6.8.3 Sekiranya berlaku kekeliruan di dalam menentukan status berkenaan perkara di atas, perlu dirujuk kepada Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM.

6.9 Pendaftaran Umum EMR

Semua pesakit perlu didaftarkan di kaunter pendaftaran melalui sistem dan *Medical Record Number* (MRN) akan dijana. Pesakit baru pertama kali mendaftar akan diberi nombor pengenalan pesakit MRN. Setiap pesakit hanya mempunyai satu nombor sahaja yang akan digunakan setiap kali kedatangan atau kemasukan ke fasiliti KKM.

6.10 Pendaftaran Khusus EMR

6.10.1 Pendaftaran semasa bencana/ *Disaster Registration*

Pendaftaran bencana perlu didaftarkan mengikut format yang ditentukan dan dikemaskini dengan lengkap dalam tempoh 24 jam.

6.10.2 Pendaftaran Segera/ *Quick Registration*

Pendaftaran Segera perlu menggunakan dataset minimum seperti nama, jantina, nombor pengenalan diri dan dikemaskini dengan lengkap dalam tempoh 24 jam. Contoh di Zon Merah, ETD dan PAC (*Pregnancy Assessment Centre*).

6.10.3 Pendaftaran semasa /selepas *downtime*

Setiap fasiliti perlu mempunyai Plan Kontigensi Bencana/ *Business Continuity Plan* (BCP). Pendaftaran pesakit perlu dilakukan secara *manual* terlebih dahulu. Selepas sistem pulih, pendaftaran perlu dikemas kini dalam sistem oleh petugas di bilik daftar masuk.

7.0

Pewujudan RPP

7.0



7.0 PEWUJUDAN RPP

RPP diwujudkan apabila pesakit didaftarkan dan mendapatkan rawatan di mana-mana fasiliti KKM.

7.1 Pewujudan RPP Fizikal

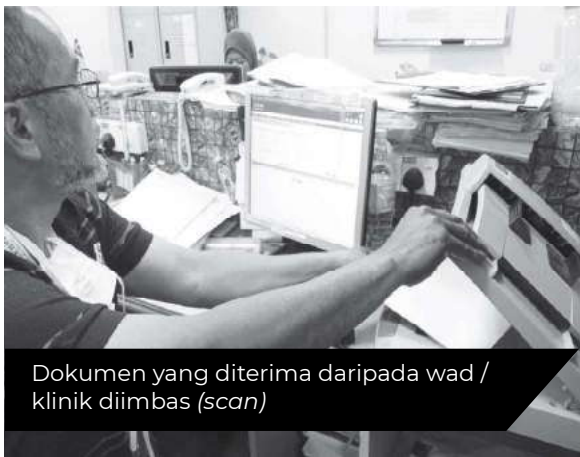
Komponen RPP adalah seperti berikut:

- 7.1.1 Susun Atur dokumen dalam Rekod Perubatan Pesakit rujuk **Lampiran 1.**
- 7.1.2 *Folder* untuk RPP rujuk **Lampiran 2-A1**
- 7.1.3 *Folder* untuk Filem X-Ray rujuk **Lampiran 2-A2**
- 7.1.4 *Fastener*
- 7.1.5 Kertas pembahagi (*divider*) bagi setiap kemasukan dan lawatan jika perlu

7.2 Pewujudan EMR

EMR diwujudkan di sesebuah fasiliti yang beroperasi menggunakan *Hospital Information System* (HIS) termasuklah TPC-OHCIS, Sistem CPRC Hospital dan lain-lain sistem sedia ada atau yang akan datang. Semua rawatan pesakit mestilah direkodkan dan disimpan di dalam EMR.

- 7.2.1 EMR diwujudkan bermula semasa pendaftaran untuk setiap pesakit di fasiliti.
- 7.2.2 Semua episod rawatan disatukan dalam EMR berdasarkan prinsip satu pesakit satu fail.
- 7.2.3 Setiap EMR yang diwujudkan mestilah *automatic real time* untuk setiap episod.
- 7.2.4 Pencarian data EMR dilakukan melalui sistem dengan menggunakan MRN pesakit/ Nombor Kad pengenalan/ Lain-lain pengenalan diri.



Dokumen yang diterima daripada wad / klinik diimbas (scan)



8.0

Dokumentasi RPP

8.0



8.0 DOKUMENTASI RPP

8.1 Tatacara Dokumentasi RPP Fizikal

RPP merupakan dokumen yang sah dari segi perundangan sama ada secara fizikal atau EMR. Maklumat di dalam RPP hendaklah didokumentasi dengan lengkap oleh setiap pengamal perubatan yang memberikan perkhidmatan kesihatan kepada pesakit.

Berikut adalah perkara-perkara yang perlu diberi perhatian semasa mendokumentasi RPP:-

- 8.1.1 Catatan perlu tepat, lengkap, jelas dan mudah dibaca dengan menggunakan dakwat kekal. Semua catatan hendaklah disertakan tarikh, masa dan ditandatangani berserta cap nama pegawai. Maklumat di dalam RPP tidak boleh dipinda sewenang-wenangnya. Sekiranya terdapat kesilapan/ pindaan², ianya perlu dipotong dengan kemas (*strikethrough*).
- 8.1.2 Maklumat yang telah dipinda perlu dicatat dan ditandatangani ringkas pencatat berserta cap nama, tarikh termasuk masa pindaan dibuat. Penggunaan cecair pemadam tidak dibenarkan.
- 8.1.3 Semua maklumat mengenai pemeriksaan, prosedur, konsultasi, perancangan, ubat-ubatan dan sijil sakit hendaklah didokumenkan ke dalam RPP.
- 8.1.4 Penggunaan kata singkatan "*abbreviation*" tidak digalakkan dalam RPP. "*Abbreviation*" juga tidak boleh digunakan dalam Laporan Perubatan, Borang Daftar Masuk dan Keluar (PER-PD 301), Ringkasan Discaj, Ringkasan Kematian dan Borang Kematian (*Medical Certificate of Cause of Death*)
- 8.1.5 Nota Discaj (*Discharge Note*) diisi dengan lengkap mengikut format oleh Perubatan dan perlu diserahkan kepada pesakit atau waris semasa proses discaj. Rujuk **Lampiran 3**.
- 8.1.6 Ringkasan discaj (*Discharge Summary*) dan Ringkasan Kematian (*Death Summary*) mesti disediakan oleh Pegawai Perubatan setelah pesakit discaj dalam tempoh 72 jam (tiga (3) hari bekerja) dan tidak boleh diserahkan kepada pesakit atau waris. Rujuk **Lampiran 4**.
- 8.1.7 Pindaan maklumat seperti kesalahan nama, nombor kad pengenalan dan maklumat demografi pesakit perlu dilakukan oleh petugas di Bilik Daftar Masuk jika pesakit masih berada di dalam wad. Pesakit yang telah discaj, pindaan akan dilakukan oleh pegawai yang dipertanggungjawabkan di jabatan berkenaan.
- 8.1.8 Semua maklumat peribadi pesakit dan rawatan hendaklah didokumentasikan mengikut kronologi dan format yang telah ditetapkan.

² Pindaan bermaksud sebarang bentuk perubahan yang dibuat ke atas RPP asal sama ada penggantian, pembetulan atau pembatalan.

- 8.1.9 Semua surat rujukan, borang kebenaran pembedahan, laporan penyiasatan, imej radiologi, keputusan-keputusan dari luar fasiliti dan lain-lain dokumen yang tidak boleh disediakan di dalam sistem mestilah dihantar ke Jabatan/Unit Rekod Perubatan untuk tujuan simpanan mengikut tatacara yang ditetapkan.
- 8.1.10 Semua borang dan dokumen ini perlu disusun secara teratur di dalam RPP bagi memudahkan urusan pencarian maklumat. Susun atur adalah mengikut episod kemasukan atau lawatan di mana episod rawatan terkini diletakkan di bahagian atas.
- 8.1.11 Setiap helaian muka surat nota kemajuan pesakit hendaklah mengandungi maklumat seperti berikut:
 - a. Nama pesakit dan *Registration Number* (RN) atau MRN.
 - b. Nombor muka surat.
- 8.1.12 Maklumat "*Allergy*" atau "*No Known Allergy*" yang telah disahkan oleh Pegawai Perubatan perlu dipaparkan dengan jelas di *folder* RPP.

8.2 Tatacara Dokumentasi EMR

- 8.2.1 Semua maklumat peribadi pesakit dan rawatan termasuk '*alert notation*' hendaklah didokumentasikan mengikut kronologi dan format yang telah ditetapkan KKM oleh pelbagai anggota dari unit dan kategori yang terlibat secara langsung dalam rawatan.
- 8.2.2 *Copy and Paste* tidak digalakkan
- 8.2.3 *Addendum*³ dan *Amendment* dalam EMR boleh dilakukan mengikut tatacara yang ditetapkan.
- 8.2.4 Sekiranya terdapat lebih dari satu (1) MRN bagi seorang pesakit, cantuman (*merging*) EMR perlu dilakukan oleh Pegawai Rekod Perubatan/ Pegawai yang dipertanggungjawabkan di jabatan berkenaan.
- 8.2.5 Dokumen klinikal (*Clerking/ Progress Notes*) tidak boleh dipadam (*delete*) di dalam sistem.
- 8.2.6 Bidang kuasa *block* dan *unblocks* EMR berprofil tinggi hanya boleh dilakukan oleh pegawai yang dilantik mengikut bidang kuasa yang ditetapkan oleh Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM .
- 8.2.7 Semua surat rujukan, borang kebenaran pembedahan, slip ECG, x-ray, keputusan-keputusan dari luar fasiliti, laporan *blood transfusion*, *ICU Chart* dan lain-lain dokumen yang tidak boleh disediakan dalam sistem mestilah dihantar ke Jabatan/ Unit Rekod Perubatan untuk tujuan simpanan mengikut tatacara yang ditetapkan.
- 8.2.8 *Encounter Summary* (ES) disediakan setelah pesakit selesai rawatan bagi perkhidmatan Pesakit Luar seperti Jabatan Kecemasan, Rawatan Harian, Klinik Pakar, Klinik Rehabilitasi, Klinik Diet dan lain-lain.

³ *Addendum* bermaksud penambahan kepada maklumat EMR dalam sebarang bentuk angka, perkataan atau imej

8.3 Akses Dan Perkongsian Maklumat EMR

- 8.3.1 Rujuk Dasar dan Garispanduan *User Access Control Policy (UACP)* di fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia.
- 8.3.2 Setiap anggota yang terlibat dengan pengurusan perawatan pesakit diberi *user ID* dan kata laluan serta bertanggungjawab terhadap perkara tersebut.
- 8.3.3. Perkongsian maklumat kesihatan melalui *Health Information Exchange (HIE)* antara fasiliti-fasiliti kesihatan Kerajaan bagi tujuan kesinambungan rawatan yang optima, persetujuan perkongsian maklumat kesihatan dalam HIE adalah secara automatik (*implied consent*) dengan kesedaran diberi kepada semua pelanggan.
- 8.3.4 Bagi pelanggan yang enggan berkongsi maklumat ke dalam HIE, pilihan '*opt-out*' disediakan bagi setiap encounter dengan menandatangani borang '*opt-out*'. Borang hendaklah dengan jelas menerangkan implikasi '*opt-out*' dan sebarang komplikasi rawatan awal kecemasan yang diberi tanpa maklumat dari HIE adalah atas risiko sendiri.
- 8.3.5 Walaupun HIS disimpan dalam *cloud*, kebenaran akses masih di bawah tanggungjawab fasiliti yang menjaga.
- 8.3.6 Kebenaran untuk mengakses data HIS yang telah diarkib perlu diperolehi dari Jabatan/Unit Rekod Perubatan .
- 8.3.7 *User ID* dan kata laluan akan diberi untuk tujuan penyelidikan/ pembelajaran bagi tempoh tertentu setelah mendapat kebenaran.
- 8.3.8 Cetakan RPP bagi tujuan bukan rawatan pesakit HANYA boleh dilakukan di Jabatan/Unit Rekod Perubatan. Walau bagaimanapun surat rujukan/ surat keizinan/ dokumen yang telah dikenal pasti boleh dicetak di wad / klinik.
- 8.3.9 Akses data secara langsung di luar premis fasiliti hendaklah diberi secara terkawal bagi tujuan tertentu sahaja iaitu:
 - 8.3.9.1 Perkhidmatan *Outreach* seperti klinik bergerak, lawatan ke rumah dan pre-hospital care.
 - 8.3.9.2 Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan atau pegawai yang telah diberi kebenaran bertulis oleh Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM.

8.4 Borang Dan Format RPP

Borang dan format yang digunakan di dalam RPP adalah seperti yang ditetapkan oleh KKM atau yang diluluskan melalui Mesyuarat Jawatankuasa Rekod Perubatan peringkat fasiliti KKM.

⁴ Rujuk kepada *User Access Control Policy (UACP)* dan Prosedur Operasi Standard Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit Berprofil Tinggi.

9.0

Pengendalian Rekod Perubatan Pesakit

9.0



9.0 PENGENDALIAN REKOD PERUBATAN PESAKIT

9.1 Penerimaan dan Penyimpanan RPP

9.1.1 Definisi

- i. Penerimaan adalah satu tugas yang dilakukan untuk mengambil dokumen yang dihantar untuk tujuan simpanan dan rujukan.
- ii. Penyimpanan adalah satu set dokumen disimpan mengikut susunan agar mudah dikeluarkan (*Retrieve*) dan dimasukkan (*Filling*) bila diperlukan.

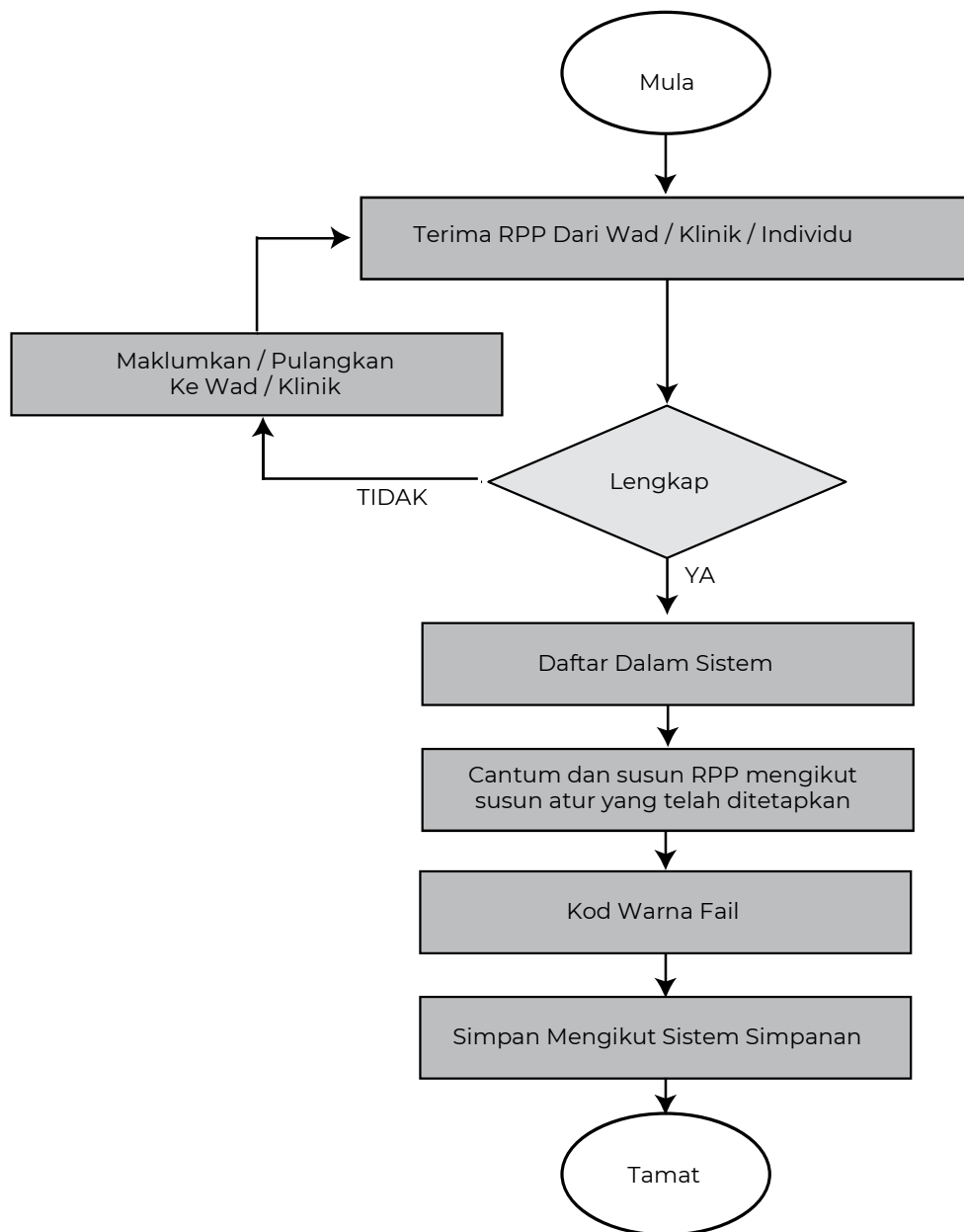
9.1.2 Proses Aliran Kerja Penerimaan Dan Penyimpanan RPP

BIL.	TINDAKAN	TANGGUNG JAWAB
9.1.2.1	Penerimaan Terima RPP lengkap dari wad dan klinik.	PT/ PPK/ PO
9.1.2.2	Pendaftaran Daftar dalam sistem pengurusan RPP	PT/ PPK/ PO
9.1.2.3	Penjilidan Cantum dan susun RPP mengikut susunatur yang telah ditetapkan.	PJ/KJ/JT/ PT/ PPK/ PO
9.1.2.4	Kod Warna Fail Lekatkan pelekat warna mengikut: i. Nombor rak ii. Tahun terkini	PT/ PPK/ PO
9.1.2.5	Penyimpanan Simpan RPP mengikut sistem simpanan yang ditetapkan	PT/ PPK/ PO

Petunjuk :

PT : Pembantu Tadbir
PPK : Pembantu Perawatan Kesihatan
PO : Pembantu Operasi
JT : Jururawat Terlatih
KJ : Ketua Jururawat
PJ : Penyelia Jururawat

9.1.3 Carta Aliran Penerimaan Dan Penyimpanan RPP



9.2 Peminjaman RPP

9.2.1 Definisi

Pinjaman adalah suatu proses pengeluaran sementara RPP oleh Jabatan/ Unit atas pelbagai tujuan dan akan dikembalikan semula apabila sampai tempohnya.

9.2.2 Tujuan Peminjaman RPP iaitu:

9.2.2.1 Rawatan Pesakit

- Rawatan Pesakit Dalam
- Rawatan Pesakit Luar
- Imej Radiologi (Berasingan)

9.2.2.2 Audit

- a. Audit Klinikal
- b. Audit Rekod Perubatan

9.2.2.3 Penyelidikan

- a. *Mortality Review*
- b. Kajian /Penyelidikan
- c. *Continuing Medical Education (CME)*

9.2.2.4 Lembaga Perubatan

9.2.2.5 Laporan Perubatan

9.2.2.6 Siasatan

- a. Aduan
- b. Kes Medico Legal /Litigasi
- c. Kes Mahkamah

9.2.3 Pegawai yang boleh meminjam RPP adalah terdiri daripada:-

9.2.3.1 Pengarah/ Pentadbir Fasilitas KKM

9.2.3.2 Pegawai Perubatan Pakar/ Pegawai Perubatan yang berkhidmat di fasilitas tersebut.

9.2.3.3 Pegawai-pegawai lain yang dibenarkan oleh Pengarah/ Pentadbir Fasilitas KKM

9.2.4 Tatacara Peminjaman

9.2.4.1 Permohonan pinjaman untuk tujuan penyelidikan dan lain-lain perlu dibuat atas nama pegawai yang memohon berserta surat pengesahan Ketua Jabatan/ Unit Rekod Perubatan pegawai tersebut dan mendapat kelulusan bertulis Pengarah/ Pentadbir Fasilitas KKM

9.2.4.2 Sekiranya RPP tersebut diperlukan untuk tujuan rawatan, penyediaan laporan perubatan atau perintah Mahkamah, Jabatan/Unit Rekod Perubatan berhak untuk mengambil mana-mana tindakan seperti berikut:

- i. Menangguh kebenaran meminjam RPP tersebut.
- ii. Mengambil RPP tersebut walaupun tempoh pinjaman belum tamat.

9.2.4.3 RPP boleh dibawa keluar dari premis fasiliti dengan kebenaran Pengarah/Pentadbir Fasiliti KKM atau arahan Mahkamah.

9.2.4.4 Sekiranya seseorang Pegawai Perubatan tidak lagi berkhidmat di fasiliti tersebut dan disapina oleh Mahkamah, maka RPP perlu dibawa oleh pegawai bersesuaian yang diarahkan oleh Pengarah/ Pentadbir Fasiliti KKM.

9.2.5 Proses Aliran Kerja Peminjaman RPP

BIL.	TINDAKAN	TANGGUNG JAWAB
9.2.5.1	Penerimaan Permohonan Pinjaman Memastikan permohonan lengkap diterima	PT/ PPK/ PO
9.2.5.2	Pencarian RPP Semak status RPP dalam sistem, carian RPP dan daftar pinjaman.	PT/ PPK/ PO
9.2.5.3	Serahan RPP Menyerahkan RPP kepada pemohon setelah butiran pengambil dilengkapkan.	PT/ PPK/ PO
9.2.5.4	Pemulangan RPP Kemaskini maklumat pemulangan dalam sistem. Hubungi peminjam sekiranya RPP belum dipulangkan jika tempoh pinjaman telah tamat	PT/ PPK/ PO

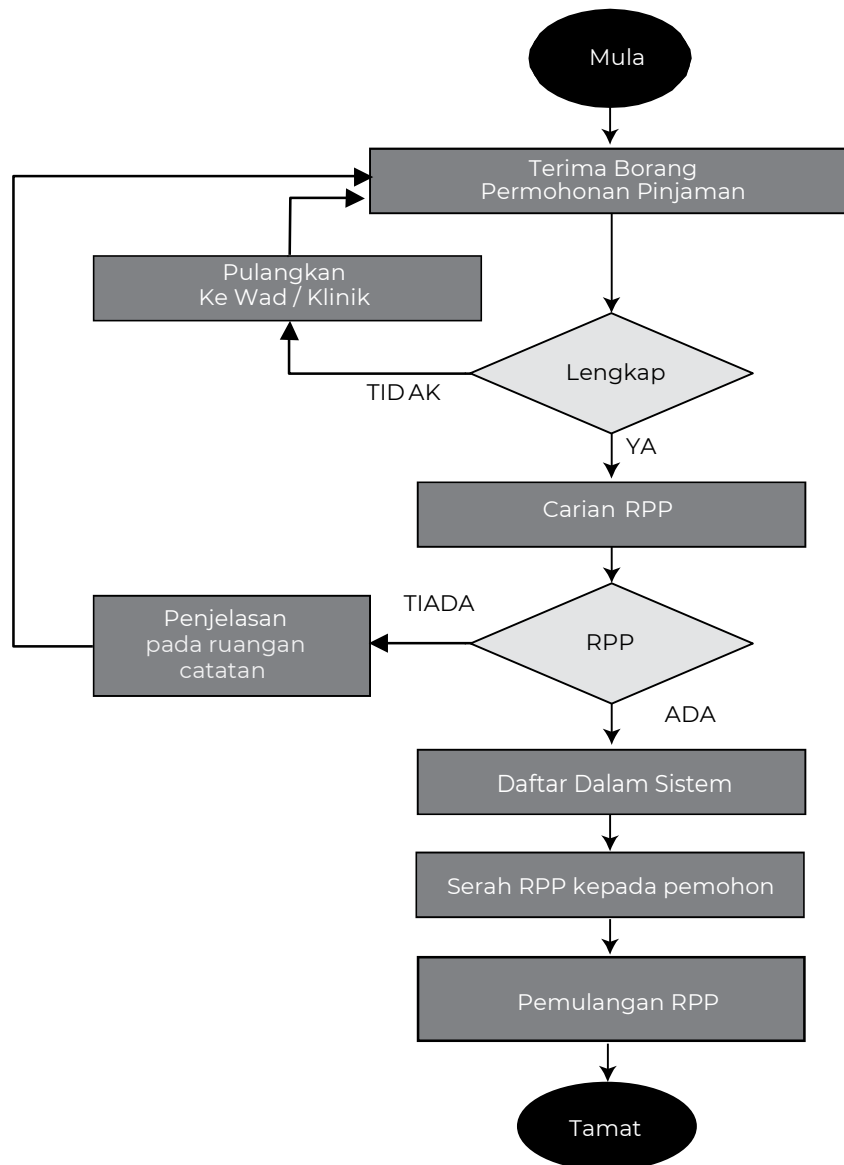
Petunjuk :

PT : Pembantu Tadbir

PPK : Pembantu Perawatan Kesihatan

PO : Pembantu Operasi

9.2.6 Carta Aliran Pinjaman Rekod Perubatan Pesakit



9.2.7 Tanggungjawab Peminjam

- 9.2.7.1 Peminjam adalah bertanggungjawab memulangkan RPP dalam tempoh yang ditetapkan dan sempurna.
- 9.2.7.2 Peminjam bertanggungjawab ke atas kerahsiaan dan keselamatan RPP semasa dalam tempoh pinjaman.
- 9.2.7.3 Memastikan RPP tidak diserahkan kepada pihak ketiga tanpa kebenaran Jabatan/Unit Rekod Perubatan
- 9.2.7.4 Peminjam tidak dibenarkan membuat sebarang salinan atau mengubah susunan, mengambil gambar dari mana-mana bahagian dalam RPP.
- 9.2.7.5 RPP yang dipinjam oleh pelatih, pelajar atau penyelidik hendaklah mendapat kelulusan rasmi dari Pengarah/ Pentadbir Fasiliti KKM RPP tidak boleh dibawa keluar dari premis fasiliti berkenaan.
- 9.2.7.6 Pegawai Perubatan yang telah tamat perkhidmatan kerajaan hanya dibenarkan membaca RPP di Jabatan/ Unit Rekod Perubatan dengan kebenaran bertulis Pengarah/ Pentadbir Fasiliti KKM.
- 9.2.7.7 Sekiranya berlaku kehilangan atau kerosakan ke atas RPP, Pengarah/ Pentadbir Fasiliti KKM perlu dimaklumkan secara rasmi dengan kadar segera⁵.
- 9.2.7.8 Wad/ Klinik/ Rawatan Harian/ Jabatan Kecemasan dan Trauma perlu mengemukakan borang permohonan pinjaman RPP yang lengkap sebagaimana di **Lampiran 5/Lampiran 6** ke Jabatan/ Unit Rekod Perubatan .
- 9.2.7.9 Setiap pergerakan RPP perlu direkod dan dikemaskini untuk tujuan pemantauan.
- 9.2.7.10 Mengadakan sistem *porter*⁶ untuk memastikan RPP dikendalikan oleh anggota yang berkenaan.

9.2.8 Peminjaman dan Pengeluaran Imej Radiologi

- 9.2.8.1 Proses Peminjaman imej radiologi di dalam premis fasiliti adalah seperti proses pinjaman RPP.
- 9.2.8.2 Permohonan Pengeluaran imej radiologi di luar premis fasiliti perlu merujuk surat pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Bil. 10/2002. Permohonan perlu menggunakan borang seperti di **Lampiran 7**.
- 9.2.8.3 Jika pengeluaran dibuat selain dari Jabatan/Unit Rekod Perubatan, sesalinan borang pengeluaran imej radiologi perlu diserahkan ke Jabatan/Unit Rekod Perubatan.

⁵ Standard Operational Procedure Tatacara membina semula RPP & Pengurusan RPP Akibat Bencana

⁶ Porter adalah anggota yang ditugaskan untuk penghantaran dan penerimaan RPP

9.2.8.4 Proses Aliran Kerja Pengeluaran Imej Radiologi ke Fasilitas Luar

BIL.	TINDAKAN	TANGGUNG JAWAB
9.2.8.4.1	Terima Permohonan dari pesakit /waris dan isi borang permohonan imej radiologi	PP
9.2.8.4.2	Arah pesakit /waris ke Jabatan /Unit Rekod Perubatan atau Jabatan /Unit Radiologi	S
9.2.8.4.3	Terima Borang Permohonan pengeluaran imej radiologi	SRP/SR
9.2.8.4.4	Semak Borang Permohonan	SRP/SR
9.2.8.4.5	Pastikan Kakitangan Klinik /Pesakit membawa borang Permohonan Pengeluaran imej radiologi yang lengkap diisi dan telah disahkan oleh JXR	SRP/SR
9.2.8.4.6	Menandatangani Buku Pergerakan imej radiologi di Jabatan /Unit Rekod Perubatan / Radiologi	SRP/SR
9.2.8.4.7	Serah imej radiologi kepada pesakit /waris	SRP/SR

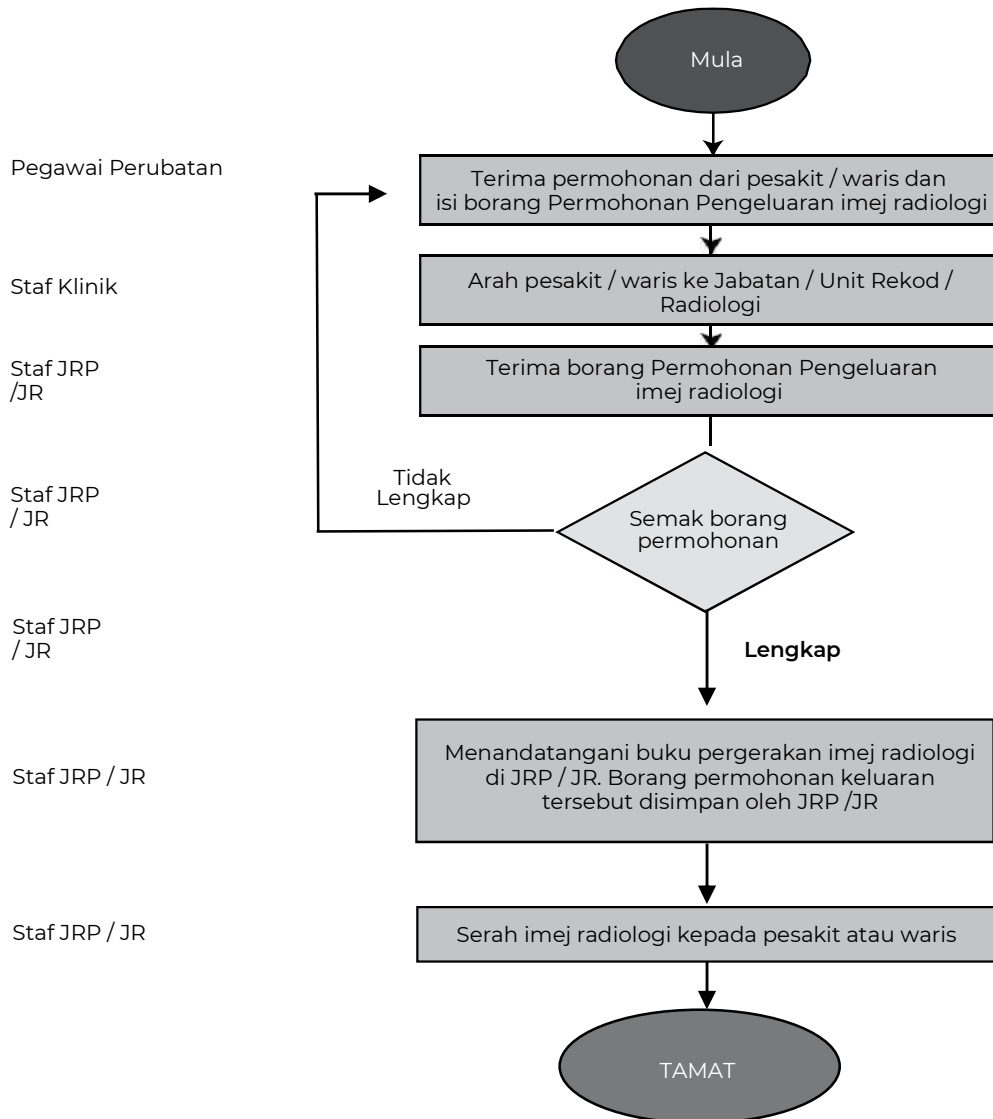
Petunjuk:

PP : Pegawai Perubatan
 S : Staf Di Klinik
 SRP : Staf Rekod Perubatan
 SR : Staf Radiologi

9.2.8.5 Carta Aliran Pengeluaran Imej Radiologi ke Fasiliti Luar

TANGGUNGJAWAB

PROSES KERJA



Petunjuk :

JRP – Jabatan Rekod Perubatan

JR – Jabatan Radiologi

9.2.9 Tempoh Pinjaman RPP

Tempoh pinjaman RPP adalah seperti berikut :-

BIL.	TUJUAN PINJAMAN	TERIMA PERMOHONAN	TEMPOH SERAHAN	TEMPOH PEMULANGAN (hari bekerja)
9.2.9.1	Rawatan Pesakit			
a.	Rawatan Pesakit Dalam	Apabila diperlukan	24 jam	72 jam selepas discaj
b.	Rawatan Pesakit Luar	14 hari bekerja sebelum tarikh temujanji	3 hari sebelum temujanji	24 jam selepas sesi klinik selesai
c.	Imej Radiologi (Berasingan)	Apabila diperlukan	24 jam	Dalam tempoh 14 hari
9.2.9.2	Audit			
a.	Audit Klinikal	14 hari bekerja sebelum tarikh audit	3 hari sebelum audit	24 jam selepas sesi audit selesai
b.	Audit Rekod Perubatan			
9.2.9.3	Penyelidikan			
a.	<i>Mortality Review</i>	Apabila diperlukan	3 hari sebelum sesi	24 jam selepas sesi selesai
b.	Kajian/ Penyelidikan			
c.	<i>Continuing Medical Education (CME)</i>			
9.2.9.4	Lembaga Perubatan	7 hari sebelum tarikh bersidang	3 hari sebelum bersidang	24 jam selepas sesi persidangan
9.2.9.5	Laporan Perubatan	Apabila diperlukan	2 hari	24 jam selepas selesai penyediaan Laporan Perubatan
9.2.9.6	Siasatan			
a.	Aduan	Apabila diperlukan	24 jam	Tamat sesi siasatan
b.	Kes Medico Legal/Litigasi			
c.	Kes Mahkamah			24 jam selepas selesai sesi Mahkamah
d.	Forensik			72 jam selepas Post Mortem selesai

9.3 Permohonan RPP bagi melengkapkan siasatan

9.3.1 Salinan RPP oleh pihak Polis DiRaja Malaysia (PDRM) bagi melengkapkan siasatan adalah dibenarkan berdasarkan subseksyen 51(1) Kanun Tatacara Jenayah [Akta 593]. Setiap Helaian salinan RPP perlu dicatatkan no. mukasurat dan disahkan oleh Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM atau pegawai yang diberi kuasa.

9.3.2 RPP akan diserahkan kepada PDRM bagi kes-kes tertentu dengan kebenaran Pengarah/ Pentadbir Fasilitas KKM berserta pembuktian akuan penyerahan dan penerimaan.

Contoh kes; jika PDRM menghendaki RPP Asal diserahkan kepada mereka seperti dalam isu tulisan atau tandatangan palsu pada dokumen sebagaimana memo pandangan Pejabat Penasihat Undang-undang (PUU) bertarikh 4 Disember 2020.

9.4 Pengurusan RPP Hospital Kluster

9.4.1 RPP boleh dipindahkan atau perkongsian EMR di antara hospital dalam kluster berkenaan atas keperluan dan permohonan dari pegawai yang diberi kuasa sahaja.

9.4.2 Bagi kes *medico-legal* dan potensi *medico-legal*, RPP atau maklumat EMR tidak boleh dipindahkan atau dikongsi dari hospital berkenaan.

9.4.3 Tatacara pengurusan RPP dan EMR di Hospital Kluster perlu disediakan dan dipatuhi bagi memastikan keselamatan dan kerahsiaan maklumat terpelihara.

9.5 Pelupusan RPP

9.5.1 RPP Fizikal

RPP perlu disimpan dan dilupuskan untuk tempoh yang ditetapkan bagi memenuhi keperluan rawatan, perundangan, penyelidikan dan sebagainya seperti dalam Jadual Pelupusan yang disediakan oleh KKM. Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan adalah bertanggungjawab untuk mengesahkan RPP telah dilupuskan mengikut tatacara yang telah ditetapkan.

9.5.2 Simpanan Dan Arkib EMR

9.5.2.1 Tempoh penyimpanan EMR perlu mematuhi Jadual Pelupusan Rekod Perubatan.

9.5.2.2 Jabatan/Unit Teknologi Maklumat perlu memastikan terdapat jangkamasa *off-line* bagi capaian EMR semi aktif melebihi tempoh lima (5) tahun.

10.0

*Tanggungjawab
Jabatan / Unit
Rekod Perubatan*

11.0

*Tanggungjawab
Jabatan/Unit Lain
Yang Terlibat Dalam
Pengurusan
Rekod Perubatan*

10.0
&
11.0

10.0 TANGGUNGJAWAB JABATAN / UNIT REKOD PERUBATAN

- 10.1 Menyelaras dan memantau proses-proses yang berkaitan pengurusan RPP mengikut prosedur yang ditetapkan.
- 10.2 Memastikan hanya RPP yang lengkap dan mengikut susun atur sahaja akan diterima oleh Jabatan/Unit Rekod Perubatan.
- 10.3 Menyediakan dokumen serta salinan dokumen RPP mengikut tatacara pengendalian kes-kes *medico-legal* atau litigasi.
- 10.4 Memastikan penyerahan salinan RPP kepada pihak ketiga atas arahan Mahkamah dan KKM jika diperlukan.
- 10.5 Memastikan keselamatan dan kerahsiaan RPP terjaga.
- 10.6 Penerimaan dan Pendaftaran RPP
 - 10.6.1 RPP bagi pesakit yang telah discaj mesti dihantar ke Jabatan/Unit Rekod Perubatan dalam tempoh yang ditetapkan. Semua RPP yang diterima di Kaunter hendaklah didaftarkan.
 - 10.6.2 Kandungan RPP hendaklah disemak mengikut susun atur rujuk **Lampiran 1**.
- 10.7 Pemfailan RPP
 - 10.7.1 RPP hendaklah difailkan menggunakan sistem pemfailan *Terminal Digit Filing System* (TDFS) atau *Modified Terminal Digit Filing System* (MTDFS).
 - 10.7.2 Mencantumkan RPP kemasukan atau episod rawatan yang baharu dengan RPP terdahulu jika ada (*One Patient One Folder*⁷).
 - 10.7.3 Kod warna nombor pemfailan digunakan bagi memudahkan pengesanan RPP rujuk **Lampiran 2-B**.

⁷ Surat Bil KKM /87/P/11/1/Jld.9 (22) bertarikh 8 Januari 2013 : Kaedah Pemusatan Rekod Perubatan (*One Patient One Folder*).

11.0 TANGGUNGJAWAB JABATAN/ UNIT LAIN YANG TERLIBAT DALAM PENGURUSAN RPP

Pengurusan RPP melibatkan kerjasama antara Jabatan /Unit seperti berikut:

- Bilik Daftar Masuk
- Wad
- Klinik Pakar / Pusat Rawatan Harian /Jabatan Kecemasan dan Trauma / Pusat Krisis Setempat (*One Stop Crisis Centre*)
- Jabatan/Unit Forensik
- Fasiliti di lokasi-lokasi lain yang telah dikenal pasti oleh pihak pengurusan hospital

11.1 Bilik Daftar Masuk

Pegawai yang menjaga Bilik Daftar Masuk hendaklah bertanggungjawab:

- 11.1.1 Membuat semakan samada pesakit pernah masuk wad sebelum menyediakan *folder* RPP bagi setiap kemasukan baharu semasa pendaftaran.
- 11.1.2 Memastikan maklumat demografi pesakit lengkap dan betul dalam borang PER-PD301.
- 11.1.3 Memastikan borang-borang yang berkaitan dimasukkan ke dalam *folder* seperti surat arahan masuk wad, surat jaminan dan lain-lain.

11.2 Wad

Pegawai Perubatan/ Penyelia/ Ketua Jururawat hendaklah bertanggungjawab ke atas keselamatan dan kerahsiaan serta menyelaraskan pengurusan RPP seperti berikut:

- 11.2.1 Menguruskan RPP dengan cara teratur dan selamat.
- 11.2.2 Mengesan RPP terdahulu sekiranya pesakit pernah mendapat rawatan.
- 11.2.3 Memastikan anggota yang dibenarkan sahaja membawa RPP dari satu tempat ke satu tempat di dalam hospital dengan menggunakan beg/ troli berkunci.
- 11.2.4 Memantau pergerakan RPP semasa di wad.
- 11.2.5 Setelah pesakit discaj, anggota yang bertanggungjawab di wad perlu melaksanakan perkara-perkara berikut:
 - 11.2.5.1. Memastikan ringkasan discaj lengkap disediakan oleh Pegawai Perubatan yang bertanggungjawab dalam tempoh 72 jam hari bekerja.

- 11.2.5.2. Memastikan maklumat *allergy* didokumentasikan.
- 11.2.5.3. Menyemak, menyusun dan memastikan RPP mengandungi dokumen yang lengkap dan disusun rujuk **Lampiran 1**.
- 11.2.5.4 Memastikan RPP dihantar ke Jabatan/Unit Rekod Perubatan menggunakan beg atau troli berkunci dalam tempoh 72 jam hari bekerja selepas pesakit discaj.

11.3 Klinik Pakar/ Pusat Rawatan Harian/ Jabatan/Unit Kecemasan dan Trauma/ Pusat Krisis Setempat (One Stop Crisis Centre)

Ketua Jabatan/Unit terlibat bertanggungjawab memastikan perkara-perkara berikut dipatuhi:

- 11.3.1 Memastikan RPP mengandungi dokumen yang lengkap dan disusun teratur.
- 11.3.2 Mengurus dan menyimpan RPP yang diwujudkan dan dipinjam dari Jabatan/ Unit Rekod Perubatan secara teratur.
- 11.3.3 Mengesan RPP terdahulu jika berkaitan.
- 11.3.4 Memastikan RPP dihantar ke Jabatan/Unit Rekod Perubatan menggunakan beg/ troli berkunci dalam tempoh 24 jam selepas sesi klinik selesai (hari bekerja).
- 11.3.5 Memastikan anggota yang dibenarkan sahaja membawa RPP dari satu tempat ke satu tempat di dalam fasiliti KKM menggunakan beg/ troli berkunci.

11.4 Jabatan/Unit Forensik

- 11.4.1 Pengurusan Rekod Perubatan bagi Perkhidmatan Perubatan Forensik melibatkan dokumen berikut:
 - 11.4.1.1 Buku daftar kematian
 - 11.4.1.2 Borang kebenaran atau keizinan untuk bedah siasat yang ditandatangani oleh waris
 - 11.4.1.3 Borang Permintaan Pemeriksaan Mayat daripada pihak polis
 - 11.4.1.4 Laporan bedah siasat mayat
- 11.4.2 Pengurusan rekod perubatan bagi Perkhidmatan Perubatan Forensik di semua fasiliti KKM adalah dikawal selia oleh Jabatan/Unit Rekod Perubatan hospital masing-masing kecuali Hospital Kuala Lumpur.
- 11.4.3 Rekod bedah siasat dan forensik bagi kes yang dibawa mati ke hospital *Brought In Dead (BID)* disimpan kekal di jabatan.
- 11.4.4 Rekod bedah siasat yang dilakukan oleh pakar forensik lawatan perlu disimpan kekal di hospital di mana bedah siasat dijalankan.

11.5 Lokasi-lokasi lain yang telah dikenal pasti oleh pihak Pengarah/ Pentadbir Fasilitas KKM.

Pengurusan RPP perlu mematuhi garis panduan pengendalian dan pengurusan RPP yang terkini .

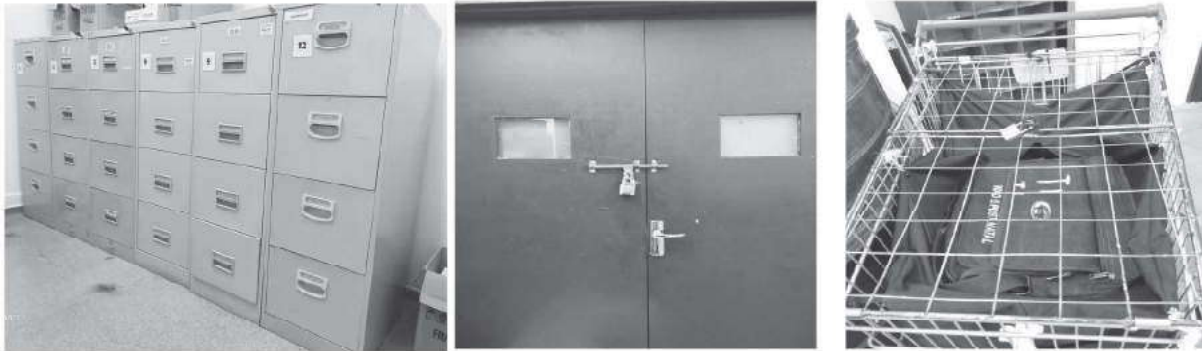
12.0

Keselamatan Rekod Perubahan Pesakit

12.0



12.0 KESELAMATAN REKOD PERUBATAN PESAKIT



12.1 Tanggungjawab

Secara umumnya keselamatan RPP dan EMR adalah tanggungjawab Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM. Ia tidak boleh diserahkan kepada mana-mana pihak kecuali:

- 12.1.1 Kelulusan bertulis daripada Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM atau perintah Mahkamah.
- 12.1.2 Pemegang taruh (Stakeholder) bagi melaksanakan siasatan.

12.2 Peraturan keselamatan RPP mestilah meliputi:

- 12.2.1 Keselamatan di Jabatan/Unit Rekod Perubatan.
- 12.2.2 Keselamatan semasa memindah atau menghantar RPP dari satu lokasi ke lokasi yang lain.
- 12.2.3 Keselamatan di unit lain, contoh di wad/ klinik termasuk bila diserahkan kepada Pegawai Perubatan untuk penyediaan laporan perubatan atau dibawa ke Mahkamah.

12.3 Kategori Keselamatan

Keselamatan RPP perlulah meliputi perkara berikut:

12.3.1 Keselamatan Umum

- 12.3.1.1 Keselamatan RPP semasa di luar Jabatan/Unit Rekod Perubatan adalah menjadi tanggungjawab ketua Jabatan/Unit berkenaan.
- 12.3.1.2 Pemantauan berterusan oleh Jabatan/Unit Rekod Perubatan ke atas kawalan pergerakan RPP perlu dijalankan.
- 12.3.1.3 Lawatan pemeriksaan secara berkala dalam pengendalian RPP di wad, klinik dan stor RPP hendaklah dilakukan oleh anggota Jabatan/Unit Rekod Perubatan bagi memastikan keselamatan RPP.

- 12.3.1.4 Pergerakan RPP hendaklah menggunakan beg atau troli berkunci. Bukti penghantaran dan penerimaan RPP perlu diwujudkan.
- 12.3.1.5 RPP tidak boleh dibawa keluar dari kawasan hospital kecuali dengan kelulusan Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM.
- 12.3.1.6 Semua RPP yang diserahkan kepada peminjam perlu direkodkan.
- 12.3.1.7 Peminjam mestilah menyimpan RPP yang diterima di tempat yang selamat.
- 12.3.1.8 Pihak pengurusan hospital perlu menyediakan tempat yang selamat bagi setiap Jabatan / Unit Rekod Perubatan untuk menyimpan RPP.

12.3.2 Mencegah Kebakaran

Mengambil langkah-langkah pencegahan kebakaran seperti berikut:-

- 12.3.2.1 Papan Tanda Larangan Merokok.
- 12.3.2.2 Mengadakan sistem penyembur buih kering.
- 12.3.2.3 *Water sprinkler* tidak dibenarkan di ruang simpanan RPP.
- 12.3.2.4 Menyediakan alat pemadam api.
- 12.3.2.5 Menyediakan hos pemadam api.
- 12.3.2.6 Menyediakan sistem penggera api.
- 12.3.2.7 Melarang menempatkan bahan-bahan yang mudah terbakar di Jabatan/Unit Rekod Perubatan seperti minyak petrol, gas cecair dan sebagainya.
- 12.3.2.8 Semua pendawaian elektrik termasuk pendawaian tambahan hendaklah disahkan selamat oleh pihak kejuruteraan elektrik secara berkala.
- 12.3.2.9 Dilarang menggunakan perkakas elektrik seperti 'water heater' dan sebagainya di ruang simpanan RPP.
- 12.3.2.10 Penggunaan ubat nyamuk lingkaran adalah dilarang.



- 12.3.2.11 Memberi pendidikan dan latihan untuk mencegah dan memadam kebakaran secara berkala.

12.3.3 Bencana Alam dan Lokasi

- 12.3.3.1 Memastikan Jabatan/Unit Rekod Perubatan tidak dibina di kawasan banjir, berdekatan dengan dapur dan kawasan tapak pelupusan sisa pepejal.
- 12.3.3.2 Tatacara menguruskan rekod akibat banjir⁸.

12.3.4. Persekitaran

Persekitaran di Jabatan/Unit Rekod Perubatan perlu mematuhi aspek- aspek seperti berikut :

- 12.3.4.1 Stor simpanan RPP mencapai tahap suhu bilik 18°C - 22°C, filem 10°C serta pengudaraan dan pencahayaan yang bersesuaian⁹.
- 12.3.4.2 Jadual pengawalan makhluk perosak secara berkala dipatuhi.
- 12.3.4.3 Jadual pembersihan secara berkala.
- 12.3.4.4 Melarang kakitangan menyimpan makanan atau makan di dalam stor simpanan rekod.
- 12.3.4.5 Semua RPP disusun di atas rak, BUKAN di atas lantai atau di tempat yang lembap.
- 12.3.4.6 Kawasan berpagar dan berkunci.
- 12.3.4.7 Kawalan keselamatan di semua lokasi simpanan RPP.
- 12.3.4.8 Pemasangan CCTV atau Sistem Penggera di semua lokasi Jabatan/Unit Rekod Perubatan.
- 12.3.4.9 Pemasangan *Magnetic Door* adalah digalakkan

12.4. Keselamatan EMR

- 12.4.1 *Custodian* EMR adalah di bawah tanggungjawab Jabatan/Unit Rekod Perubatan manakala keselamatan *hardware* dan *software* adalah di bawah tanggungjawab Jabatan Teknologi Maklumat.
- 12.4.2 *User ID* dan kata laluan akan diberi kepada kakitangan yang terlibat dalam perawatan pesakit oleh Jabatan Teknologi Maklumat.
- 12.4.3 Setiap kakitangan yang diberi akses perlu bertanggungjawab menjaga kata laluan yang diberikan dan memaklumkan kepada Jabatan Teknologi Maklumat sekiranya telah bertukar atau berhenti dari bertugas. Sistem akan *automatic lock* bagi *User ID* yang tidak aktif selama tiga (3) bulan.

⁸ Jadual Pelupusan Rekod Perubatan 2016 di Fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)

⁹ Buku Pengenalan Rekod & Sistem Fail, m/s 79

- 12.4.4 Jabatan Teknologi Maklumat bertanggungjawab memastikan :
- 12.4.4.1 Peranti yang digunakan mesti ada antivirus yang dikemaskini dari semasa ke semasa.
 - 12.4.4.2 Daftar perkakasan ICT dan *smartphone* yang digunakan atas nama individu dan jabatan.
 - 12.4.4.3 Talian yang digunakan mestilah berdaftar atas nama individu dan jabatan.

12.5 Salinan Dokumen (Back Up)

Jabatan Teknologi Maklumat bertanggungjawab membuat salinan dokumen (*Back Up*) setiap hari, minggu, bulan dan setiap kali konfigurasi berubah. *Back up* hendaklah direkodkan dan disimpan di lokasi yang sama atau berlainan (off site), sekurang-kurangnya dalam jarak 25 kilometer dari fasiliti.

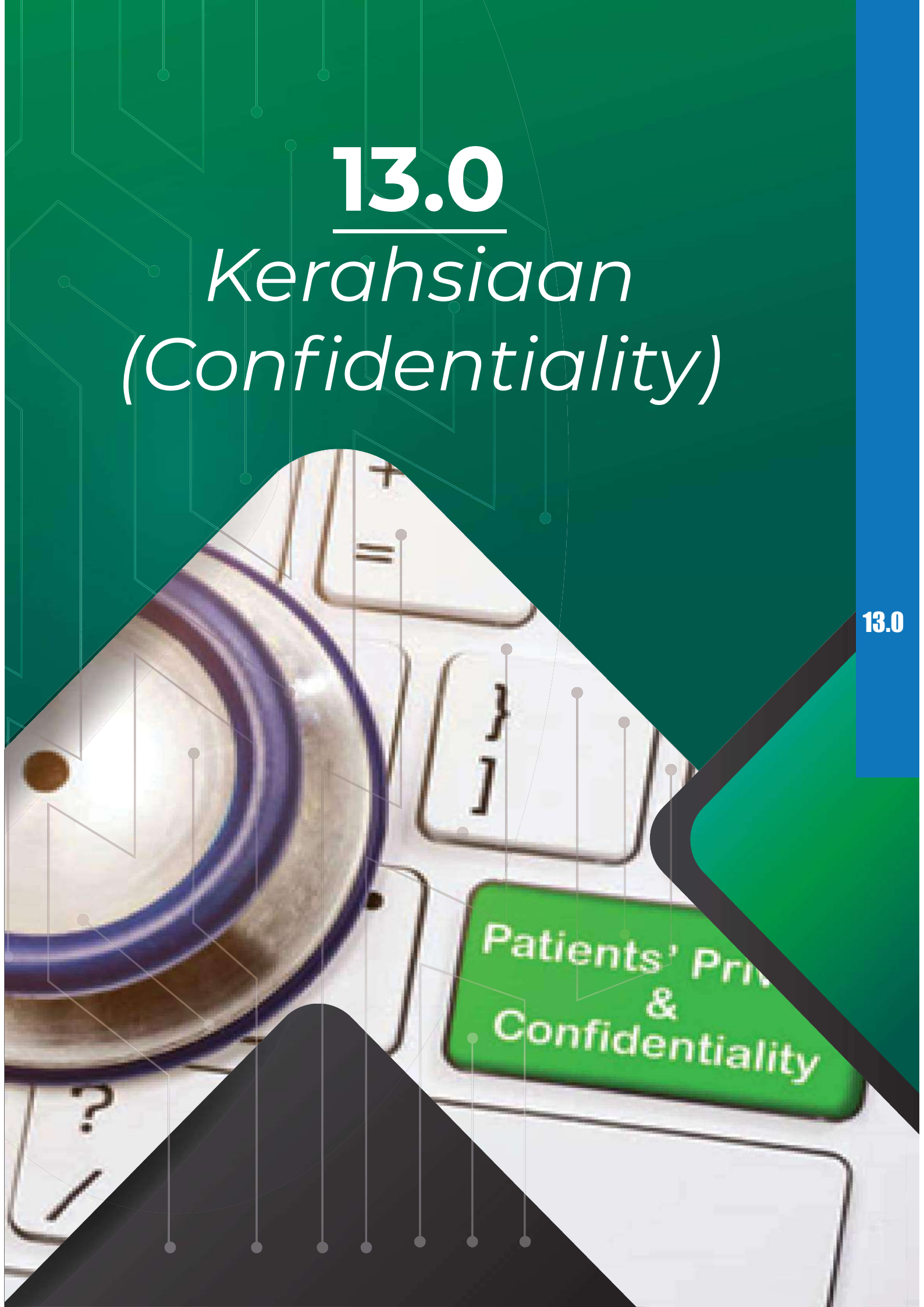
12.6 Pelan Kontigensi (Business Continuity Plan)

- 12.6.1 Semua hospital IT perlu mewujudkan satu pelan BCP untuk mengatasi '*system breakdown*' atau *electricity breakdown*.
- 12.6.2 Semua maklumat pesakit yang direkodkan secara *manual*, perlu di *Key In* atau direkodkan kembali ke dalam sistem dalam masa yang ditetapkan mengikut polisi fasiliti masing-masing.

13.0

Kerahsiaan (Confidentiality)

13.0



Patients' Privacy
&
Confidentiality

13.0 KERAHSIAAN (*CONFIDENTIALITY*)

13.1 Kerahsiaan RPP fizikal

- 13.1.1 Semua anggota yang menguruskan RPP diwajibkan menandatangani Borang Akta Rahsia Rasmi 1972 [Akta 88] setiap tahun (**Lampiran 8**).
- 13.1.2 Pesakit dilarang memegang atau membawa rekodnya sendiri semasa berjumpa doktor atau berurusan dengan unit-unit lain.
- 13.1.3 Salinan pendua dan pengambilan gambar RPP melalui sebarang media elektronik dan alat telekomunikasi adalah dilarang.
- 13.1.4 Perkongsian maklumat RPP antara hospital KKM melalui panggilan telefon adalah tidak digalakkan. Sekiranya maklumat tersebut diperlukan, perkara-perkara berikut perlu dipatuhi;
 - 13.1.4.1 Pegawai Perubatan hendaklah membuat peminjaman RPP mengikut prosedur biasa.
 - 13.1.4.2 Perkongsian maklumat hanya dibenarkan di antara Pakar atau Pegawai Perubatan sahaja dan bertanggungjawab merekodkan maklumat penerima dan butiran yang dikongsikan di dalam RPP berkenaan.
 - 13.1.4.3 Salinan fotostat tidak boleh dibuat tanpa kebenaran Pengarah/ Pentadbir Fasiliti KKM

13.2 Penyerahan maklumat melalui media elektronik¹⁰ seperti e-mel adalah dibenarkan dengan merujuk kepada Pekeliling Kemajuan Pentadbiran Awam Bil 1 tahun 2003: Garis panduan mengenai tatacara penggunaan internet dan mel elektronik di agensi-agensi Kerajaan dan Etika penggunaan e-mel dan internet Jabatan / Perkhidmatan Awam Malaysia tahun 2008.

- 13.2.1 Setiap penjawat awam mempunyai e-mel rasmi yang digunakan untuk tujuan rasmi dan didaftarkan.
- 13.2.2 E-mel perlu dilindungi dengan menggunakan kaedah teknik penyulitan (*encryption*) atau kata laluan.
- 13.2.3 Penghantaran e-mel hanya boleh kepada penerima e-mel rasmi dengan memastikan alamat penerima adalah betul. Penghantar boleh menggunakan kemudahan "salinan kepada" (cc) sekiranya e-mel tersebut perlu dimaklumkan kepada penerima lain. Walau bagaimanapun, penggunaan *blind cc (bcc)* tidak digalakkan.
- 13.2.4 Pengguna perlu memadamkan e-mel yang telah dibaca dan diambil tindakan.
- 13.2.5 Pengguna e-mel perlu bertanggungjawab diatas setiap transaksi yang dilakukan. Tindakan akan diambil sekiranya didapati berlaku penyalahgunaan di kalangan pengguna.

¹⁰ Alat atau saluran komunikasi yang berupa atau yang menggunakan alat-alat elektron moden (Kamus Dewan Edisi Keempat)

- 13.2.6 Penyebaran maklumat melalui media sosial adalah dilarang. Pengemukaan maklumat pesakit melalui media sosial seperti aplikasi *WhatsApp* adalah TIDAK DIBENARKAN sebagaimana dinyatakan dalam Perkara 11(a) Tata Etika Penggunaan Media Sosial Oleh Warga KKM 2016 iaitu “Semua maklumat dan identiti pesakit di fasiliti kesihatan TIDAK BOLEH didedahkan melalui sebarang bentuk laman media sosial. Sehubungan itu, memuat turun dan menyebarkan penghantar maklumat, data, rekod, audio, video dan visual yang berkaitan dengan identiti pesakit seperti nama, nombor pendaftaran, nombor kad pengenalan dan alamat seperti yang terdapat dipengimbas, *ECG*, keputusan makmal dan keputusan x-ray adalah salah di sisi undang-undang”.

13.3 Kerahsiaan EMR

Kawalan akses pengguna perlu diwujudkan untuk menjaga kerahsiaan dalam EMR.

- 13.3.1 Semua maklumat dalam EMR adalah SULIT dan tidak boleh dicetak, disalin, dirakam dan disebarikan kepada mana-mana pihak yang tidak berkaitan kecuali dengan kebenaran Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM atau perintah Mahkamah melalui Jabatan/ Unit Rekod Perubatan.
- 13.3.2 Pengendalian EMR adalah tertakluk dibawah Akta Rahsia Rasmi 1972 [Akta 88] dan Akta Komunikasi dan Multimedia 1998 [Akta 588].
- 13.3.3 Pengeluaran maklumat EMR mestilah mematuhi polisi, garis panduan, surat arahan dan pekeliling yang berkaitan.

13.4 AUDIT TRAIL

- 13.4.1 Akses EMR perlu mematuhi *User Acceptance Control Policy(UACP)*, KKM.
- 13.4.2 *Audit trail* bagi mengawal akses terhadap EMR perlu dilakukan secara berkala bagi memastikan pematuhan terhadap polisi UACP.

14.0

Hak Milik Rekod Perubatan

14.0



14.0 HAK MILIK REKOD PERUBATAN PESAKIT

- 14.1 RPP secara fizikalnya adalah hak milik Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM. Maklumat yang terkandung di dalam RPP atau EMR adalah hak milik pesakit. Jika maklumat rawatan dan lain- lain penyiasatan yang dijalankan ke atas pesakit diperlukan selain bagi tujuan perawatan di dalam premis fasilitas, pihak fasilitas KKM hanya mengeluarkan maklumat dalam bentuk laporan perubatan sahaja dan bukannya salinan RPP yang sebenar.
- 14.2 Walau bagaimanapun, imej radiologi boleh diberikan kepada pesakit yang perlu dirujuk ke hospital lain termasuklah hospital swasta bagi mengelakkan pemeriksaan ulangan rujuk SPKPK Bil.10/2002: Panduan Tatacara Pengendalian Filem X-ray di Hospital-Hospital dan Klinik Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia dan surat rujukan (19) dlm.KKM-87(P20/503) Bhg.7 bertarikh 2 November 2004: Pindaan Kepada Pekeliling Panduan Tatacara Pengendalian Filem X-ray di Hospital-Hospital dan Klinik Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia) **(Lampiran 9)**.



15.0

Terma Jawatankuasa Rekod Perubatan

15.0



15.0 TERMA JAWATANKUASA REKOD PERUBATAN

15.1 Jawatankuasa Rekod Perubatan hendaklah ditubuhkan:

- 15.1.1 Peringkat Jabatan/Unit Rekod Perubatan Kesihatan Negeri dipengerusikan oleh Pengarah Kesihatan Negeri dan dianggotai oleh Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan setiap hospital. Pegawai Tadbir Rekod Perubatan atau Penolong Tadbir Pegawai Rekod Perubatan Jabatan/Unit Rekod Perubatan Kesihatan Negeri bertindak sebagai urusetia.
- 15.1.2 Peringkat Hospital dipengerusikan oleh Pengarah Hospital dan dianggotai oleh ketua-ketua Jabatan/Unit klinikal dan unit bukan klinikal yang berkenaan. Pegawai Tadbir Rekod Perubatan atau Penolong Pegawai Tadbir Rekod Perubatan bertindak sebagai urusetia.

15.2 Peranan Jawatankuasa Rekod Perubatan adalah untuk menetapkan dasar operasi, polisi dan prosedur serta piawaian mengenai Perkhidmatan Rekod Perubatan di fasiliti KKM mengikut terma.

15.3 Jawatankuasa Rekod Perubatan perlu memantau pelaksanaan:

- 15.3.1 Garis panduan yang berkaitan dengan Perkhidmatan Rekod Perubatan.
- 15.3.2 Pengurusan RPP
- 15.3.3 Data statistik kesihatan
- 15.3.4 Pengurusan Laporan Perubatan
- 15.3.5 Pengurusan Penubuhan Lembaga Perubatan, KWSP dan PERKESO
- 15.3.6 Menilai keberkesanan sesuatu tindakan penambahbaikan
- 15.3.7 Pencapaian KPI atau NIA Jabatan/Unit Rekod Perubatan.
- 15.3.8 Penggunaan borang baru di peringkat fasiliti KKM perlu dibincangkan dalam mesyuarat ini untuk kelulusan.

15.4 Jawatankuasa Rekod Perubatan perlu mengadakan mesyuarat sekurang-kurangnya dua (2) kali setahun.

15.5 Kehadiran semua Ahli Jawatankuasa Rekod Perubatan dan Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan adalah WAJIB. Ahli Jawatankuasa Rekod Perubatan adalah dilantik melalui surat yang ditandatangani oleh Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM untuk tempoh dua (2) tahun.

16.0

Pemantauan Kualiti



16.0 PEMANTAUAN KUALITI

Aktiviti-aktiviti kualiti yang perlu dilaksanakan dan diselaraskan oleh Jabatan/Unit Rekod Perubatan adalah :

Memantau tempoh penghantaran RPP dari wad/ Klinik ke Jabatan/Unit Rekod Perubatan selepas pesakit discaj atau selesai sesi klinik.



16.1

16.2



Menjalankan audit ke atas RPP untuk memastikan dokumentasi yang lengkap, jelas, teratur dan kepatuhan kepada garis panduan.

Memantau pinjaman RPP yang melebihi tempoh masa yang ditetapkan.



16.3

16.4



Memantau insiden RPP yang tidak dapat dikesan.

Laporan pemantauan aktiviti kualiti dikemukakan ke Bahagian Perkembangan Perubatan setiap enam (6) bulan menggunakan format seperti di **Lampiran 10**.



16.5

17.0

Penutup

17.0 PENUTUP

Pengurusan RPP yang berkualiti memerlukan sokongan dan penglibatan semua pihak. Garis panduan ini terpakai di semua fasiliti KKM.

Sebarang pertanyaan hendaklah dikemukakan kepada:

**Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital
Cawangan Perkembangan Perkhidmatan Perubatan
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 2, Blok E1, Presint 1
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Putrajaya**

u.p. Subunit Rekod Perubatan

18.0

PROSEDUR OPERASI STANDARD (*STANDARD OPERATION PROCEDURE*)

A. Pengurusan RPP Berprofil Tinggi

**18.0
S.O.P**



A. PENGURUSAN RPP BERPROFIL TINGGI

1. DEFINISI

Rekod Perubatan Pesakit (RPP) Berprofil Tinggi adalah dokumen berkaitan perawatan yang diwujudkan dalam perkhidmatan perubatan melibatkan orang-orang kenamaan, melibatkan kepentingan awam / negara dan yang menjadi perhatian umum.

Pengarah/Pentadbir Fasiliti KKM adalah bertanggungjawab mengklasifikasikan Rekod Perubatan Pesakit sebagai berprofil tinggi.

2. KATEGORI REKOD BERPROFIL TINGGI:

2.1 Melibatkan orang kenamaan seperti berikut

- (a) Sultan/Raja/ Tuan Yang Terutama (TYT) dan Kerabat dekat yang diperakui oleh pihak istana;
- (b) Menteri Kabinet/ Ahli Majlis Mesyuarat Kerajaan, Ahli Parlimen(Dewan Rakyat/ Dewan Negara), Ahli Dewan Undangan Negeri, Ahli Dewan Diraja/ Ahli Pangkuan Negeri (atau apa-apa nama majlis sedemikian digelar), dan pemimpin politik lain yang memegang jawatan tinggi dalam Kerajaan; atau
- (c) Hakim-Hakim Mahkamah Persekutuan/ Rayuan, Mahkamah Tinggi dan Pesuruhjaya-Pesuruhjaya Kehakiman.

2.2 Melibatkan kepentingan awam dan negara.

2.3 Mendapat perhatian umum atau yang difikirkan akan mendapat perhatian umum.

3. DOKUMENTASI REKOD PERUBATAN PESAKIT BERPROFIL TINGGI

Dokumentasi RPP berprofil tinggi adalah sama seperti dokumentasi RPP fizikal atau EMR.

4. PENGENDALIAN REKOD DI LOKASI LUAR JABATAN/UNIT REKOD PERUBATAN

Mengendalikan RPP di lokasi seperti berikut:

- Bilik Daftar Masuk
- Wad, Klinik Pakar, Jabatan/Unit Kecemasan, Jabatan/Unit Pesakit Luar, Pusat Rawatan Harian dan Unit Khidmat Sokongan Klinikal
- Jabatan/Unit Forensik

4.1 Bilik Daftar Masuk

Perkara-perkara yang perlu dilakukan ialah:

- 4.1.1 Pegawai yang menjaga Bilik Daftar Masuk hendaklah bertanggungjawab memastikan maklumat demografi dan juga borang-borang berkaitan adalah seperti pengendalian RPP di hospital manual / IT.
- 4.1.2 Menyediakan *Folder* RPP dengan dicatat / dicap dengan perkataan "BERPROFIL TINGGI" bagi hospital *manual* dan tahap capaian (*level access*) bagi hospital IT.

4.2 Klinik Pakar, Jabatan/Unit Kecemasan, Jabatan Pesakit Luar, Pusat Rawatan Harian dan Unit Perkhidmatan Sokongan Klinikal

Pegawai yang mengurus RPP berprofil tinggi hendaklah bertanggungjawab menyelaraskan pengurusan RPP di lokasi masing-masing.

Perkara-perkara yang perlu dilakukan ialah:

- 4.2.1 Pengurusan, pengesanan, pergerakan dan pemantauan adalah sebagaimana tatacara pengendalian RPP di hospital manual / hospital IT
- 4.2.2 Menguruskan RPP dengan cara teratur dan disimpan dalam kabinet berkunci di tempat yang selamat.
- 4.2.3 Bagi kes yang diklasifikasikan sebagai berprofil tinggi hendaklah dicatat / di cap dengan perkataan " BERPROFIL TINGGI "
- 4.2.4 Memastikan RPP dihantar serta merta menggunakan beg/ troli berkunci dan disimpan di lokasi yang dikenal pasti oleh Pengarah / Fasiliti KKM selepas pesakit discaj.

4.3 Wad

Penyelia / Ketua Jururawat di wad adalah bertanggungjawab menyelaraskan pengurusan RPP. Setelah pesakit discaj, perkara-perkara yang perlu dilakukan ialah:

- 4.3.1 Melaksanakan pengesanan, pergerakan dan pemantauan sebagaimana tatacara pengendalian RPP di hospital *manual* / hospital IT
- 4.3.2 Menguruskan RPP dengan cara teratur dan disimpan dalam kabinet berkunci di tempat yang selamat.
- 4.3.3 Bagi kes yang diklasifikasikan sebagai berprofil tinggi hendaklah dicatat / dicap dengan perkataan "BERPROFIL TINGGI"

- 4.3.4 Penyediaan ringkasan discaj (wad), penyemakan, susun atur dan penggunaan dokumen-dokumen didalam RPP berprofil tinggi adalah sebagaimana tatacara pengendalian rekod perubatan hospital manual / hospital IT
- 4.3.5 Memastikan RPP dihantar serta merta menggunakan beg/troli berkunci dan disimpan di lokasi yang dikenal pasti oleh Pengarah / Fasiliti KKM selepas pesakit discaj.

4.4 Jabatan/Unit Forensik

Ketua Jabatan/Unit Forensik adalah bertanggungjawab mengurus dan menjaga keselamatan RPP. Perkara-perkara yang perlu dilakukan ialah:

- 4.4.1 Mengurus dan menyimpan RPP secara teratur serta disimpan dalam kabinet berkunci di tempat yang selamat.
- 4.4.2 Memastikan RPP mengandungi dokumen yang lengkap dan tersusun.
- 4.4.3 Bagi kes yang diklasifikasikan sebagai berprofil tinggi hendaklah dicatat / di cap dengan perkataan "BERPROFIL TINGGI"
- 4.4.4 Memastikan RPP dihantar menggunakan beg/troli berkunci dan disimpan di lokasi yang dikenal pasti oleh Pengarah / Fasiliti KKM setelah selesai urusan tuntutan mayat.

5. PENGESANAN RPP

- 5.1 Bagi pesakit yang telah discaj dan RPP telah disimpan di Jabatan/Unit Rekod Perubatan, RPP hendaklah dikesan semula dan di cap "BERPROFIL TINGGI"
- 5.2 Mengesan RPP terdahulu sekiranya pesakit datang untuk rawatan susulan oleh unit yang terlibat dengan menggunakan borang pinjaman RPP hospital manual /HIS
- 5.3 Memastikan RPP dihantar serta merta menggunakan beg/ troli berkunci dan disimpan di lokasi yang dikenal pasti oleh Pengarah / Fasiliti KKM selepas pesakit discaj.

6. PENYIMPANAN RPP

RPP berprofil tinggi hendaklah disimpan di tempat berasingan dan kawalan keselamatan dipertingkatkan. Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM bertanggungjawab menetapkan tempat penyimpanannya. Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan perlu dimaklumkan kewujudannya dan tempat simpanan dengan menggunakan borang seperti di **Lampiran A**.

7. KESELAMATAN RPP

Secara umumnya keselamatan RPP adalah tanggungjawab Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM. Keseluruhan RPP atau mana-mana bahagian RPP tidak boleh diserahkan kepada mana-mana pihak untuk apa-apa tujuan tanpa mendapat kelulusan Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM.

8. PELUPUSAN RPP

Rekod Perubatan Pesakit bagi kes Berprofil tinggi akan dirujuk ke Jabatan/ Unit Arkib Negara Malaysia untuk tindakan yang selanjutnya dengan merujuk Garispanduan Pelupusan Rekod Prubatan semasa yang berkuat kuasa.

RUJUKAN:

1. Akta Arkib Negara 2003 [Akta 629]
2. Garis panduan Pengendalian & Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit Bagi Hospital- Hospital & Institusi Perubatan Bil 17/2010
3. Akta Rahsia Rasmi 1972 [Akta 88]
4. Pekeliling Ketua Pendaftar Bil 1/2012 –Kes-kes berprofil tinggi JK/MP 16 JLD.5 bertarikh 13 Mac 2012

Borang Penyerahan Rekod Perubatan Pesakit Berprofil Tinggi

MAKLUMAT PESAKIT:	
Nama:	
No Kad Pengenalan / Passport:	No RN :
Tarikh Masuk :	Wad :
Tarikh Keluar :	
MAKLUMAT PENYERAHAN:	
Nama Pegawai:	
No Kad Pengenalan / Passport:	Tandatangan/cop:
Jawatan:	Tarikh :
Jabatan/Unit Rekod Perubatan Rekod Perubatan / Unit:	
LOKASI SIMPANAN :	Jumlah Rekod :..... Jumlah x-ray : Lain-lain :
PERAKUAN PENERIMAAN	
Saya bertanggungjawab menjaga kerahsiaan dan keselamatan Rekod Perubatan Pesakit ini Tandatangan : Nama Penerima/cop: No Kad Pengenalan Tarikh :	

* Sediakan 3 salinan (Salinan asal Pegawai yang Menyimpan RPP, Salinan Kedua Jabatan/Unit Rekod Perubatan dan Salinan Ketiga Unit Yang menyerahkan Rekod Perubatan Pesakit)

PROSEDUR OPERASI STANDARD (*STANDARD OPERATION PROCEDURE*)

B. Pengurusan RPP Akibat Bencana



S.O.P

B. PENGURUSAN RPP AKIBAT BENCANA

1.0 PENGENALAN

Rekod Perubatan Pesakit (RPP) boleh musnah akibat bencana alam seperti banjir, tanah runtuh, kebakaran dan sebagainya.

2.0 TUJUAN

SOP ini disediakan untuk memberi penerangan mengenai tatacara dan panduan pengurusan RPP semasa bencana. SOP ini perlu dibaca bersama buku Panduan Penyediaan Pelan Tindakan Bencana Rekod (PTBR) Kerajaan yang dikeluarkan oleh Arkib Negara Malaysia.

3.0 DEFINISI

- 3.1 Bencana – sebarang insiden sama ada secara semulajadi atau kerana faktor manusia yang berlaku secara tiba-tiba menyebabkan kecederaan atau kematian dan kerosakan terhadap harta benda atau persekitaran dan menyebabkan gangguan terhadap aktiviti kehidupan seharian.
- 3.2 Bencana Alam – seperti banjir, gempa bumi, tanah runtuh, kemarau, kebakaran hutan, ribut petir, ribut tropika, tsunami boleh menyebabkan gangguan seperti berikut:-
 - 3.2.1 Gangguan yang tidak dirancang atau disengajakan seperti kebakaran, keganasan, sabotaj, kecurian, vandalisme, tunjuk perasaan dan serangan makhluk perosak;
 - 3.2.2 Gangguan kepada perkhidmatan dan utiliti seperti bekalan elektrik, air, gas, komunikasi dan pengangkutan awam; dan
 - 3.2.3 Gangguan akibat serangan siber seperti pencerobohan, virus, *Distributed Denial of Service* (DDoS), kegagalan sistem ICT termasuk aplikasi, rangkaian dan perkakasan.

4.0 OBJEKTIF

Objektif penyediaan SOP Pengurusan RPP semasa bencana adalah untuk memastikan kesiapsiagaan Jabatan/Unit Rekod Perubatan menghadapi bencana.

5.0 PEMBENTUKAN JAWATANKUASA PENGURUSAN RPP AKIBAT BENCANA

5.1 Keahlian

Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM perlu melantik pegawai sebagai Ahli Jawatankuasa Bencana Jabatan/Unit Rekod Perubatan. Keahlian Jawatankuasa Bencana Jabatan/Unit Rekod Perubatan adalah seperti berikut:

Penasihat : Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM
Koordinator : Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan
Ahli : Kakitangan di Jabatan/Unit Rekod Perubatan dan lain-lain anggota jabatan berkaitan

5.2 Skop Dan Peranan Jawatankuasa Pengurusan RPP Akibat Bencana

- a) Menyelaras, mengurus dan melaksanakan program atau aktiviti pencegahan, persediaan, pemulihan semasa dan selepas bencana seperti mengenal pasti bilangan kewujudan RPP, lokasi penyimpanan RPP dan sistem kawalan keselamatan.
- b) Mengurus dan melaksanakan semakan atau penyelenggaraan kelengkapan dan peralatan yang berkaitan secara berkala.

6.0 PELAN TINDAKAN PENGURUSAN RPP AKIBAT BENCANA

6.1 Sebelum Bencana (Pencegahan dan Persediaan)

- 6.1.1 Pencegahan (*Preventive*) perlu dilaksanakan untuk tujuan meminimalkan risiko bencana yang boleh menyebabkan kemusnahan dan kerosakan RPP.

Langkah pencegahan bencana adalah seperti berikut;

6.1.1.1 Kebakaran

- a. Mengadakan latihan pengungsian (*fire-drill*)/ceramah kepada kakitangan;
- b. Menguatkuasa peraturan-peraturan pencegahan kebakaran seperti larangan merokok, mematikan punca kuasa elektrik/ bahan api dan sebagainya;
- c. Memastikan alat-alat pencegahan kebakaran seperti alat penggera kebakaran (*fire alarm*), alat pengesan asap (*smoke detector*), alat pemadam api (*fire extinguisher*) disediakan dan diselenggara secara berkala;
- d. Memastikan pintu rintangan api sentiasa ditutup dan sentiasa berada dalam keadaan yang baik terutama bagi ruang penyimpanan RPP;
- e. Menyemak secara berkala pendawaian elektrik. Peralatan elektrik perlu menepati voltan yang

telah ditetapkan dan diluluskan oleh Suruhanjaya Tenaga dan SIRIM;

- f. Memastikan tiada bahan mudah terbakar berada berdekatan dengan punca-punca kebakaran; dan
- g. Memastikan *lightning resistor* berada dalam keadaan yang baik.

6.1.1.2 Keselamatan

- a. Ruang Penyimpanan RPP adalah kawasan larangan dan hanya boleh dimasuki oleh kakitangan yang dibenarkan sahaja;
- b. Memastikan semua pintu masuk ke ruang penyimpanan RPP adalah berkunci dan pastikan kunci hanya dipegang oleh kakitangan yang dibenarkan;
- c. Pemantauan pergerakan keluar dan masuk Pelawat/ Kakitangan/ Pembekal/ Kontraktor dan lain-lain menggunakan pas keselamatan;
- d. Perkhidmatan Pengawal Keselamatan 24 jam; dan
- e. Pemantauan CCTV.

6.1.1.3 Ruang Penyimpanan RPP

- a. Melaksanakan penyelenggaraan secara berjadual;
- b. Memastikan ruang penyimpanan rekod sentiasa bersih dan terkawal; dan
- c. Mempunyai kemudahan dan kelengkapan penyimpanan RPP seperti kabinet besi, rak, troli, penghawa dingin dan sebagainya.

6.1.2 Persediaan (Preparedness)

Bagi persiapan menghadapi bencana, Jabatan/Unit Rekod Perubatan perlu mengambil tindakan proaktif melalui maklumat bencana yang telah dilalui dan mengambil langkah berjaga-jaga.

6.1.3 Semasa Bencana (Tindakan Proaktif/ Response)

- a. Menghubungi dan memaklumkan mengenai berlakunya bencana kepada Ketua Jabatan; dan
- b. Merujuk Pelan Bencana Hospital.

6.1.4 Selepas Bencana (Penyelamatan dan Pemulihan)

6.1.4.1 Penyelamatan

Aktiviti pemulihan RPP perlu dijalankan selepas berlakunya bencana. Ini termasuk:

- a. Mendapatkan kelulusan memasuki lokasi bencana bagi membuat penilaian tahap dan anggaran RPP yang rosak serta memberikan cadangan pemulihan RPP;
- b. Memindahkan RPP yang terselamat ke ruang lain yang sesuai;
- c. Merakamkan keadaan bencana menerusi gambar foto dan video sebagai bukti untuk perancangan masa depan;
- d. Menyediakan ruang untuk merekod dan membungkus bahan bagi tujuan pengeringan dan lain-lain kaedah pemuliharaan kecil;
- e. Mencadangkan pemusnahan RPP; dan
- f. Melaksanakan kerja baik pulih RPP.

6.1.4.2 Pemulihan (Recovery)

- i. Tatacara Pemulihan Bahan Akibat Kebakaran bagi Imej Radiologi
 - a. Kenal pasti Imej Radiologi dan nilai sebarang kerosakan fizikal yang jelas atau sebarang kekotoran;
 - b. Bersihkan kotoran yang tidak melekat dengan menggunakan pembersih hampagas (*vaccum*) dan plastik serta buang salutan yang cair dengan berhati-hati walaupun kadang-kadang terdapat sedikit lekatan;
 - c. Periksa Imej Radiologi dengan berhati-hati kerana “blocking” boleh berlaku atau sangat mudah rosak, terutama bahagian yang mengandungi emulsi;
 - d. Lakukan penilaian ke atas beberapa lapis yang terawal atau balutan “reel” Imej Radiologi jika terdapat perubahan dari segi dimensi. Sebarang perubahan selalunya lebih mudah dikesan pada lapisan luar.
 - e. Kerat bahagian Imej Radiologi yang terjejas dan sambung semula;
 - f. Simpan semula Imej Radiologi di dalam bekas yang baru; dan

- g. Sediakan semua tanda pengenalan yang sama seperti pada bekas yang lama.

Nota: Api boleh membakar Imej Radiologi sehingga menjadi arang tetapi terdapat beberapa isu lain yang mungkin timbul juga perlu diambil perhatian, iaitu:

- a. Reel plastik, bekas filem/mikrofilem atau bekas menyelaputi Imej Radiologi menjadi cair atau kering
 - b. Perubahan dimensi yang besar dalam base filem atau kerosakan base Imej Radiologi
 - c. Imej yang memudar atau hilang, terutamanya imej yang diwarnakan *blocking* oleh emulsi gelatin yang menjadi cair.
- ii. Tatacara Pemulihan Bahan Akibat Kebakaran bagi Rekod/ Dokumen Kertas
- a. Jangan membersihkan bahan menggunakan air atau apa-apa larutan lain. Tindakan ini akan menyebabkan jelaga dan abu memenuhi dan melekat di permukaan RPP;
 - b. Jelaga dan abu pada dokumen/ rekod perlu dibersihkan menggunakan pembersih hampagas (*vaccum*) dengan segera. Jika RPP masih basah atau lembap, perlu tunggu sehingga kering;
 - c. Penggunaan pembersih hampagas (*vaccum*) yang menggunakan penuras HEPA (*High Efficiency Particulate Filter* - penuras habuk kecekapan tinggi) adalah digalakkan;
 - d. Gunakan pembersih hampagas (*vaccum*) pada tetapan terendah atau tiub plastik yang lebih kecil dimasukkan ke dalam tiub utama untuk mengurangkan sedutan;
 - e. Memastikan penggunaan berus dan muncung pembersih hampagas (*vaccum*) tidak menyentuh permukaan RPP;
 - f. Bersihkan semua permukaan luar terlebih dahulu sebelum membuka barangan berlipat seperti buku;

Bersihkan helaian RPP pada kedua-dua belah dokumen dengan menggunakan span cucian kering;

- g. Pembuangan lebihan sisa, 'span jelaga' boleh digunakan dengan teliti. Potong span kecil-kecil untuk penggunaan yang lebih tepat pada permukaan kotor. Permukaan kotor span boleh dipotong untuk digunakan semula pada permukaan yang bersih; dan
- h. Sekiranya terdapat banyak RPP yang basah tidak dapat dibaikpulih dalam masa yang singkat, ia akan menyebabkan pertumbuhan kulat. Bagi mengatasi masalah ini, bungkus dokumen/ rekod menggunakan plastik (pastikan ketebalan 1 - 2 cm sahaja). Masukkan ke dalam tempat penyejuk peti ais.
- i. Tatacara Membina Semula RPP Rosak Akibat Bencana Pembinaan semula RPP yang rosak akibat bencana adalah merujuk SOP Tatacara Membina Semula RPP

7.0 PENUTUP

RPP adalah dokumen penting yang merekodkan maklumat mengenai kesihatan dan rawatan seseorang pesakit yang mendapatkan perkhidmatan rawatan perubatan di Fasiliti KKM. RPP perlu diurus dengan baik bagi mengelakkan daripada sebarang kerosakan atau musnah akibat bencana. Pengurusan RPP akibat bencana yang baik amat penting bagi memastikan kesinambungan maklumat rawatan pesakit terpelihara.

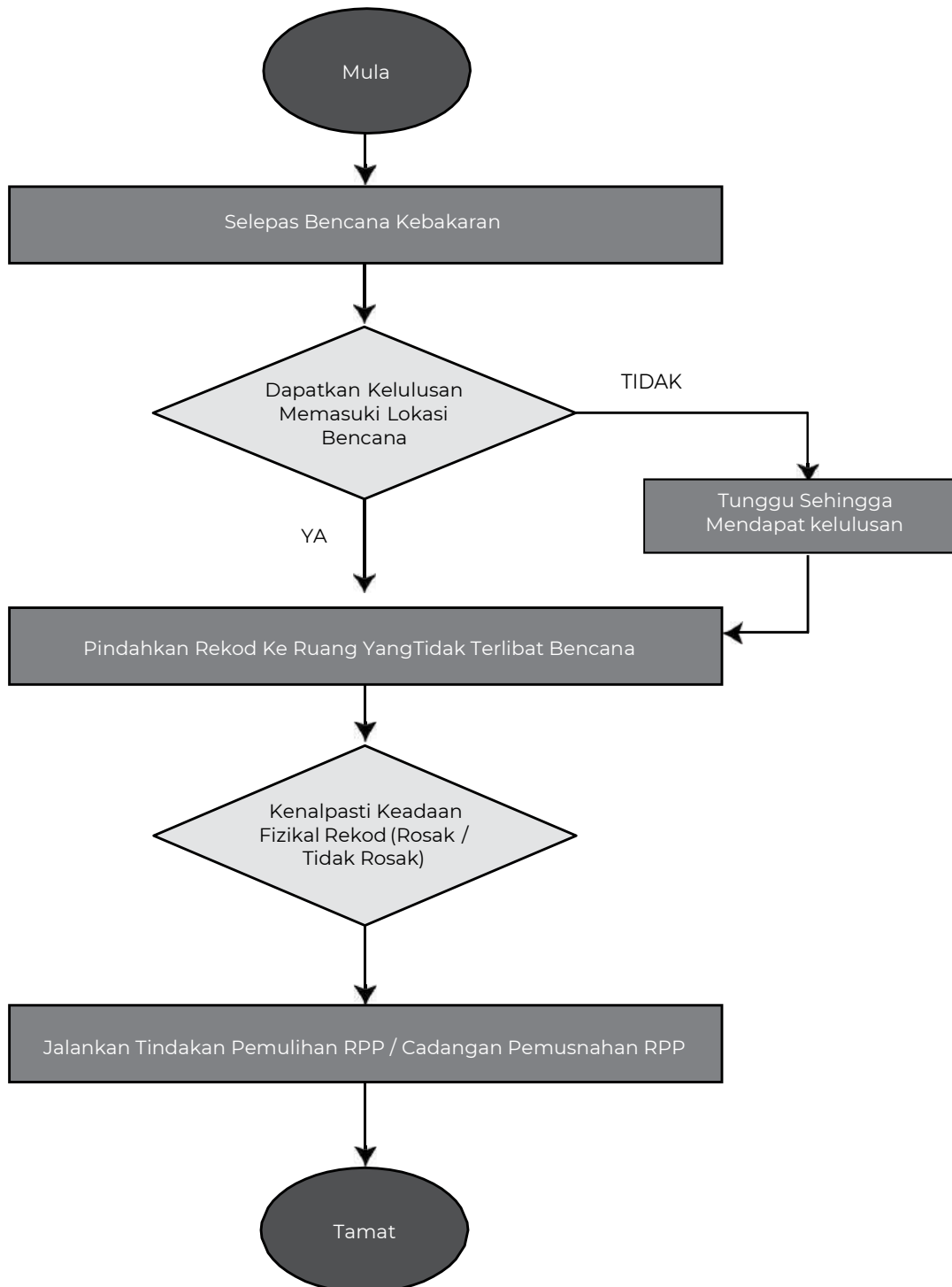
RUJUKAN:

1. Panduan Penyediaan Pelan Tindakan Bencana Rekod (PTBR) Kerajaan
2. Surat Pekeliling Ketua Pengarah Bil 17/2010 : Garispanduan Pengendalian dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit bagi hospital-hospital dan Institut Perubatan
3. Arahan Keselamatan-Keselamatan Dokumen

PROSES KERJA PENGURUSAN REKOD PERUBATAN AKIBAT KEBAKARAN

BIL	PROSES KERJA	SENARAI SEMAK	TANGGUNGJAWAB
1.	Melaporkan Bencana yang berlaku kepada Pengarah / Fasiliti KKM dan Agensi Berkaitan	i. Pelan tindakan bencana Fasiliti KKM	Ketua Jabatan / Unit Rekod Perubatan.
2.	Mendapatkan kelulusan memasuki lokasi bencana	i. Surat kelulusan memasuki lokasi	Pengarah /Pentadbir Fasiliti KKM, Unit Rekod Perubatan
3.	Membuat penilaian tahap dan anggaran rekod yang rosak	i. Kaedah Penilaian Risiko	Unit Rekod Perubatan
4.	Menilai Kerosakan Rekod berdasarkan kepada keadaan fizikal rekod selepas bencana	i. Carta Aliran Menyelamatkan Rekod Selepas Bencana ii. Senarai Rekod yang dikategorikan sebagai : a) Rekod Basah b) Rekod Lembap c) Rekod Rosak tetapi Kering d) Rekod Tidak Rosak	Ketua Jabatan / Unit Rekod Perubatan
5.	Jalankan Tindakan Pemulihan Rekod	Panduan dari Arkib Negara Malaysia	Ketua Jabatan / Unit Rekod Perubatan.
6.	Cadangkan Pemusnahan Rekod bagi rekod yang musnah	Surat kelulusan pelupusan rekod dari Arkib Negara	Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan.

CARTA ALIR PENGURUSAN REKOD PERUBATAN AKIBAT KEBAKARAN



PROSEDUR OPERASI STANDARD

(STANDARD OPERATION PROCEDURE)

C. Tatacara Membina Semula RPP



S.O.P

C. TATACARA MEMBINA SEMULA RPP

1.0 PENGENALAN

RPP adalah dokumen penting yang merekodkan maklumat mengenai kesihatan dan rawatan seseorang pesakit yang mendapatkan perkhidmatan rawatan perubatan di fasiliti KKM. Dalam keadaan tertentu terdapat RPP yang diperlukan hilang atau rosak.

2.0 TUJUAN

- 2.1 SOP ini bertujuan untuk menggariskan tindakan-tindakan yang perlu dilaksanakan oleh pihak fasiliti KKM apabila ada keperluan RPP dibina semula akibat kerosakan atau kehilangan RPP
- 2.2 Pembinaan semula RPP dibuat untuk memastikan kesinambungan rawatan kepada pesakit dapat diteruskan.

3.0 DEFINISI REKOD PERUBATAN PESAKIT TIDAK DAPAT DIKESAN ATAU HILANG

RPP tidak ditemui semasa dalam tempoh pinjaman atau simpanan pihak yang meminjam atau yang menjaga RPP dalam tempoh carian yang ditetapkan sama ada hilang keseluruhan atau hilang sebahagian daripada kandungan RPP asal.

4.0 TEMPOH CARIAN

4.1 Tidak dapat dikesan

Usaha carian telah dibuat dalam tempoh tiga (3) hari bekerja dari tarikh permohonan RPP. RPP dikategori sebagai tidak dapat dikesan apabila pada tarikh atau hari temujanji, RPP masih belum dijumpai. Carian RPP diteruskan di unit berkenaan dalam tempoh tujuh (7) hari bekerja.

4.2 Hilang

Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan perlu mendapatkan arahan Pengarah /Pentadbir Fasiliti KKM bagi menubuhkan 'pasukan carian khas' yang mana ahlinya terdiri daripada anggota rekod perubatan dan juga anggota daripada wad atau klinik atau unit yang melaporkan kehilangan RPP bagi mencari RPP.

Pasukan carian khas akan diaktifkan untuk membuat carian dan RPP dikategorikan sebagai hilang selepas usaha carian selama 21 hari bekerja masih tidak menjumpai RPP berkenaan.

5.0 TANGGUNGJAWAB MELAPORKAN KEHILANGAN REKOD PERUBATAN PESAKIT

- 5.1 Tanggungjawab untuk melaporkan kehilangan RPP kepada Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM adalah berpanduan kepada pergerakan terakhir RPP tersebut iaitu:
 - a. Jika kehilangan RPP berlaku di Jabatan/Unit Rekod Perubatan, maka Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan bertanggungjawab melaporkannya kepada Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM.
 - b. Jika kehilangan RPP berlaku di luar Jabatan/Unit Rekod Perubatan, maka ketua wad atau klinik atau unit atau individu yang meminjam RPP tersebut bertanggungjawab memaklumkan kepada Ketua Jabatan berkenaan, Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan dan melaporkan kepada Pengarah /Pentadbir Fasilitas KKM .
- 5.2 Setelah tamat tempoh carian RPP yang hilang, 'pasukan carian khas' yang diketuai Ketua Jabatan / Unit Rekod Perubatan perlu memaklumkan kepada Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM mengenai status carian tersebut.
- 5.3 Satu Jawatankuasa Siasatan Dalamanditubuhkan dan dipengerusikan oleh Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM.
- 5.4 Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM boleh mengarahkan satu laporan polis dibuat atas kehilangan RPP tersebut. Laporan polis dibuat sama ada oleh Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM atau Ketua wad atau klinik atau unit ataupun Ketua Jabatan / Unit Rekod Perubatan berdasarkan kepada lokasi RPP itu dilaporkan hilang.

6.0 KATEGORI REKOD PERUBATAN PESAKIT YANG PERLU DIBUAT LAPORAN POLIS

- 6.1 Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM berkuasa menentukan sama ada kehilangan RPP perlu dibuat laporan polis ataupun sebaliknya setelah membuat pertimbangan yang sewajarnya dengan mengambil kira faktor-faktor yang ada.
- 6.2 Kategori kehilangan RPP yang WAJIB dibuat laporan polis:
 - a. RPP yang bersabit kes polis;
 - b. RPP bagi kes-kes yang berpotensi *medico-legal*; dan
 - c. RPP kes-kes melibatkan individu yang berprofil tinggi.
 - d. RPP yang rosak akibat bencana alam (rujuk pelan tindakan bencana rekod (PTBR) kerajaan, Arkib Negara Malaysia)
- 6.3 Kehilangan RPP bagi kes-kes rawatan biasa yang berkemungkinan tidak melibatkan litigasi adalah bergantung kepada budi bicara Pengarah / Pentadbir Fasilitas KKM .

- 6.4 Kehilangan RPP ini perlu dilaporkan kepada Jawatankuasa Rekod Perubatan.

7.0 TATACARA MEMBINA SEMULA REKOD PERUBATAN PESAKIT

Sekiranya RPP telah diklasifikasikan sebagai hilang, tindakan membina semula RPP perlu dilaksanakan mengikut tatacara seperti berikut:-

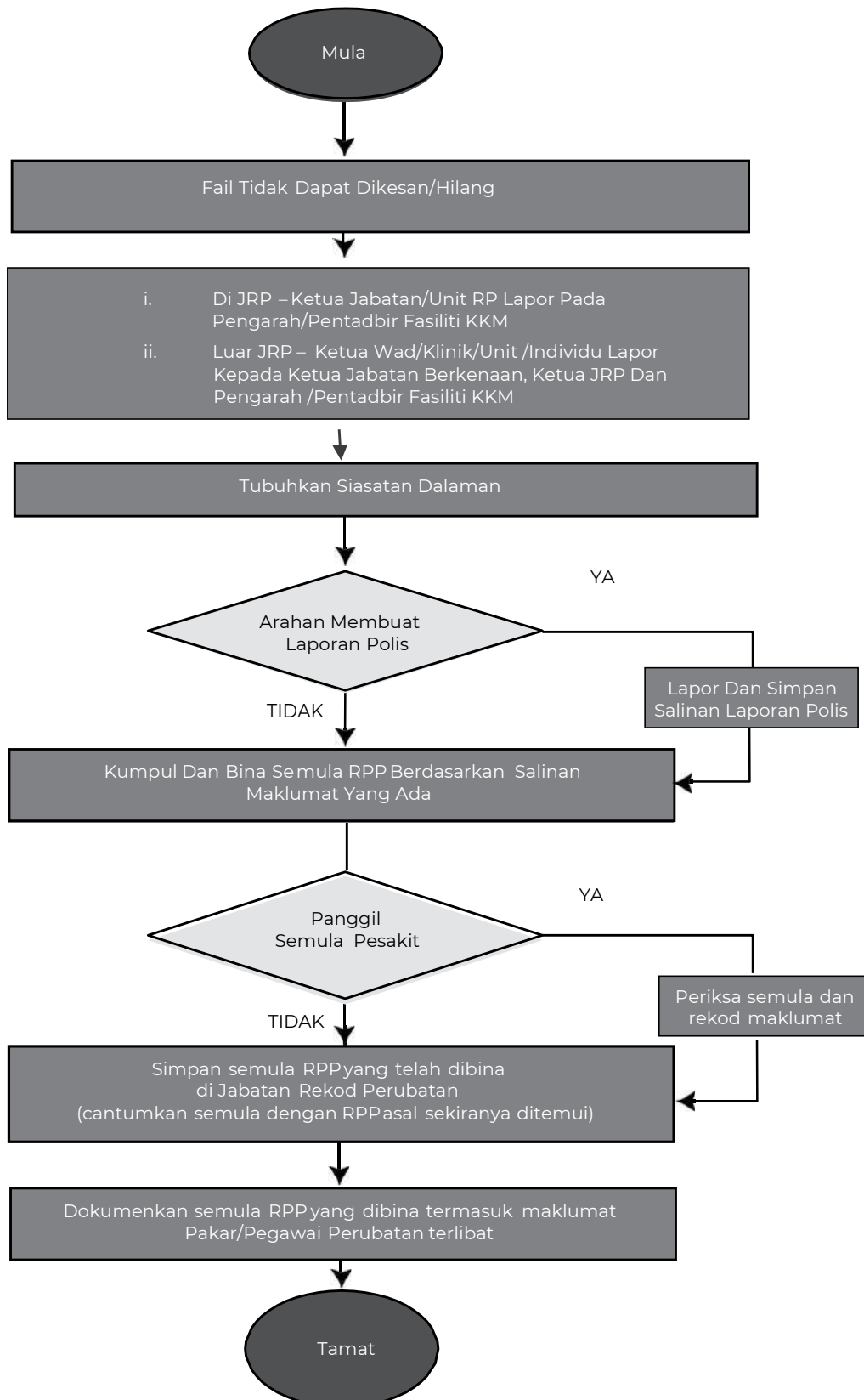
- a. Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan hendaklah melapor dan mengesahkan kategori RPP yang hilang kepada Pengarah /Pentadbir Fasiliti KKM.
- b. Terima arahan membuat laporan polis (jika perlu) daripada Pengarah/ Fasiliti KKM dan simpan sesalinan laporan.
- c. Kumpulkan semua maklumat pesakit berkenaan berpandukan kepada maklumat-maklumat yang ada dalam buku daftar masuk Wad (PER- PD101), rekod-rekod di wad atau klinik, Jabatan /Unit Patologi, Jabatan /Unit Pengimejan Diagnostik, Dewan Bedah, bukti sijil sakit, salinan preskripsi ubat, salinan ringkasan discaj, surat rujukan dari fasiliti kesihatan yang lain dan lain-lain dokumen yang berkaitan.
- d. Bincang bersama Ketua Jabatan Klinikal atau Pakar atau Pegawai Perubatan berkenaan sama ada perlu memanggil semula pesakit atau tidak.
- e. Sekiranya perlu, pesakit boleh dipanggil semula untuk mendapatkan maklumat lanjut.
- f. Tetapkan tarikh, masa dan tempat temujanji daripada Ketua Jabatan Klinikal atau Pakar atau Pegawai Perubatan yang akan menemubual atau memeriksa semula pesakit berkenaan. Jika tidak perlu, bina semula RPP berkenaan berdasarkan maklumat yang sedia ada.
- g. Hubungi pesakit atau waris atau majikan sama ada melalui surat atau telefon untuk hadir pada tarikh temujanji yang telah ditetapkan.
- h. Dokumenkan tarikh, masa, nama Pakar atau Pegawai Perubatan dan pastikan ada tandatangan berserta cap jawatan di dalam RPP yang baru dan perlu disimpan di Jabatan/Unit Rekod Perubatan .
- i. RPP yang baru dibina hendaklah menyatakan punca sumber maklumat diperolehi sama ada melalui temubual dan lain-lain sumber rujukan.
- j. Jika RPP asal ditemui, RPP tersebut hendaklah disatukan bersama RPP yang dibina semula dalam satu folder.

8 PENUTUP

Dengan adanya tatacara SOP ini diharapkan dapat membantu pihak fasiliti KKM mengambil langkah-langkah yang sewajarnya untuk membina semula

RPP yang hilang demi kepentingan rawatan susulan pesakit dan keperluan menyediakan laporan perubatan. Kerjasama semua pihak amat perlu dalam segala urusan seperti penyediaan, pengisian maklumat, penyusunan, penyimpanan, peminjaman dan penyelenggaraan RPP. Pengurusan RPP yang sempurna akan dapat mengatasi masalah rekod rosak, tidak dapat dikesan, hilang dan sebagainya.

CARTA ALIR MEMBINA SEMULA REKOD PERUBATAN PESAKIT YANG HILANG



PROSES KERJA MEMBINA SEMULA REKOD PERUBATAN PESAKIT

BIL.	PROSES KERJA	TINDAKAN	TANGGUNGJAWAB
1.	Melaporkan kepada Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM.	i. Surat bertulis dari Ketua Jabatan/ Unit Rekod Perubatan . ii. Surat bertulis dari Wad/Klinik/ Unit (pengadu) berkaitan.	1. Ketua Jabatan/ Unit Rekod Perubatan 2. Ketua Wad/ Klinik/ Unit
2.	Siasatan Bebas	Tubuhkan Jawatankuasa Bebas	1. Ketua Jabatan/ Unit Rekod Perubatan
3.	Melaporkan kepada pihak polis (jika perlu) dengan arahan Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM.	i. Dokumen seperti dalam Proses Kerja. ii. Salinan laporan polis.	1. Pengarah fasiliti KKM 2. Ketua Jabatan/ Unit Rekod Perubatan 3. Ketua Wad/ Klinik/ Unit
4.	Kumpulkan semua maklumat pesakit berkenaan berpandukan kepada maklumat-maklumat yang ada.	i. Buku daftar masuk Wad (PER-PD101). ii. Rekod-rekod di Wad/Klinik, Jabatan/Unit Patologi, Jabatan/ Unit Rekod Perubatan Rekod Perubatan Pengimejan Diagnostik, Dewan Bedah. iii. Sijil sakit. iv. Salinan ringkasan discag. v. Surat rujukan dari fasiliti kesihatan lain. vi. Lain-lain dokumen berkaitan.	1. Ketua Jabatan/ Unit Rekod Perubatan 2. Ketua Wad/ Klinik/ Unit
5.	Arahan untuk memanggil pesakit.	i. Bincang samada perlu memanggil semula pesakit atau tidak. ii. Tetapkan tarikh, masa dan tempat temujanji. iii. Menghubungi pesakit/waris pesakit. iv. Mencatat dan merekod semula maklumat rawatan pemeriksaan kesihatan.	1. Ketua Jabatan/ Unit Rekod Perubatan 2. Ketua Wad/ Klinik/ Unit
6.	Dokumenkan semula semua RPP yang dibina.	Semua maklumat yang dikumpul melalui proses kerja 3 dan 4.	Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan Klinikal/Pakar/ Pegawai Perubatan.
7.	Simpan semula RPP yang telah dibina di Jabatan/Unit Rekod Perubatan	Mencantumkan semula RPP asal yang berjaya dikesan dengan RPP telah dibina semula.	Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan

PROSEDUR OPERASI STANDARD (*STANDARD OPERATION PROCEDURE*)

D. Pengurusan RPP Litigasi

S.O.P

D. PENGURUSAN RPP LITIGASI

1.0 PENGENALAN

SOP ini memberi panduan atau tatacara mengenai pengendalian Rekod Perubatan Pesakit (RPP) yang berpotensi atau telah menjadi Kes Litigasi. Diguna pakai di seluruh Jabatan / Unit Rekod Perubatan di semua fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)

2.0 DEFINISI KES LITIGASI PERUBATAN

Kes di mana seseorang individu atau wakil membawa pertikaian atau ketidakpuasan hati terhadap rawatan yang diterima oleh pesakit ke mahkamah bagi mendapatkan pampasan atau ganti rugi setelah semua usaha penyelesaian dengan cara lain tidak berjaya.

3.0 PUNCA MAKLUMAT

Punca maklumat bagi RPP yang berpotensi atau telah menjadi kes litigasi adalah seperti berikut:-

- a. Sumber Maklumat
 - i. Aduan Pesakit/Waris/Penjaga/Wakil
 - ii. Maklumat dari perawat

- b. Cara Maklumat Diterima
 - i. SISPAAs (Sistem Pemantauan Aduan Agensi Awam)
 - ii. Surat
 - iii. Emel/Fax
 - iv. Hadir Sendiri
 - v. Telefon
 - vi. Peti Cadangan/Aduan
 - vii. Media Cetak/ Media Sosial

4.0 TINDAKAN DAN PROSES KERJA PENGENDALIAN REKOD PERUBATAN PESAKIT KES LITIGASI

BIL	PERKARA	TINDAKAN	JANGKA MASA (HARI BEKERJA)
4.1 PENDAFTARAN KES			
4.1.1	Terima maklumat kes Litigasi.	PRP/ PPRP	1 hari
4.1.2	Daftar kes dalam Buku Daftar Kes Litigasi dengan satu nombor siri (Lampiran I) .	PRP/ PPRP/ PT	
4.2 PEMBEKUAN RPP			
4.2.1	Dapatkan arahan bertulis pembekuan RPP dari Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM (Lampiran II)	PRP/ PPRP	1 hari
4.2.2	Mengesan dan mengumpul semua RPP fizikal. Mencetak dan menghadkan capaian dalam sistem kepada yang diberi kuasa oleh Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM	PRP/ PPRP / PT	1 hari
4.2.3	Mengemaskini RPP dengan segera mengikut senarai semak dan kronologi, mencatat nombor muka surat, nombor pendaftaran dan nama pada setiap helaian.	PRP/ PPRP / PT	1 hari
4.2.4	Fotokopi 2 salinan untuk : i. <i>'Working Copy'</i> kegunaan rawatan susulan. Salinan ini perlu dilabelkan ; <i>'Working Copy'</i> serta dicatat 'RPP ini perlu dikembalikan SEGERA kepada Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan dalam tempoh 24 jam selepas tamat rawatan.' ii. <i>'Master Copy'</i> untuk tujuan percetakan semula. Salinan ini perlu dilabelkan <i>'Master Copy'</i>	PPRP / PT	1 hari
4.2.5	RPP asal dan <i>'Master Copy'</i> disimpan dalam kabinet berkunci di bilik Pengarah / Pentadbir Fasiliti KKM atau Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan .	PRP/ PPRP	1 hari
4.2.6	<i>'Working Copy'</i> digunakan untuk teruskan rawatan di wad dan rawatan susulan klinik. <i>'Working Copy'</i> ini perlu disimpan dalam Kabinet Berkunci kes Litigasi selepas rawatan.	PRP/ PPRP	1 hari
4.3 SIASATAN DALAMAN			
4.3.1	Terima permohonan pinjaman RPP untuk siasatan dalaman. (Borang Pinjaman Rekod Perubatan Pesakit)	PRP/ PPRP	1 hari
4.3.2	Sediakan <i>'Working Copy'</i> kepada Ketua Jawatankuasa Siasatan Dalaman untuk menjalankan siasatan. <i>'Working Copy'</i> boleh dibuat salinan jika kes melibatkan pelbagai disiplin.	PRP/ PPRP / PT	1 hari
4.3.3	Dapatkan kembali <i>'Working Copy'</i> tiga (3) hari dari tarikh siasatan dan simpan dalam kabinet berkunci.	PRP/ PPRP / P	1 hari

BIL	PERKARA	TINDAKAN	JANGKA MASA (HARI BEKERJA)
4.4 SIASATAN BEBAS			
4.4.1	Terima maklumat penubuhan Jawatankuasa Siasatan Bebas.	PRP/ PPRP	1 hari
4.4.2	Buat salinan RPP mengikut bilangan Ahli Jawatan Kuasa Siasatan Bebas menggunakan salinan ' <i>Master Copy</i> '. Salinan ini dilabelkan ' <i>Investigation Copy</i> ' dan nombor bilangan salinan.	PRP/ PPRP/ PT	1 hari
4.4.3	Kumpulkan semua Laporan Siasatan dalaman dari pihak berkaitan.	PRP/ PPRP	1 hari
4.4.4	Edar salinan RPP (<i>Investigation Copy</i>), Laporan Siasatan Dalaman, Laporan Perubatan dan lain-lain dokumen yang berkaitan kepada AJK Penyiasatan Bebas.	PRP/ PPRP	7 hari sebelum tarikh persidangan
4.4.5	Pengagihan direkodkan / bersurat sebagai Akuan Penerimaan.		
4.4.6	Sediakan RPP Asal dan RPP ' <i>Working Copy</i> ' untuk rujukan AJK Penyiasatan Bebas pada hari persidangan.	PRP/ PPRP	1 hari
4.4.7	Kumpulkan semua RPP yang diedarkan kepada AJK Siasatan Bebas setelah persidangan selesai kecuali salinan yang diserahkan kepada wakil dari Bahagian Amalan, KKM.	PRP/ PPRP	1 hari
4.5. PRA – PERBICARAAN			
4.5.1	Edar salinan RPP dan dokumen berkaitan kepada Peguam Persekutuan apabila mendapat arahan.	PRP/ PPRP	1 hari
4.5.2	Sediakan RPP Asal dan RPP ' <i>Working Copy</i> ' untuk rujukan Peguam Persekutuan pada hari persidangan Peguam Persekutuan dengan staf yang terlibat (pra - perbicaraan).	PRP/ PPRP	1 hari
4.6. PERBICARAAN			
4.6.1	Sediakan RPP asal dan ' <i>Working Copy</i> ' untuk dibawa ke Mahkamah di hari perbicaraan.	PRP/ PPRP	1 hari
4.6.2	Jika RPP di ambil oleh Mahkamah sebagai exhibit, dapatkan surat arahan dari mahkamah.	PRP/ PPRP	1 hari
4.6.3	Dapatkan kembali RPP asal dari Mahkamah setelah perbicaraan selesai.	PRP/ PPRP	1 hari
4.7. PASCA PERBICARAAN / KES SELESAI			
4.7.1	Cantumkan nota perawatan asal susulan dalam ' <i>Working Copy</i> ' dengan RPP asal.	PRP/ PPRP	1 hari
4.7.2	Lupuskan semua salinan RPP kecuali ' <i>Working Copy</i> ' dan ' <i>Master Copy</i> '	PRP/ PPRP	1 hari

Petunjuk :

PRP : Pegawai Tadbir Rekod

PPRP : Penolong Pegawai Tadbir Rekod

PT : Pembantu Tadbir

5.0 CARTA ALIR PENGENDALIAN RPP KES LITIGASI



BUKU DAFTAR KES LITIGASI

BIL	TARIKH RPP DIBEKUKAN	NO. ADUAN	NO. SAMAN	NAMA PESAKIT	NO. KAD PENGENALAN	DISIPLIN	TARIKH KES SELESAI	CATATAN
1.								
2								
3								
4								
5								
6								

PENGARAH / PENTADBIR FASILITI KKM
FASILITI KKM

Ruj. Kami : Tarikh :

Kepada :	Ketua Jabatan Ortopedik Ketua Jabatan XYZ	Salinan Kepada: Ketua Jabatan/Unit Rekod Perubatan- sila uruskan segera.
Daripada :	Pengarah Hospital	
Perkara :	ARAHAN PEMBEKUAN REKOD PERUBATAN PESAKIT(RPP)	

Tuan,

Saya dengan hormatnya merujuk kepada perkara yang tersebut di atas.

2. Terdapat satu aduan/saman terhadap hospital / fasiliti ini bagi kes seperti dibawah

Nama	Encik XYZ		
No. KP	1234567890	No. Daftar	MRN1234/16
Tarikh Masuk	01/02/16	Tarikh Discaj	22/03/2016
Wad	Wad 2EF	Klinik	

3. Sila Dato'/Tuan/Puan serahkan **SEGERA** kepada Ketua Jabatan / Unit Rekod Perubatan semua RPP diatas untuk proses pembekuan rekod asal dan penyediaan RPP 'Working Copy' untuk kegunaan rawatan seterusnya.

Sekian, terima kasih.

"WAWASAN KEMAKMURAN BERSAMA 2030"

"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"

Saya yang menurut perintah,

(DR.)

(Nombor Pendaftaran Penuh MMC: 12345)

PROSEDUR OPERASI STANDARD (*STANDARD OPERATION PROCEDURE*)

E. Pengendalian Rekod Perubatan Pesakit Wabak

E. PENGENDALIAN REKOD PERUBATAN PESAKIT WABAK

1. TUJUAN

SOP ini bertujuan untuk menggariskan tatacara pengendalian RPP dalam usaha mengawal penularan jangkitan wabak. SOP ini hendaklah dibaca bersama-sama dengan garis panduan pengurusan RPP yang terkini atau surat-surat pekeliling yang berkaitan.

2. DEFINISI

Penyakit berjangkit didefinisikan sebagai penyakit yang boleh merebak kepada orang lain melalui udara, air, makanan atau sentuhan cecair badan yang mengandungi Pathogen iaitu agen penyakit. Penyakit berjangkit biasanya disebabkan oleh mikroorganisma seperti bakteria, kulat atau virus yang membiak dalam tisu tubuh.

Wabak atau epidemik bermaksud penyakit yang tiba-tiba merebak secara mengejut di dalam suatu kawasan geografi di luar yang amat membimbangkan di kawasan tersebut. Contohnya black death pada zaman pertengahan dan penyebaran wabak SARS, Influenza A dan Coronavirus di zaman moden.

3. SKOP

SOP ini adalah berkaitan pengurusan RPP Wabak.

4. OBJEKTIF

- 4.1 Memastikan proses pengendalian RPP berkaitan diuruskan mengikut prosedur yang ditetapkan.
- 4.2 Memastikan tahap keselamatan dan kesihatan anggota yang menguruskan RPP dilindungi.

5. PROSES DOKUMENTASI DAN PENYIMPANAN RPP

5.1 Wad

Merujuk kepada SOP dokumentasi klinikal yang ditetapkan.

5.2 Jabatan/Unit Rekod Perubatan

Memastikan RPP dihantar mengikut prosedur berikut:

- 5.2.1 Anggota wad / klinik yang menghantar dan Jabatan/Unit Rekod Perubatan yang menerima RPP tersebut perlu nyahkuman dan memakai pelitup hidung dan mulut serta memakai sarung tangan semasa urusan hantar dan terima.

- 5.2.2 Apabila pesakit discaj, RPP perlu dihantar ke Jabatan/Unit Rekod Perubatan dalam tempoh lima (5) hari bekerja.
- 5.2.3 Setiap RPP yang diterima telah dimasukkan ke dalam plastik dan dilabelkan sebagai kes Wabak pada bahagian luar plastik yang membungkus RPP tersebut.
- 5.2.4 RPP dikeluarkan dari plastik dengan menggunakan sarung tangan untuk tujuan pemfailan. Plastik pembungkus dibuang di "Yellow Bin".
- 5.2.5 RPP bagi kes Wabak perlu diasingkan dari RPP yang lain.
- 5.2.6 Penghantaran RPP hendaklah menggunakan beg/ troli berkunci.
- 5.2.7 Penerimaan RPP tersebut perlu direkodkan dalam pergerakan keluar masuk RPP.

6. PEMINJAMAN REKOD PERUBATAN PESAKIT

- 6.1 RPP yang dipinjam perlu dimasukkan dalam beg yang berkunci.
- 6.2 Peminjaman RPP tersebut perlu direkodkan

7. PENUTUP

SOP ini diharapkan dapat membantu pihak hospital mengambil langkah-langkah yang sewajarnya untuk tatacara pengendalian RPP bagi kes penyakit berjangkit demi kepentingan rawatan dan keselamatan serta kesihatan anggota KKM .

PUNCA KUASA:

- i. Arahkan Keselamatan-Keselamatan Dokumen (Perkara 42-76)
- ii. Garis panduan Pengendalian & Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit Bagi Hospital-Hospital & Institusi Perubatan, 2010
- iii. Panduan Tatacara Pengendalian Filem X-Ray Di Hospital-Hospital & Klinik Kesihatan, Kementerian Kesihatan Malaysia, 2008
- iv. *Policies And Procedures On Infection Control, Ministry of Health, Malaysia, 2010*

LAMPIRAN

**SENARAI LAMPIRAN GARIS PANDUAN PENGENDALIAN PENGURUSAN
REKOD PERUBATAN DI FASILITI KKM**

1	Lampiran 1	Susun atur Dokumen Rekod Perubatan Pesakit
2.	Lampiran 2	Surat Penyeragaman Reka Bentuk Folder Rekod Perubatan Pesakit (RPP) dan Kod Warna bagi tujuan pemfailan untuk digunapakai di Hospital-hospital dan Institusi Perubatan, KKM surat Bil KKM.100-12/3/8 JLD 3 (20) bertarikh 20 Mei 2021 Lampiran A1 : Format Folder Untuk Rekod Perubatan Lampiran A2 : Format Folder Untuk Imej Radiologi Lampiran 2-B : Kod Warna Untuk Tujuan Pemfailan RPP Bagi Hospital-Hospital /Institusi Perubatan, KKM
3.	Lampiran 3	Nota Discaj (<i>Discharge Note</i> - MED 75/ Pindaan / 2010)
4.	Lampiran 4	Ringkasan Discaj (<i>Discharge Summary</i> -PER /DS/2015)
5.	Lampiran 5	Borang Permohonan Pinjaman RPP oleh Individu
6.	Lampiran 6	Borang Permohonan Pinjaman RPP oleh Klinik /Wad
7.	Lampiran 7	Permohonan Pengeluaran Imej Radiologi (Luar Premis)
8.	Lampiran 8	Lampiran 'D': Perakuan untuk ditandatangani oleh penjawat awam berkenaan Akta Rahsia Rasmi 1972
9	Lampiran 9	Pindaan Kepada Pekeliling Panduan Tatacara Pengendalian Filem X-Ray di Hospital-hospital dan Klinik Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia Bil (19) dlm KKM -87 (20/503 Bhg 7 bertarikh 2 November 2004
10	Lampiran 10	Format Statistik Rekod Perubatan Pesakit mengikut Negeri / Hospital / Institusi

SUSUN ATUR DOKUMEN REKOD PERUBATAN PESAKIT

- 1. Borang daftar masuk dan keluar hospital (PER PD 301)**
- 2. Ringkasan Discaj (PER PD 302)**
- 3. Nota atau rekod mengenai kemasukan**

Contohnya,

- Nota doktor di Jabatan/Unit Kecemasan dan Trauma atau klinik.
- Surat rujukan ke hospital.
- Lain-lain dokumen kemasukan.

- 4. Nota atau rekod mengenai rawatan**

Contohnya,

- Borang pemeriksaan doktor (*clerking form*).
- Catatan rawatan oleh doktor, jururawat dan kakitangan lain yang berkaitan (*continuation sheet*)
- Cetakan dari '*monitoring equipment*'.

- 5. Prosedur dan pembedahan**

Contohnya,

- Nota atau laporan prosedur atau pembedahan.
- Senarai semak sebelum dan selepas pembedahan dan lain-lain.

- 6. Pemeriksaan dan Ujian**

Contohnya,

- Borang dan laporan ujian makmal.
- Borang dan laporan ujian radiologi.
- Lain-lain laporan ujian atau pemeriksaan.

- 7. Carta**

Contohnya,

- Carta pemerhatian '*vital signs*'.
- Carta input dan output.
- Carta diabetes dan lain-lain.

8. Ubat-ubatan

Contohnya,

- Jadual pemberian ubat dan lain-lain.

9. Surat keizinan atau pengesahan

Contohnya,

- Borang *Discharge Against Medical Advice* (DAMA)
- Keizinan untuk prosedur dan pembedahan.

10. Lain-lain

Contohnya,

- Salinan surat rujukan atau maklumbalas ke klinik atau hospital lain.
- Salinan laporan perubatan atau bedah siasat (jika perlu).
- Salinan borang notifikasi penyakit berjangkit.
- Senarai semak.
- Lain-lain yang berkaitan.

Surat Penyeragaman Reka Bentuk Folder Rekod Perubatan Pesakit (RPP) dan Kod Warna Bagi Tujuan Pemfailan Untuk Digunapakai Di Hospital-Hospital dan Institusi Perubatan, KKM Surat Bil KKM. 100-12/3/8 Jld 3 (20) Bertarikh 20 Mei 2021



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia
Araa 7, Blok E1, Kompleks E,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62500 Putrajaya

Tel : 03-8953 1047
Faks : 03-8953 1479
Laman Web : <http://medicalldev.moh.gov.my>

Ruj. Kami : KKM.100-12/3/8 JLD 3 (20)
Tarikh : 20 Mei 2021

SEPERTI DISENARAI EDARAN

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

PENYERAGAMAN REKA BENTUK FOLDER REKOD PERUBATAN PESAKIT (RPP) DAN KOD WARNA BAGI TUJUAN PEMFAILAN UNTUK DIGUNAPAKAI DI HOSPITAL- HOSPITAL DAN INSTITUSI PERUBATAN, KKM

Dengan segala hormatnya saya merujuk kepada perkara di atas .

2. Sukacita dimaklumkan Bahagian ini telah membuat penyeragaman reka bentuk Folder Rekod Perubatan Pesakit dan kod warna bagi tujuan pemfailan di hospital-hospital KKM melalui surat Bil KKM 87/P1/11/1 Jld 3(5) bertarikh 13 Ogos 2007.

3. Objektif penyeragaman reka bentuk Folder RPP dan kod warna adalah:

3.1 Memastikan hospital-hospital dan Institusi Perubatan, KKM mempunyai sistem pemfailan RPP yang seragam.

3.2 Meningkatkan kecekapan dan kemahiran kepada pegawai yang bertanggungjawab dalam pengurusan RPP walaupun bertugas di Hospital /Institusi Perubatan yang berlainan.

4. Sepanjang tempoh perlaksanaannya, Bahagian ini telah membuat pemantauan kepada pematuan penyeragaman di hospital-hospital dan Institusi Perubatan, KKM. **TAHNIAH** diucapkan kepada Jabatan Rekod Perubatan yang mematuhi arahan penyeragaman tersebut. Walaubagaimana pun Bahagian ini telah menerima maklumbalas dan cadangan penambahbaikan penyeragaman reka bentuk folder RPP dan kod warna bagi tujuan pemfailan yang lebih efisien.

5. Susulan dari itu, satu perbincangan telah diadakan untuk mengemaskini kod warna yang bersesuaian dan bersetuju penyeragaman reka bentuk dan warna folder RPP seperti di Lampiran A1 dan Lampiran A2 serta kod warna bagi tujuan pemfailan seperti di Lampiran B. Justeru itu Rekod Perubatan Pesakit hendaklah difailkan menggunakan Sistem seperti berikut :-



CERTIFIED TO ISO 9001:2015
SYSDIN, FMS - QAHS 01407



CERTIFIED TO ISO 9001:2015
UNAS, FMS - QAHS 01407



CERTIFIED TO ISO 9001:2015
QUALITY SYSTEMS, FMS - QAHS 01407

5.1 Terminal Digit Filing System (TDFS) - Menggunakan empat (4) angka terakhir Pengenal Diri dibaca dari kiri ke kanan

Atau

5.2 Modified Terminal Digit Filing System (MTDFS) - Menggunakan empat (4) angka terakhir Pengenal Diri dibaca dari kanan ke kiri dengan mematuhi konsep yang ditetapkan.

6. Sehubungan dengan itu dipohon kerjasama pihak YBhg. Datuk/Dato'/Datin mematuhi penyeragaman warna seperti yang ditetapkan. Perhatian dan kerjasama YBhg. Datuk/Dato'/Datin /Tuan/Puan didahului dengan ucapan terima kasih.

Sekian, terima kasih.

"PRIHATIN RAKYAT: DARURAT MEMERANGI COVID-19"

"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"

Saya yang menjalankan amanah,

(DR AHMAD RAZID SALLEH)(MMC 26660)
Pegawai
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

FORMAT FOLDER UNTUK REKOD PERUBATAN

31cm X 26 cm

3cm X 26 cm

SULIT
(ETIKA PERUBATAN)

MRN: _____

No K.P/Pasport/lain-lain: _____

Nama: _____

(Seperti di kad pengenalan)

HOSPITAL: _____

ALERGI

3cm X 26 cm

Dilarang membawa keluar RPP dari kawasan hospital tanpa kebenaran Pengarah Hospital

*** WARNA FOLDER REKOD PERUBATAN PESAKIT : KUNING AIR (BEIGE COLOUR)**

FORMAT FOLDER UNTUK REKOD PERUBATAN

54 cm X 41 cm

3 X 41cm

3 X 41cm

SULIT
(ETIKA PERUBATAN)

MRN: _____
No K.P/Pasport/lain-lain: _____
Nama: _____
(Seperti di kad pengenalan)



HOSPITAL: _____

Catatan X-ray		
Tarikh	No X-Ray	Pemeriksaan

Catatan X-ray		
Tarikh	No X-Ray	Pemeriksaan

***WARNA FOLDER X-RAY : COKLAT (BROWN)**

KOD WARNA UNTUK TUJUAN PEMFAILAN RPP BAGI
HOSPITAL-HOSPITAL /INSTITUSI PERUBATAN, KKM

KOD	WARNA		KOD	WARNA	
White	1	1	Green	6	6
Black	2	2	Pink	7	7
Cyan	3	3	Violet	8	8
Yellow	4	4	Brown	9	9
Red	5	5	Orange	0	0

Surat Pemberian “Discharge Note” menggantikan “Discharge Summary” kepada pesakit surat Bil KKM87/P1/11/ (29) Jld 7 bertarikh 12 Nov 2010 dan surat Bil KKM.600-1/4/20 JLD 3 (24) bertarikh 4 November 2019

MED 75/ Pindaan / 2010

DISCHARGE NOTE

Hospital : _____

1. NAME	2. RN:	3. MRN:	4. IC.NO
5. SEX	6. AGE	7. WARD	
8. DATE OF ADMISSION		9. DATE OF DISCHARGE	
10. FINAL DIAGNOSIS			
11. NOTES FOR FOLLOW-UP, IF ANY			

12. Signature:

Name of Medical Officer :

Official Stamp :

*RN : Encounter Number MRN : Medical Record Number

Sila bawa bersama “Discharge Note” semasa susulan rawatan

Nota: Ini bukan untuk Kegunaan Mahkamah

DISCHARGE SUMMARY (PER /DS/2015)

Hospital : _____

1. NAME:	2. RN/ENCOUNTER NO:	3. MRN:	4. ID NO:
5. GENDER	6. AGE:	7. WARD	8. DISCIPLINE
9. SOURCE OF REFERRAL:	10. DATE OF ADMISSION:	11. DATE OF DISCHARGE:	12. DATE AND TIME OF DEATH:
13. NAME OF CONSULTANS/ HEALTH CARE PROVIDERS: a) b)			
14. PAST MEDICAL HISTORY:			
15. PAST SURGICAL HISTORY:			
16. ALLERGY HISTORY:			
17. CLINICAL SUMMARY: a) Presenting complaint b)co-morbid illness c) physical examination findings d)treatment e) clinical progress f) result of investigation			
18. PROCEDURES a) b) c)			
19. ADMISSION DIAGNOSIS:		20. FINAL DIAGNOSIS/CAUSE OF DEATH a) b) c)	
21 .CARE PLAN:			
22. MEDICAL OFFICER: Signature: Name of Medical Officer: MMC NO: Official Stamp: Date:		23. VERIFIED BY: Signature: Name of Medical Officer: MMC NO: Official Stamp: Date:	

BORANG PERMOHONAN PINJAMAN RPP OLEH INDIVIDU

BAHAGIAN A : Maklumat Pesakit	
Nama:	
No Kad Pengenalan / Passport:	No RN :
Tarikh Masuk :	Wad :
Tarikh Keluar :	
BAHAGIAN B: Maklumat Pemohon	
Nama:	
No Kad Pengenalan/ Passport:	Tel. pejabat:
Jawatan:	Tel. bimbit:
Jabatan/Unit Rekod Perubatan :	
BAHAGIAN C: Tujuan Pinjaman (✓) tandakan di ruangan berkenaan	BAHAGIAN D: Pengesahan Ketua Jabatan Klinikal.
CME / Kajian / Penyelidikan/ Lain-lain (Nyatakan)..... Sila sertakan bersama surat arahan / kelulusan Pengarah Hospital/ Institusi Perubatan untuk Kajian/ Penyelidikan dan Mahkamah	Tandatangan:..... Nama: Jabatan: Cop: Tarikh
BAHAGIAN E : Perakuan Penerimaan	
Saya akan menjaga kerahsiaan dan keselamatan RPP yang dipinjam dan tidak akan menyerahkan kepada pihak lain. RPP ini perlu dikembalikan pada atau sebelum tarikh : __/__/____ Nama Penerima /Cap:..... Tandatangan Tarikh	
Untuk Kegunaan Pejabat:	
Permohonan diterima oleh :.....Tarikh/Masa Rekod perubatan diserahkan oleh :.....Tarikh/Masa Nota: Sekiranya permohonan pinjaman RPP lebih daripada 1 (SATU) , sila gunakan lampiran yang menjelaskan maklumat pesakit seperti di Bahagian A	

BORANG PINJAMAN REKOD PERUBATAN PESAKIT OLEH WAD /KLINIK

Nama Wad/Klinik:

No.Telefon:

Tarikh Permohonan:

Bil	Nama pesakit	No Kad Pengenalan	MRN/RN	Tarikh akhir masuk	Tarikh keluar	Catatan oleh Unit Rekod Perubatan

Tandatangan :

Nama pemohon :

Jawatan :

Tarikh :

Untuk kegunaan Unit Rekod Perubatan:

Permohonan diterima oleh: Tarikh/Masa terima:

RPP diserahkan oleh: Tarikh/Masa terima:

RPP diterima oleh: Tarikh/Masa terima:

PERMOHONAN PENGELUARAN IMEJ RADIOLOGI (LUAR PREMIS)

(Sila isikan dengan lengkap)

A. MAKLUMAT PEMOHON			
Nama pemohon :			
No Kad Pengenalan/ Passport:			
Alamat pemohon :			
No. Tel (Rumah):		No. Tel (Bimbit):	
B. MAKLUMAT PESAKIT			
Nama Pesakit:			
No. Kad Pengenalan / Passport:			
C. MAKLUMAT IMEJ RADIOLOGI			
Tarikh Imej Radiologi dilakukan:			
Jabatan/Unit / Disiplin:			
Dokumen	Tanda (✓)	No. Dokumen	Jumlah
Filem Radiologi			
MRI Scan			
CT Scan			
Lain-lain (Nyatakan)			
D. TUJUAN PENGELUARAN / PINJAMAN			
Permohonan Pesakit Sendiri	()		
Rujukan ke Hospital / Fasiliti Kesihatan Lain	()		
Kes "Urgent"	()		
Permohonan lain- lain Hospital /Klinik Kerajaan	()		
Permohonan lain – lain Hospital / Klinik Swasta	()		
Medico – Legal / Siasatan	()		
Lain – lain (Nyatakan)	()		
E. ULASAN KETUA JABATAN/UNIT /PEGAWAI PERUBATAN (✓)			
☐ Diluluskan ☐ Tidak diluluskan Nyatakan sebab:			
Tandatangan :			
Cop Jawatan :		Tarikh :	

F. PERAKUAN

Saya membenarkan pihak hospital mengeluarkan dokumen Imej Radiologi (* saya/ pesakit/ simati) yang bernama seperti di ruangan maklumat *pesakit/ simati diatas kepada * wakil saya yang bernama _____. Dengan ini saya juga melepaskan pihak hospital daripada sebarang tindakan perundangan yang berkaitan dengannya dan lain-lain perkara berbangkit.

*Tandatangan / cop jari: Tandatangan / cop jari :

*Nama Pesakit /waris : Nama Saksi :

No. Kad Pengenalan : No. KP :

Tarikh : Tarikh :

G. PENYERAHAN DOKUMEN

Tandatangan pemohon:

Tandatangan Penyerah :

Nama Pemohon:

Nama Penyerah :

No Kad Pengenalan :

Jawatan :

Tarikh & Masa :

Cop :

Tarikh & Masa :

Diisi dalam 2 salinan

1. Satu salinan simpan di Rekod Perubatan Pesakit
2. Satu Salinan serah ke Jabatan /Unit Rekod Perubatan

PENERANGAN PERMOHONAN PEMINJAMAN IMEJ RADIOLOGI (LUAR PREMIS)

A. MAKLUMAT PEMOHON:

Nama Pemohon : Nama individu yang memohon
No Kad Pengenalan / Passport : No kad pengenalan diri / passport individu yang memohon
Alamat Pemohon : Alamat individu/Jabatan/Agensi yang memohon peminjaman
No. Tel : Merujuk kepada no. telefon pemohon

B. MAKLUMAT PESAKIT:

Nama Pesakit : Nama pesakit
No Kad Pengenalan / Passport : No kad pengenalan diri / passport pesakit

C. MAKLUMAT IMEJ RADIOLOGI:

Tarikh Filem X-Ray : Merujuk kepada tarikh prosedur Filem X-Ray dilakukan
Jabatan/Unit/ Disiplin : Merujuk kepada Jabatan/Unit atau disiplin yang terlibat
Jenis Pinjaman : Merujuk kepada jenis pinjaman Imej Radiologi yang dipilih.
Jumlah Imej Radiologi yang dipinjam /dikeluarkan : Merujuk kepada jumlah Imej Radiologi yang dipinjam

D. TUJUAN PENGELUARAN / PINJAMAN:

Sila tandakan tujuan pengeluaran / pinjaman Imej Radiologi atau sekiranya lain- lain tujuan sila nyatakan.

E. ULASAN KETUA JABATAN:

Merujuk kepada kelulusan atau sebarang ulasan Ketua Jabatan/Unit atau Pegawai perubatan di Jabatan/Unit yang bertanggungjawab

Tandatangan : Merujuk kepada tandatangan Ketua Jabatan/ Unit atau Pegawai Perubatan di Jabatan/Unit yang bertanggungjawab
Cop Jawatan : Merujuk kepada cop jawatan Ketua Jabatan/Unit atau Pegawai Perubatan di Jabatan/Unit yang bertanggungjawab
Tarikh : Merujuk kepada tarikh yang terlibat

F. PERAKUAN:

Perakuan oleh pesakit / pemohon bagi membenarkan pengeluaran Imej Radiologi. (Surat kebenaran dari pesakit dilampirkan jika perlu).

Tandatangan / cop jari	: Merujuk kepada tandatangan pesakit
Nama Pesakit /waris	: Merujuk kepada nama pesakit / waris sah pesakit
No. Kad Pengenalan	: Merujuk kepada no. kad pengenalan pesakit / waris pesakit
Nama Saksi	: Merujuk kepada nama saksi kepada pesakit /waris
No. Kad Pengenalan	: Merujuk kepada no. kad pengenalan saksi
Tarikh	Merujuk kepada tarikh menandatangani borang

G: PENYERAHAN DOKUMEN:

Tandatangan pemohon	: Merujuk kepada tandatangan pemohon
Nama Pemohon	: Nama individu yang memohon
No Kad Pengenalan / Passport	: No kad pengenalan diri / passport individu yang memohon
Tarikh & Masa	: Merujuk kepada tarikh dan masa penerimaan Imej Radiologi diterima
Tandatangan Penyerah	: Merujuk kepada tandatangan penyerah Imej Radiologi
Nama Penyerah	: Merujuk kepada nama pegawai yang menyerah Imej Radiologi
Jawatan	: Merujuk kepada jawatan pegawai yang menyerah Imej Radiologi
Cop	: Merujuk kepada cop rasmi pegawai penyerah atau jabatan
Tarikh & Masa	: Merujuk kepada tarikh dan masa Imej Radiologi diserahkan

**PERAKUAN UNTUK DITANDATANGANI OLEH PEGAWAI AWAM BERKAITAN
DENGAN AKTA RAHSIA RASMI 1972 [AKTA 88] PERAKUAN UNTUK
DITANDATANGANI OLEH PEGAWAI AWAM BERKAITAN DENGAN AKTA RAHSIA
RASMI 1972 [AKTA 88]**

Adalah saya dengan ini mengaku bahawa perhatian saya telah ditarik kepada peruntukan – peruntukan Akta Rahsia Rasmi 1972 [Akta 88] dan bahawa saya faham dengan sepenuhnya akan segala yang dimaksudkan dalam Akta itu. Khususnya saya faham bahawa menyampaikan, menggunakan atau menyimpan dengan salah dan tidak menjaga dengan cara yang berpatutan sesuatu rahsia rasmi dan surat rasmi atau apa – apa tingkah laku yang membahayakan keselamatan atau kerahsiaan sesuatu rahsia rasmi adalah menjadi suatu kesalahan di bawah seksyen 8 Akta tersebut, yang boleh dihukum dengan penjara selama tempoh tidak kurang daripada satu tahun tetapi tidak lebih daripada tujuh tahun.

Saya faham bahawa segala rahsia rasmi dan surat rasmi yang saya peroleh dalam perkhidmatan Seri Paduka Baginda Yang di – Pertuan Agong atau perkhidmatan mana – mana Kerajaan dalam Malaysia, adalah milik Kerajaan dan tidak akan membocorkan, menyiarkan, atau menyampaikan, sama ada secara lisan atau dengan bertulis, kepada sesiapa jua dalam apa – apa bentuk, kecuali pada masa menjalankan kewajipan – kewajipan rasmi saya, sama ada dalam masa atau selepas perkhidmatan saya dengan Seri Paduka Baginda Yang di-Pertuan Agong atau dengan mana – mana Kerajaan dalam Malaysia dengan tidak terlebih dahulu mendapat kebenaran bertulis pihak berkuasa yang berkenaan. Saya berjanji dan mengaku akan menandatangani satu akuan selanjutnya bagi maksud ini apabila meninggalkan Perkhidmatan Kerajaan.

Tandatangan :
Nama (Huruf Besar) :
No. Kad Pengenalan :
Jawatan :
Jabatan :
Tarikh :
Disaksikan oleh ` :`

(Tandatangan)

Nama (huruf besar)
No. Kad Pengenalan :
Jawatan :
Jabatan :
Tarikh :
Cap Jabatan :

**Surat Pindaan Kepada Pekeliling Panduan Tatacara Pengendalian Filem X-Ray
di Hospital-hospital dan Klinik Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia Bil (19)
dlm KKM -87 (20/503 Bhg 7 bertarikh 2 November 2004**



**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
(MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA)
JALAN CENDERASARI
50590 KUALA LUMPUR.**

Telefon : 03-26985077

Fax : 03- 26911097 / 26942251

Ruj. Tuan:

Ruj. Kami: (19) dlm. KKM-87 (P20/ 503)
04.7

Tarikh: 2- November 2004

Pengarah Kesihatan Negeri _____

Perigarah
Hospital Kuala Lumpur

Y. Bhg. Dato'/Datin/Tuan/Puan,

**PINDAAN KEPADA PEKELILING PANDUAN TATACARA PENGENDALIAN FILEM X-RAY DI
HOSPITAL-HOSPITAL DAN KLINIK KESIHATAN KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA.**

Dengan hormatnya saya merujuk kepada perkara diatas dan Surat Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia Bil.10/2002, Rujukan (1) dlm KKM-87(P20/5030 Bhg.5 bertarikh 14 Oktober 2002 berkaitan perkara diatas.

2. Sehubungan dengan itu maklumbalas telah diterima mengenai Pekeliling diatas dimana filem-filem berkaitan kes-kes medico-legal telah tidak diambilkira. Oleh kerana filem tersebut mungkin diperlukan sebagai bahan bukti di mahkamah kemudian hari, adalah amat penting supaya filem-filem ini tidak dilepaskan sewenang-wenangnya. Dalam situasi sedemikian, langkah tambahan yang perlu dilaksanakan telah dimasukkan di bawah perenggan 4 iaitu 4.1.2 dan 4.2.2 mukasurat 2, Garispanduan didalam Surat Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia Bil.10/2002 (seperti dikembarkan). Perenggan lain didalam Pekeliling tersebut adalah dikekalkan dan tiada sebarang pindaan.

3. Sehubungan dengan itu, sukacita sekiranya Y.Bhg.Dato'/Datin/Tuan/Puan dapat mengambil maklum akan pindaan ini dan mengedar serta memantau pelaksanaan panduan tatacara tersebut.

Sekian. Terima kasih.

'BERKHIDMAT UNTUK NEGARA'

**'PENYAYANG, BEKERJA BERPASUKAN DAN PROFESIONALISMA ADALAH BUDAYA
KERJA KITA'**

Saya yang menurut perintah,

(DATUK DR. ABDUL GANI BIN MOHAMMED DIN)
Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
Kementerian Kesihatan Malaysia

FORMAT STATISTIK REKOD PERUBATAN PESAKIT MENGIKUT NEGERI / HOSPITAL / INSTITUSI PERUBATAN
TAHUN.....

NEGERI.....

BULAN.....

TUJUAN PINJAMAN														
Hospital	Bilangan Rekod Perubatan Pesakit	Rawatan Pesakit			Pentadbiran Perubatan									Jumlah Pinjaman RPP (Total c+d+e+f+g+h+i+j+k+l+m+n)
		Wad	Klinik	Rawatan Harian	Audit Klinikal	Audit Rekod Perubatan	Aduan	Lembaga Perubatan	Laporan Perubatan	CME	Penyelidikan/ Kajian	Kes Perundangan Perubatan	Lain-lain	
(a)	(b)*	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(k)	(l)	(m)	(n)	(o)

Nota * : Bilangan RPP (b) = Bilangan Kemasukan Pesakit Dalam + Bilangan Kedatangan Pesakit Luar + Bilangan Kedatangan Pesakit Rawatan Harian

RUJUKAN

1. Arahan Keselamatan Semakan & Pindaan 2017
2. Akta Arkib Negara 2003 [Akta 629]
3. Jadual Pelupusan Rekod Perubatan 2016
4. *Medical Record Manual. A guide for developing countries, a World Health Organization (WHO) March 2001*
5. *Code of Professional Conduct 2019*
6. Buku Panduan Sistem Maklumat Perawatan Perubatan (*Medical Care Information System Manual*)
7. Buku Panduan Sistem Maklumat Perawatan Perubatan (Rawatan Pesakit Dalam Dan Rawatan Harian)
8. *General Hospital Operational Policy In ICT Environment*
9. Garis panduan "User Access Control Policy (UACP)" di fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia
10. Akta Rahsia Rasmi 1972 [Akta 88]
11. Surat Pekeliling KPK Bil 10/2002 – Panduan Tatacara Pengendalian Filem X-Ray di Hospital- hospital dan Klinik Kesihatan KKM bertarikh 14/10/2002

PENGHARGAAN

i. Jawatankuasa Induk	
Penaung	: YBhg. Dato' Dr Mohd Fikri Bin Ujang Pengarah Perkembangan Perubatan Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
Penasihat	: YBhg. Datin Seri Asmah Bt. Samat Timbalan Pengarah, Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
Pengerusi	: Dr Mohd Ridzwan Bin Shahari Ketua Penolong Pengarah Kanan Ketua Unit, Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
Ahli Jawatan kuasa	: • Pn. Hasnah Bt. Ismail Pegawai Tadbir Rekod Perubatan Kanan Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital, Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM • Pn. Noor Aznim Ainy Bt. Ahmad Pegawai Tadbir Rekod Perubatan Kanan, Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM • Pn. Zarimah Bt. Jaafar Pen. Peg. Tadbir Rekod Perubatan Tinggi, Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
ii. Sidang Editorial	
• Dr Mohd Ridzwan Bin Shahari Ketua Penolong Pengarah Kanan • Pn. Hasnah Bt. Ismail Pegawai Tadbir Rekod Perubatan Kanan • Pn. Noor Aznim Ainy Bt. Ahmad Pegawai Tadbir Rekod Perubatan Kanan • Pn. Zarimah Bt. Jaafar Penolong Pegawai Tadbir Rekod Perubatan Tinggi	

**iii. Penyumbang Idea oleh Pegawai /Penolong Pegawai Tadbir
Rekod Perubatan**

Pn. Zahidah Bt. Ahmad Fadzil	Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
En. Azman Bin Ahmad	Pusat Informatik Kesihatan, KKM
Pn. Saadah Bt. Surip	Pusat Informatik Kesihatan, KKM
Pn. Fazlina Suriyanti Bt. Fazil	Malaysia National Health Account, KKM
Pn. Mariam Bt. Zainuddin	Hospital Tuanku Fauziah, Perlis
Pn. Norulhadlyza Bt. Abd Rahim	Jabatan/ Kesihatan Negeri Kedah
En. Mohd Nasir Bin Ismail	Jabatan Kesihatan Negeri Kedah
Pn. Rosserany Bt. Don	Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar
Pn. Fadillah Hazwani Bt. Zakaria	Hospital Sultan Abdul Halim, Sungai Petani
En. Kaandeeapan A/L Govindasamy	Jabatan Kesihatan Negeri Pulau Pinang
En. Mohd Noorsham Bin Abdul Rashid	Jabatan Kesihatan Negeri Pulau Pinang
Pn. Amilia Suziana Bt. Mohd Sain	Hospital Pulau Pinang
En. Harishardy Bin Ishak	Hospital Seberang Jaya
Pn. Oni Saifura Bt. Osman	Jabatan Kesihatan Negeri Perak
Pn. Fareedah Bt. Ibrahim	Hospital Raja Permaisuri Bainun, Ipoh
En. Mior Zakuan Bin Ahmad	Hospital Teluk Intan
Pn. Nawal Safwati Bt. Mohd Pauzi	Jabatan Kesihatan Negeri Selangor
Pn. Noorazlin Bt. Mohd Sharif	Hospital Selayang
Cik Norlinda Bt. Mokhtar	Jabatan Kesihatan Negeri Sembilan
Pn. Hanni Ahkmar Bt. Azhar	Hospital Tuanku Ja'afar, Seremban
Cik Nur Amanina Bt. Alias	JKWP Kuala Lumpur & Putrajaya
Pn. Siti Aishah Bt. Abdullah	Hospital Putrajaya
Pn. Noorsheilawati Bt. Abdul Hamid	Pusat Darah Negara
Pn. Salina Bt. Shafii	Institut Kanser Negara
Cik Norsuhada Bt. Sulaiman	Jabatan Kesihatan Negeri Melaka
En. Mohd Rosli Bin Adam	Hospital Melaka
En. Ezal Bin Tambi	Hospital Melaka
En. Asikin Bin Hamdan	Hospital Alor Gajah
Pn. Mazlin Bt. Mohamed	Jabatan Kesihatan Negeri Johor
Pn. Nur Arifah Radhiah Bt. Abdul Aziz	Jabatan Kesihatan Negeri Johor
Pn. Nurulliza Bt. Tokiman	Hospital Sultanah Aminah, Johor Bahru
En. Abu Bakar Bin Hamdan	Hospital Pakar Sultanah Fatimah, Muar
En. Tuan Azean Bin Tuan Ibrahim	Hospital Eche' Besar Hajjah Khalsom, Kluang
Pn. Muhaini Mat Dong	Jabatan Kesihatan Negeri Pahang
Pn. Norhayati Bt. Mohamed Sari	Hospital Tuanku Ampuan Afzan, Kuantan
Pn. Kang Chu Huai	Hospital Sultan Hj. Ahmad Shah, Temerloh
En. Kamaluddin Bin Ismail	Hospital Sultan Hj. Ahmad Shah, Temerloh
Pn. Aziani Bt. Ab Halim	Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu
Pn. Kamariah Bt. Ibrahim	Hospital Sultanah Nur Zahirah, Terengganu
Pn. Yusmiza Bt. Yusuf	Hospital Setiu, Terengganu
En. Raja Marzuki Bin Raja Mokhtar	Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu
Pn. Siti Suhana Bt. Mustafar	Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan
Pn. Fatimah Bt. Iba	Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan
Pn. Zainuhaswani Bt. Mohamad	Hospital Raja Perempuan Zainab II
En. Mazlan Bin Abd Majid	Jabatan Kesihatan Negeri Sabah
En. Abdul Rahman Bin Mane	Hospital Queen Elizabeth Kota Kinabalu
En. Sezali Bin Hussin	Hospital Wanita dan Kanak-kanak, Likas
En. Franky Naul	Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak
En. Zul Azman Bin Sheblee	Hospital Sibu
Pn. Fauziah Bt. Wahet	Hospital Sarikei

iv.	Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM juga merakamkan Penghargaan kepada Mantan Pegawai /Penolong Pegawai Tadbir Rekod Perubatan yang telah bersara dan terlibat dalam penyediaan garis panduan ini																																				
	<table> <tr> <td>Pn. Siti Hajar Bt. Baharim</td><td>Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM</td></tr> <tr> <td>Pn. Jemiah@Jumiah</td><td>Bahagian Kesihatan Awam, KKM</td></tr> <tr> <td>Pn. Sharifah Sazliha Bt. Sulaiman</td><td>Hospital Tuanku, Fauziah, Perlis</td></tr> <tr> <td>En. Yeoh Loh Chin</td><td>Hospital Tuanku, Fauziah, Perlis</td></tr> <tr> <td>Pn. Zanariah Bt. Abdul Rahim</td><td>Hospital Putrajaya, Wil. Persekutuan K.Lumpur</td></tr> <tr> <td>En. Kamaruddin Bin Wan Cik</td><td>Hospital Serdang, Selangor</td></tr> <tr> <td>Pn. Noor Roslina Bt. Hj. Md. Nasir</td><td>Hospital Kajang, Selangor</td></tr> <tr> <td>Pn. Sabariah Bt. Kassim</td><td>Jabatan Kesihatan Negeri Melaka</td></tr> <tr> <td>En. Amir Bin Kassim</td><td>Hospital Jasin, Melaka</td></tr> <tr> <td>Pn. Juniah Bt. Abdullah</td><td>Hospital Sultanah Aminah Johor Bahru</td></tr> <tr> <td>En. Wan Rozain Bin Wan Said</td><td>Hospital Pekan, Pahang</td></tr> <tr> <td>En. Mohamad Uzuman Bin. Nordin Ali</td><td>Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu</td></tr> <tr> <td>Pn. Adzmah Bt. Ali</td><td>Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kelantan</td></tr> <tr> <td>Pn. Dayang Rozanna Bt. Abg Naim</td><td>Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak</td></tr> <tr> <td>En. Mohd Isa Bin Abullah</td><td>Hospital Sultanah Nur Zahirah, Terengganu</td></tr> <tr> <td>Pn. Norkhayati Bt. Manat</td><td>Hospital Tengku Ampuan Rahimah, Selangor</td></tr> <tr> <td>Pn. Sabariah Bt. Abd Rahman</td><td>Hospital Kuala Lumpur</td></tr> <tr> <td>En. Roslan Bin Ramzi</td><td>Hospital Umum Sarawak</td></tr> </table>	Pn. Siti Hajar Bt. Baharim	Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM	Pn. Jemiah@Jumiah	Bahagian Kesihatan Awam, KKM	Pn. Sharifah Sazliha Bt. Sulaiman	Hospital Tuanku, Fauziah, Perlis	En. Yeoh Loh Chin	Hospital Tuanku, Fauziah, Perlis	Pn. Zanariah Bt. Abdul Rahim	Hospital Putrajaya, Wil. Persekutuan K.Lumpur	En. Kamaruddin Bin Wan Cik	Hospital Serdang, Selangor	Pn. Noor Roslina Bt. Hj. Md. Nasir	Hospital Kajang, Selangor	Pn. Sabariah Bt. Kassim	Jabatan Kesihatan Negeri Melaka	En. Amir Bin Kassim	Hospital Jasin, Melaka	Pn. Juniah Bt. Abdullah	Hospital Sultanah Aminah Johor Bahru	En. Wan Rozain Bin Wan Said	Hospital Pekan, Pahang	En. Mohamad Uzuman Bin. Nordin Ali	Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu	Pn. Adzmah Bt. Ali	Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kelantan	Pn. Dayang Rozanna Bt. Abg Naim	Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak	En. Mohd Isa Bin Abullah	Hospital Sultanah Nur Zahirah, Terengganu	Pn. Norkhayati Bt. Manat	Hospital Tengku Ampuan Rahimah, Selangor	Pn. Sabariah Bt. Abd Rahman	Hospital Kuala Lumpur	En. Roslan Bin Ramzi	Hospital Umum Sarawak
Pn. Siti Hajar Bt. Baharim	Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM																																				
Pn. Jemiah@Jumiah	Bahagian Kesihatan Awam, KKM																																				
Pn. Sharifah Sazliha Bt. Sulaiman	Hospital Tuanku, Fauziah, Perlis																																				
En. Yeoh Loh Chin	Hospital Tuanku, Fauziah, Perlis																																				
Pn. Zanariah Bt. Abdul Rahim	Hospital Putrajaya, Wil. Persekutuan K.Lumpur																																				
En. Kamaruddin Bin Wan Cik	Hospital Serdang, Selangor																																				
Pn. Noor Roslina Bt. Hj. Md. Nasir	Hospital Kajang, Selangor																																				
Pn. Sabariah Bt. Kassim	Jabatan Kesihatan Negeri Melaka																																				
En. Amir Bin Kassim	Hospital Jasin, Melaka																																				
Pn. Juniah Bt. Abdullah	Hospital Sultanah Aminah Johor Bahru																																				
En. Wan Rozain Bin Wan Said	Hospital Pekan, Pahang																																				
En. Mohamad Uzuman Bin. Nordin Ali	Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu																																				
Pn. Adzmah Bt. Ali	Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kelantan																																				
Pn. Dayang Rozanna Bt. Abg Naim	Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak																																				
En. Mohd Isa Bin Abullah	Hospital Sultanah Nur Zahirah, Terengganu																																				
Pn. Norkhayati Bt. Manat	Hospital Tengku Ampuan Rahimah, Selangor																																				
Pn. Sabariah Bt. Abd Rahman	Hospital Kuala Lumpur																																				
En. Roslan Bin Ramzi	Hospital Umum Sarawak																																				
v.	Dedikasi kepada																																				
	Allahyarham Tn. Hj. Ibrahim Bin Ariffin dari Hospital Putrajaya- Alfatihah																																				
vi.	Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM juga merakamkan Penghargaan kepada semua yang terlibat secara langsung dalam penyediaan garis panduan ini																																				
	- Dr Hirman Bin Ismail Ketua Penolong Pengarah Kanan Mantan Ketua, Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM - Dr Zarina Bt. Shahrom @ Sahrom Ketua Penolong Pengarah Kanan Mantan Ketua Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM - Dr Laili Murni Bt. Mokhtar Ketua Penolong Pengarah Kanan Mantan Ketua Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM - Dr Mohamad Bin Mohamad Sharif Ketua Penolong Pengarah Kanan Ketua Subunit Polisi & Perkembangan Perkhidmatan Perubatan Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM																																				

- Dr Noradiah Bt. Ismail
Ketua Penolong Pengarah Kanan
Ketua Subunit Health Information System (HIS)
Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital
Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
- Dr Adilah Bt. A. Bakar
Ketua Penolong Pengarah Kanan
Ketua Subunit Aliran Klinikal Pesakit
Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital
Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
- Dr Mohd Faizal Bin Zainuddin
Ketua Penolong Pengarah Kanan
Subunit Health Information System (HIS)
Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital
Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
- Dr Fawzi Zaidan Bin Ali
Ketua Penolong Pengarah Kanan
Subunit Kewangan Perubatan (Casemix)
Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital
Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
- Dr Muhammad Zulfakar Bin Zubir
Ketua Penolong Pengarah Kanan
Subunit Aliran Klinikal Pesakit
Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital
Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
- Dr Nirmalah Subramaniam
Ketua Penolong Pengarah Kanan
Subunit Aliran Klinikal Pesakit
Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital
Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
- Dr Suriana Aishah Bt. Zainal Abidin
Ketua Penolong Pengarah Kanan
Ketua Unit Sokongan Klinikal
Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM
- Dr Nizam Bin Ishak
Ketua Penolong Pengarah Kanan,
Bahagian Amalan Perubatan, KKM
- Dr Yun Sii Ing
Pakar Perubatan Perunding Kanan (Radiologi)
Hospita Sungai Buloh
- Pn. Siti Asmah Bt. Yunus
Ketua Penolong Setiausaha,
Cawangan Pengurusan Hasil,
Bahagian Kewangan, KKM
- Pn Siti Balkish Bt. Annual Bakhri
Penolong Setiausaha,
Cawangan Pengurusan Hasil,
Bahagian Kewangan, KKM
- Pn. Suzana Bt. Mat Isa
Ketua Penolong Setiausaha
Seksyen Unit Pengurusan Rekod,
Bahagian Khidmat Pengurusan, KKM
- En Mohd Sahli Bin Ismail
Penolong Pegawai Keselamatan Tinggi
Unit Keselamatan,
Bahagian Khidmat Pengurusan, KKM

**UNIT PERKHIDMATAN PENGURUSAN HOSPITAL
CAWANGAN PERKEMBANGAN PERKHIDMATAN PERUBATAN
BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
ARAS 2, BLOK E1, PARCEL E,
PUSAT PENTADBIRAN KERAJAAN PERSEKUTUAN
62590 PUTRAJAYA**

ISBN 978-629-96830-0-1



9 7 8 6 2 9 9 6 8 3 0 0 1