

HOSPITAL SUNGAI SIPUT

POLISI UNIT REKOD PERUBATAN

1. PENGENALAN

- 1.1 Unit Rekod Perubatan terletak di bahagian belakang bangunan hospital ini bersebelahan dengan Unit Forensik. Unit ini pada asalnya ialah Unit Dobi yang telah tidak digunakan setelah perkhidmatannya diswastakan pada tahun 1997. Unit Rekod Perubatan telah berpindah dari tempat asalnya di bahagian hadapan hospital bersebelahan dengan Unit Pengurusan pada bulan Oktober 2010. Sebelum unit ini berpindah bangunan ini dijadikan stor oleh Unit Pengurusan, Unit Kecemasan, Unit Farmasi, Unit Pesakit Luar dan Unit Rekod Perubatan (sebagai stor sekunder) dan sebagai Klinik terapi gantian dengan methadone.
- 1.2 Unit Rekod Perubatan adalah merupakan satu unit bagi penyimpanan Rekod-rekod Perubatan Pesakit (RPP/X-Ray/Kad Rawatan Unit Kecemasan(Medico-Legal)/Statistik Pesakit: laporan makmal dan lain-lain).

2. TUJUAN

- 2.1 Tujuan polisi ini diwujudkan adalah untuk memberi panduan kepada anggota Jabatan Rekod Perubatan dan pelanggan yang berurusan dengan jabatan ini.

3. ORGANISASI DAN PENGURUSAN

- 3.1 VISI
Mewujudkan sebuah unit sistem maklumat pengurusan kesihatan yang cekap, tepat dan berkualiti.
- 3.2 MISI
Memberi perkhidmatan yang cekap dan tepat kepada pelanggan berdasarkan maklumat pengurusan kesihatan terkini.
- 3.3 OBJEKTIF
Unit Rekod Perubatan akan memastikan setiap laporan perubatan akan disiapkan dalam tempoh 2 minggu (hari bekerja).

4. SKOP PERKHIDMATAN

4.1 PENGURUSAN REKOD PERUBATAN PESAKIT

4.1.1 Mengurus, mengumpul dan menyimpan dan mengeluarkan secara sistematik Rekod Perubatan Pesakit seperti berikut:

- 1) Rekod Pesakit Dalam
- 2) Rekod Pesakit Unit Kecemasan (Kes Medico-Legal)
- 3) Filem X-Ray
- 4) Rekod Pesakit Klinik Pakar

4.1.2 Pengurusan pinjaman Rekod Perubatan Pesakit, anggota wad / klinik perlu mengemukakan **Borang Pinjaman Rekod Perubatan / Radiograf dari Wad / Unit** ke Unit Rekod Perubatan.

4.1.3 Pengurusan dalam pelupusan rekod-rekod pesakit mengikut peraturan dan garis panduan yang telah ditetapkan:

REKOD PERUBATAN	TEMPOH SIMPANAN
Rekod Perubatan Biasa	7 Tahun
Rekod Perubatan Medico-Legal	10 tahun / sehingga kes mahkamah selesai
Rekod Perubatan Obstetrik & Pediatrik	21 Tahun
Rekod Perubatan Psikiatri	3 tahun selepas kematian pesakit / sehingga kes mahkamah selesai
Rekod Pengimejan Diagnostik	7 Tahun
Rekod Autopsy / Forensik	Simpan kekal
Buku-buku Daftar	7 Tahun

4.2 PENGURUSAN PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN

4.2.1 Mengurus permohonan laporan perubatan seperti berikut:

- 1) Laporan Perubatan Biasa
- 2) Laporan Pembedahan Mayat (Post-Mortem)
- 3) Laporan Insurans, PERKESO, KWSP dan sebagainya

4.2.2 Borang / dokumen perlu dilampirkan dengan lengkap untuk proses laporan perubatan (mana yang berkaitan):

- ✓ Surat izin yang ditandatangani oleh pesakit / waris
- ✓ Salinan kad rawatan pesakit atau kad temujanji / salinan permit kubur / salinan sijil kematian pesakit
- ✓ Salinan dokumen pengenalan diri pemohon. Contohnya: kad pengenalan / passport / sijil kelahiran
- ✓ Salinan sijil nikah pemohon (contoh bukti pertalian keluarga)
- ✓ Surat akuan sumpah dari pesuruhjaya sumpah
- ✓ Surat izin kedutaan bagi warganegara asing
- ✓ Borang laporan perubatan (sekiranya terdapat borang spesifik yang perlu digunakan, seperti borang Insuran , PERKESO, KWSP dan sebagainya)
- ✓ Resit bayaran (akan diberi oleh Unit Hasil , selepas bayaran dibuat)

4.2.3 Panduan bagi bayaran / caj permohonan laporan perubatan mengikut peraturan dan garis panduan yang telah ditetapkan:

JENIS LAPORAN	WARGANEGARA MALAYSIA	WARGANEGARA ASING
Laporan Ringkas oleh Pegawai Perubatan	RM 40	RM 92
Laporan Ringkas oleh Pakar Perubatan	RM 80	RM 184
Laporan Lengkap oleh Pakar Perubatan	RM 200 – RM 1,000 Bergantung kepada kerumitan menyediakan pendapat itu	RM 400 – RM 2000 Bergantung kepada kerumitan menyediakan pendapat itu
Laporan Perubatanyang dipohon oleh pihak Polis / Mahkamah	Percuma	
Laporan Perubatanyang dipohon oleh Jabatan Kerajaan	Percuma	
Laporan Penjelasan	Percuma	

- 4.2.4 Pengecualian bayaran ini adalah tidak terpakai untuk tujuan insuran dan pengeluaran KWSP.
- 4.2.5 Permohonan untuk mendapatkan salinan Laporan Perubatan asal oleh pemohon untuk tujuan yang sama dikenakan bayaran setengah dari bayaran asal.
- 4.2.6 Permohonan untuk mendapatkan laporan yang lebih lengkap dan terperinci akan dianggap sebagai permohonan baru dan dikenakan bayaran penuh.

4.3 PENGURUSAN STATISTIK HOSPITAL

- 4.3.1 Pengumpulan data-data statistik Sistem Maklumat Rawatan Pesakit (SMRP Web-Based) bagi rawatan Pesakit Dalam dan Pesakit Rawatan Harian.
- 4.3.2 Menguruskan lain-lain laporan sistem maklumat perawatan iaitu Laporan Pesakit Luar, Perkhidmatan Sokongan Klinikal dan sebagainya.
- 4.3.3 Semua maklumat / data statistik tidak boleh didedahkan kepada umum tanpa kebenaran pengarah hospital.

4.4 NOTIFIKASI PENYAKIT BERJANGKIT

- 4.4.1 Notifikasi penyakit berjangkit melalui program Sistem Maklumat Kawalan Penyakit Berjangkit (CDCIS) – e-Notifikasi.

4.5 PENGURUSAN PENTADBIRAN UNIT REKOD PERUBATAN:

4.5.1 WAKTU OPERASI

Beroperasi mengikut waktu pejabat

ISNIN – KHAMIS : 8.00 pg. – 1.00 ptg.
2.00 ptg. – 5.00 ptg.

JUMAAT : 8.00 pg. – 5.00 ptg.
2.45 ptg. – 5.00 ptg.

Apabila rekod perubatan diperlukan selepas waktu pejabat pegawai berikut boleh dihubungi melalui telefon oleh Pegawai Khidmat Pelanggan hospital mengikut Jadual On Call Unit Rekod Perubatan yang telah disediakan.

4.5.2 Merekabentuk dan merangka pentadbiran Sistem Rekod Perubatan Hospital

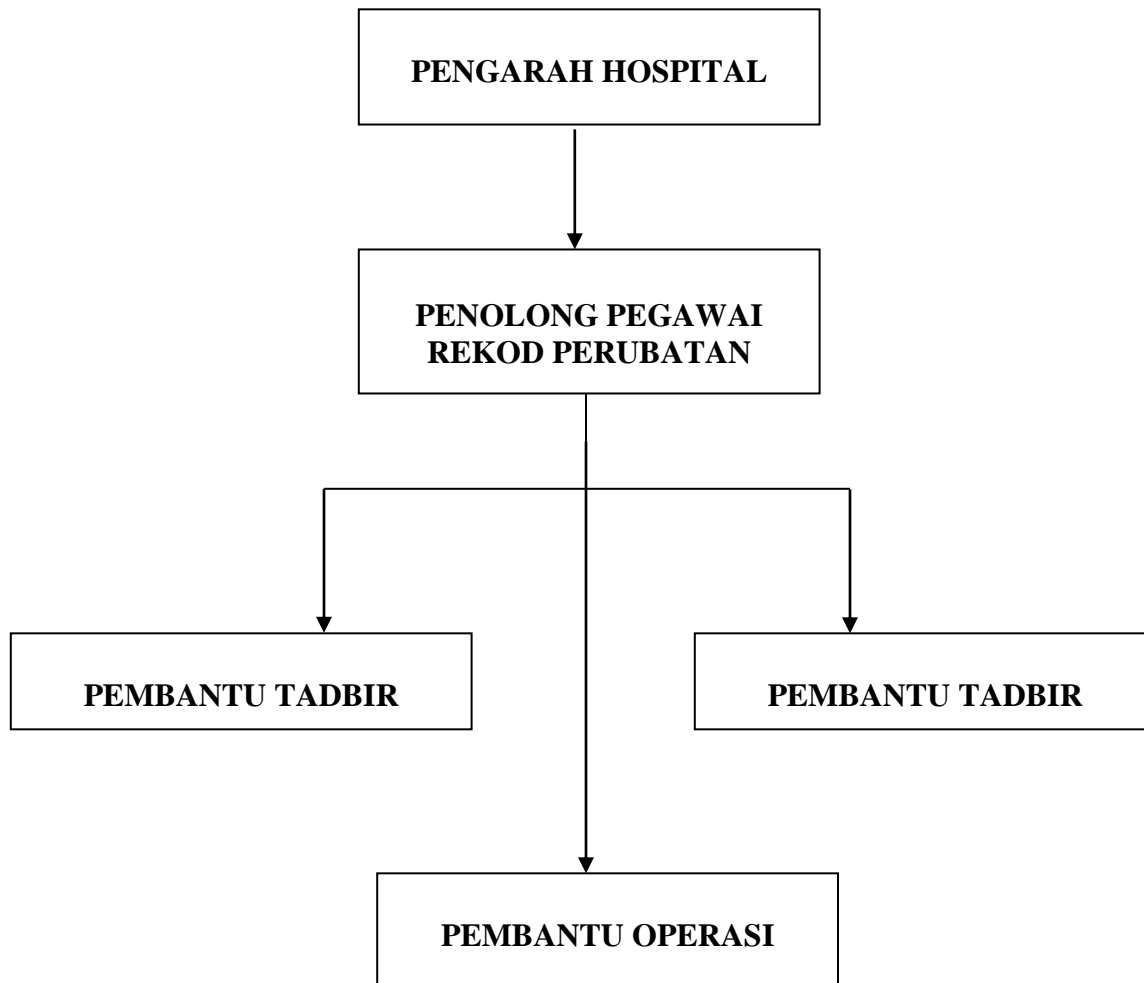
5. STRUKTUR KEMUDAHAN FASILITI

5.1.1 Unit Rekod Perubatan diketuai oleh Penolong Pegawai Rekod Perubatan yang bertanggungjawab kepada Pengarah Hospital.

Dua orang Pembantu Tadbir

Seorang Pembantu Operasi – **dipinjam dari Unit Pengurusan**

5.1.2 Carta Organisasi adalah seperti berikut:



5.1.3 Unit Rekod Perubatan mempunyai sebuah kaunter bagi kemudahan anggota dan orang awam berurusan dengan Unit Rekod Perubatan.

- 5.1.4 Mempunyai tiga buah bilik penyimpanan Rekod-rekod Perubatan Pesakit (RPP/X-Ray/Kad Rawatan Unit Kecemasan(Medico-Legal)), satu ruang bekerja dan satu bilik Penolong Pegawai Rekod Perubatan.
- 5.1.5 Komputer bagi kemudahan anggota untuk urusan data-data pesakit dan maklumat-maklumat yang berhubung kait dengan pengurusan kesihatan.

6. FUNGSI JAWATANKUASA REKOD PERUBATAN

- 6.1.1 Jawatankuasa Rekod Perubatan perlu ditubuhkan di setiap hospital dan dipengerusikan oleh pengarah hospital untuk memantau sistem pengurusan rekod perubatan dan kualiti dokumentasi Rekod Perubatan Pesakit.
- 6.1.2 Mengenalpasti standard dan polisi untuk perkhidmatan Rekod Perubatan.
- 6.1.3 Semua borang baru, sistem atau prosedur perlulah mendapat kelulusan daripada Jawatankuasa Rekod Perubatan sebelum dilaksanakan.

7. PEMANTAUAN KUALITI

- 7.1.1 Unit Rekod Perubatan bertanggungjawab kepada pihak pengurusan hospital dalam memastikan NIA / KPI Unit Rekod Perubatan Hospital mencapai standard yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia.
- 7.1.2 Klasifikasi klinikal koding melibatkan penggunaan standard ICD 10 (diagnosis / penyakit) versi terkini (2010) bagi Pesakit Dalam dan Rawatan Harian serta ICD 9CM (prosedur) versi terkini (2013) untuk Rawatan Harian.

8. POLISI UNIT

8.1 AM

- 8.1.1 Bagi setiap discaj, Ringkasan Discaj (PER-PD 302) hendaklah ditulis oleh Pegawai Perubatan yang mendiscaj pesakit. Rekod Perubatan pesakit hendaklah diserahkan ke Unit Rekod Perubatan dalam tempoh 72 jam (hari bekerja).

- 8.1.2 Ketua Jururawat bagi setiap wad adalah bertanggungjawab di atas keselamatan Rekod Perubatan semasa di wad. Setelah ianya dihantar ke Unit Rekod Perubatan, tanggungjawab tersebut berpindah kepada Penolong Pegawai Rekod Perubatan Hospital.
- 8.1.3 Folder pesakit mestilah dilengkapkan serta dikemaskinikan dan disimpan mengikut kaedah simpanan yang sistematik.
- 8.1.4 Laporan keputusan ujian makmal yang diterima di Unit Rekod Perubatan selepas pesakit discaj hendaklah difail ke dalam folder pesakit.
- 8.1.5 Setiap Rekod Perubatan Pesakit Dalam hendaklah disimpan di hospital bagi jangkamasa seperti yang ditetapkan dalam Jadual Pelupusan Rekod Perubatan berkuatkuasa 1 Mac 2007.
- 8.1.6 Setiap penerimaan Rekod Perubatan Pesakit daripada Wad / Klinik perlu direkodkan ke dalam komputer oleh Pembantu Tadbir Rekod Perubatan.
- 8.1.7 Rekod Perubatan Pesakit adalah menjadi harta hospital dan hakmiliknya tidak boleh dituntut oleh mana-mana pesakit ataupun mana-mana pihak.
- 8.1.8 Filem X-ray tidak boleh diserahkan kepada pesakit. Sekiranya pesakit memohon untuk mendapatkan filem tersebut, ia perlu mendapat kebenaran daripada Ketua Jabatan.
- 8.1.9 Setiap permohonan untuk laporan perubatan hendaklah dilayan sebaik mungkin dan berusaha bagi memastikan ianya dapat disiapkan dalam satu jangkamasa yang telah ditetapkan.
- 8.1.10 Semua laporan perubatan adalah "**SULIT**" dan Surat Keizinan Pesakit hendaklah diperolehi sebelum menyerahkan kepada pihak ketiga. Bagi pesakit yang meninggal dunia, Surat Keizinan dari waris terdekat adalah diperlukan. Bagi kanak-kanak yang di bawah umur 18 tahun perlu mendapat keizinan daripada ibubapa / penjaganya.

8.2 KESELAMATAN

- 8.2.1 Penolong Pegawai Rekod Perubatan adalah bertanggungjawab bagi memastikan pembentukan kaedah kawalan keselamatan bagi menghalang kehilangan atau kemusnahan rekod perubatan kepada kecurian, makhluk perosak, kebakaran dan lain-lain kemungkinan.

- 8.2.2 Kakitangan yang tidak berautoriti adalah tidak dibenarkan berada di Unit Rekod Perubatan tanpa kawalan. **Anggota yang perlu memasuki unit ini selain dari anggota Unit Rekod Perubatan perlu merekodkan maklumat mereka dalam Buku Daftar Pelawat.**
- 8.2.3 Rekod Pesakit hanya boleh dibawa di sekitar kawasan hospital dan oleh kakitangan yang berautoriti sahaja. Ianya tidak boleh dibawa keluar dari kawasan hospital kecuali bagi kes mahkamah.
- 8.2.4 Bagi kes yang dijangka melibatkan tindakan perundangan terhadap hospital, laporan perubatannya hendaklah dirujuk kepada Kementerian Kesihatan untuk semakan dan kelulusan sebelum boleh diserahkan kepada pemohon.
- 8.2.5 Pemberian maklumat melalui telefon oleh mana-mana pihak untuk sebarang tujuam adalah tidak dibenarkan.
- 8.2.6 Permohonan pinjaman untuk tujuan penyelidikan dan sebagainya perlu dibuat atas nama pegawai yang memohon beserta surat pengesahan Ketua Jabatan pegawai tersebut dan mendapat kelulusan Pengarah Hospital.

8.3 UNIT KECEMASAN

- 8.3.1 Memastikan Semua Butir-Butir Dalam Buku Daftar Masuk Hospital (PER-PD 101) dilengkapi dengan tulisan yang kemas dan teratur.
- 8.3.2 Memastikan semua butir-butir dalam Borang Daftar Masuk dan Keluar Hospital (PER-PD 301 Pin./2009) dilengkapi dengan tulisan yang kemas dan teratur. **Maklumat tersebut perlu dimasukkan ke dalam Sistem Maklumat Rawatan Perubatan (SMRP Web-Based).**
- 8.3.3 Memastikan kes-kes kematian di Unit Kecemasan didaftarkan dan diwujudkan satu rekod perubatan bagi setiap kematian dan kandungan “case notes” bagi setiap kematian mestilah lengkap seperti kematian yang berlaku di wad.
- 8.3.4 Memastikan rekod-rekod perubatan pesakit tidak disimpan atau diletakkan di merata-rata tempat secara terbuka dan mudah disalahgunakan oleh pihak-pihak yang tidak bertanggungjawab.

- 8.3.5 Memastikan arahan / prosedur mengenai permohonan Rekod Perubatan Pesakit dipatuhi iaitu dengan menggunakan sistem yang sedia ada.
- 8.3.6 Memastikan segala polisi dan prosedur yang berkaitan dipatuhi dari masa ke semasa sekiranya terdapat sebarang pindaan / perubahan.
- 8.3.7 **Memastikan semua butir-butir dalam Borang Daftar Kematian / Permit Mengubur diisi dengan lengkap, teratur dan jelas.**
- 8.3.8 Memastikan reten / statistik bulanan yang perlu dihantar ke Unit Rekod Perubatan dihantar mengikut tarikh yang telah ditetapkan, lengkap dan betul.
- 8.3.9 Memastikan lain-lain garis panduan yang terdapat dalam Protokol Pengurusan Unit Kecemasan yang berkaitan dengan Unit Rekod Perubatan dipatuhi.

8.4 WAD-WAD

- 8.4.1 Memastikan Borang Bancian Harian Wad (PER-PD-103 Pin.2/2009) diisi dengan lengkap dan betul, menggunakan tulisan yang kemas, teratur dan jelas.
- 8.4.2 Memastikan Borang Daftar Masuk dan Keluar Hospital (PER-PD 301 Pin.2/2009) diisi dengan menggunakan tulisan yang kemas, teratur dan jelas terutamanya apabila pesakit discaj.
- 8.4.3 Memastikan maklumat-maklumat yang tidak diisi dengan lengkap semasa kemasukan di dalam borang PER-PD 301 hendaklah dilengkapkan oleh anggota wad berkaitan.
- 8.4.4 Memastikan kandungan RPP disusun mengikut senarai semak / checklist yang disediakan dengan lengkap dan betul.
- 8.4.5 Memastikan Rekod Perubatan Pesakit dihantar ke Unit Rekod Perubatan dalam masa 72 jam (hari bekerja) selepas pesakit didiscaj.
- 8.4.6 Memastikan Rekod Perubatan bagi kes-kes kematian di wad diserahkan ke Unit Rekod Perubatan dalam masa 24 jam dari tarikh kematian.

- 8.4.7 Memastikan segala masalah yang berkaitan dengan perkara 8.4.5 dan 8.4.6 di atas diberitahu kepada Penolong Pegawai Rekod Perubatan sekiranya Rekod-rekod Perubatan Pesakit tidak dapat dihantar dalam tempoh yang telah ditetapkan.
- 8.4.8 Memastikan rekod-rekod perubatan pesakit tidak disimpan atau diletakkan dimerata-rata tempat secara terbuka dan senang disalahgunakan oleh pihak-pihak yang tidak bertanggungjawab.
- 8.4.9 Rekod-rekod Perubatan Pesakit Dalam perlu dihantar ke Unit Rekod Perubatan dengan menggunakan Beg / Troli Berkunci.
- 7.4.10 Memastikan keselamatan Rekod Perubatan Pesakit semasa dalam simpanan di wad dan semasa penghantaran serta penerimaan Rekod Perubatan Pesakit kepada / daripada Unit Rekod Perubatan.
- 8.4.11 Memastikan arahan / prosedur mengenai permohonan Rekod Perubatan Pesakit dipatuhi iaitu dengan menggunakan sistem yang sediaada.
- 8.4.12 Memastikan Prosedur Integrated Case Note (ICN) dipatuhi dari masa ke semasa.
- 8.4.13 Setiap pembetulan kepada kesalahan di dalam Rekod Perubatan Pesakit hendaklah dipotong dengan kemas (a single line) dan maklumat yang betul perlu dicatat dan diiringi dengan tandatangan “initial” pencatit serta tarikh dan masa pembetulan dibuat. Sebarang penggunaan bahan pembetulan seperti cecair pemadam (Liquid Paper) atau lainnya adalah **TIDAK DIBENARKAN** sama sekali.
- 8.4.14 Memastikan “ALLERGIC” hendaklah dicop di RPP oleh Jururawat bagi setiap pesakit yang didiagnoskan oleh Pegawai Perubatan sebagai “Drug Allergic” untuk kemudahan pihak Unit Rekod Perubatan menghantar kepada Pegawai Perubatan untuk diisi pada fail Rekod Perubatan Pesakit berkenaan.
- 8.4.15 Memastikan semua butir-butir statistik yang dicatat di dalam Buku Rekod Bancian Harian adalah selari dengan Bancian Harian Wad yang dihantar ke Unit Rekod Perubatan pada setiap hari.
- 8.4.16 Memastikan kes-kes penyakit berjangkit dilaporkan kepada Penolong Pegawai Kesihatan Persekitaran yang berkenaan melalui telefon disusuli dengan penghantaran borang notifikasi yang berkenaan kepada Unit Rekod Perubatan untuk memasukan maklumat pesakit ke dalam komputer (CDCIS) – e-Notifikasi

8.4.17 Memastikan segala polisi dan prosedur yang berkaitan dipatuhi dari masa ke semasa sekiranya terdapat sebarang pindaan / perubahan.

8.5 PEGAWAI PERUBATAN

- 8.5.1 Memastikan borang-borang berkaitan (termasuk Discharge Summary & Admission Form) di dalam 'case notes' dilengkapi dengan tulisan yang kemas, teratur dan jelas dalam masa 72 jam (hari bekerja) selepas pesakit discaj.
- 8.5.2 Memastikan segala maklumat yang terdapat di dalam 'case note' pesakit yang meninggal dunia dilengkapi dengan kemas dan teratur dalam masa 24 jam selepas pesakit disahkan meninggal dunia.
- 8.5.3 Melengkapkan laporan "Report of Review of Death" ke atas kematian yang berlaku di Hospital Sungai Siput dalam masa 24 jam dari masa kemasukan.
- 8.5.4 Memastikan polisi dan prosedur Integrated Case Note (ICN) dilaksanakan dengan sepenuhnya mengikut garis panduan yang telah ditetapkan.
- 8.5.5 Setiap pembetulan kepada kesalahan di dalam Rekod Perubatan Pesakit hendaklah dipotong dengan kemas (a single line) dan maklumat yang betul perlu dicatit dan diiringi dengan tandatangan "initial" pencatit serta tarikh dan masa pembetulan dibuat. Sebarang penggunaan bahan pembetulan seperti cecair pemadam (Liquid Paper) atau lainnya adalah **TIDAK DIBENARKAN** sama sekali.
- 8.5.6 Memastikan Rekod Perubatan Pesakit tidak diletakkan di merata-rata tempat di dalam bilik Pegawai Perubatan dan memastikan rekod perubatan tersebut selamat semasa berada di bilik Pegawai Perubatan.
- 8.5.7 Memastikan 'deraf' laporan perubatan disediakan dalam masa yang ditetapkan, seperti Laporan Polis, Peguam, Insuran, Perkeso dan lain-lain laporan perubatan yang berkaitan.
- 8.5.8 Memastikan laporan bedah-siasat disediakan mengikut format yang sedia ada sebaik sahaja kes selesai.

- 8.5.9 Melengkapkan kad rawatan Medico-Legal untuk memudahkan penyediaan laporan perubatan.
- 8.5.10 Memastikan buku Medico-Legal dilengkapkan dengan maklumat dan rawatan pesakit.
- 8.5.11 Memastikan hanya senarai “abbreviation” yang telah ditetapkan digunakan bagi diagnosa pesakit.
- 8.5.12 Memastikan semua polisi dan prosedur lain dipatuhi dari masa ke semasa sekiranya terdapat sebarang pindaan / perubahan.

8.6 KETUA-KETUA UNIT

- 8.6.1 Menghantar reten / statistik yang berkaitan mengikut tempoh yang telah ditetapkan (bagi Unit berkaitan sahaja).
- 8.6.2 Memberi maklumat / laporan yang berkaitan mengikut keperluan semasa.
- 8.6.3 Mematuhi semua polisi dan prosedur yang lain dari masa ke semasa jika terdapat sebarang pindaan dan perubahan.