



# POLISI OPERASI

## JAWATANKUASA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE HOSPITAL KOTA MARUDU

Disediakan Oleh :

Nama : *Farizeah* Farizeah Madli  
Jawatan : Jururawat U29  
Tarikh : 27.08.2019

Disahkan,

DR. LYDIARITA M. MARAJIN  
PENGARAH HOSPITAL  
HOSPITAL KOTA MARUDU  
NO. MMC: 51398

27/8/19

## **TERMA & RUJUKAN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES HOSPITAL KOTA MARUDU**

### **PENGENALAN CLINICAL PRACTICE GUIDELINE**

Merupakan satu garis panduan amalan klinikal yang didefinisikan sebagai satu panduan atau pernyataan, bertujuan untuk mengoptimalkan penjagaan pesakit secara sistematik dan membantu pegawai perubatan atau pengamal perubatan untuk membuat keputusan perawatan pesakit dan penjagaan kesihatan yang bersesuaian. Ianya sangat penting untuk membantu para pegawai perubatan membuat keputusan yang lebih baik.

Garis panduan amalan klinikal Nasional di Malaysia bermula pada tahun 1992 dengan melancarkan "Insulin Dependence Diabetes Mellitus. The Malaysian Consensus" oleh Persatuan Diabetes Malaysia dari tahun 1993. Kementerian Kesihatan dan Academy of Medicine Malaysia bersama-sama memulakan program pembangunan konsep perubatan. 24 Clinical Practice Guideline / consensus guideline telah diterbitkan dari 1993 hingga 1998. Usaha ini dicapai dengan pernyataan sektor awam dan swasta profesion perubatan. Beberapa garis panduan juga telah diterbitkan oleh pakar dan kemudiannya disahkan oleh Akademi Perubatan. Garis panduan ini kini diberi nombor bersiri berdasarkan tahun penerbitan.

### **OBJEKTIF JAWATANKUASA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE**

- Mewujudkan kesedaran di kalangan warga kerja Hospital khususnya Pegawai Perubatan / pihak terlibat mengenai kewujudan garis panduan klinikal (CPG) yang boleh diperolehi di setiap Unit atau wad.
- Mempromosikan garis panduan yang dipersetujui untuk digunakan oleh warga kerja Hospital Kota Marudu.
- Mengoptimalkan dan meningkatkan kualiti perawatan pesakit.
- Menjadi garis panduan untuk digunakan dalam perawatan harian bagi semua pesakit di Hospital.

**AHLI JAWATANKUASA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE,  
HOSPITAL KOTA MARUDU**

**PENGERUSI** : Pengarah Hospital Kota Marudu

**PENYELARAS** : DR. Nur Nadzirah Binti Mohamad Saleh

**URUSETIA** : JT Farizeah Madli ( KUP )

**AJK** : Pegawai Perubatan Y/M Hemodialisis  
: Pegawai Perubatan Y/M Dewan Bedah  
: Pegawai Perubatan Y/M Wad Bersalin  
: Pegawai Perubatan Y/M Wad Lelaki  
: Pegawai Perubatan Y/M Wad Kanak-Kanak  
: Pegawai Perubatan Y/M Wad Perempuan  
: Pegawai Perubatan Y/M Unit Pesakit Luar  
: Pegawai Perubatan Y/M Unit Kecemasan & Trauma  
: Ketua Penyelia Jururawat Hospital  
: Ketua Unit Dewan Bedah  
: Ketua Unit Wad Bersalin  
: Ketua Unit Wad Lelaki  
: Ketua Unit Wad Perempuan  
: Ketua Unit Wad Kanak-Kanak  
: Ketua Unit Kecemasan & Trauma  
: Ketua Unit Pesakit Luar  
: Ketua Unit Kualiti  
: Ketua Unit Kawalan Infeksi  
: Ketua Unit Fisioterapi  
: Ketua Unit Hemodialisis  
: Ketua Unit Patologi & Tabung Darah

**KOORDINATOR** : Unit Dewan Bedah  
: Unit Hemodialisis  
: Wad Bersalin  
: Wad Perempuan  
: Wad Lelaki  
: Wad Kanak-Kanak  
: Unit Pesakit Luar  
: Unit Kecemasan & Trauma  
: Unit Kawalan Infeksi

## **KEAHLIAN DAN KEANGGOTAAN AHLI JAWATANKUASA CLINICAL PRACTICE GUIDELINES HOSPITAL KOTA MARUDU**

Penyelaras aktiviti dan jawatankuasa yang dilantik akan diberikan surat arahan bersama senarai tugas yang ditandatangani oleh Pengarah Hospital.

## **MESYUARAT AHLI JAWATANKUASA CLINICAL PRACTICE GUIDELINES HOSPITAL KOTA MARUDU**

- Mesyuarat ahli jawatankuasa CPG diadakan 2 kali setahun mengikut dalam takwim.
- Mesyuarat ahli jawatankuasa akan dipengerusikan oleh Pengarah Hospital.
- Timbalan Pengarah akan mempengerusikan mesyuarat sekiranya Pengarah Hospital menghadiri urusan rasmi atau pun bercuti.
- Ahli jawatankuasa yang dilantik wajib hadir ke mesyuarat Jawatankuasa.
- Cadangan atau Isu berbangkit berkenaan CPG yang telah dibincang dalam mesyuarat MSC akan disahkan dalam mesyuarat CPG oleh Pengarah Hospital.

## **POLISI PENGURUSAN CPG DI HOSPITAL KOTA MARUDU**

- Penyelaras dan urusetia akan membuat takwim CPG setiap tahun dan di tandatangani oleh Pengarah.
- Kajian CPG akan dibuat 2 kali setahun berdasarkan takwim dan hasil kajian akan dibentangkan semasa mesyuarat CPG.
- Laporan aktiviti CPG akan dihantar ke Unit Kualiti 2 kali setahun berdasarkan takwim Hospital.

- Semua CPG baru yang diterima dalam bentuk *hardcopy* akan direkodkan dalam buku penerimaan CPG dan perlu disahkan untuk diguna pakai di Hospital.
- CPG baru akan dibuat CME oleh Pegawai Perubatan kepada semua kakitangan dari masa ke semasa.
- Senarai “ Masterlist” CPG disimpan oleh Penyelaras dan koordinator CPG di Unit Pesakit luar.
- Ketua Unit perlu memastikan semua kakitangan tahu tentang senarai CPG yang ada diwad / unit masing-masing.
- Unit Pesakit luar dan Unit kecemasan & trauma diwajibkan ada mempunyai CPG yang lengkap seperti dalam *Masterlist* manakala wad-wad dan unit yang lain hanya perlu ada CPG yang berkaitan di unit / wad sahaja.
- Semua Wad dan Unit yang berkenaan wajib menyenaraikan CPG masing-masing dan hendaklah mengemaskini dari masa kesemasa.
- CPG akan di simpan dalam bentuk *hard copy* dan / atau *soft copy* di setiap wad / Unit dan CPG mestilah mudah / senang di akses oleh semua Pegawai Perubatan dan kakitangan.
- Buku CPG baru diterima hendaklah direkod dalam buku penerimaan CPG di Unit atau Wad masing-masing.
- Ruang penyimpanan untuk CPG Induk Hospital ditempatkan di Bilik 6 Unit Pesakit Luar untuk memudahkan Pegawai Perubatan membuat rujukan pada bila-bila masa.
- Sekiranya wad/ unit perlu menambah CPG yang berkaitan, Borang Permohonan Penambahan CPG (rujuk lampiran) perlu diisi dan disahkan oleh Jawatankuasa untuk kelulusan.