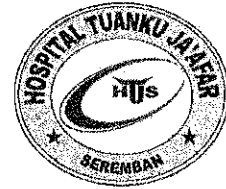


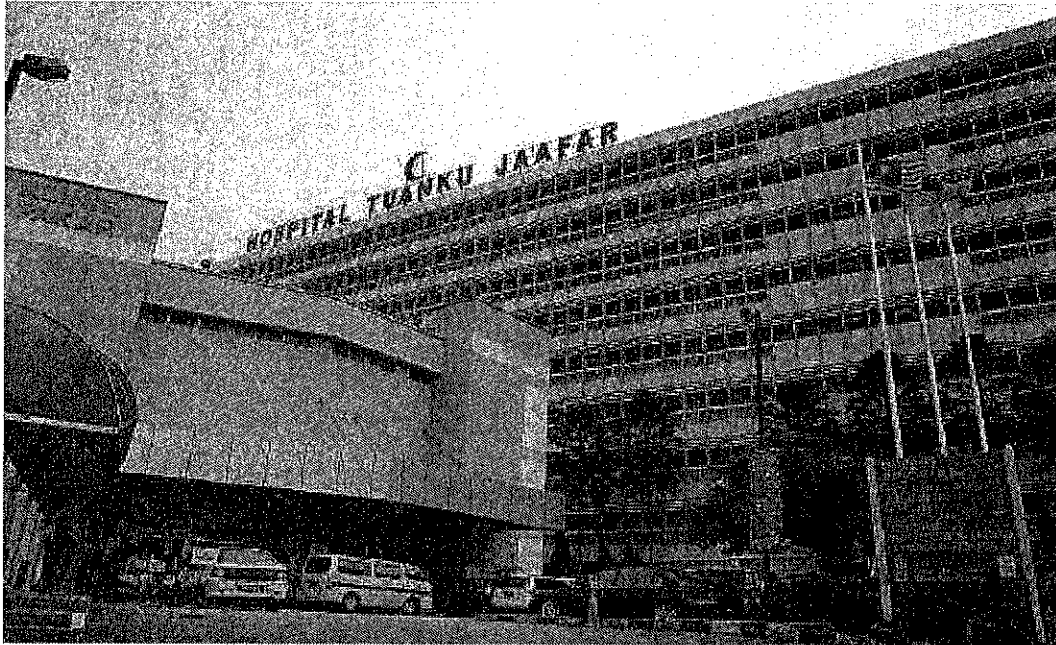


Kementerian Kesihatan Malaysia



Hospital Tuanku Ja'afar Seremban

POLISI HAK-HAK PESAKIT DAN WARIS HOSPITAL TUANKU JA'AFAR SEREMBAN



Disediakan:

Dr. Mohd Ferous bin Alias
(Timbalan Pengarah Perubatan II)

Tarikh: 24.06.2026

Disahkan:

Dato' Dr. Zaleha Md Noor
(Pengarah Hospital)

Tarikh: 25/6/2025

TARIKH KEMASKINI TERDAHULU:
TARIKH KEMASKINI TERKINI :

ISI KANDUNGAN

PERUTUSAN PENGARAH HOSPITAL	3
BAHAGIAN 1: ORGANISASI, PENGURUSAN DAN PRINSIP TERAS POLISI	4
1. PENGENALAN	4
2. TANGGUNGJAWAB ORGANISASI DAN KESTABILAN PERKHIDMATAN	4
3. SENARAI TUGAS DAN TANGGUNGJAWAB JAWATANKUASA PELAKSANAAN HAK-HAK PESAKIT DAN WARIS	5
4. AKSES KEPADA INFORMASI DAN RAWATAN PERUBATAN	6
5. PRIVASI DAN KERAHSIAAN MAKLUMAT PESAKIT	8
6. PERLINDUNGAN KESELAMATAN DAN GOLONGAN RENTAN	9
7. MEKANISME ADUAN DAN RESOLUSI KONFLIK (<i>GRIEVANCE REDRESSAL</i>)	10
BAHAGIAN 2: POLISI DAN PROSEDUR KEIZINAN PERUBATAN TERMAKLUM (<i>INFORMED CONSENT</i>)	10
1. PRINSIP AM KEIZINAN TERMAKLUM	10
2. GARIS PANDUAN PELAKSANAAN KEIZINAN TERMAKLUM	10
3. PROSEDUR DAN RAWATAN YANG MEMERLUKAN KEIZINAN TERMAKLUM BERTULIS	11
4. KEIZINAN DALAM SITUASI KECEMASAN PERUBATAN (<i>MEDICAL EMERGENCY</i>)	12
5. PENGAWASAN DAN TADBIR URUS DOKUMENTASI	12
BAHAGIAN 3: POLISI PENYELIDIKAN KLINIKAL DAN PERLINDUNGAN SUBJEK MANUSIA	13
1. PRINSIP AM PENYELIDIKAN KLINIKAL	13
2. TADBIR URUS DAN JAWATANKUASA PENYELIDIKAN	13
3. HAK AKSES MAKLUMAT BAGI PESAKIT DAN KELUARGA	14
4. PROSEDUR KEIZINAN TERMAKLUM BAGI PENYELIDIKAN	14

5.	PEMANTAUAN KESELAMATAN DAN TADBIR URUS DOKUMEN	15
BAHAGIAN 4: POLISI PENDERMAAN DAN PEMINDAHAN ORGAN, TISU DAN SEL		16
1.	PRINSIP AM PENDERMAAN ORGAN, TISU DAN SEL	16
2.	TADBIR URUS DAN TANGGUNGJAWAB JAWATANKUASA	16
3.	SOKONGAN INFORMASI DAN PROMOSI PENDERMAAN	16
4.	KELAYAKAN DAN LATIHAN KAKITANGAN	17
5.	KERJASAMA ANTARA AGENSI	17
6.	PROSEDUR KEIZINAN TERMAKLUM PENDERMAAN	17
BAHAGIAN 5: POLISI KOORDINASI PENJAGAAN BERPUSATKAN PESAKIT (<i>PERSON-CENTRED CARE COORDINATION</i>)		18
1.	PRINSIP AM PENJAGAAN BERPUSATKAN PESAKIT	18
2.	KOORDINASI PENJAGAAN ANTARA PERKHIDMATAN BAGI KES KOMORBIDITI	18
3.	KOORDINASI RAWATAN PELBAGAI DISIPLIN	18
4.	PENGLIBATAN PESAKIT DAN KELUARGA DALAM PROSES RUJUKAN DAN DISCAJ	19
BAHAGIAN 6: PENGURUSAN DAN PEMANTAUAN HAK - HAK PESAKIT DAN WARIS		19
BAHAGIAN 7: RUJUKAN		20

**PERUTUSAN PENGARAH HOSPITAL TUANKU JA'AFAR SEREMBAN
POLISI HAK-HAK PESAKIT DAN WARIS (*PATIENT AND FAMILY RIGHTS*)**

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh dan salam sejahtera,

Alhamdulillah, saya merafakkan setinggi-tinggi kesyukuran ke hadrat Allah SWT kerana dengan limpah kurniaNya, Polisi Hak-Hak Pesakit dan Waris ini dapat dibangunkan sebagai panduan penting dalam memastikan penyampaian perkhidmatan kesihatan yang berkualiti, selamat dan beretika di Hospital Tuanku Ja'afar Seremban.

Polisi ini merupakan manifestasi komitmen pihak hospital dalam memelihara maruah, hak dan kebajikan setiap pesakit serta waris yang menerima perkhidmatan di fasiliti ini. Ia menekankan prinsip-prinsip utama seperti penghormatan terhadap autonomi pesakit, kerahsiaan maklumat, hak untuk mendapat maklumat yang jelas dan tepat, serta penglibatan pesakit dan waris dalam proses membuat keputusan berkaitan rawatan.

Seiring dengan aspirasi Kementerian Kesihatan Malaysia, pelaksanaan polisi ini diharap dapat memperkukuh kepercayaan masyarakat terhadap sistem perkhidmatan kesihatan awam. Selain itu, ia juga menjadi panduan kepada semua warga kerja hospital untuk melaksanakan tanggungjawab dengan penuh integriti, empati dan profesionalisme.

Saya menyeru agar seluruh warga HTJS menghayati dan mengamalkan polisi ini dalam setiap aspek penyampaian perkhidmatan. Kerjasama dan komitmen semua pihak amat penting bagi memastikan hak pesakit dan waris sentiasa dihormati dan dilindungi.

Akhir kata, saya berharap polisi ini dapat dimanfaatkan sepenuhnya demi meningkatkan kualiti perkhidmatan dan kesejahteraan pesakit serta waris.

Sekian, terima kasih.

DATO' DR ZALEHA BINTI MD NOOR
Pengarah
Hospital Tuanku Ja'afar Seremban

BAHAGIAN 1: ORGANISASI, PENGURUSAN DAN PRINSIP TERAS POLISI

1. PENGENALAN

1.1. Hospital Tuanku Ja'afar Seremban (HTJS) mengiktiraf bahawa setiap pesakit adalah individu unik yang mempunyai keperluan, nilai peribadi, kepercayaan, dan pegangan agama tersendiri.

1.2. Pengurusan HTJS dan semua penyedia perkhidmatan kesihatan bertanggungjawab membina keyakinan, kepercayaan, serta komunikasi yang jelas dan telus dengan pesakit dan ahli keluarga mereka.

1.3. Semua kakitangan klinikal dan sokongan berkewajipan untuk memahami, menghormati, dan melindungi keperluan, nilai budaya, kepercayaan psikososial, serta agama setiap pesakit.

1.4. Pendekatan HTJS terhadap Hak-Hak Pesakit dan Waris adalah berteraskan prinsip **Ekuiti, Kepelbagaian, dan Inklusi (Equity, Diversity, and Inclusion)**, dengan usaha aktif untuk mengenal pasti dan menghapuskan sebarang jurang perbezaan dalam pengalaman penjagaan kesihatan.

1.5. HTJS mengamalkan proses **Pembuatan Keputusan Bersama (Shared Decision-Making)** bagi memastikan hasil penjagaan pesakit yang lebih selamat dan berkualiti. Dalam proses ini:

- Anggota klinikal bertanggungjawab membentangkan pilihan rawatan, risiko, faedah, serta memberikan saranan perubatan mereka.
- Pesakit dan keluarga berhak menyatakan nilai, matlamat, matlamat akhir, atau keutamaan rawatan mereka.
- Kedua-dua pihak akan berbincang dan mencapai persetujuan bersama secara autonomously dan berasaskan maklumat yang lengkap.

2. TANGGUNGJAWAB ORGANISASI DAN KESTABILAN PERKHIDMATAN

2.1 HTJS bertanggungjawab memastikan hak-hak pesakit dan waris dilindungi serta dilaksanakan secara menyeluruh melalui penyediaan proses, sistem dan persekitaran yang menyokong penyampaian penjagaan pesakit bermula daripada akses kepada perkhidmatan, sepanjang tempoh rawatan, sehingga proses discaj atau rujukan keluar.

2.2 **Pengarah Hospital** bertanggungjawab memastikan pelaksanaan Polisi Hak-Hak Pesakit dan Waris di seluruh fasiliti. Ketua Jabatan dan Ketua Unit bertanggungjawab memastikan polisi ini dilaksanakan, dipantau dan dipatuhi di jabatan atau unit masing-masing.

2.3 Fasiliti melantik seorang **Timbalan Pengarah Perubatan sebagai Pengerusi Jawatankuasa** bagi menyelaraskan, memantau dan memastikan pelaksanaan Polisi Hak-Hak Pesakit dan Waris. Keanggotaan jawatankuasa boleh terdiri daripada Ketua-Ketua Jabatan, Ketua-Ketua Unit Klinikal, pakar klinikal atau pegawai lain yang berkaitan dengan pelaksanaan Polisi Hak-Hak Pesakit dan Waris. Wakil daripada jabatan atau unit lain boleh dilantik mengikut keperluan bagi menyokong fungsi teknikal jawatankuasa dari semasa ke semasa.

2.4 Bagi menjamin kelangsungan penyampaian perkhidmatan kritikal dan kecemasan, hospital hendaklah menyediakan, melaksanakan dan mengemas kini **Pengurusan Kesenambungan Perkhidmatan (*Business Continuity Management, BCM*)** serta **Pelan Kesenambungan Perkhidmatan (*Business Continuity Plan, BCP*)** yang bersesuaian.

2.5 Semua aktiviti, rawatan, perkhidmatan dan tadbir urus yang berkaitan dengan polisi ini hendaklah mematuhi peruntukan Akta, Peraturan, Garis Panduan, Undang-Undang Kecil serta dasar-dasar yang berkuat kuasa, selaras dengan objektif dan keutamaan strategik hospital.

3.SENARAI TUGAS DAN TANGGUNGJAWAB JAWATANKUASA PELAKSANA POLISI HAK-HAK PESAKIT & WARIS

3.1 Menyediakan, mengemas kini, menyelaraskan dan memantau pelaksanaan Polisi Hak-Hak Pesakit dan Waris di Hospital Tuanku Ja'afar Seremban serta memastikan polisi yang terkini diedarkan kepada semua jabatan dan unit berkaitan.

3.2 Menyelaraskan program latihan, pendidikan dan aktiviti kesedaran bagi memastikan semua warga hospital memahami dan mengamalkan prinsip-prinsip Hak-Hak Pesakit dan Waris dalam penyampaian perkhidmatan.

3.3 Memantau tahap pematuhan terhadap Polisi Hak-Hak Pesakit dan Waris melalui audit, lawatan pemantauan, penilaian sendiri atau kaedah lain yang bersesuaian serta mencadangkan tindakan penambahbaikan kepada pihak pengurusan hospital.

3.4 Membincangkan, memantau dan mengambil tindakan susulan terhadap isu, aduan, maklum balas atau cadangan penambahbaikan yang berkaitan dengan Hak-Hak Pesakit dan Waris serta melaporkan status pelaksanaannya kepada pihak pengurusan hospital dari semasa ke semasa.

4. AKSES KEPADA INFORMASI DAN RAWATAN PERUBATAN

Pihak hospital akan memastikan semua pesakit mempunyai hak akses yang saksama kepada perkara-perkara berikut:

4.1 Maklumat Perkhidmatan – Maklumat yang jelas dan lengkap mengenai perkhidmatan yang disediakan oleh hospital.

4.2 Rawatan Selamat, Adil dan Berpusatkan Pesakit – Rawatan yang selamat, tepat pada masanya, berindikasi perubatan dan diberikan secara adil tanpa diskriminasi berdasarkan umur, jantina, etnik, agama, kewarganegaraan, status sosial atau kemampuan kewangan. Ini termasuk penjagaan kecemasan, pengurusan kesakitan, promosi kesihatan, sokongan psikologi dan spiritual, pemulihan serta penjagaan paliatif.

4.3 Keputusan Rawatan Berdasarkan Keperluan Klinikal – Keputusan berkaitan rawatan hendaklah dibuat berdasarkan keperluan dan indikasi klinikal pesakit serta tidak dipengaruhi oleh keupayaan atau status kewangan pesakit.

4.4 Layanan Bermartabat – Penjagaan yang diberikan dengan penuh ihsan, hormat, menjaga maruah serta privasi pesakit tanpa sebarang bentuk diskriminasi.

4.5 Maklumat dan Penglibatan dalam Rawatan – Pesakit dan waris terdekat berhak menerima penerangan yang jelas, tepat dan berkala dalam bahasa yang difahami mengenai diagnosis, keputusan ujian makmal dan radiologi, status rawatan, prognosis, tempoh rawatan, anggaran tempoh kemasukan ke wad serta jangkaan tarikh discaj. Pesakit juga berhak mendapat maklumat mengenai pilihan rawatan, manfaat, risiko, komplikasi yang dijangka, kebarangkalian kejayaan serta alternatif rawatan bagi membolehkan mereka terlibat secara aktif dalam membuat keputusan berkaitan penjagaan kesihatan mereka.

4.6 Hak Membuat Keputusan Mengenai Rawatan – Pesakit berhak memberikan atau menolak persetujuan terhadap sebarang rawatan, prosedur atau pemeriksaan selepas menerima maklumat yang mencukupi, serta berhak mendapatkan pendapat kedua (second opinion) daripada pengamal perubatan lain.

4.7 Kelayakan Profesional – Hak untuk mengetahui identiti, jawatan dan kelayakan profesional anggota kesihatan yang terlibat dalam penjagaan mereka.

4.8 Khidmat Penterjemahan – Akses kepada bantuan penterjemahan sekiranya terdapat halangan bahasa, tertakluk kepada ketersediaan sumber dan keupayaan hospital. Penggunaan aplikasi penterjemahan elektronik boleh dipertimbangkan dengan persetujuan pesakit atau waris.

4.9 Kos Rawatan dan Bantuan Kewangan – Hak untuk mendapatkan maklumat berkaitan anggaran kos rawatan, caj hospital serta bantuan kewangan atau kebajikan yang berkaitan apabila diperlukan.

4.10 Peranan dan Tanggungjawab Pesakit dan Waris – Pesakit dan waris hendaklah diberikan penerangan mengenai peranan dan tanggungjawab mereka dalam menyokong proses rawatan, pemulihan dan kesinambungan penjagaan kesihatan.

4.11 Hak Pesakit Kepada Keperluan Nilai-Nilai Kerohanian Dan Keagamaan - Hospital menghormati hak pesakit dan waris untuk mengamalkan ajaran agama bagi memenuhi keperluan kerohanian mengikut kepercayaan masing-masing sepanjang tempoh rawatan, tertakluk kepada peraturan hospital. Pesakit berhak mendapatkan maklumat mengenai perkhidmatan keagamaan yang disediakan oleh hospital dan boleh menerima bantuan atau lawatan daripada pertubuhan bukan kerajaan (NGO) berdaftar, setelah mendapatkan kebenaran dari Pengarah Hospital.

4.12 Hak Berkaitan *Do Not Resuscitate (DNR)*

4.12.1 Perbincangan berkaitan status *Do Not Resuscitate (DNR)* dengan pengamal perubatan hanya melibatkan pesakit dalam kategori *terminally ill* atau berstatus paliatif.

4.12.2 Pesakit diberi hak autonomi jika berkemampuan untuk membuat keputusan sendiri. Pesakit boleh memilih untuk menolak rawatan perubatan termasuk resusitasi dan hasrat pesakit perlu dihormati walaupun ianya boleh menyebabkan kematian.

4.12.3 Bagi pesakit yang tidak lagi mampu membuat keputusan sendiri, waris terdekat dibenarkan menjadi pengganti untuk membuat keputusan bagi pihak pesakit. Keputusan ini sepatutnya dibuat secara '*shared decision-making*' bersama pakar/pegawai perubatan yang merawat.

4.12.4 Permintaan pesakit dan waris untuk memilih atau menolak rawatan tertentu termasuk '*Do Not Resuscitate (DNR)*' akan didokumenkan di dalam rekod perubatan pesakit.

4.13 Hak Pesakit Berkaitan Penjagaan Pesakit Di Saat Akhir (*End Of Life Care Management*)

4.13.1 Bagi pesakit nazak, pelaksanaan upacara keagamaan atau kerohanian di dalam wad dibenarkan atas budi bicara pihak hospital dan perlu mematuhi peraturan hospital yang masih berkuat kuasa.

4.13.2 Pesakit nazak juga berhak mendapatkan rawatan yang sewajarnya agar dapat menempuhi saat-saat akhir kehidupan dengan lebih selesa dan bermaruah.

4.13.3 Pihak hospital bertanggungjawab bagi memastikan urusan penjagaan dan rawatan pesakit di saat akhir mematuhi etika perubatan dan peraturan yang masih berkuat kuasa.

4.13.4 Pihak hospital boleh menggunakan budi bicara untuk membenarkan ahli keluarga melawat pesakit di luar waktu melawat.

4.14 Hak Pesakit Berkaitan Memberhentikan Sokongan Pernafasan (*Withdrawal of Life Support*) - Sebarang keputusan untuk menamatkan rawatan sokongan hayat hendaklah berdasarkan pertimbangan klinikal dan etika perubatan. Perbincangan bersama waris wajar dilakukan bagi mendapatkan keputusan mengenainya.

5. PRIVASI DAN KERAHSIAAN MAKLUMAT PESAKIT

5.1. Privasi Klinikal: Semua temu bual klinikal, pemeriksaan fizikal, prosedur, dan rawatan wajib dijalankan dalam keadaan yang menghormati keperluan privasi pesakit. HTJS menegaskan dasar **tiada perkongsian bilik** atau ruang semasa proses klinikal sensitif ini dijalankan. Walau bagaimanapun, dalam situasi luar jangka seperti kecemasan, krisis, bencana atau kekangan kapasiti dan sumber, tahap privasi yang optimum mungkin tidak dapat dipenuhi sepenuhnya. Dalam keadaan tersebut, pihak hospital hendaklah berusaha meminimumkan gangguan terhadap privasi pesakit dan memberikan penjelasan yang sewajarnya kepada pesakit atau waris.

5.2. Penempatan Pesakit di Wad Bercampur Jantina (*Mixed Gender Ward*): Petugas kesihatan mempunyai bidang kuasa untuk menguruskan peruntukan katil berdasarkan keperluan klinikal pesakit dan kekosongan katil semasa. Bagi mengekalkan privasi, pesakit dengan jantina yang sama hendaklah ditempatkan di dalam bilik atau kubikel yang sama. Walau bagaimanapun, dalam keadaan tertentu, seperti kekangan kapasiti wad, keperluan klinikal, krisis & bencana, penempatan di wad bercampur jantina boleh dilaksanakan sebagai langkah terakhir, setelah semua langkah yang munasabah diambil. Pesakit dan warisnya hendaklah dimaklumkan mengenai penempatan ini.

5.3. Pesakit Transgender: Penempatan wad bagi pesakit transgender adalah berdasarkan jantina yang dinyatakan dalam dokumen pengenalan rasmi yang sah. Dalam keadaan tertentu dan tertakluk kepada ketersediaan kemudahan serta kesesuaian klinikal, penempatan sementara di bilik atau wad pengasingan boleh dipertimbangkan bagi menjaga privasi, keselamatan dan kesejahteraan semua pihak.

5.4. Kebenaran Media/Temu bual: Pesakit berhak menolak penglibatan dalam sebarang aktiviti fotografi, rakaman audio atau video, serta sesi temu bual bagi tujuan media, pendidikan, penyelidikan atau promosi. Persetujuan

bertulis hendaklah diperoleh terlebih dahulu sebelum sebarang rakaman, fotografi atau temu bual dijalankan.

5.5. Kerahsiaan Rekod Perubatan: Semua maklumat kesihatan dan rekod perubatan pesakit adalah sulit serta dilindungi mengikut peruntukan undang-undang yang berkuat kuasa. Sebarang pendedahan maklumat kepada pihak ketiga hanya boleh dilakukan dengan kebenaran bertulis pesakit atau sebagaimana yang dibenarkan dan dikehendaki oleh undang-undang.

6. PERLINDUNGAN KESELAMATAN DAN GOLONGAN RENTAN

6.1. Harta Benda Pesakit: Pesakit & waris akan dimaklumkan bahawa hospital tidak bertanggungjawab ke atas kehilangan, kecurian atau kerosakkan harta benda mereka semasa mereka berada di dalam kawasan hospital. Pihak hospital ada menyediakan perkhidmatan penjagaan harta benda bagi pesakit yang tidak sedarkan diri semasa tiba di Jabatan Kecemasan & Trauma. Pihak hospital juga dibenarkan untuk menyimpan harta benda pesakit atas permintaan pesakit. Walau bagaimanapun, pihak hospital tidak bertanggungjawab terhadap sebarang kerosakkan dan kehilangan ke atas harta benda tersebut.

6.2. Perlindungan Fizikal & Kumpulan Berisiko: Langkah keselamatan ketat (seperti pengawal keselamatan, pemantauan CCTV, strategi pencegahan jatuh, dan pas pelawat khusus) dilaksanakan bagi melindungi pesakit daripada bahaya kecederaan fizikal oleh pihak luar atau ancaman penceroboh.

6.3. Perlindungan dan keutamaan sewajarnya hendaklah diberikan kepada golongan rentan seperti bayi, kanak-kanak, warga emas, orang kurang upaya (OKU) serta pesakit yang mempunyai ketidakupayaan mental atau emosi. Kemudahan yang bersesuaian, termasuk laluan pantas (*fast track*), kaunter keutamaan, tempat letak kenderaan khas OKU dan akses kerusi roda, hendaklah disediakan bagi memastikan akses yang selamat dan saksama kepada perkhidmatan kesihatan, termasuk semasa situasi kecemasan atau pemindahan bencana.

7. MEKANISME ADUAN DAN RESOLUSI KONFLIK (GRIEVANCE REDRESSAL)

7.1 Saluran Aduan: Pesakit dan keluarga mempunyai hak menyuarakan aduan, konflik, atau perbezaan pendapat mengenai pelan rawatan melalui mekanisme aduan rasmi hospital yang telus.

7.2. Unit Komunikasi Korporat: HTJS melantik Pegawai Perhubungan Pelanggan khas yang mempunyai bidang kuasa berstruktur bagi menyiasat, mengurus, dan menyemak setiap aduan yang diterima.

7.3. Tempoh Tindakan: Semua keputusan dan hasil siasatan aduan wajib disampaikan kepada pihak pengadu berdasarkan ketetapan yang masih berkuatkuasa.

7.4. Resolusi Konflik Etika: Sekiranya timbul percanggahan nilai, konflik kepentingan atau dilema etika dalam proses membuat keputusan klinikal atau pelan rawatan pesakit, perkara tersebut hendaklah dirujuk kepada Jawatankuasa Hak-Hak Pesakit dan Waris untuk pertimbangan dan syor lanjut.

BAHAGIAN 2: POLISI DAN PROSEDUR KEIZINAN PERUBATAN TERMAKLUM (INFORMED CONSENT)

1. PRINSIP AM KEIZINAN TERMAKLUM

1.1. Hospital Tuanku Ja'afar Seremban komited untuk memastikan hak pesakit dalam membuat keputusan perubatan dihormati sepenuhnya melalui pelaksanaan proses Keizinan Termaklum (*Informed Consent*) yang sah dan telus.

1.2. Proses ini bukan sekadar menandatangani borang, malah merupakan satu bentuk komunikasi dua hala yang aktif antara pengamal perubatan dan pesakit/keluarga bagi mencapai persetujuan rawatan berasaskan kefahaman yang jelas.

1.3. Semua maklumat klinikal berkaitan rawatan, pembedahan, atau prosedur mestilah diterangkan oleh pengamal perubatan yang bertanggungjawab dalam bahasa dan istilah yang mudah difahami oleh pesakit. Jika perlu, khidmat penterjemah rasmi hospital hendaklah disediakan.

2. GARIS PANDUAN PELAKSANAAN KEIZINAN TERMAKLUM

2.1. Kandungan Sesi Penerangan: Sebelum keizinan diperoleh, pengamal perubatan wajib menjelaskan perkara berikut kepada pesakit dan didokumentasikan dalam rekod perubatan:

- Diagnosis semasa dan status kesihatan pesakit.
- Sifat, tujuan, dan kebaikan prosedur atau rawatan yang dicadangkan.

- Risiko-risiko utama, kesan sampingan, serta kebarangkalian berlakunya komplikasi (termasuk risiko kematian atau hilang upaya sekiranya berkaitan).
- Pilihan rawatan alternatif yang sedia ada beserta risiko dan faedah masing-masing.
- Implikasi atau risiko kesihatan sekiranya pesakit memilih untuk menolak rawatan atau prosedur tersebut.

2.2. Kelayakan Memberi Keizinan: Keizinan mestilah diberikan secara sukarela tanpa sebarang unsur paksaan, pengaruh tidak wajar, atau manipulasi.

- **Pesakit Dewasa Sempurna Akal:** Berhak memberikan keizinan bagi diri mereka sendiri.
- **Pesakit Kanak-Kanak / Tidak Berkeupayaan (Incompetent):** Keizinan mestilah diperoleh daripada penjaga sah, waris terdekat (*next of kin*), atau wakil undang-undang yang diiktiraf.

2.3. Tempoh Sah Laku Borang Keizinan: Borang keizinan yang telah ditandatangani adalah sah untuk tempoh maksimum **tiga puluh (30) hari** dari tarikh ia ditandatangani, dengan syarat tiada perubahan pada keadaan klinikal pesakit atau pelan rawatan.

- Sekiranya prosedur ditangguhkan melebihi tempoh tersebut, atau terdapat perubahan signifikan pada diagnosis atau pelan rawatan, sesi penerangan baharu wajib diadakan dan keizinan baru (*fresh consent*) mestilah diperoleh.

3. PROSEDUR DAN RAWATAN YANG MEMERLUKAN KEIZINAN TERMAKLUM (INFORMED CONSENT) BERTULIS

HTJS menetapkan bahawa Keizinan Termaklum Bertulis hendaklah diperoleh daripada pesakit atau waris yang sah sebelum pelaksanaan prosedur, rawatan atau intervensi klinikal berikut:

3.1 Semua jenis pembedahan, termasuk pembedahan major, minor dan pembedahan harian (*day surgery*).

3.2 Pemberian anestesia, termasuk anestesia am, regional dan anestesia setempat bagi prosedur yang bersesuaian.

3.3 Transfusi darah dan produk darah.

3.4 Prosedur sedasi yang dijalankan bagi tujuan diagnostik atau terapeutik.

3.5 Rawatan, penyiasatan atau prosedur klinikal lain yang dikategorikan sebagai berisiko tinggi berdasarkan dasar, garis panduan atau senarai yang diluluskan oleh Jawatankuasa Standard Klinikal Hospital.

4. KEIZINAN DALAM SITUASI KECEMASAN PERUBATAN (MEDICAL EMERGENCY)

4.1 Dalam keadaan kecemasan perubatan yang memerlukan tindakan segera bagi **menyelamatkan nyawa** atau **mencegah kemudaratan serius dan kekal** kepada pesakit, rawatan atau intervensi kecemasan boleh diteruskan tanpa keizinan termaklum sekiranya pesakit tidak berkeupayaan memberikan keizinan, waris terdekat tidak dapat dihubungi dalam tempoh yang munasabah, atau kelewatan mendapatkan keizinan dijangka menjejaskan keselamatan dan kesejahteraan pesakit.

4.2 **Syarat Pematuhan Kesepakatan:** Keputusan untuk meneruskan rawatan atau intervensi tanpa keizinan hendaklah dibuat berdasarkan kepentingan terbaik pesakit (best interest of the patient) dan dipersetujui oleh sekurang-kurangnya **dua (2) orang pengamal perubatan**. Disyorkan sekurang-kurangnya seorang daripada pengamal perubatan tersebut merupakan Pakar atau Pegawai Perubatan yang mempunyai kompetensi dan pengalaman yang bersesuaian dengan status klinikal pesakit.

4.3 Justifikasi klinikal bagi meneruskan rawatan tanpa keizinan hendaklah didokumentasikan dengan jelas dalam rekod perubatan pesakit, termasuk sebab keizinan tidak dapat diperoleh, risiko sekiranya rawatan ditangguhkan, serta pengesahan bahawa tindakan yang diambil adalah demi kepentingan terbaik pesakit. Catatan tersebut hendaklah disahkan melalui tandatangan kedua-dua pengamal perubatan yang terlibat.

5. PENGAWASAN DAN TADBIR URUS DOKUMENTASI

5.1 **Dokumentasi Keizinan Termaklum** - Borang Keizinan Termaklum yang telah lengkap diisi dan ditandatangani oleh pesakit atau wakil yang sah, saksi serta pegawai perubatan yang memberikan penerangan, hendaklah disimpan dalam Rekod Perubatan pesakit sebelum sebarang prosedur atau rawatan dijalankan. Pegawai perubatan yang terlibat juga hendaklah mendokumentasikan ringkasan sesi penerangan dan proses mendapatkan keizinan dalam rekod klinikal pesakit.

5.2 **Senarai Prosedur yang Memerlukan Keizinan Termaklum** - Pihak hospital bertanggungjawab menyelenggara, mengemas kini dan mengedarkan senarai prosedur, rawatan dan intervensi klinikal yang memerlukan Keizinan Termaklum Bertulis bagi memastikan pelaksanaannya adalah selaras dengan dasar, garis panduan dan keperluan semasa.

5.3 **Pemantauan dan Audit Pematuhan** - Audit dan pemantauan berkala terhadap Rekod Perubatan serta dokumentasi Keizinan Termaklum hendaklah dilaksanakan bagi menilai tahap pematuhan terhadap polisi, kesempurnaan dokumentasi, tempoh sah keizinan dan kesahihan pengesahan yang berkaitan. Sebarang ketidakpatuhan yang dikenal pasti hendaklah diambil tindakan pembetulan dan penambahbaikan yang bersesuaian.

BAHAGIAN 3: POLISI PENYELIDIKAN KLINIKAL DAN PERLINDUNGAN SUBJEK MANUSIA

1. PRINSIP AM PENYELIDIKAN KLINIKAL

1.1. Hospital Tuanku Ja'afar Seremban mengiktiraf peranan penyelidikan klinikal, penyiasatan, dan ujian klinikal (*clinical trials*) dalam memajukan sains perubatan. Walau bagaimanapun, hospital memegang tanggungjawab tertinggi terhadap kesihatan, keselamatan, dan kesejahteraan pesakit yang terlibat sebagai subjek.

1.2. Kebajikan dan hak individu subjek manusia hendaklah sentiasa diutamakan mengatasi kepentingan sains atau masyarakat.

1.3. Semua penyelidikan yang dijalankan di HTJS wajib mematuhi garis panduan kebangsaan dan antarabangsa termasuk Garis Panduan "*National Institutes of Health (NIH) Guidelines for Conducting Research in Ministry of Health Institutions & Facilities*", *Good Clinical Practice (GCP)*, Deklarasi Helsinki, serta undang-undang Malaysia yang terpakai.

2. TADBIR URUS DAN JAWATANKUASA PENYELIDIKAN

2.1. Penubuhan Jawatankuasa Penyelidikan (*Research Committee*):

- HTJS menubuhkan Jawatankuasa Penyelidikan Hospital yang beroperasi berdasarkan Prosedur Operasi Standard (SOP) dan Terma Rujukan (TOR) yang didokumentasikan dan dikemas kini secara berkala.
- Jawatankuasa ini bertanggungjawab menyelia, memantau, dan menyemak semua aktiviti penyelidikan yang melibatkan subjek manusia di dalam fasiliti hospital.

2.2. Pendaftaran dan Kelulusan Etika:

- Semua cadangan penyelidikan manusia yang melibatkan kajian pelbagai pusat (*multicenter trials*) atau dijalankan di HTJ **wajib** didaftarkan melalui *National Medical Research Register (NMRR)*.
- Tiada sebarang aktiviti penyelidikan boleh dimulakan sebelum memperoleh kelulusan rasmi daripada Jawatankuasa Etika Penyelidikan (*Research Ethics Committee - REC*) atau *Medical Research and Ethics Committee (MREC)* Kementerian Kesihatan Malaysia.

3. HAK AKSES MAKLUMAT BAGI PESAKIT DAN KELUARGA

Sebelum memberikan persetujuan untuk menyertai sebarang penyelidikan, ujian klinikal, atau penyiasatan, pesakit dan keluarga berhak menerima maklumat yang lengkap, jujur, dan telus (secara lisan dan bertulis dalam bahasa yang difahami) mengenai perkara berikut:

3.1. Manfaat yang Dijangka (*Expected Benefits*): Penerangan mengenai potensi manfaat perubatan atau klinikal yang mungkin diperoleh oleh pesakit atau komuniti masa hadapan.

3.2. Potensi Risiko dan Komplikasi (*Potential Risks and Complications*): Pendedahan sepenuhnya mengenai semua risiko fizikal, psikologi, kesan sampingan ubat/peranti, serta ketidakselesaian yang mungkin dihadapi.

3.3. Prosedur Kajian (*Procedures to be Followed*): Penjelasan langkah-demi-langkah mengenai apa yang perlu dilalui oleh pesakit sepanjang tempoh kajian (contoh: kekerapan pengambilan darah, lawatan susulan, atau pengisian diari).

3.4. Alternatif Rawatan: Maklumat mengenai prosedur atau pelan rawatan sedia ada di hospital sekiranya pesakit memilih untuk tidak menyertai penyelidikan tersebut.

4. PROSEDUR KEIZINAN TERMAKLUM BAGI PENYELIDIKAN (*RESEARCH INFORMED CONSENT*)

4.1. Kewajipan Keizinan Bertulis: Keizinan termaklum yang sah (*Informed Consent*) **wajib** diperoleh secara bertulis daripada pesakit atau wakil sah dari segi undang-undang (*legally acceptable representative*) **SEBELUM** sebarang prosedur penyelidikan, saringan, atau intervensi klinikal dijalankan.

4.2. Elemen Keizinan Sukarela: Proses pengambilan keizinan mestilah memastikan perkara berikut didokumentasikan dalam rekod perubatan:

- **Kebebasan Memilih:** Pesakit bebas untuk memilih sama ada mahu menyertai atau menolak daripada terlibat dalam penyelidikan tanpa sebarang elemen paksaan, ganjaran tidak wajar, manipulasi, atau tekanan.
- **Perlindungan Hubungan Doktor-Pesakit:** Proses keizinan mestilah bebas daripada pengaruh kedudukan atau tekanan psikologi yang mungkin timbul daripada hubungan kebergantungan antara doktor (sebagai penyelidik) dan pesakit.
- **Hak Menarik Diri (*Right to Withdraw*):** Pesakit berhak untuk menarik diri daripada penyertaan kajian pada bila-bila masa sepanjang tempoh penyelidikan tanpa perlu menyatakan alasan.

- **Jaminan Standard Penjagaan Biasa:** Sekiranya pesakit menolak untuk menyertai atau memilih untuk menarik diri di pertengahan jalan, HTJ menjamin bahawa standard penjagaan perubatan biasa yang saksama akan terus diberikan kepada pesakit tersebut tanpa sebarang kompromi, diskriminasi, atau penalti.
- **Penggantungan atau Penamatan Kajian:** Pesakit dimaklumkan secara jelas mengenai keadaan yang boleh menyebabkan kajian tersebut digantung atau ditamatkan lebih awal demi keselamatan mereka.
- **Perlindungan Subjek Bawah Umur:** Bagi subjek berumur di bawah 18 tahun, keizinan ibu bapa atau penjaga adalah diwajibkan sebelum penglibatan mereka.

5. PEMANTAUAN KESELAMATAN DAN TADBIR URUS DOKUMEN

5.1. Semakan Hasil dan Kebajikan (*Review of Outcomes*):

- Hasil dan data klinikal daripada pesakit yang menyertai penyelidikan, penyiasatan, atau ujian klinikal mestilah disemak dan dipantau secara berterusan oleh penyelidik utama.
- Ini bagi memastikan sebarang Kejadian Kesan Sampingan Serius (*Serious Adverse Events - SAE*) dikesan awal demi melindungi kesihatan dan kesejahteraan subjek.

5.2. Dokumentasi Rekod Perubatan:

- Fail kesihatan / rekod perubatan setiap pesakit yang menyertai kajian wajib mengandungi salinan Borang Keizinan Penyertaan Pesakit (*Patient Participation Consent Form*) yang lengkap ditandatangani.
- Status penyertaan pesakit dalam penyelidikan mesti dinyatakan dengan jelas dalam rekod perubatan bagi mengelakkan konflik interaksi ubat atau prosedur klinikal rutin hospital.

BAHAGIAN 4: POLISI PENDERMAAN DAN PEMINDAHAN ORGAN, TISU DAN SEL

1. PRINSIP AM PENDERMAAN ORGAN, TISU DAN SEL

1.1. Hospital Tuanku Ja'afar Seremban menyokong penuh keputusan murni pesakit dan keluarga untuk menderma organ, tisu, dan sel bagi tujuan pemindahan (*transplantation*) atau penyelidikan perubatan.

1.2. Seluruh proses perolehan (*procurement*), pendermaan, dan pemindahan organ, tisu, atau sel di HTJS mestilah mematuhi undang-undang dan peraturan kebangsaan Malaysia (termasuk Akta Tisu Manusia 1974) serta menghormati nilai, budaya, kepercayaan, dan agama masyarakat setempat.

1.3. Penghormatan yang tinggi terhadap maruah penderma (sama ada penderma hidup atau penderma selepas kematian / *cadaveric*) serta sensitiviti keluarga penderma wajib dipelihara sepanjang masa.

2. TADBIR URUS DAN TANGGUNGJAWAB JAWATANKUASA

2.1. Penubuhan Jawatankuasa Teknis:

- HTJS menubuhkan **Jawatankuasa Teknikal Transplantasi Hospital (*Hospital Transplantation Technical Committee*)** yang bertanggungjawab menyelia, menyelaraskan, dan memantau semua aktiviti yang berkaitan dengan perolehan, proses pendermaan, dan pemindahan organ/tisu/sel di dalam fasiliti hospital.
- Jawatankuasa ini beroperasi berdasarkan **Terma Rujukan (*Terms of Reference - TOR*)** yang jelas dan minit mesyuaratnya hendaklah didokumentasikan secara berkala bagi tujuan semakan tadbir urus.

2.2. **Panduan Operasi Standard (SOP):** Polisi, prosedur, dan maklumat berkaitan yang komprehensif mestilah tersedia untuk memandu kakitangan klinikal dalam setiap fasa perolehan, pendermaan, dan pemindahan organ/tisu/sel agar selaras dengan standard perubatan terkini.

3. SOKONGAN INFORMASI DAN PROMOSI PENDERMAAN

3.1. **Penyediaan Bahan Pendidikan:** HTJS komited menyediakan dan menyebarkan bahan pendidikan serta bahan promosi (*educational and promotional materials*) yang tepat mengenai pendermaan dan pemindahan organ/tisu/sel kepada pesakit, keluarga, dan komuniti awam.

3.2. Khidmat Sokongan Keluarga: Hospital memastikan sokongan emosi dan kaunseling yang bersesuaian tersedia bagi membantu keluarga pesakit dalam proses membuat keputusan penting berkaitan pendermaan organ.

4. KELAYAKAN DAN LATIHAN KAKITANGAN (*STAFF TRAINING*)

4.1. Kakitangan Terlatih: HTJS memastikan ketersediaan kakitangan klinikal dan sokongan yang terlatih serta berkelayakan untuk memfasilitasi keseluruhan proses pendermaan dan pemindahan organ, tisu, dan sel.

4.2. Kewajipan Latihan Berkala: Semua kakitangan yang terlibat di dalam unit berkaitan **wajib** menerima latihan berterusan mengenai polisi dan prosedur pendermaan organ/tisu/sel. Rekod latihan dan sijil kompetensi kakitangan (*staff training records and certification*) mestilah diselenggara dengan teratur oleh pihak pengurusan hospital.

5. KERJASAMA ANTARA AGENSI (*INTER-AGENCY COORDINATION*)

5.1. Dasar Penyelarasan Luar: HTJS menetapkan polisi penyelarasan yang jelas dengan hospital-hospital lain, Pusat Sumber Transplan Nasional (NTRC), atau agensi luar yang bertanggungjawab sepenuhnya atau sebahagiannya dalam proses perolehan (*procurement*), penyimpanan (*banking*), pengangkutan (*transportation*), dan pemindahan (*transplantation*) organ/tisu/sel.

5.2. Dokumentasi Hubungan: Setiap aktiviti logistik, pemindahan spesimen/organ, dan koordinasi silang agensi mestilah direkodkan secara formal bagi memastikan integriti dan keselamatan organ yang dipindahkan sentiasa terpelihara.

6. PROSEDUR KEIZINAN TERMAKLUM PENDERMAAN (*INFORMED CONSENT*)

6.1. Kewajipan Keizinan Bertulis: Keizinan termaklum yang sah **wajib** diperoleh secara bertulis daripada penderma (*donor*), pesakit (penerima), atau waris terdekat (*next-of-kin*) sebelum sebarang proses perolehan, pengambilan, atau pemindahan organ, tisu, dan sel dijalankan.

6.2. Pematuhan Legal dan Etika: Pengambilan keizinan mestilah mematuhi sepenuhnya semua keperluan undang-undang dan standard etika perubatan. Borang keizinan yang telah lengkap ditandatangani oleh semua pihak (termasuk saksi dan pengamal perubatan yang bertanggungjawab) mestilah difailkan dan didokumentasikan dengan selamat ke dalam Rekod Perubatan pesakit / penderma sebelum sebarang prosedur dimulakan.

BAHAGIAN 5: POLISI KOORDINASI PENJAGAAN BERPUSATKAN PESAKIT (PERSON-CENTRED CARE COORDINATION)

1. PRINSIP AM PENJAGAAN BERPUSATKAN PESAKIT

1.1. Hospital Tuanku Jaafar Seremban memastikan sistem penyampaian perkhidmatan kesihatan memberi fokus utama kepada interaksi di dalam dan di antara jabatan (*intra and cross-departmental interactions*) demi kepentingan pesakit.

1.2. Aturan perkhidmatan hospital mestilah menyediakan peluang untuk bertindak balas terhadap kerumitan sedia ada bagi masalah kesihatan pesakit, seterusnya menyampaikan perkhidmatan yang holistik dan berfokuskan keperluan individu.

1.3. HTJS komited untuk menjadikan sistem penjagaan kesihatan lebih responsif terhadap keperluan pesakit, di samping mengiktiraf hak serta tanggungjawab pesakit dan keluarga terhadap kesihatan mereka sendiri.

2. KOORDINASI PENJAGAAN ANTARA PERKHIDMATAN BAGI KES KOMORBIDITI

2.1. Polisi Merentas Jabatan (*Cross-Departmental Policy*):

- HTJS menetapkan polisi merentas jabatan yang jelas mengenai pengurusan kes (*case management*) bagi pesakit yang mempunyai penyakit ko-morbiditi (pelbagai penyakit serentak).
- Polisi ini memastikan penjagaan kesihatan diberikan secara holistik yang merangkumi aspek promosi kesihatan, pencegahan penyakit, diagnosis, rawatan, pengurusan penyakit, pemulihan (*rehabilitation*), dan perkhidmatan penjagaan paliatif.

3. KOORDINASI RAWATAN PELBAGAI DISIPLIN (*MULTIDISCIPLINARY CARE*)

3.1. **Protokol Rujukan:** Hospital memastikan adanya protokol bertulis yang jelas untuk rujukan pesakit kepada pasukan pelbagai disiplin.

3.2. **Aliran Pengurusan Interdisiplinari:** Protokol perkhidmatan aliran pengurusan pesakit antara disiplin mestilah telus, mudah diakses, dan mudah difahami oleh semua anggota klinikal yang terlibat.

3.3. **Penjadualan Temu Janji:** Penjadualan temu janji klinik pakar atau prosedur bagi pesakit yang memerlukan rawatan pelbagai disiplin hendaklah

diuruskan dengan teratur dan bersesuaian bagi mengurangkan beban masa pesakit.

3.4. Notis Peringatan Intervensi: Sistem hospital menyediakan notis peringatan (*reminder notices*) bagi intervensi atau rawatan spesifik yang perlu dilalui oleh pesakit.

4. PENGLIBATAN PESAKIT DAN KELUARGA DALAM PROSES RUJUKAN DAN DISCAJ

4.1. Pendokumentasian Penglibatan: Sebarang penglibatan aktif pesakit dan/atau keluarga dalam proses perancangan discaj (*discharge planning*) atau proses rujukan luar (*referral process*) **wajib** didokumentasikan dengan lengkap di dalam rekod perubatan pesakit.

4.2. Perbincangan Multidisiplin: Rekod mengenai perbincangan pelbagai disiplin (*multidisciplinary discussions*) yang berkaitan dengan pelan rawatan masa depan pesakit mestilah difailkan dalam rekod perubatan untuk memastikan kesinambungan penjagaan kesihatan (*continuity of care*) yang selamat.

BAHAGIAN 6: PENGURUSAN DAN PEMANTAUAN HAK - HAK PESAKIT DAN WARIS

6.1 Pemantauan pelaksanaan polisi ini dijalankan secara berkala melalui platform berikut:

1. Mesyuarat Ketua-Ketua Jabatan/Unit Klinikal
2. Mesyuarat Jabatan/Unit

BAHAGIAN 7: RUJUKAN

1. MSQH Standards on Patient and Family Rights 2021 — 6th Edition
2. MSQH Standards on Patient and Family Rights 2026 — 7th Edition
3. MMC Guidelines: Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners
4. MMC Guidelines: Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners Version 3/2025
5. MMC Guidelines 006/2006: Organ Transplantation
6. MMC Guideline 009/2006: Clinical Trials and Biomedical Research
7. National Organ, Tissue and Cell Transplantation Policy - KKM, 2007
8. PKPK Bil 17/2010: Garispanduan Pengendalian dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit.
9. PKPK Bil 18/2010: Garis panduan Penubuhan Lembaga Perubatan di Jabatan Kesihatan Negeri
10. PKPK Bil 16/2010: Garis panduan Penyediaan Laporan Perubatan.
11. Management Protocols in ICU, August 2012
12. Advance Care Planning: A Guide for Healthcare Practitioners in Malaysia
13. Pelan Tindakan Bencana Dalam, Hospital Tuanku Ja'afar Seremban
14. General Hospital Operational Policy, 3rd edition 2025 - MOH
15. National Institutes Of Health (NIH) Guidelines For Conducting Research In MOH Institutions & Facilities, 3rd Edition 2021