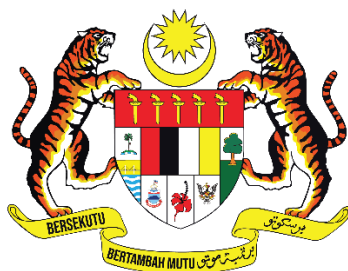


KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

KAMUS PETUNJUK PRESTASI UTAMA (KPI) TIMBALAN PENGARAH KESIHATAN NEGERI (PERUBATAN) (Program Perubatan)

2025

Isi kandungan:

Bil.	Nama KPI	Muka surat
4.1	# Indeks Pencapaian Petunjuk Prestasi Utama (KPI) Kualiti Perkhidmatan Perubatan Klinikal	2
4.2	# Purata <i>Performance</i> Indeks Jangkitan Aliran Darah berkaitan Penjagaan Kesihatan (<i>bacteraemia</i>)	5
4.3	% Bayi Baru Lahir yang Menjalani Saringan Pendengaran (<i>Universal Newborn Hearing Screening</i>) dalam Tempoh 28 Hari Selepas Kelahiran di Hospital/ Fasiliti Kesihatan Kerajaan	15
4.4	% Hospital yang Mencapai <i>Bed Waiting Time</i> yang Ditetapkan	19
4.5	% Keputusan Lembaga Perubatan Selesai Bersidang dalam Tempoh Masa yang Ditetapkan	24
4.6	% Pemeriksaan Pematuhan Piawaian (3P) ke atas Klinik Perubatan Swasta dalam Tempoh Ditetapkan	27
4.7	% Jururawat yang Bertugas di Penempatan Klinikal > 6 Bulan Diperakui Lulus dan Mendapat <i>Privilege</i>	30

Pengemaskinian:

Bil.	Tarikh	Indikator	Nota
1.	5.3.2025	# Indeks Pencapaian Petunjuk Prestasi Utama (KPI) Kualiti Perkhidmatan Perubatan Klinikal	Pengemaskinian kepada kaedah pengukuran

KPI 4.1	# Indeks Pencapaian Petunjuk Prestasi Utama (KPI) Kualiti Perkhidmatan Perubatan Klinikal
TAFSIRAN	Pelaksanaan KPI ini digunakan bagi memantau prestasi perkhidmatan kepakaran perubatan klinikal di hospital KKM. Ia telah dilaksanakan di hospital-hospital KKM yang mempunyai pakar sejak tahun 2014. Secara umumnya, terdapat 44 disiplin perkhidmatan kepakaran perubatan klinikal yang dipantau menggunakan KPI, di mana setiap disiplin mempunyai 2-5 indikator.
DEFINISI ISTILAH	KPI Perkhidmatan Perubatan Klinikal atau nama lainnya <i>Clinical Service Quality Indicator</i> (CliSQI) adalah merujuk kepada KPI yang dibangunkan oleh setiap cabang disiplin perkhidmatan perubatan untuk dipantau di hospital-hospital KKM yang mempunyai servis kepakaran klinikal tersebut. Pencapaian setiap indikator adalah merujuk kepada pencapaian kebangsaan di mana semua data-data daripada setiap hospital yang memantau dikumpul dan dianalisa bersama.
JUSTIFIKASI KPI	Pemantauan KPI ini adalah penting untuk melihat secara keseluruhan kualiti penyampaian perkhidmatan kepakaran perubatan di hospital KKM, sama ada berada di tahap yang memuaskan atau sebaliknya. Ketidakcapaian setiap indikator pula boleh dilihat sebagai satu peluang untuk menambahbaik sistem penyampaian perkhidmatan.
KRITERIA	Kriteria Inklusi: 1. Indikator yang dipantau dibawah Program Perubatan (KPI Perkhidmatan Klinikal/ <i>Clinical Service Quality Indicator</i>). Senarai indikator terlibat adalah seperti di lampiran 1. 2. Semua hospital KKM yang memantau KPI Perkhidmatan Klinikal/ <i>Clinical Service Quality Indicator</i> pada tahun semasa. Kriteria Eksklusi: Tiada
KAEDAH PENGUKURAN	Pengiraan pencapaian bagi indikator ini adalah diperingkat JKN sahaja. 1. Jumlahkan semua indeks pencapaian bagi semua indikator yang terlibat oleh setiap hospital di bawah PTJ (Indeks pencapaian boleh didapati di dalam matriks pelaporan CliSQI 2025) 2. Puratakan jumlah indeks pencapaian mengikut jumlah indikator yang dipantau oleh semua hospital di bawah PTJ.

	Numerator: Jumlah indeks pencapaian bagi setiap indikator perkhidmatan kepakaran perubatan klinikal (CliSQI) yang dipantau Denominator: Jumlah indikator perkhidmatan kepakaran perubatan klinikal (CliSQI) yang dipantau Kaedah Pengiraan: Numerator/ Denominator Contoh pengiraan: Indeks Pencapaian Petunjuk Prestasi Utama (KPI) Kualiti Perkhidmatan Perubatan Klinikal bagi Negeri X: Numerator: Jumlah indeks pencapaian bagi setiap indikator perkhidmatan kepakaran perubatan klinikal (CliSQI) yang dipantau = 1.023 + 1.063 + 1.002 Denominator: Jumlah indikator perkhidmatan kepakaran perubatan klinikal (CliSQI) yang dipantau = 3 Numerator / Denominator = $3.088 / 3$ = 1.029
TREND PENCAPAIAN	KPI baru. Pencapaian pada 2024 belum dapat dijana.
SASARAN 2025	≥0.9
JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran diletakkan berdasarkan kemampuan semasa dan merupakan KPI yang baru.
NILAI MIN.	0
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan
DOKUMEN SOKONGAN	1. Kamus KPI <i>Clinical Service Quality Indicator</i> 2025 2. Matriks pelaporan CliSQI 2025
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Dr. Khairulina Haireen Khalid Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan UD54 Cawangan/ Sektor: Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan Bahagian: Bahagian Perkembangan Perubatan Tel (Pejabat/HP): 03-88831592 Alamat e-mel: drkhairulina@moh.gov.my

LAMPIRAN 1

SENARAI INDIKATOR TERLIBAT BAGI PEMANTAUAN KPI TPKN (PERUBATAN) 2025

BIL.	BIDANG KEPAKARAN/ SUBKEPAKARAN	NAMA INDIKATOR	SASARAN
1	General Medicine	ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) Case Fatality Rate	≤ 8%
		Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) Case Fatality Rate	≤ 8%
		Percentage of medical patients with unplanned readmission to medical ward within (≤) 48 hours of discharge	≤ 0.5%
2	General Paediatric	Community Acquired Pneumonia Case Fatality Rate	≤ 0.5%
		Percentage of paediatric patients with unplanned readmission to Paediatric Ward within (≤) 48 hours of discharge	≤ 0.5%
3	Psychiatry	Defaulter rate among Psychiatric outpatients	≤ 10%
4	General Surgery	Percentage of Peri-operative Mortality Review (POMR) cases reported using vPOMR form	≥ 90%
5	Obstetrics & Gynaecology	Percentage of massive primary Postpartum Haemorrhage (PPH) incidence in cases delivered in the hospital	≤ 0.75%
6	Ophthalmology	Percentage of eyes without ocular co-morbidity which achieved Best Corrected Visual Acuity (BCVA) of 6/12 or better within (≤) 3 months following cataract surgery	≥ 90%
7	Orthopaedic	Post-operative sepsis rate	≤ 2%
8	Otorhinolaryngology	Incidence rate of primary post-tonsillectomy haemorrhage	≤ 3%
9	Anaesthesiology	Percentage of patients on Acute Pain Service (APS) with pain score of (≤) 4 at rest within (≤) the first 24 hours after surgery	≥ 90%
10	Emergency Medicine	Percentage of inappropriate triaging Category Green patients who should have been triaged as Category Red	≤ 0.5%
11	Pathology	Prothrombin Time (PT) and Activated Partial Prothrombin Time (APTT) External Quality Assurance (EQA) Performance	≥ 80%
12	Radiology	Percentage of reject-retake images	≤ 5%
13	Transfusion Medicine	Timeliness of performing emergency cross-match within 30 minutes	≥ 95%

KPI 4.2	# Purata Performance Indeks Jangkitan Aliran Darah berkaitan Penjagaan Kesihatan (<i>bacteraemia</i>)
TAFSIRAN	KPI ini adalah untuk memantau prevalen <i>Healthcare-associated Bloodstream Infection</i> (HA-BSI) yang disebabkan oleh <i>multidrug-resistant organisms</i> (MDROs) yang berlaku di dalam hospital. Pemantauan KPI ini adalah perlu dalam usaha menangani peningkatan kejadian HA-BSI yang disebabkan oleh MDROs. Ia juga bagi memenuhi keperluan <i>Sustainable Development Goals</i> (SDG) dan <i>Malaysian Action Plan on Antimicrobial Resistance</i> (MyAP-AMR) 2022-2026.
DEFINISI ISTILAH	Definisi kes: MDRO dikenal pasti dalam makmal mikrobiologi dan termasuk MRSA dan organisma rintang antibiotik yang lain. Definisi kes MDRO mesti memenuhi ketiga-tiga kriteria berikut: 1. Isolasi MDRO daripada mana-mana bahagian badan (termasuk colonizer). 2. Kes tersebut mestilah kes pesakit dalam. 3. Kes itu mestilah kes "baharu dikenal pasti". Kes "baharu dikenal pasti" termasuk: 1. MDRO dikenal pasti buat kali pertama semasa kemasukan ke hospital. 2. Kes yang telah dikenal pasti dengan MDRO (jangkitan / colonizer) di fasiliti sendiri tetapi memperoleh 'jangkitan atau colonizer baharu' dengan MDRO yang berbeza. Case definitions: <i>MDROs are identified in microbiology laboratories and include MRSA and other antibiotic-resistant organisms.</i> <i>MDRO case definition must fulfill all of the following three criteria:</i> 1. <i>Isolation of MDRO from any sites of the body (including colonizer).</i> 2. <i>The case must be an inpatient case.</i> 3. <i>The case must be a "newly identified" case.</i> <i>A "newly identified" case includes:</i> 1. <i>MDROs identified for the first time during current hospital admission.</i>

	2. <i>Cases that have been identified with MDROs (infection / colonisation) at their own facility but acquire 'new infection or colonisation' with different MDROs.</i>
JUSTIFIKASI KPI	<i>Healthcare-Associated Infections (HCAIs)</i> merupakan salah satu komplikasi yang kerap berlaku dalam konteks penyampaian perkhidmatan kesihatan di peringkat global. Kebanyakan HCAIs berpunca daripada <i>multidrug-resistant organisms</i> (MDROs) yang memberi kesan buruk kepada pesakit, pelawat dan anggota kesihatan (HCWs). Situasi ini turut memberi kesan buruk yang ketara ke atas sistem kesihatan, termasuk peningkatan kos. Peningkatan <i>Healthcare-associated MDROs (HA-MDROs)</i> menghalang usaha membendung kerintangan antimikrob (AMR) yang merupakan salah satu ancaman kesihatan awam global yang turut memberi impak yang besar kepada ekonomi dan kesihatan manusia dan haiwan. Kemunculan kuman kebal dalam komuniti dan fasiliti kesihatan boleh menjejaskan sebahagian besar populasi apabila mikroorganisma yang dahulunya boleh dirawat menjadi kebal terhadap rawatan sedia ada. Kemunculan AMR menyebabkan tempoh penyakit menjadi lebih lama, meningkatkan perbelanjaan dan beban kewangan perkhidmatan kesihatan, menyebabkan kematian, serta mempengaruhi perdagangan dan keselamatan global. Selain itu, ketiadaan langkah-langkah yang sesuai untuk membendung penyakit yang boleh dicegah dan dikawal dianggap sebagai risiko besar kepada keselamatan kesihatan. Jika tidak ditangani dengan segera, penyebaran AMR secara global berpotensi menyebabkan keruntuhan sistem perkhidmatan kesihatan di seluruh dunia. Memandangkan impak yang disebabkan oleh <i>Healthcare-associated Bloodstream Infections (HA-BSIs)</i>, jangkitan aliran darah yang disebabkan oleh organisma tahan rintang yang tertentu telah dimasukkan sebagai salah satu indikator di bawah <i>Sustainable Development Goals (SDG) 3 - Good Health and well-being</i>. Di samping itu, pengurangan HCAI juga merupakan sebahagian daripada indikator teras di bawah <i>Strategic Objective 3 - Safety of clinical processes in the Global patient safety action plan 2021-2030, WHO</i>. Di peringkat nasional, pengurangan HA-BSI akibat organisma tahan rintang tertentu sebanyak 30% daripada tahap semasa menjelang 2026 merupakan salah satu indikator di dalam MyAP-AMR 2022-2026. Berdasarkan Laporan Tahunan Pencegahan dan Kawalan Infeksi (IPC) dan AMR 2023, Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), majoriti jangkitan HA-MDRO adalah disebabkan oleh

	<i>bloodstream infection (BSI) yang merangkumi sehingga 32% daripada semua HCAs.</i> <i>Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), Carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE) dan Acinetobacter baumannii merupakan MDROs yang biasa ditemui di hospital. Selain itu, MRSA, CRE, dan Acinetobacter baumannii bacteraemia menggambarkan tahap pencegahan dan kawalan infeksi atau penyalahgunaan antibiotik di fasiliti kesihatan. Oleh itu, dengan pemantauan HA-BSI, ia akan menunjukkan keberkesanan program IPC dan program Antimicrobial Stewardship (AMS) di hospital.</i> <i>Healthcare-associated infections (HCAs) are among the most frequent adverse events occurring in the context of health service delivery worldwide. Most of the HCAs are caused by multidrug-resistant organisms (MDROs) which cause harm to patients, visitors and healthcare workers (HCWs). It also causes a significant burden on health systems, including the associated increased costs.</i> <i>The rise of Healthcare-associated MDROs (HA-MDROs) significantly hampers the efforts to contain antimicrobial resistance (AMR), a global public health threat that continues to pose major health and economic consequences in human and veterinary health. The emergence of drug resistant pathogens in the community and healthcare settings can affect a considerable portion of the population as once-treatable microorganisms develop resilience against existing treatments. The persistence of AMR exacerbates the duration of illnesses, drives up healthcare expenses and financial burdens, leads to loss of life, and influences trade and global security. Moreover, the absence of suitable measures to curb preventable and manageable diseases is considered a grave and imminent risk to health security. If not promptly dealt with, the global spread of AMR could potentially lead to the breakdown of worldwide healthcare systems.</i> <i>In view of the impact caused by Healthcare-associated Bloodstream Infections (HA-BSIs), bloodstream infections due to selected antimicrobial-resistant organisms has been included as one of the indicators under the Sustainable Development Goals (SDG) 3 - Good Health and well-being. In addition, reduction in HCAI is also a part of the core indicators under Strategic Objective 3 - Safety of clinical processes in the Global patient safety action plan 2021- 2030, WHO. Nationally, reducing HA-BSI due to selected antimicrobial-resistant organisms by 30% from the current level by 2026, is one of the outcome indicators of MyAP-AMR 2022-2026.</i>
--	---

	<i>Based on the Ministry of Health (MOH) "Infection Prevention and Control (IPC) and Antimicrobial Resistance (AMR) Annual Report 2023", the majority of HA-MDRO infections were due to bloodstream infection (BSI) which accounts up to 32% of all HCAs.</i> <i>Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), Carbapenem resistant Enterobacterales (CRE) and Acinetobacter baumannii are the most commonly found MDROs in hospitals. Furthermore, MRSA, CRE, and Acinetobacter baumannii bacteremia often reflect the state of infection control or antibiotic misuse and overuse in the healthcare facility. Hence, by monitoring HA-BSI, it will indicate the effectiveness of the IPC and Antimicrobial stewardship (AMS) programmes in hospitals.</i>
KRITERIA	Kriteria Inklusi: <i>Semua pesakit dalam dengan Healthcare-associated Bloodstream Infections (Bacteraemia) disebabkan oleh Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA), Carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE) dan Acinetobacter baumannii.</i> Inclusion Criteria: <i>All inpatients with Healthcare-associated Bloodstream Infections (Bacteraemia) due to MRSA, CRE and Acinetobacter baumannii.</i> Kriteria Eksklusi: 1. Kes daripada Jabatan Kecemasan, klinik atau perkhidmatan pesakit luar. 2. Kes-kes yang telah dikenal pasti sebelum ini di hospital/ fasiliti kesihatan yang lain. 3. Kes yang masuk semula di wad dengan <i>jangkitan Multidrug resistant organisms</i> (MDROs) yang sama dalam tempoh satu tahun. 4. Kes saringan KECUALI untuk mengenalpasti kontak kepada pesakit dengan MDRO (kes indeks). 5. Pesakit dalam dengan <i>Healthcare-associated Bloodstream Infections (Bacteraemia)</i> disebabkan selain daripada MRSA, CRE dan Acinetobacter baumannii. Exclusion criteria: 1. <i>Cases from Emergency Department, clinic or other outpatient services</i> 2. <i>Cases previously identified at other acute care facilities</i>

	<i>hospitals.</i> <i>Cases re-admitted with the same MDROs within one year</i> <i>Screening cultures that were done NOT for contacts of index patient with MDROs.</i> <i>Inpatients with Healthcare-associated Bloodstream Infections (Bacteraemia) due to other than MRSA, CRE and Acinetobacter baumannii.</i>
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: - Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-MRSA <i>bacteraemia</i> bagi tahun berkaitan - Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-CRE <i>bacteraemia</i> bagi tahun berkaitan - Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-Acinetobacter <i>baumannii bacteraemia</i> bagi tahun berkaitan Numerator: <i>Number of patients with HA-MRSA bacteraemia infection for the relevant year</i> <i>Number of patients with HA-CRE bacteraemia infection for the relevant year</i> <i>Number of patients with HA- Acinetobacter baumannii bacteraemia infection for the relevant year</i> Denominator: Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan Denominator: <i>Total inpatient admissions for the relevant year</i> Kaedah Pengiraan: $A = \frac{\text{Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-MRSA } \textit{bacteraemia} \text{ bagi tahun berkaitan}}{\text{Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan}} \times 10,000$ Di mana (A) merujuk kepada prevalen <i>bacteraemia</i> disebabkan oleh HA-MRSA

	Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-CRE <i>bacteraemia</i> bagi tahun berkaitan $B = \frac{\text{Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-CRE } bacteraemia \text{ bagi tahun berkaitan}}{\text{Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan}} \times 10,000$ Di mana (B) merujuk kepada prevalen <i>bacteraemia</i> disebabkan oleh HA-CRE Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-A.<i>Baumannii</i> <i>bacteraemia</i> bagi tahun berkaitan $C = \frac{\text{Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-A.} Baumannii \text{ } bacteraemia \text{ bagi tahun berkaitan}}{\text{Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan}} \times 10,000$ Di mana (C) merujuk kepada prevalen <i>bacteraemia</i> disebabkan oleh HA- A.<i>Baumannii</i> Calculation method: Number of HA-MRSA <i>bacteraemia</i> in year t $A = \frac{\text{Number of HA-MRSA } bacteraemia \text{ in year t}}{\text{Total number of patient admission in year t}} \times 10,000$ Where, (A) refers to prevalence of <i>bacteraemia</i> due to HA-MRSA Number of HA-CRE <i>bacteraemia</i> in year t $B = \frac{\text{Number of HA-CRE } bacteraemia \text{ in year t}}{\text{Total number of patient admission in year t}} \times 10,000$ Where, (B) refers to prevalence of <i>bacteraemia</i> due to HA-CRE Number of HA- A.<i>Baumannii</i> <i>bacteraemia</i> in year t $C = \frac{\text{Number of HA- A.} Baumannii \text{ } bacteraemia \text{ in year t}}{\text{Total number of patient admission in year t}} \times 10,000$ Where, (C) refers to prevalence of <i>bacteraemia</i> due to HA-A.<i>baumannii</i> Pengiraan INDEKS: Indeks A= (100 - (A))/ (100 - 5) Indeks B = (100 - (B)) / (100 - 5) Indeks C = (100 - (C)) / (100 - 8)
--	---

INDEX Calculation:

$$\text{Index A} = (100 - (A)) / (100 - 5)$$

$$\text{Index B} = (100 - (B)) / (100 - 5)$$

$$\text{Index C} = (100 - (C)) / (100 - 8)$$

INDEKS PURATA

$$= (\text{Indeks A} + \text{Indeks B} + \text{Indeks C}) / 3$$

FINAL AVERAGE INDEX

$$= (\text{Index A} + \text{Index B} + \text{Index C}) / 3$$

Kaedah Pengiraan bagi peringkat negeri:

$$\text{Purata Indeks A} = \frac{\text{Jumlah indeks A setiap hospital dalam negeri}}{\text{Jumlah hospital dalam negeri}}$$

$$\text{Purata Indeks B} = \frac{\text{Jumlah indeks B setiap hospital dalam negeri}}{\text{Jumlah hospital dalam negeri}}$$

$$\text{Purata Indeks C} = \frac{\text{Jumlah indeks C setiap hospital dalam negeri}}{\text{Jumlah hospital dalam negeri}}$$

INDEKS PURATA

$$= \text{Purata Indeks A} + \text{Purata Indeks B} + \text{Purata Indeks C} / 3$$

Contoh;

JKN Melaka mempunyai 3 buah hospital;

$$\text{Purata Indeks A bagi JKN Melaka} = \frac{\text{Indeks A Hospital Melaka} + \text{Indeks A Hospital Jasin} + \text{Indeks A Hospital Alor Gajah}}{3}$$

$$\text{Purata Indeks B bagi JKN Melaka} = \frac{\text{Indeks B Hospital Melaka} + \text{Indeks B Hospital Jasin} + \text{Indeks B Hospital Alor Gajah}}{3}$$

$$\text{Purata Indeks C bagi JKN Melaka} = \frac{\text{Indeks C Hospital Melaka} + \text{Indeks C Hospital Jasin} + \text{Indeks C Hospital Alor Gajah}}{3}$$

	Indeks Purata Bagi JKN Melaka = $\frac{(\text{Purata Indeks A JKN Melaka} + \text{Purata Indeks B JKN Melaka} + \text{Purata Indeks C JKN Melaka})}{3}$
	Calculation Method for state level:
	Average Index A= $\frac{\text{Total of index A from all hospitals in the state}}{\text{Total number of hospitals in the state}}$
	Average Index B= $\frac{\text{Total of index B from all hospitals in the state}}{\text{Total number of hospitals in the state}}$
	Average Index C= $\frac{\text{Total of index C from all hospitals in the state}}{\text{Total number of hospitals in the state}}$
	Final Average Index for State Level = $\frac{(\text{Average Index A} + \text{Average Index B} + \text{Average Index C})}{3}$
	<i>Example;</i> <i>Malacca State Health Department has 3 hospitals;</i>
	Average Index A for Malacca State Health Department= $\frac{\text{Index A Malacca Hospital} + \text{Index A Jasin Hospital} + \text{Index A Alor Gajah Hospital}}{3}$
	Average Index B for Malacca State Health Department = $\frac{\text{Index B Malacca Hospital} + \text{Index B Jasin Hospital} + \text{Index B Alor Gajah Hospital}}{3}$
	Average Index C for Malacca State Health Department = $\frac{\text{Index C Malacca Hospital} + \text{Index C Jasin Hospital} + \text{Index B Alor Gajah Hospital}}{3}$

	(Average Index A for Malacca State Health Department + Average Index B for Malacca State Health Department + Average Index C for Malacca State Health Department) 3		
TREND PENCAPAIAN	Tahun	Sasaran	Pencapaian
	2021	-	-
	2022	-	1.03
	2023	≥ 1	1.03
	2024	≥ 1	
	Pencapaian bagi Januari sehingga Disember bagi Jangkitan Aliran Darah berkaitan Penjagaan Kesihatan (bacteraemia) disebabkan oleh <i>Multidrug-resistant organisms</i> (MDROs) tertentu bagi setiap 10,000 kemasukan di hospital KKM adalah menggunakan data Januari sehingga Jun yang telah diverifikasi oleh Unit Kawalan Infeksi, Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan, Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM		
SASARAN 2025	≥ 1 Standards bagi setiap sub-indikator: A. <i>HA-MRSA bacteraemia</i> ≤ 5 bagi setiap 10,000 kemasukan di hospital B. <i>HA-CRE bacteraemia</i> ≤ 5 bagi setiap 10,000 kemasukan di hospital C. <i>HA-Acinetobacter baumannii bacteraemia</i> ≤ 8 bagi setiap 10,000 kemasukan di hospital Standards for each sub-indicator: A. <i>HA-MRSA bacteraemia</i> ≤ 5 per 10,000 admissions B. <i>HA-CRE bacteraemia</i> ≤ 5 per 10,000 admissions C. <i>HA-Acinetobacter baumannii bacteraemia</i> ≤ 8 per 10,000 admissions		
JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran ditetapkan berdasarkan trend pencapaian semasa dan pada tahun 2023 dan 2024		
NILAI MIN.	0		

FREKUENSI PELAPORAN DATA	Tahunan
DOKUMEN SOKONGAN	1. <i>MDRO Surveillance Manual, 3rd Edition 2022</i> 2. <i>Infection Prevention & Control and Antimicrobial Resistance Containment Program Annual Report</i> 3. <i>Sustainable Development Goals</i> 4. <i>Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021</i> 5. <i>Malaysian Action Plan on Antimicrobial Resistance (MyAP-AMR) 2022-2026</i>
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Dr. Nor Farah Bakhtiar Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan / UD54 Cawangan/ Sektor: Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan Bahagian: Bahagian Perkembangan Perubatan Tel (Pejabat/HP): 03-8883 1214 / 019-6956679 Alamat e-mel: farah.bakhtiar@moh.gov.my

KPI 4.3	% Bayi Baru Lahir yang Menjalani Saringan Pendengaran (<i>Universal Newborn Hearing Screening</i>) dalam Tempoh 28 Hari Selepas Kelahiran di Hospital/ Fasilitas Kesehatan Kerajaan
TAFSIRAN	KPI ini mengukur tahap kadar liputan (<i>coverage rate</i>) saringan pendengaran bagi bayi yang baru lahir di 48 hospital yang telah memulakan program saringan pendengaran bayi (UNHS). Secara amnya, semua bayi baru lahir perlu menjalani saringan pendengaran sebelum berumur 1 bulan supaya pengesanan masalah pendengaran dan intervensi awal dapat dilakukan. Mengikut <i>Joint Committee on Infant Hearing</i> (JCIH) 2019, penanda aras bagi Program Saringan Pendengaran Bayi ialah peratusan bayi yang disaring sebelum berumur 1 bulan mencapai 95%.
DEFINISI ISTILAH	<u>Saringan Pendengaran Bayi</u> Kaedah saringan secara objektif bagi mengenalpasti bayi yang mungkin mempunyai masalah pendengaran dan memerlukan ujian pendengaran lanjutan atau diagnostik. Terdapat dua jenis ujian saringan pendengaran bayi iaitu <i>Automated Auditory Brainstem Response</i> (AABR) dan <i>Otoacoustic Emission</i> (OAE). Ujian ini boleh dijalankan oleh Petugas Saringan Pendengaran Bayi yang terlatih terdiri daripada anggota kesihatan paramedik. <u>Bayi Baru Lahir (<i>Neonate</i>)</u> Bayi yang baru lahir sehingga berumur 28 hari.
JUSTIFIKASI KPI	Prevalens masalah pendengaran dalam kalangan bayi adalah sebanyak 4 dalam 1000 kelahiran di Malaysia (JKTA, 2020). Masalah pendengaran dalam kalangan bayi merupakan neurodevelopmental emergency yang boleh menjejaskan pemerolehan bahasa dan pertuturan, perkembangan kognitif, interaksi sosial, literasi dan pencapaian akademik sekiranya tidak dikesan seawal mungkin untuk diberi intervensi. Matlamat saringan pendengaran bayi adalah menjalankan saringan pendengaran sebelum bayi berusia 1 bulan, diagnosis sebelum 3 bulan dan intervensi diberikan sebelum 6 bulan.
KRITERIA	Kriteria Inklusi: 1. Sebanyak 48 Hospital yang terlibat dalam program UNHS.

2. Semua bayi yang dilahirkan hidup di hospital merujuk kepada daftar kelahiran yang didaftarkan dan dilaporkan oleh jabatan obstetrik dan ginekologi.

Kriteria Eksklusi:

1. Bayi yang lahir hidup di hospital lain (bukan di 48 hospital).
2. Bayi yang tidak boleh disaring sebelum/ pada usia 28 hari disebabkan komplikasi atau rawatan perubatan.
3. Bayi yang tidak dapat disaring disebabkan telah meninggal dunia sebelum/ pada usia 28 hari.
4. Bayi yang ditahan di NICU/ SCN sehingga melebihi usia 28 hari dan belum menjalani saringan pendengaran.

Senarai 48 Hospital yang Terlibat dalam Program UNHS

Negeri	Hospital	Negeri	Hospital
Perlis	1. H. Tuanku Fauziah	Melaka	25.H. Melaka
Kedah	2. H. Sultanah Bahiyah	Johor	26.H. Pakar Sultanah Fatimah
	3. H. Sultan Abdul Halim		27.H. Segamat
	4. H. Kulim		28.H. Enche' Besar Hajjah Khalsom
	5. H. Baling		29.Hospital Sultanah Nora Ismail
	6. H. Sultanah Maliha		30.H. Sultanah Aminah
P. Pinang	7. H. Pulau Pinang		31.H. Sultan Ismail
	8. H. Balik Pulau	Pahang	32.H. Tengku Ampuan Afzan
	9. H. Seberang Jaya		33.H. Sultan Haji Ahmad Shah
	10. H. Bukit Mertajam		34.H. Kuala Lipis
Perak	11. H. Raja Permaisuri Bainun	Terengganu	35.H. Sultanah Nur Zahirah
	12. H. Taiping		36.H. Kemaman
	13. H. Teluk Intan	Kelantan	37.H. Raja Perempuan Zainab II
Selangor	14. H. Ampang		38.H. Pasir Mas
	15. H. Selayang		39.H. Tanah Merah
	16. H. Sungai Buloh		40.H. Sultan Ismail Petra
	17. H. Tengku Ampuan Rahimah		41.H. Machang

		18. H. Shah Alam		42.Hospital Gua Musang	
		19. H. Serdang	Sabah	43.H. Wanita dan Kanak Kanak Sabah	
	Wilayah	20. H. Tunku Azizah		44.H. Tawau	
		21. H. Putrajaya		45.H. Duchess of Kent	
	Negeri Sembilan	22. H. Tuanku Ja'afar	Sarawak	46.H. Sibu	
		23. H. Rembau		47.H. Umum Sarawak	
		24. H. Tuanku Ampuan Najihah		48.H. Miri	
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator : Jumlah bayi lahir hidup di hospital dan menjalani saringan pendengaran sebelum/pada umur 28 hari. Denominator : Jumlah kelahiran hidup di hospital. Kaedah Pengiraan : Jumlah bayi lahir hidup di hospital dan menjalani saringan pendengaran sebelum/ pada umur 28 hari x 100 % Jumlah kelahiran hidup di hospital. Pelaporan Januari - Jun menggunakan cohort data Disember 2024 sehingga Mei 2025. Pelaporan Januari - Disember menggunakan cohort data Disember 2024 sehingga November 2025				
TREND PENCAPAIAN		Tahun	Sasaran	Pencapaian	
		2023	70%	77%	
		2024	80%		
SASARAN 2025	≥85%				
JUSTIFIKASI SASARAN	Pengesanan masalah pendengaran dalam kalangan bayi masih rendah kerana kadar liputan saringan pendengaran yang masih tidak mencapai sasaran ≥ 95% seperti yang ditetapkan oleh <i>Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)</i>. Program saringan pendengaran yang mencapai sasaran JCIH dijangka dapat mengenalpasti bayi dan kanak-kanak bermasalah pendengaran dengan lebih banyak dan intervensi awal dapat diberikan seterusnya membantu mereka mencapai potensi diri sepanjang hayat mereka.				
DOKUMEN SOKONGAN	<i>Guideline for neonatal hearing screening</i> MOH (2022) JCIH Position Statement 2019.				

	Senarai 61 hospital yang menjalankan program saringan pendengaran bayi (UNHS).
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Dr. Syazni Binti Badrol Hisham Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan UD54 Cawangan/ Sektor: Cawangan Perkembangan Perkhidmatan Perubatan Bahagian: Bahagian Perkembangan Perubatan Tel (Pejabat/HP): 03 8883 1163 Alamat e-mel: syazni@moh.gov.my

KPI 4.4	% Hospital yang Mencapai <i>Bed Waiting Time</i> yang Ditetapkan
TAFSIRAN	KPI ini merujuk kepada pencapaian setiap hospital KKM dalam memastikan pesakit bukan kritikal dari Jabatan Kecemasan yang telah diputuskan untuk dimasukkan ke wad biasa (katil bukan kritikal) dalam tempoh yang ditetapkan. KPI ini dilaksanakan di semua hospital KKM yang mempunyai Jabatan Kecemasan. Waktu Menunggu Katil (<i>Bed Waiting Time</i>, BWT): mengukur masa antara keputusan kemasukan ke wad di Jabatan Kecemasan (ED) dan kemasukan pesakit ke katil di dalam wad. KPI ini adalah indikator bagi memantau keberkesanan pengurusan katil pesakit di setiap hospital dan ia adalah di bawah bidang kuasa Pengarah Hospital. <i>Bed Waiting Time: measures the time between the disposition decision in the emergency department (ED) and admission (reach) to an inpatient bed in the ward. This KPI monitor the effectiveness of bed management process where it is under jurisdiction Hospital Director.</i>
DEFINISI ISTILAH	<i>Bed Waiting Time (BWT):</i> Purata masa menunggu katil dari arahan masuk wad biasa oleh doktor sehingga pesakit dihantar ke katil. Wad biasa/bukan kritikal: Wad selain wad/ ruang/ bilik rawatan kritikal seperti ICU, CCU, PICU, NICU, HDW, SCN, <i>Burn Unit</i>, termasuk <i>acute beds</i> di wad biasa. Katil yang terlibat dalam di adalah katil <i>sub-acute</i>, dan katil biasa di wad bukan kritikal. Pesakit kritikal: Pesakit yang memerlukan pemerhatian khusus, yang perlu ditempatkan di wad/bilik/ruang kritikal.
JUSTIFIKASI KPI	Pengurusan kemasukan pesakit dari ED ke wad adalah salah satu aspek penting dalam Pengurusan Operasi Hospital. Setiap hospital perlu sentiasa menambahbaik proses aliran pesakit bagi memastikan pesakit mendapat rawatan sewajarnya. BWT yang panjang: - Menjadi punca ketidakpuasan pesakit dalam penjagaan kesihatan. Dalam pengurusan aliran pesakit terdapat beberapa indikator yang berkaitan dengan proses perawatan dan tempoh masa yang bergantung kepada kecekapan proses kerja proses; - Merupakan faktor utama yang menyumbang kepada kesesakan di Jabatan Kecemasan (ED); - Berpunca daripada proses discaj yang kurang cekap; dan

	- Meningkatkan risiko kematian (Mortality) serta tempoh tinggal di dalam wad (LOS). <i>Prolonged waiting time is a source of patient dissatisfaction in health care. In patient flow there are few indicators related to timely and efficient transitions in care. One of it is bed waiting time. Prolonged bed waiting time is one of the key factors contributing to emergency department (ED) overcrowding. Prolonged stay in Emergency Department also associated with higher inpatient mortality rates and longer hospital length of stay. Prolonged bed waiting time is also one of the results from inefficient discharge process. Managing demand for admission at ED to inpatients' wards is one of the important aspects in Hospital Operation Management. Efforts to reduce may improve outcomes for ED patients who are admitted to the hospital. Every hospital must look into continuously improving it.</i>
KRITERIA	<u>Kriteria Inklusi:</u> 1. Hospital yang mempunyai Perkhidmatan/Jabatan Kecemasan dan Trauma. 2. Melibatkan pesakit yang mendapat rawatan di Jabatan Kecemasan dan disahkan untuk dimasukkan ke wad bukan kritikal. 3. Pesakit bukan kritikal yang sesuai ditempatkan di katil <i>sub-acute</i> dan katil biasa di wad bukan kritikal. <u>Kriteria Eksklusi:</u> 1. Pesakit kritikal yang sepatutnya diletakkan di wad kritikal/<i>acute beds</i> tetapi ditempatkan di katil <i>sub-acute</i>/biasa di wad bukan kritikal (kerana tiada katil di wad kritikal). 2. Kes rujukan untuk kemasukan (step-up/ step down). 3. Pesakit yang perlu diisolasi (contoh: pesakit penyakit berjangkit) atau pengawasan rapi (contoh: mental) 4. Ruang wad isolasi yang tetap/semestara/transit. 5. Pesakit perlu menjalani prosedur semasa dalam perjalanan ke wad (contoh Xray). 6. Pesakit yang perlu dihantar terus ke dewan bedah untuk sebarang prosedur. 7. Pesakit Covid-19, SARI, ILI, PUI, dan pesakit yang memerlukan ujian PCR di Jabatan Kecemasan (sebelum kemasukan ke wad).
KAEDAH PENGUKURAN	Pengumpulan data perlu dijalankan dua kali setahun untuk tempoh selama seminggu bagi fasa awal tahun dan fasa akhir tahun (Isnin hingga Ahad).

Penentuan tarikh pengumpulan data akan ditentukan oleh Jabatan Kesihatan Negeri masing-masing. Jumlah sampel adalah sebanyak 200 sampel atau jumlah semua kes sepanjang seminggu tempoh pengumpulan data.

Data melibatkan kemasukan pesakit ke wad Perubatan, Pembedahan, Ortopedik, Paediatric dan Ginekologi atau wad perempuan, wad lelaki dan wad kanak-kanak mana yang berkaitan.

Kaedah pengiraan di peringkat hospital:

Numerator:

Jumlah masa keseluruhan bagi semua pesakit (sampel) yang diambil dalam satu minggu

Denominator:

Bilangan pesakit (sampel) yang diambil dalam satu minggu

Contoh pengiraan: Pesakit (A)	Keputusan masuk oleh doctor di Jabatan Kecemasan	Pesakit tiba di katil wad yang terlibat	Bed Waiting Time (dalam minit) (B)
Ali	11.00 pagi	11.45 pagi	45
Mei Mei	11.10 pagi	12.30 tghari	80
Chandran	11.33 pagi	12.12 tghari	39

Purata BWT seminggu:

= Jumlah (B) / Jumlah (A)

Sasaran hospital:

- i) Purata BWT seminggu adalah ≤ 360 minit bagi hospital dengan BOR rasmi tahunan (tahun sebelumnya) $\geq 85\%$
- ii) Purata BWT seminggu adalah ≤ 240 minit bagi hospital dengan BOR rasmi tahunan (tahun sebelumnya) $< 85\%$

Verifikasi: Pengarah Hospital

	<u>Kaedah pengiraan di peringkat JKN:</u> Numerator: Bilangan Hospital yang mencapai KPI Denominator: Jumlah keseluruhan Hospital yang mempunyai Jabatan Kecemasan dalam negeri Kaedah Pengiraan: (Bilangan Hospital yang mencapai KPI) (Jumlah keseluruhan Hospital yang mempunyai Jabatan Kecemasan dalam negeri X 100 = (pencapaian) % Pengumpulan data: 2 kali setahun Sasaran Negeri: ≥ 80% hospital mencapai BWT yang ditetapkan <u>Kaedah pengiraan di peringkat IPKKM:</u> Numerator: Bilangan Hospital yang mencapai KPI Denominator: Jumlah keseluruhan Hospital yang mempunyai Jabatan Kecemasan (seperti yang dikemukakan oleh setiap negeri) Kaedah Pengiraan: (Bilangan Hospital yang mencapai KPI) (Jumlah keseluruhan Hospital yang mempunyai Jabatan Kecemasan (seperti yang dikemukakan oleh setiap negeri) X 100 = (pencapaian) % Pengumpulan data: 2 kali setahun																				
TREND PENCAPAIAN	<table><tr><th>Tahun</th><th>Sasaran</th><th>Pencapaian</th></tr><tr><td rowspan="2">2022</td><td>60% (Jan-Jun)</td><td>90.3%</td></tr><tr><td>60% (Julai-Disember)</td><td>90.3%</td></tr><tr><td rowspan="2">2023</td><td>80% (Jan-Jun)</td><td>85.5%</td></tr><tr><td>80% (Julai-Disember)</td><td>81.0%</td></tr><tr><td rowspan="2">2024</td><td>80% (Jan-Jun)</td><td>82.27%</td></tr><tr><td>80% (Julai-Disember)</td><td></td></tr></table>	Tahun	Sasaran	Pencapaian	2022	60% (Jan-Jun)	90.3%	60% (Julai-Disember)	90.3%	2023	80% (Jan-Jun)	85.5%	80% (Julai-Disember)	81.0%	2024	80% (Jan-Jun)	82.27%	80% (Julai-Disember)			
Tahun	Sasaran	Pencapaian																			
2022	60% (Jan-Jun)	90.3%																			
	60% (Julai-Disember)	90.3%																			
2023	80% (Jan-Jun)	85.5%																			
	80% (Julai-Disember)	81.0%																			
2024	80% (Jan-Jun)	82.27%																			
	80% (Julai-Disember)																				
SASARAN 2025	≥ 80% hospital mencapai BWT yang ditetapkan																				
JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran bagi tahun 2025 dikekalkan pada ≥80%. Separuh tahun pertama, sasaran ini berjaya dicapai dan menurun sedikit pada separuh tahun kedua. Lebih banyak usaha melalui pelbagai																				

	inisiatif termasuklah inisiatif Lean Healthcare perlu dijalankan bagi memastikan peningkatan dan mencapai sasaran $\geq 80\%$ terutamanya di hospital-hospital dengan BOR yang tinggi. Sasaran ini wajar, selari dengan komitmen berterusan KKM mengurangkan masa menunggu yang lama dan kesesakan di hospital.
NILAI MIN.	0
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	6 bulan sekali/ 2 kali setahun (Jan-Jun, Jul-Dis) Pencapaian setahun (Jan-Dis) akan diambil daripada pencapaian Jul-Dis setiap tahun, iaitu pencapaian terkini <i>bed waiting time</i> tahun semasa.
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan
DOKUMEN SOKONGAN	Fail rujukan: Hospital Kluster di Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital, Bahagian Perkembangan Perubatan
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Dr Maizatul Izyami binti Kayat Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan UD54 Cawangan: Perkembangan Perkhidmatan Perubatan Bahagian: Bahagian Perkembangan Perubatan Tel (Pejabat/HP): 03-88831136/ 012-6395806 Alamat e-mel: dr_izyamikayat@moh.gov.my

KPI 4.5	% Keputusan Lembaga Perubatan Selesai Bersidang dalam Tempoh Masa yang Ditetapkan
TAFSIRAN	Keputusan Lembaga Perubatan merupakan elemen utama bagi setiap persidangan Lembaga Perubatan berdasarkan <i>standard</i> kualiti dan tempoh masa yang ditetapkan. Penubuhan Lembaga Perubatan perlu dipantau bagi memastikan keputusan Lembaga Perubatan dapat diberikan kepada majikan mengikut tempoh masa yang ditetapkan
DEFINISI ISTILAH	Tempoh masa yang ditetapkan: -Tempoh masa dari dokumen lengkap diterima oleh Jabatan/ Unit Rekod Perubatan Jabatan Kesihatan Negeri/ Hospital Kuala Lumpur /Yayasan Perubatan Persekutuan sehingga keputusan persidangan Lembaga siap dan dimuktamadkan oleh panel dalam tempoh ≤ 60 hari bekerja. Permohonan lengkap: Permohonan majikan yang disertakan dengan semua dokumen yang diperlukan mengikut jenis permohonan seperti yang dinyatakan didalam Garispanduan Penubuhan Lembaga Perubatan di Fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia yang terpakai dari masa ke semasa beserta dengan bayaran yang dikenakan (jika berkaitan)
JUSTIFIKASI KPI	1.KPI ini selaras dengan Perintah Am Bab F yang mana Tempoh siap Penubuhan lembaga adalah dalam tempoh ≤ 60 hari bekerja 2.KPI ini juga dibaca Bersama Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 10 Tahun 1995 –Prosedur Menersarakan Pegawai atas sebab kesihatan.
KRITERIA	Kriteria Inklusi: Semua jenis permohonan penubuhan lembaga perubatan merujuk PKPK Bil. 13/ 2017: Garis panduan Penubuhan Lembaga Perubatan di Fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia Kriteria Eksklusi: 1. Lembaga Perubatan akan bersidang semula apabila ahli panel menangguhkan keputusan atas status kesihatan pegawai. 2. Pegawai yang hendak dilembagakan tidak hadir tanpa sebab atau telah meninggal dunia 3. Ahli Lembaga Perubatan tiada kepakaran di hospital tersebut

KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Bilangan keputusan Lembaga Perubatan yang disiapkan dalam tempoh yg ditetapkan Denominator: Bilangan Permohonan penubuhan Lembaga Perubatan yang diterima lengkap daripada majikan Kaedah Pengiraan: $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$ Contoh : Lembaga Perubatan yang berjaya bersidang mengikut tempoh masa yang ditetapkan dalam tempoh ≤ 60 hari bekerja: 35 Jumlah permohonan diterima daripada majikan pada bulan tersebut: 60 $\frac{35}{60} \times 100 = 58\%$ Laporan senarai penubuhan Lembaga Perubatan akan dikumpul setiap bulan di peringkat hospital Laporan statistik penubuhan Lembaga secara tahunan akan dikumpul dan dihantar kepada Jabatan Rekod Perubatan Jabatan Kesihatan Negeri Frekuensi Pelaporan: 2 kali setahun – (Jan – Jun) dan (Jan – Dis) (oleh Jabatan Rekod Perubatan JKN dan Hospital) * Pengiraan adalah mengikut kohort Tempoh siap 60 hari bekerja adalah dalam julat frekuensi pelaporan
TREND PENCAPAIAN	KPI Baru
SASARAN 2025	$\geq 75\%$
JUSTIFIKASI SASARAN	Memastikan ppenubuhan Lembaga Perubatan dilaksanakan dalam tempoh masa ditetapkan kerana melibatkan urusan penamatan perkhidmatan pegawai awam bukan sahaja daripada KKM tetapi juga daripada lain-lain agensi awam dan swasta.

	Sasaran tinggi adalah bagi memastikan semua anggota yang terlibat dalam penubuhann Lembaga Perubatan (Pengarah Hospital, Pakar-Pakar Perubatan, Pegawai Perubatan, Majikan, anggota Rekod Perubatan, dll) mengambil serius berhubung tempoh penubuhan lembaga perubatan.
NILAI MIN.	0
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan
DOKUMEN SOKONGAN	Tatacara penubuhan Lembaga Perubatan adalah berdasarkan Garispanduan Penubuhan Lembaga Perubatan di Fasilitas Kementerian Kesihatan Malaysia yang terpakai dari masa ke semasa. Hospital / Institusi Perubatan yang tidak dapat mencapai sasaran perlu mengisi borang SIQ dan RCA.
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Hasnah Binti Ismail Jawatan/ Gred: Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan) / N44 Cawangan/ Sektor: Cawangan Perkembangan Perkhidmatan Perubatan Bahagian: Bahagian Perkembangan Perubatan Tel (Pejabat/HP): 03-88831140/0132334024 Alamat e-mel: hanis_pp@moh.gov.my

KPI 4.6	% Pemeriksaan Pematuhan Piawaian (3P) ke atas Klinik Perubatan Swasta dalam Tempoh Ditetapkan
TAFSIRAN	Klinik perubatan swasta ertinya mana-mana premis, selain kemudahan jagaan kesihatan Kerajaan, yang digunakan atau dimaksudkan untuk digunakan bagi amalan perubatan atas dasar pesakit luar termasuklah- Memeriksa, mendiagnosis, atau merawat mana-mana orang yang menghidap, atau dipercayai menghidap, apa-apa penyakit, kecederaan atau hilang upaya minda atau badan: Perkhidmatan jagaan kesihatan pencegahan atau penggalakan; dan Mengubati atau mengurangkan apa-apa keadaan luar biasa; dan Mengubati atau mengurangkan apa-apa keadaan luar biasa badan manusia dengan pemakaian apa-apa perkakas, kelengkapan, alat atau peranti. Pemantauan klinik perubatan swasta merupakan salah satu skop tugas utama CKAPS yang dijalankan untuk memastikan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998 [Akta 586] dan peraturan-peraturannya sentiasa dipatuhi bagi menjamin keselamatan dan kualiti pesakit terpelihara. KPI ini juga merujuk kepada usaha Kementerian untuk memastikan aktiviti pemantauan dilakukan secara berkala oleh CKAPS JKN dan CKAPS JKWP terhadap klinik perubatan swasta yang berdaftar bawah Akta 586 selaras dengan hasrat KKM untuk menyediakan perkhidmatan yang berkualiti.
DEFINISI ISTILAH	“Klinik Perubatan Swasta” bermaksud mana-mana premis, selain kemudahan jagaan kesihatan Kerajaan, yang digunakan atau dimaksudkan untuk digunakan bagi amalan perubatan atas dasar pesakit luar, sepertimana yang ditetapkan di bawah Seksyen 2, Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998 [Akta 586] dan peraturan-peraturannya; “Perakuan Pendaftaran” merujuk kepada sijil yang mengesahkan klinik perubatan swasta berdaftar bawah Seksyen 27, Akta 586. “Lawatan Pemeriksaan Pematuhan Piawaian (3P)” bermaksud lawatan pemeriksaan yang dijalankan ke atas klinik perubatan swasta yang telah didaftarkan tanpa

	keperluan lawatan pra-pendaftaran, bagi tujuan menentusahkan kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan adalah selaras dengan kelulusan yang telah diberikan semasa permohonan pendaftaran serta mematuhi kehendak Akta 586 dan peraturan-peraturannya. “CKAPS” merujuk kepada anggota penguatkuasa yang telah dilantik oleh Ketua Pengarah Kesihatan bawah Seksyen 87, Akta 586 yang bertanggungjawab untuk menguatkuasakan akta ini melalui aktiviti-aktiviti penguatkuasaan yang dijalankan termasuk aktiviti pemantauan.
JUSTIFIKASI KPI	KPI ini diwujudkan bertujuan untuk memantau tahap pematuan Akta 586 oleh klinik perubatan swasta yang didaftarkan tanpa keperluan lawatan pra-pendaftaran. Selain itu, KPI ini juga dapat memastikan kualiti dari segi <i>Patient Safety</i> dan <i>Quality of Care</i> terjamin.
KRITERIA	Kriteria Inklusi: Semua klinik perubatan swasta yang didaftarkan tanpa keperluan lawatan pra-pendaftaran. Kriteria Eksklusi: Klinik perubatan swasta yang surat arahan untuk menjalankan lawatan 3P tidak diterima oleh CKAPS JKN/JKWP.
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Bilangan lawatan 3P yang dilakukan oleh CKAPS JKN / JKWP ke atas klinik perubatan swasta yang didaftarkan tanpa keperluan lawatan pra-pendaftaran pada tahun semasa dalam tempoh tiga (3) bulan daripada tarikh surat arahan Lawatan 3P diterima oleh CKAPS JKN/JKWP (a). Denominator: Bilangan klinik perubatan swasta yang didaftarkan bawah Akta 586 tanpa keperluan lawatan pra-pendaftaran pada tahun semasa (b). Kaedah Pengiraan: $(a/b) \times 100\%$
TREND PENCAPAIAN	KPI Baharu
SASARAN 2025	$\geq 65\%$ (purata di peringkat kebangsaan, bukan di peringkat setiap jkn/jkwp).
JUSTIFIKASI SASARAN	Penetapan sasaran adalah berdasarkan keperluan bagi memastikan semua klinik perubatan swasta yang berdaftar bawah Akta 586 tanpa keperluan lawatan pra-pendaftaran mematuhi keperluan Akta 586 dan peraturan-peraturannya secara keseluruhan.
NILAI MIN.	0

FREKUENSI PELAPORAN DATA	Tahunan (mengambil kira tempoh pemantauan dilakukan dari 1 Januari hingga 31 Disember).
DOKUMEN SOKONGAN	Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998 [Akta 586]. Peraturan-peraturan Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta (Klinik Perubatan Swasta atau Klinik Pergigian Swasta) 2006, [P.U. (A) 137/2006]. <i>Guidelines on Aesthetic Medical Practice for Registered Medical Practitioners.</i> Senarai Semak Pemeriksaan Lawatan Pemeriksaan Pematuhan Piawaian (3P). Fail Petunjuk Prestasi Utama (KPI) (No. Fail: KKM.100-1/22/1 Jld. 5)
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Dr. Mohd Azran Hafiz bin Ahmad Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah UD54 Cawangan/ Sektor: Cawangan Kawalan Amalan Perubatan Swasta Bahagian: Amalan Perubatan Tel (Pejabat/HP): 03 – 8883 1580 / 012 – 415 6171. Alamat e-mel: dr.azran@moh.gov.my

KPI 4.7	% Jururawat yang Bertugas di Penempatan Klinikal > 6 Bulan Diperakui Lulus dan Mendapat <i>Privilege</i>
TAFSIRAN	<i>Privilege</i> dimana Jururawat telah menjalani latihan secara <i>professional</i> mengikut pengalaman dan dibuktikan dengan <i>log book</i> . Jururawat juga telah menjalani pembelajaran secara berterusan (<i>Continous Professional Development</i>) mengikut skop penempatan klinikal sebelum diiktiraf dengan Sijil <i>Privileging</i> dalam mesyuarat Jawatankuasa <i>Privileging</i> peringkat Hospital.
DEFINISI ISTILAH	1.Sijil <i>Privileging</i> – sijil yang diberikan kepada anggota yang telah menjalankan aktiviti pembelajaran seperti yang ditetapkan dalam Buku <i>Credentialing & Privileging Guidelines for Nurses, Assistant Medical Officers & Allied Health Professionals 2nd Ed. 2018</i> 2.Penempatan klinikal melibatkan 12 disiplin: 2.1 <i>Peri Operative</i> 2.2 <i>Pediatric</i> 2.3 <i>Neonatal Nursing</i> 2.4 <i>Orthopedic</i> 2.5 <i>Emergency Medicine & Trauma Services</i> 2.6 <i>Pre Hospital Care</i> 2.7 <i>Intensive Care Nursing</i> 2.8 <i>Peri Anesthesia Care Nursing</i> 2.9 <i>Ophthalmology</i> 2.10 <i>Dialysis Care (Haemodialysis & Peritoneal Dialysis)</i> 2.11 <i>Endoscopy</i> 2.12 <i>Palliative Care Nursing</i>
JUSTIFIKASI KPI	Sasaran ditetapkan berdasarkan kepentingan kompetensi untuk keperluan perkhidmatan, di mana untuk jururawat yang tidak dapat mengikuti latihan pos basik. Ini sebagai satu usaha untuk menghasilkan jururawat yang kompeten dalam memberikan perkhidmatan perawatan yang berkualiti dan selamat kepada pesakit.
KRITERIA	Kriteria Inklusi: 1. Pemohon telah bertugas di penempatan klinikal > 6 bulan selepas berjaya mengikuti program pementoran. 2. Permohonan kali pertama untuk sijil <i>Privileging</i> 3. Bertugas di tempat hospital yang dipohon. Tidak boleh pindah sijil <i>Privileging</i> ke hospital lain. Kriteria Eksklusi: 1. Pemohon mempunyai sijil Pos Basik atau sijil <i>Credentialing</i>. 2. Tidak bertugas di penempatan klinikal yang dipohon. 3. Permohonan yang tidak menepati kriteria. 4. Permohonan daripada luar fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia

KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Bilangan Jururawat yang bertugas di 12 penempatan klinikal > 6 bulan di perakui lulus dan di <i>Privilege</i> dalam mesyuarat Jawatankuasa <i>Privileging</i> peringkat Hospital Denominator: Jumlah Jururawat yang bertugas di penempatan klinikal > 6 bulan di disiplin yang dipohon yang tiada Sijil Pos Basik dan Sijil <i>Credentialing</i> Kaedah Pengiraan: <u><i>Numerator</i></u> x100% <i>Denominator</i>								
TREND PENCAPAIAN	<table><tr><th>Tahun</th><th>Sasaran</th><th>Pencapaian</th></tr><tr><td>2024</td><td>≥80%</td><td>78.65%</td></tr></table>			Tahun	Sasaran	Pencapaian	2024	≥80%	78.65%
Tahun	Sasaran	Pencapaian							
2024	≥80%	78.65%							
SASARAN 2025	≥80%								
JUSTIFIKASI SASARAN	1. Pencapaian data untuk 12 disipli adalah di antara 68%-92%. 2. Terdapat pencapaian di antara 25-30 % untuk setengah disiplin di fasiliti,								
NILAI MIN.	0								
FREKUENSI PELAPORAN DATA	Tahunan								
DOKUMEN SOKONGAN	Buku Panduan <i>Credentialing & Privileging Guidelines for Nurses, Assistant Medical Officers & Allied Health Professionals 2nd Ed. 2018</i>								
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Cheah Jenny Jawatan/ Gred: Penolong Pengarah Kanan Kejururawatan Cawangan/Sektor: Cawangan Dasar dan Amalan Kejururawatan Bahagian: Kejururawatan, Kementerian Kesihatan Malaysia Tel (Pejabat/HP): 03-8883 3545 Alamat e-mel: cheahjenny@moh.gov.my								