

## **GARIS PANDUAN UNTUK PESAKIT DALAM, PELAWAT DAN PENJAGA DI HOSPITAL UiTM DALAM KONTEKS COVID-19**

### **1. PENGENALAN:**

- i. Garis panduan ini adalah untuk membantu petugas kesihatan dalam menguruskan pesakit dalam, pelawat dan penjaga di Hospital UiTM.
- ii. Garis panduan ini disesuaikan daripada *Polisi Melawat bagi Penjaga dan Pelawat di Hospital KKM dalam Konteks COVID-19 (5 Januari 2022)* dan diubah suai mengikut keperluan dan keadaan di HUiTM.

**NOTA: PELAWAT / PENJAGA DIBENARKAN UNTUK PESAKIT BUKAN COVID SAHAJA**

### **2. KRITERIA PELAWAT DAN PENJAGA**

- i. Terhad kepada **satu (1) pelawat / penjaga setiap pesakit pada satu-satu masa**.
- ii. Hendaklah berumur  $\geq 16$  tahun.
- iii. Vaksin COVID-19 yang lengkap (mengikut definisi KKM).
- iv. Bukan daripada kumpulan berisiko tinggi (sistem imun yang rendah, warga tua  $\geq 60$  tahun, pelbagai komorbiditi).
- v. Tidak dikategorikan sebagai Orang Di Bawah Pengawasan (PUS).
- vi. Tiada gejala Covid-19.
- vii. Mengimbas kod QR MySejahtera.
- viii. Penjaga/peneman hendaklah mengisi Borang Persetujuan dan Pemahaman Risiko Jangkitan COVID-19 bagi Penjaga Pesakit (Lampiran 1).

### **3. KUMPULAN PESAKIT DI MANA PENJAGA DIBENARKAN DI HOSPITAL**

- i. Pesakit dengan penyakit kritikal, penjagaan paliatif, penjagaan hospis dan akhir hayat.
- ii. Pesakit yang memerlukan bantuan ketika rawatan, contohnya, membantu menggerakkan pesakit, penjagaan diri terutamanya untuk pesakit kurang upaya, sakit kritikal, pesakit tua atau selepas pembedahan.
- iii. Pesakit yang memerlukan bantuan komunikasi, seperti mereka yang mempunyai masalah pendengaran, visual, pertuturan, kognitif, intelektual atau ingatan.
- iv. Pesakit pediatrik dan ibu bersalin.

### **4. SOP UNTUK PESAKIT DALAM/PELAWAT/PENJAGA**

- i. Pesakit **dinasihatkan** untuk memakai pelitup muka semasa berada di hospital terutamanya apabila berhadapan dengan petugas kesihatan semasa menerima rawatan.
- ii. Pelawat/penjaga hendaklah sentiasa memakai pelitup muka semasa berada di hospital.
- iii. Pesakit/Pelawat/Penjaga dinasihatkan untuk **menghadkan** pergerakan mereka di hospital.
- iv. Penjaga perlu memaklumkan kepada anggota kesihatan di wad sekiranya terdapat pertukaran penjaga.
- v. Penjaga **TIDAK dibenarkan keluar** dari hospital sehingga pesakit discaj.

### **5. KEPERLUAN UJIAN COVID-19: MENGGUNAKAN RTK ANTIGEN SALIVA**

#### **Penjaga**

- i. Penjaga perlu membuat ujian RTK Antigen Saliva **sebelum** kemasukan ke wad
- ii. Tunjukkan tarikh dan masa ujian RTK Antigen Saliva. Tunjukkan gambar keputusan ujian kepada petugas kesihatan di wad.
- iii. Gunakan RTK Antigen Saliva yang diluluskan oleh Pihak Berkuasa Peranti Perubatan

## **Pesakit Dalam dan Penjaga**

- i. SEMUA pesakit dan penjaga hendaklah **DISARING** pada hari-hari seperti berikut semasa tempoh kemasukan:
  - Hari ke-3 atau hari ke-4 kemasukan
  - Sekali seminggu sehingga discaj
- ii. Sekiranya pesakit didapati positif COVID-19, rawatan pesakit akan mengikut perawatan pesakit COVID-19
- iii. Sekiranya penjaga menjadi kontak rapat atau pesakit COVID-19 (semasa menjaga pesakit di wad) ATAU penjaga juga didapati positif COVID-19 dalam tempoh ini, dia tidak lagi boleh menjadi penjaga walaupun dia tidak bergejala dan akan diminta untuk **meninggalkan** hospital. Penjaga dinasihatkan untuk mematuhi tempoh kuarantin mengikut garis panduan KKM

**Jadual 1: Ujian Saringan Pelawat dan COVID-19 untuk Pesakit Dalam, Pelawat dan Penjaga**

Wad	Pelawat/Penjaga/ Pesakit dalam	Bilangan Pelawat/Penjaga	Tempoh	Ujian COVID-19						
<b>SEMUA</b>	Pesakit dalam		Sepanjang tempoh kemasukan	<table border="1"> <tr> <td>Semasa kemasukan</td><td>RT-PCR</td></tr> <tr> <td>D3/D4</td><td>RtK Ag Saliva</td></tr> <tr> <td>Mingguan</td><td>RtK Ag Saliva</td></tr> </table>	Semasa kemasukan	RT-PCR	D3/D4	RtK Ag Saliva	Mingguan	RtK Ag Saliva
Semasa kemasukan	RT-PCR									
D3/D4	RtK Ag Saliva									
Mingguan	RtK Ag Saliva									
<b>Wad Am (Dewasa/Pediatrik/ &amp; Ginekologi)</b>	Penjaga	1 penjaga	Sepanjang tempoh kemasukan	<table border="1"> <tr> <td>Semasa kemasukan</td><td>RtK Ag Saliva</td></tr> <tr> <td>D3/D4</td><td>RtK Ag Saliva</td></tr> <tr> <td>Mingguan</td><td>RtK Ag Saliva</td></tr> </table>	Semasa kemasukan	RtK Ag Saliva	D3/D4	RtK Ag Saliva	Mingguan	RtK Ag Saliva
Semasa kemasukan	RtK Ag Saliva									
D3/D4	RtK Ag Saliva									
Mingguan	RtK Ag Saliva									
	Pelawat	1 pelawat pada satu-satu masa	15 minit setiap kali semasa waktu melawat	Digalakkan untuk melakukan ujian RTK Ag Saliva (Keputusan sah dalam tempoh 24 jam sebelum lawatan)						
<b>Dewan Bersalin</b>	Peneman	1 peneman	Sepanjang tempoh proses kelahiran	RtK Ag Saliva (Keputusan sah dalam tempoh 24 jam sebelum lawatan)						
<b>Wad Obstetrik</b>	Pelawat	1 pelawat pada satu-satu masa	15 minit setiap kali semasa waktu melawat	Digalakkan untuk melakukan ujian RTK Ag Saliva (Keputusan sah dalam tempoh 24 jam sebelum lawatan)						
<b>ICU</b>	Pelawat	1 pelawat pada satu-satu masa	15 minit setiap kali semasa waktu melawat	Digalakkan untuk melakukan ujian RTK Ag Saliva (Keputusan sah dalam tempoh 24 jam sebelum lawatan)						

Nota: Ujian saringan RTK Ag Saliva COVID-19 untuk pesakit dalam dan penjaga akan dilakukan sebagai *Point of Care Testing (POCT)*

HOSPITAL UNIVERSITI TEKNOLOGI MARA

**BORANG PERSETUJUAN DAN PEMAHAMAN RISIKO  
JANGKITAN COVID-19 BAGI PENJAGA PESAKIT**

1. Saya telah memahami dan bersetuju sepenuhnya bahawa:
  - a. Hospital UiTM telah mengambil segala langkah pencegahan untuk mengelakkan risiko jangkitan COVID-19 kepada pesakit, penjaga, pelawat serta anggota kesihatan hospital dengan mematuhi semua peraturan dan garis panduan berkaitan dengan COVID-19.
  - b. Pesakit, penjaga atau pelawat masih mempunyai risiko untuk mendapat jangkitan COVID-19 ketika berada di hospital.
2. Berdasarkan perkara di atas, saya dengan ini bersetuju untuk tidak membuat sebarang tuntutan dan / atau meneruskan tuntutan terhadap pihak Kerajaan dan Hospital UiTM di atas kerugian, kos, liabiliti, penderitaan atau kerosakan sekiranya saya atau pesakit yang dijaga mendapat jangkitan COVID-19.
3. Saya seterusnya mengesahkan bahawa perkara di atas telah dijelaskan kepada saya oleh pihak Hospital UiTM dan saya memahami sepenuhnya sifat dan akibat yang dinyatakan di Perenggan 2 dan saya menandatangani borang ini dengan rela hati tanpa sebarang paksaan.
4. Saya berjanji akan mematuhi semua peraturan dan garis panduan berkaitan dengan COVID-19 yang telah ditetapkan oleh pihak Kerajaan dan Hospital sepanjang keberadaan saya di kawasan Hospital UiTM

**PENJAGA**

Tandatangan:

Nama:

Kad Pengenalan:

Hubungan dengan pesakit:

Tarikh:

**ANGGOTA KESIHATAN**

Tandatangan:

Nama:

Kad Pengenalan:

Jawatan:

Tarikh: