



PARLIMEN MALAYSIA



DR. 14 TAHUN 2026

**PENYATA JAWATANKUASA PILIHAN
WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN
MASYARAKAT
PENAMBAHBAIKAN PERKHIDMATAN BERSEPADU
ONE STOP CRISIS CENTER (OSCC) DI MALAYSIA**

KANDUNGAN

KANDUNGAN	i
SINGKATAN	ii
INFOGRAFIK	iv
BAHAGIAN I PENGENALAN	1
1.1 JAWATANKUASA DAN TERMA RUJUKAN	1
1.2 PENDEKATAN TUGAS KERJA	3
BAHAGIAN II LATAR BELAKANG	5
BAHAGIAN III LIBAT URUS	8
I. TAKLIMAT BERKENAAN PELAKSANAAN PERKHIDMATAN ONE-STOP CRISIS CENTER (OSCC) BAGI MANGSA KEGANASAN: PEMERIKSAAN PERUBATAN, FORENSIK KLINIKAL, KAUNSELING AWAL, RAWATAN SUSULAN DAN GARIS MASA PELAKSANAAN GARIS PANDUAN TERKINI OSCC OLEH KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)	8
II. TAKLIMAT BERKENAAN PENGENDALIAN KES KEGANASAN RUMAH TANGGA DAN KANAK-KANAK MELALUI OSCC: PERANAN POLIS DIRAJA MALAYSIA (PDRM) DALAM SIASATAN, PERLINDUNGAN MANGSA DAN KOORDINASI DENGAN HOSPITAL SERTA JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT (JKM) OLEH KEMENTERIAN DALAM NEGERI (KDN)	18
III. TAKLIMAT BERKENAAN PENGENDALIAN KES KANAK-KANAK DAN MANGSA PASCA-OSCC: PERANAN PEGAWAI PELINDUNG JKM DALAM PERLINDUNGAN, KAUNSELING DAN PENEMPATAN SEMENTARA OLEH JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT (JKM)	21
BAHAGIAN IV PERBINCANGAN DAN PENELITIAN	26
BAHAGIAN V LAPORAN LAWATAN KERJA JAWATANKUASA	34
BAHAGIAN VI SYOR JAWATANKUASA	81
BAHAGIAN VII RUMUSAN JAWATANKUASA	85
BAHAGIAN VIII PENGHARGAAN	86

SINGKATAN

AKRT	Akta Keganasan Rumah Tangga
CRC	Konvensyen Hak Kanak-Kanak
CT	<i>Computerized Tomography</i>
DNA	<i>Deoxyribonucleic Acid</i>
EPO	<i>Emergency Protection Order</i>
FIR	<i>First Information Report</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HKL	Hospital Kuala Lumpur
HRPZ	Hospital Raja Perempuan Zainab
HSA	Hospital Sultanah Aminah
HTA	Hospital Tunku Azizah
HUS	Hospital Umum Sarawak
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
IO	<i>Investigating Officer</i>
IPD	Ibu Pejabat Polis Daerah
IPK	Ibu Pejabat Polis Kontinjen
IPO	<i>Interim Protection Order</i>
JKM	Jabatan Kebajikan Masyarakat
JKP	Jawatankuasa Pilihan
JPA	Jabatan Perkhidmatan Awam
KDN	Kementerian Dalam Negeri
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
KPI	Petunjuk Prestasi Utama
KPM	Kementerian Pendidikan Malaysia

KPWKM	Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat
KRT	Keganasan Rumah Tangga
MOF	Kementerian Kewangan
NGO	Pertubuhan Bukan Kerajaan
OSCC	One Stop Crisis Center
PBT	Pihak Berkuasa Tempatan
PDRM	Polis Diraja Malaysia
PEP	<i>Post-Exposure Prophylaxis</i>
PKMD	Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah
PO	<i>Protection Order</i>
PPW	Pusat Perkhidmatan Wanita
PTSD	<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
S-A-S-O	<i>Suspicion, Ask, Acknowledge, Assess & Options</i>
SCAN	<i>Suspected Child Abuse and Neglect</i>
SOP	Prosedur Operasi Standard
STI	<i>Sexually Transmitted Infection</i>
SWWS	Sarawak Women for Women Society
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
W.P.	Wilayah Persekutuan
WCC	Women's Centre for Change
YB	Yang Berhormat



JAWATANKUASA PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT PENAMBAHBAIKAN PERKHIDMATAN BERSEPADU ONE STOP CRISIS CENTER (OSCC) DI MALAYSIA

DR. 14 TAHUN 2026



OSCC

ONE STOP CRISIS CENTER

24h

Perkhidmatan bersepadu yang dijalankan oleh Jabatan Kecemasan dan Trauma Hospital di bawah Kementerian Kesihatan Malaysia yang beroperasi 24 jam.

OBJEKTIF



Memastikan mangsa menerima bantuan segera, selamat dan terselaras.

KERJASAMA

- Hospital
- Polis Diraja Malaysia
- Jabatan Kebajikan Masyarakat
- Lain-lain agensi berkaitan

PERKHIDMATAN

- ✓ Menyediakan rawatan perubatan.
- ✓ Menyediakan pemeriksaan forensik.
- ✓ Memberi sokongan psikososial.
- ✓ Rujukan perlindungan kepada mangsa keganasan, termasuk keganasan seksual, penderaan kanak-kanak dan keganasan rumah tangga.



KEPENTINGAN

- ✓ Mengurangkan trauma mangsa.
- ✓ Mempercepat proses rawatan dan siasatan.
- ✓ Memastikan kesinambungan perlindungan selepas mangsa mendapatkan rawatan di hospital.



LIBAT URUS



Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)



Kementerian Dalam Negeri (KDN)



Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWK)



Polis Diraja Malaysia (PDRM)



Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM)

LAWATAN KERJA

- OSCC, Hospital Putrajaya, Wilayah Persekutuan Putrajaya
- OSCC, Hospital Umum Sarawak, Sarawak
- OSCC, Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kota Bharu, Kelantan
- OSCC, Hospital Bukit Mertajam, Pulau Pinang
- OSCC, Hospital Kuala Lumpur, Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur
- OSCC, Hospital Tunku Azizah, Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur
- OSCC, Hospital Sultanah Aminah, Johor Bahru

ISU-ISU UTAMA

1



Ketidakteraturan pengendalian kes OSCC, termasuk kelewatan respons, kekeliruan kes rentas daerah atau negeri dan kelemahan pemahaman tatacara pengendalian mangsa.

2



Kelemahan kesinambungan perlindungan mangsa selepas rawatan hospital, khususnya melibatkan respons JKM di luar waktu pejabat, hujung minggu dan cuti umum.

3

Kekangan sumber dan kapasiti pelaksanaan OSCC, termasuk perjawatan, peruntukan, fasiliti, sistem data dan latihan.

4



Kekurangan infrastruktur OSCC yang mesra mangsa, selamat dan menjaga privasi.

SYOR JAWATANKUASA

- 1 **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kementerian Kewangan (MOF) menyediakan peruntukan tahunan bagi pengoperasian OSCC termasuk kos latihan berkala, sokongan psikososial kepada mangsa, pengurusan kes, penyelarasan antara agensi serta kesinambungan penjagaan selepas rawatan.**
- 2 **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kementerian Ekonomi menyediakan peruntukan pembangunan khusus bagi menaik taraf infrastruktur OSCC, termasuk penambahbaikan ruang pemeriksaan, bilik temu bual, kemudahan mesra mangsa, kelengkapan forensik klinikal dan kemudahan sokongan lain di hospital yang menyediakan perkhidmatan OSCC.**
- 3 **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA) meneliti dan mewujudkan perjawatan khusus berkaitan pengurusan OSCC di agensi-agensi utama, termasuk KKM, JKM, dan PDRM bagi mengatasi isu pertukaran pegawai yang kerap, kebergantungan kepada anggota tidak tetap serta kekurangan pegawai terlatih dalam pengendalian kes OSCC.**
- 4 **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM:**
 - **Mempercepatkan pelancaran garis panduan OSCC agar mekanisme pemantauan pematuhan OSCC di semua hospital dapat dilaksanakan, termasuk audit berkala, pelaporan prestasi dan tindakan pembetulan terhadap hospital yang tidak mematuhi standard minimum perkhidmatan OSCC;**
 - **Amalan baik OSCC yang telah dilaksanakan di hospital tertentu dikumpulkan, diseragamkan dan dijadikan rujukan nasional supaya semua OSCC dapat melaksanakan standard pengendalian kes yang setara; dan**
 - **Membangunkan sistem data OSCC bersepadu yang membolehkan pemantauan kes secara lebih tersusun, termasuk hubungan data dengan PDRM dan JKM bagi tujuan siasatan, perlindungan dan tindakan susulan.**
- 5 **Jawatankuasa mengesyorkan supaya PDRM:**
 - **Melantik seorang pegawai penyelaras OSCC di setiap daerah yang mempunyai kuasa dan autoriti mencukupi untuk mengarahkan tindakan segera apabila kes dirujuk oleh hospital;**
 - **Menetapkan prosedur yang jelas bagi kes OSCC rentas daerah dan rentas negeri, termasuk prinsip bahawa pegawai polis di daerah hospital boleh membantu tindakan awal walaupun kejadian berlaku di daerah atau negeri lain;**
 - **Satu garis masa maksimum ditetapkan dan mewajibkan kehadiran pegawai polis ke OSCC selepas laporan dibuat oleh hospital, bagi memastikan pemeriksaan forensik dan tindakan siasatan tidak tertangguh;**
 - **Menambah baik kelengkapan dan sistem yang diperlukan untuk membolehkan mangsa membuat aduan segera di OSCC; dan**
 - **Latihan pengendalian kes OSCC, keganasan seksual, keganasan rumah tangga dan penderaan kanak-kanak diperkukuh sebagai latihan wajib kepada pegawai barisan hadapan PDRM, khususnya pegawai yang bertugas di balai polis, pondok polis hospital dan kaunter laporan.**
- 6 **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KPWKM mengkaji dan membuat pindaan yang perlu terhadap Akta Kanak-Kanak 2001, khususnya peruntukan berkaitan pelantikan serta fungsi Pelindung dan Pembantu Pelindung, bagi membolehkan pewujudan perjawatan khas Pembantu Pelindung yang ditempatkan secara khusus di hospital yang menyediakan perkhidmatan One Stop Crisis Center (OSCC).**
- 7 **Jawatankuasa mengesyorkan supaya JKM:**
 - **Menambah bilangan perjawatan dan penempatan Pegawai Pelindung dengan lantikan tetap bagi memenuhi keperluan yang semakin meruncing.**
 - **Mewujudkan mekanisme pengurusan pengendalian kes OSCC di luar waktu bekerja untuk mempercepat tindakan perlindungan, penempatan sementara dan pengeluaran perintah perlindungan yang berkaitan; dan**
 - **Melaksanakan pemetaan semula penempatan Pelindung berdasarkan beban kes sebenar di daerah dan negeri.**
- 8 **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM menggunakan mekanisme pelaporan sementara seperti *dashboard* ringkas atau borang digital standard sementara menunggu pelaksanaan sistem pendigitalan penuh OSCC.**
- 9 **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KPWKM melaksanakan kempen kesedaran mengenai keganasan rumah tangga, penderaan seksual, pengabaian dan penderaan kanak-kanak dilaksanakan secara rentas agensi, khususnya di sekolah, komuniti dan fasiliti kesihatan.**
- 10 **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM melaksanakan kempen advokasi dan kesedaran mengenai perkhidmatan OSCC termasuk melalui laman sesawang rasmi, media sosial, fasiliti kesihatan dan bahan hebahan mesra pengguna bagi meningkatkan kefahaman orang awam, mangsa, keluarga serta petugas barisan hadapan mengenai akses, fungsi dan tatacara mendapatkan perkhidmatan OSCC.**

BAHAGIAN I

PENGENALAN

1.1 JAWATANKUASA DAN TERMA RUJUKAN

1. Pada hari Selasa, 12 Ogos 2025, pindaan Peraturan-peraturan Majlis Mesyuarat Dewan Rakyat telah diluluskan oleh Majlis Dewan Rakyat di bawah Peraturan Mesyuarat 80B. Pindaan ini telah menjadikan status 10 Jawatankuasa Pilihan Khas sedia ada sebagai Jawatankuasa Pilihan Tetap yang dikenali sebagai Jawatankuasa Pilihan berkaitan Kementerian. Peraturan Mesyuarat 80B memperuntukkan perkara-perkara seperti yang berikut:
 - i. Hendaklah ada Jawatankuasa-jawatankuasa Pilihan berkaitan Kementerian yang dinamakan sebagaimana yang dinyatakan dalam Jadual yang mengandungi tidak lebih daripada dua belas orang ahli yang dilantik oleh Jawatankuasa Pemilih. Pengerusi dan Naib Pengerusi hendaklah dipilih dalam kalangan ahli jawatankuasa.
 - ii. Semasa ketiadaan Pengerusi dan Naib Pengerusi oleh sebab keuzuran atau sebab-sebab lain, Jawatankuasa hendaklah memilih mana-mana ahli untuk menjadi Pengerusi bagi mempengerusikan mesyuarat Jawatankuasa itu.
 - iii. Kecuali perkara-perkara yang diperiksa oleh Jawatankuasa Kira-Kira Wang Negara di bawah Peraturan Mesyuarat 77(1), menjadi kewajipan Jawatankuasa untuk:
 - a. meneliti Rang Undang-undang berkaitan dengan Kementerian yang telah dibacakan kali yang pertama;
 - b. meneliti usul daripada ahli yang bukan ahli Kerajaan, Rang Undang-undang daripada ahli yang bukan ahli Kerajaan, rayuan-rayuan dan laporan, yang berkaitan dengan Kementerian;
 - c. menyiasat dan melaporkan apa-apa perkara yang berkaitan dengan Kementerian; dan
 - d. melaksanakan apa-apa perkara lain yang diserahkan kepadanya oleh Majlis atau Menteri dari satu masa ke satu masa.

- iv. Jawatankuasa Pemilih boleh dari satu masa ke satu masa meminda Jadual dan pindaan itu hendaklah dibentangkan dalam Majlis.
 - v. Jawatankuasa ini berkuasa memanggil orang hadir di hadapannya atau meminta dikeluarkan surat-surat dan rekod-rekod, dan mengeluarkan penyata kepada Majlis dari satu masa ke satu masa.
2. Penyata Jawatankuasa Pemilih DR. 2 Tahun 2026 yang dibentangkan di Dewan Rakyat pada hari Isnin, 26 Januari 2026 telah melantik:
- i. Yang Berhormat Dato' Sri Sh Mohmed Puzi bin Sh Ali (Ahli Parlimen Pekan) untuk menggantikan Yang Berhormat Datuk Suhaimi bin Nasir (Ahli Parlimen Libaran); dan
 - ii. Yang Berhormat Tuan Tan Hong Pin (Ahli Parlimen Bakri) untuk menggantikan Yang Berhormat Tuan Mordi anak Bimol (Ahli Parlimen Mas Gading).
3. Ahli-ahli Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat terdiri daripada:
- i. Yang Berhormat Puan Yeo Bee Yin
(Ahli Parlimen Puchong merangkap Pengerusi)
 - ii. Yang Berhormat Puan Hajah Rodziah binti Ismail
(Ahli Parlimen Ampang merangkap Naib Pengerusi)
 - iii. Yang Berhormat Puan Syerleena binti Abdul Rashid
(Ahli Parlimen Bukit Bendera)
 - iv. Yang Berhormat Tuan Mohamad Shafizan Haji Kepli
(Ahli Parlimen Batang Lupar)
 - v. Yang Berhormat Dato' Siti Zailah binti Mohd Yusoff
(Ahli Parlimen Rantau Panjang)
 - vi. Yang Berhormat Dato' Hajah Mumtaz binti Md Nawi
(Ahli Parlimen Tumpat)
 - vii. Yang Berhormat Dr. Hajah Halimah Ali
(Ahli Parlimen Kapar)
 - viii. Yang Berhormat Datuk Hajah Siti Aminah binti Aching
(Ahli Parlimen Beaufort)
 - ix. Yang Berhormat Dato' Haji Shamsulkahar bin Mohd Deli
(Ahli Parlimen Jempol)

- x. Yang Berhormat Tuan Zakri bin Hassan
(Ahli Parlimen Kangar)
- xi. Yang Berhormat Dato' Sri Sh Mohmed Puzi bin Sh Ali
(Ahli Parlimen Pekan)
- xii. Yang Berhormat Tuan Tan Hong Pin
(Ahli Parlimen Bakri)

1.2 PENDEKATAN TUGAS KERJA

- 4. Jawatankuasa Pilihan (JKP) Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat telah melantik *ex-officio* daripada Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat, Kementerian Belia dan Sukan, Kementerian Perpaduan Negara, Kementerian Kemajuan Desa dan Wilayah dan Pejabat Pesuruhjaya Kanak-kanak untuk memberikan nasihat kepada Ahli-ahli Jawatankuasa.
- 5. Jawatankuasa ini telah mengadakan satu mesyuarat dan tujuh lawatan kerja mengenai isu Penambahbaikan Perkhidmatan Bersepadu One Stop Crisis Center (OSCC) di Malaysia, perincian adalah seperti yang berikut:
 - i. Mesyuarat telah diadakan pada hari Rabu, 10 Jun 2026 bagi mendapatkan taklimat dan pandangan daripada Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), Kementerian Dalam Negeri (KDN) dan Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWKM).
 - ii. Lawatan kerja ke tujuh buah OSCC telah diadakan pada ketetapan, seperti yang berikut:
 - a. OSCC Hospital Putrajaya, Wilayah Persekutuan Putrajaya pada Rabu, 10 Jun 2024;
 - b. OSCC Hospital Umum Sarawak, Sarawak pada Khamis, 8 Januari 2026;
 - c. OSCC Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kota Bharu, Kelantan pada Isnin, 27 April 2026;
 - d. OSCC Hospital Bukit Mertajam, Pulau Pinang pada Rabu, 29 April 2026;
 - e. OSCC Hospital Kuala Lumpur, Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur pada Isnin, 18 Mei 2026;

- f. OSCC Hospital Tunku Azizah, Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur pada Isnin, 18 Mei 2026; dan
- g. OSCC Hospital Sultanah Aminah, Johor Bahru pada Selasa, 19 Mei 2026.

BAHAGIAN II

LATAR BELAKANG

1. Pada Khamis, 8 Januari 2026, Jawatankuasa telah mengadakan lawatan ke One Stop Crisis Center (OSCC), Hospital Umum Sarawak. Melalui libat urus yang dijalankan, Jawatankuasa mendapati terdapat beberapa isu yang perlu diperhalusi di bawah perkhidmatan bersepadu OSCC. Justeru itu, pada Mesyuarat Bilangan 1 Tahun 2026 yang diadakan pada hari Selasa, 20 Januari 2026, JKP Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat telah menetapkan untuk membuat pendengaran dan lawatan kerja mengenai isu **Penambahbaikan Perkhidmatan Bersepadu One Stop Crisis Center (OSCC) di Malaysia.**
2. Mesyuarat Bilangan 10 Tahun 2026 telah diadakan pada hari Rabu, 10 Jun 2026 bagi mendapatkan pandangan dan membincangkan mengenai perkara-perkara berikut:
 - i. Pelaksanaan Perkhidmatan One-Stop Crisis Center (OSCC) bagi Mangsa Keganasan: Pemeriksaan Perubatan, Forensik Klinikal, Kaunseling Awal, Rawatan Susulan dan Garis Masa Pelaksanaan Garis Panduan Terkini OSCC oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) seperti **Lampiran A;**
 - ii. Pengendalian Kes Keganasan Rumah Tangga dan Kanak-Kanak melalui OSCC: Peranan Polis Diraja Malaysia (PDRM) dalam Siasatan, Perlindungan Mangsa dan Koordinasi dengan hospital serta Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) oleh Kementerian Dalam Negeri (KDN) seperti **Lampiran B;** dan
 - iii. Pengendalian Kes Kanak-kanak dan Mangsa Pasca-OSCC: Peranan Pegawai Pelindung JKM dalam Perlindungan, Kaunseling dan Penempatan Sementara oleh Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) seperti **Lampiran C.**
3. Tujuh lawatan kerja ke OSCC bagi mendapatkan pandangan dan membincangkan mengenai penambahbaikan perkhidmatan bersepadu OSCC di Malaysia telah dijalankan merangkumi lokasi-lokasi, seperti yang berikut:
 - i. OSCC Hospital Putrajaya, Wilayah Persekutuan Putrajaya pada Rabu, 10 Jun 2024;
 - ii. OSCC Hospital Umum Sarawak, Sarawak pada Rabu, 7 Januari 2026, seperti **Lampiran D;**

- iii. OSCC Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kota Bahru, Kelantan pada Isnin, 27 April 2026, seperti **Lampiran E**;
- iv. OSCC Hospital Bukit Mertajam, Pulau Pinang pada Rabu, 29 April 2026, seperti **Lampiran F**;
- v. OSCC Hospital Kuala Lumpur dan OSCC, Hospital Tunku Azizah, Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur pada Isnin, 18 Mei 2026, seperti **Lampiran G**; dan
- vi. OSCC Hospital Sultanah Aminah, Johor Bahru pada Selasa, 19 Mei 2026, seperti **Lampiran H**.

**KRONOLOGI SESI LIBAT URUS JKP WANITA, KANAK-KANAK DAN
PEMBANGUNAN MASYARAKAT, DEWAN RAKYAT
PARLIMEN KELIMA BELAS**

**Mesyuarat Bilangan 10 Tahun 2026
Rabu, 10 Jun 2026**

- Pelaksanaan Perkhidmatan One-Stop Crisis Center (OSCC) bagi Mangsa Keganasan: Pemeriksaan Perubatan, Forensik Klinikal, Kaunseling Awal, Rawatan Susulan dan Garis Masa Pelaksanaan Garis Panduan Terkini OSCC oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM).
- Pengendalian Kes Keganasan Rumah Tangga dan Kanak-kanak melalui OSCC: Peranan Polis Diraja Malaysia (PDRM) dalam Siasatan, Perlindungan Mangsa dan Koordinasi dengan hospital serta Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) oleh Kementerian Dalam Negeri (KDN).
- Pengendalian Kes Kanak-kanak dan Mangsa Pasca-OSCC: Peranan Pegawai Pelindung JKM dalam Perlindungan, Kaunseling dan Penempatan Sementara oleh Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM).

Lawatan Kerja JKP

- OSCC Hospital Putrajaya, Wilayah Persekutuan Putrajaya pada Rabu, 10 Jun 2024.
- OSCC Hospital Umum Sarawak, Sarawak pada Rabu, 7 Januari 2026.
- OSCC Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kota Bharu, Kelantan pada Isnin, 27 April 2026.
- OSCC Hospital Bukit Mertajam, Pulau Pinang pada Rabu, 29 April 2026.
- OSCC Hospital Kuala Lumpur dan OSCC, Hospital Tunku Azizah, Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur pada Isnin, 18 Mei 2026.
- OSCC Hospital Sultanah Aminah, Johor Bahru pada Selasa, 19 Mei 2026.

BAHAGIAN III

LIBAT URUS

Ringkasan pembentangan oleh Kementerian kepada JKP Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat berkenaan isu Penambahbaikan Perkhidmatan Bersepadu One Stop Crisis Center (OSCC) di Malaysia adalah seperti yang berikut:

I. TAKLIMAT BERKENAAN PELAKSANAAN PERKHIDMATAN ONE-STOP CRISIS CENTER (OSCC) BAGI MANGSA KEGANASAN: PEMERIKSAAN PERUBATAN, FORENSIK KLINIKAL, KAUNSELING AWAL, RAWATAN SUSULAN DAN GARIS MASA PELAKSANAAN GARIS PANDUAN TERKINI OSCC OLEH KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)

1. KKM memaklumkan bahawa:

- 1.1. Isu penderaan dan keganasan bukan sekadar sebagai isu sosial, tetapi sebagai isu kesihatan awam, perlindungan mangsa dan keselamatan komuniti yang memerlukan respons bersepadu. Data yang digunakan merangkumi tempoh kaji selidik 2020 hingga 2025, sekali gus membolehkan trend kes, pola mangsa, jenis penderaan dan cabaran sistem sokongan dikenal pasti secara lebih tersusun.
- 1.2. Peningkatan jumlah kes penderaan dan keganasan yang dirujuk kepada OSCC dalam tempoh 2020 hingga 2025, yang mana trend keseluruhan menunjukkan bahawa kes menurun pada 2021, namun meningkat semula dengan ketara sehingga mencecah paras lebih tinggi pada tahun-tahun berikutnya.
- 1.3. Pada tahun 2020, jumlah kes ialah 9,652 kes, yang digunakan sebagai garis dasar awal. Jumlah ini menurun kepada 8,209 kes pada 2021, yang dikaitkan dengan sekatan pergerakan pandemik dan kesukaran pelaporan. Walau bagaimanapun, jumlah kes meningkat semula kepada 9,704 kes pada 2022, kemudian terus meningkat kepada 11,494 kes pada 2023, 12,459 kes pada 2024, dan mencapai 12,906 kes pada 2025, iaitu puncak tertinggi dalam tempoh lima tahun.
- 1.4. Data ini menunjukkan bahawa insiden penderaan bukan sahaja kembali ke paras pra-pandemik, malah meningkat melepasi paras sebelumnya dan membentuk trajektori krisis yang semakin serius.

- 1.5. Pecahan jenis penderaan mengikut kategori fizikal, seksual dan psikologikal, seperti yang berikut:
- Kes penderaan fizikal kekal sebagai kategori paling dominan, dengan 6,883 kes pada 2020, menurun kepada 5,780 kes pada 2021, meningkat kepada 6,688 kes pada 2022, 7,617 kes pada tahun 2023, memuncak pada 8,510 kes pada 2024, dan sedikit menurun kepada 8,327 kes pada 2025.
 - Manakala, penderaan seksual menunjukkan jumlah kes meningkat daripada 2,699 kes pada 2020, menurun kepada 2,340 kes pada 2021, kemudian meningkat kepada 2,868 kes pada 2022, 3,562 kes pada 2023, 3,831 kes pada 2024, dan mencapai 4,258 kes pada 2025. Ini bermaksud kes seksual meningkat lebih 80% dalam tempoh empat tahun.
 - Kes psikologikal pula kekal lebih rendah secara perbandingan, iaitu 70 kes pada 2020, 89 kes pada 2021, 148 kes pada 2022, 315 kes pada 2023, 118 kes pada 2024, dan 321 kes pada 2025.
- 1.6. Data ini menunjukkan bahawa walaupun penderaan fizikal masih mendominasi, peningkatan konsisten kes seksual merupakan tanda amaran utama terhadap kelemahan sistem perlindungan mangsa.
- 1.7. Ketidakseimbangan jantina dalam kes OSCC pada 2025 menunjukkan jumlah keseluruhan mangsa lelaki ialah 2,730 kes, manakala jumlah keseluruhan mangsa perempuan ialah 10,176 kes. Bagi mangsa lelaki, terdapat 2,153 kes fizikal dan 406 kes seksual. Bagi mangsa perempuan pula, terdapat 6,174 kes fizikal dan 3,852 kes seksual. Ini menunjukkan bahawa perempuan menyumbang hampir 80% daripada keseluruhan kes OSCC pada 2025.
- 1.8. Jurang paling ketara berlaku dalam kes penderaan seksual, apabila mangsa perempuan mencatatkan 3,852 kes, berbanding lelaki sebanyak 406 kes, menjadikan risiko yang direkodkan terhadap perempuan sekitar 9.5 kali ganda lebih tinggi berbanding lelaki.
- 1.9. Jumlah kes OSCC tertinggi pada 2025 mengikut negeri mendapati:
- Kuala Lumpur dan Putrajaya** mencatatkan jumlah tertinggi dengan **1,885 kes**, termasuk **1,092 kes keganasan rumah tangga (KRT)**;
 - Selangor** berada di kedudukan kedua dengan **1,690 kes**, termasuk **1,076 kes KRT**;
 - Sarawak** pula mencatatkan **1,310 kes**, termasuk **853 kes KRT**,

dengan peningkatan mendadak daripada **844 kes pada 2024**;

- d. Sabah mempunyai kes sebanyak 1,304 kes dengan 658 kes KRT;
 - e. Johor sebanyak 963 kes dengan 544 kes KRT;
 - f. Kelantan sebanyak 962 kes dengan 542 kes KRT;
 - g. Pahang sebanyak 888 kes dengan 585 kes KRT;
 - h. Kedah sebanyak 747 kes dengan 390 kes KRT;
 - i. Perak sebanyak 916 kes dengan 520 kes KRT;
 - j. Melaka sebanyak 672 kes dengan 353 kes KRT;
 - k. Negeri Sembilan sebanyak 538 kes dengan 302 kes KRT;
 - l. Terengganu sebanyak 536 kes dengan 324 kes KRT;
 - m. Pulau Pinang sebanyak 376 kes dengan 388 kes KRT;
 - n. Labuan sebanyak 71 kes dengan 47 kes KRT; dan
 - o. Perlis sebanyak 48 kes dengan 15 kes KRT.
- 1.10. Kawasan berpenduduk padat seperti Kuala Lumpur, Putrajaya dan Selangor bukan sahaja mencatatkan jumlah kes OSCC tertinggi, tetapi juga kes KRT tertinggi, mungkin dipengaruhi oleh kepadatan penduduk bandar, tekanan kos sara hidup dan akses yang lebih baik kepada fasiliti OSCC.
- 1.11. Keganasan rumah tangga menyumbang hampir 60% daripada keseluruhan kes OSCC negara. Dari segi trend, kes KRT mencatatkan 6,576 kes pada 2020, menurun kepada 5,698 kes pada 2021, meningkat kepada 7,737 kes pada 2024, dan sedikit menurun kepada 7,689 kes pada 2025.
- 1.12. Walaupun terdapat penurunan kecil daripada 2024 kepada 2025, angka 2025 masih jauh lebih tinggi berbanding paras awal 2020 dan 2021. Pecahan 2025 menunjukkan bahawa daripada 7,689 kes KRT, sebanyak 6,611 kes merupakan keganasan fizikal. Data ini menunjukkan bahawa rumah, yang sepatutnya menjadi ruang paling selamat, merupakan lokasi utama berlakunya keganasan terhadap mangsa.
- 1.13. Hubungan pelaku dengan mangsa dalam kes KRT menunjukkan kategori paling besar ialah suami atau isteri, iaitu sebanyak 4,191 kes, mewakili lebih 54% daripada keseluruhan kes KRT. Selain itu, terdapat

1,545 kes melibatkan ibu atau bapa kandung, 559 kes melibatkan saudara mara, 518 kes melibatkan adik-beradik, 426 kes melibatkan ibu atau bapa tiri, 255 kes melibatkan anak, dan 195 kes melibatkan bekas suami atau bekas isteri.

- 1.14. Data ini menunjukkan bahawa ancaman terhadap mangsa sering datang daripada individu yang paling hampir dengan mereka, khususnya pasangan dan ahli keluarga. Oleh itu, pendekatan intervensi tidak boleh hanya berasaskan idea bahawa mangsa perlu melarikan diri daripada ancaman luar, kerana dalam banyak kes ancaman itu berada dalam institusi keluarga sendiri.
- 1.15. Bentuk keganasan berubah mengikut umur mangsa, seperti yang berikut:
 - a. Fasa 1, iaitu fasa kanak-kanak, terdapat 2,227 kes OSCC dan 1,104 kes KRT. Ancaman dominan pada fasa ini ialah penderaan fizikal oleh ibu bapa, pengabaian fizikal dan pembuangan bayi.
 - b. Fasa 2, iaitu fasa remaja, terdapat 3,859 kes OSCC dan fasa ini dikenal pasti sebagai titik letusan bagi penderaan seksual, khususnya dalam kalangan remaja perempuan.
 - c. Fasa 3, iaitu fasa dewasa, terdapat 6,328 kes OSCC dan 5,270 kes KRT, dengan bentuk keganasan yang lebih banyak berkaitan keganasan fizikal dan keganasan intim dalam perkahwinan.
- 1.16. Data ini menunjukkan bahawa dasar intervensi mesti berubah mengikut umur mangsa kerana risiko kanak-kanak, remaja dan dewasa tidak sama.
- 1.17. Tiga fokus utama dasar berdasarkan data 2020 hingga 2025 menunjukkan bagi kategori awam OSCC, trend meningkat kepada rekod tertinggi iaitu 12,906 kes, dengan fokus operasi terhadap kapasiti fasiliti kesihatan di kawasan *hotspot* seperti Selangor, Kuala Lumpur dan Sarawak.
- 1.18. Bagi keganasan intim atau KRT, trend kekal tinggi pada 7,689 kes, dengan 54% melibatkan pasangan suami isteri. Fokus operasi bagi KRT ialah intervensi psikologi, perlindungan undang-undang domestik dan tempat perlindungan wanita.
- 1.19. Bagi krisis kanak-kanak atau *Suspected Child Abuse and Neglect Team* (SCAN), terdapat lonjakan sebanyak 70% sejak 2020, dengan kes dikuasai oleh jenayah seksual. Fokus operasi ialah saringan awal

penderaan seksual di sekolah dan sistem pengesanan mandatori kanak-kanak berisiko. Data KKM dari 2020 sehingga 2025 bukan sekadar statistik perubatan, tetapi petunjuk kelemahan sistem perlindungan sosial.

- 1.20. Terdapat tiga tonggak utama Pusat Khidmat Bersepadu OSCC KKM 2025, iaitu:
 - a. Tonggak pertama ialah berpusatkan mangsa (*survivor-centered*), dengan penekanan kepada pemeriksaan dilakukan tanpa trauma berulang, privasi dan kerahsiaan, serta keperluan supaya mangsa tidak perlu ke balai polis terlebih dahulu untuk membuat laporan awal.
 - b. Tonggak kedua ialah integrasi pelbagai agensi (*Multi-Agency*), iaitu penglibatan perubatan, forensik, Polis Diraja Malaysia (PDRM) dan JKM di satu lokasi selamat, khususnya di Jabatan Kecemasan.
 - c. Tonggak ketiga ialah kesinambungan penjagaan (*Continuum of Care*), bermula daripada rawatan krisis akut, pengumpulan bahan bukti, dokumentasi, sokongan, pemulihan psikososial dan pemulihan jangka panjang.
- 1.21. Pendekatan OSCC terdahulu yang berpecah dan menyebabkan trauma berulang, berbanding pendekatan baharu yang membentuk jaringan keselamatan atau *safety net* kepada mangsa.
- 1.22. KKM berusaha menyeragamkan pendekatan pengurusan mangsa melalui satu garis panduan yang meliputi rawatan klinikal, pemeriksaan forensik, pelaporan, rujukan agensi dan kesinambungan penjagaan.
- 1.23. Ekosistem OSCC melalui tiga teras kolaborasi utama, iaitu:
 - a. **Orbit pertama ialah klinikal**, merangkumi kesihatan dan penjagaan akut seperti jabatan kecemasan, pediatrik, pasukan SCAN, pembedahan, perubatan forensik, patologi, psikiatri, kesihatan mental, pergigian dan odontologi forensik.
 - b. **Orbit kedua ialah siasatan dan undang-undang**, melibatkan PDRM, Jabatan Kimia Malaysia bagi analisis *Deoxyribonucleic Acid* (DNA) dan toksikologi serta Timbalan Pendakwa Raya.

- c. **Orbit ketiga ialah sokongan sosial**, melibatkan JKM sebagai Pelindung, Jabatan Kerja Sosial Perubatan, perkhidmatan psikologi dan kaunseling, pertubuhan bukan kerajaan (NGO) serta rumah perlindungan.
- 1.24. OSCC bukan sekadar bilik rawatan, tetapi satu sistem kolaborasi rentas disiplin yang menghubungkan rawatan, bukti, perlindungan dan pemulihan.
- 1.25. Rangka kerja **S-A-S-O diperkenal bagi pengecaman awal di penjagaan primer**, iaitu ***Suspicion, Ask, Acknowledge, Assess & Options***, seperti yang berikut:
- a. Pada peringkat ***Suspicion***, petugas perlu memerhatikan kecederaan yang tidak sepadan dengan sejarah, perubahan tingkah laku atau tanda psikologi.
 - b. Pada peringkat ***Ask***, petugas perlu bertanya secara peribadi tanpa kehadiran pelaku dengan soalan seperti sama ada seseorang mencederakan mangsa di rumah.
 - c. Pada peringkat ***Acknowledge***, petugas perlu mengesahkan pengalaman mangsa tanpa menghakimi dan menyatakan bahawa mangsa tidak bersendirian.
 - d. Pada peringkat ***Assess & Options***, petugas perlu menilai keselamatan mangsa, termasuk sama ada pelaku memiliki senjata atau sama ada mangsa mempunyai tempat selamat.
- 1.26. Selain itu, langkah kritikal iaitu membuat ***First Information Report* atau FIR melalui panggilan ke Bilik Gerakan Ibu Pejabat Polis Daerah (IPD)**, mendapatkan nombor laporan dan memasukkannya dalam surat rujukan OSCC. Mangsa **tidak perlu ke balai polis terlebih dahulu**.
- 1.27. Terdapat dua laluan pengurusan di kaunter *triage* Jabatan Kecemasan, iaitu:
- a. **Laluan pertama ialah kes tidak stabil secara klinikal**, yang mana keutamaan diberikan kepada nyawa, penstabilan hemodinamik dan rawatan kecederaan yang mengancam nyawa.
 - b. **Laluan kedua ialah kes stabil secara klinikal**, yang mana keutamaan diberikan kepada privasi, dokumentasi dan persediaan pemeriksaan mediko-perundangan bersama pegawai penyiasat.

- 1.28. Amaran klinikal diberikan bagi pemeliharaan bukti, antaranya ialah arahan mandatori pra-pemeriksaan termasuk tidak membasuh luka, tidak meminta mangsa mandi, tidak menukar pakaian, tidak membuang air, tidak merokok dan tidak makan kecuali atas keperluan perubatan akut. Petugas juga perlu memakai sarung tangan tanpa bedak dan mengelakkan pemotongan pada bahagian lubang atau koyakan pakaian mangsa. Ini penting bagi memastikan bukti forensik tidak rosak sebelum pemeriksaan.
- 1.29. Terdapat perbezaan bagi keperluan kebenaran dan pelaporan bagi mangsa dewasa dan kanak-kanak, iaitu:
- a. Bagi dewasa berumur 18 tahun ke atas, keizinan perubatan diberikan sendiri oleh mangsa. Laporan PDRM bukan prasyarat untuk menerima rawatan perubatan, tetapi mangsa diberi kaunseling untuk membuat laporan. Jika mangsa bersetuju, borang PDRM(S)59 akan dikeluarkan. Jika mangsa enggan ke OSCC atau polis, pemeriksaan perubatan dan rawatan profilaksis tetap diteruskan dengan kerahsiaan penuh.
 - b. Bagi kanak-kanak bawah 18 tahun di bawah Akta Kanak-kanak 2001, keizinan perubatan diperoleh daripada ibu bapa, penjaga sah, Pelindung JKM atau pegawai polis. Jika ibu bapa merupakan suspek, keizinan mesti diperoleh daripada JKM atau polis. Laporan PDRM adalah mandatori bagi kes rogol statutori dan penderaan fizikal atau seksual. Doktor dan kakitangan kesihatan wajib melapor di bawah Seksyen 27 Akta Kanak-kanak 2001, dan Borang 9 mandatori dihantar kepada JKM untuk perlindungan segera.
- 1.30. Tindakan rawatan akut mengikut garis masa klinikal, seperti yang berikut:
- a. Dalam tetingkap kritikal 0 hingga 72 jam, mangsa boleh diberikan kontraseptif kecemasan seperti Levonorgestrel 1.5 mg dos tunggal atau 0.75 mg dua dos dengan selang 12 jam. Profilaksis pasca dedah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) atau *Post-Exposure Prophylaxis* (PEP) HIV perlu dimulakan dalam tempoh 72 jam, dengan rejimen 28 hari menggunakan Tenofovir 300 mg/Emtricitabine 200 mg sekali sehari bersama Dolutegravir 50 mg sekali sehari.
 - b. Bagi antibiotik *Sexually Transmitted Infection* (STI), khususnya kes penceroboh berganda, penggunaan Tablet Doxycycline 100 mg dua kali sehari dan Tablet Metronidazole 400 mg dua kali sehari selama dua minggu. Bagi vaksinasi, suntikan Tetanus

Toxoid diberikan jika terdapat luka lecet atau koyakan yang terdedah kepada kotoran. Masa rawatan sangat kritikal, terutamanya bagi mencegah kehamilan, HIV, STI dan komplikasi jangkitan lain.

- 1.31. Faktor risiko tersembunyi bagi penganiayaan warga emas (*Geriatric Giants*), penganiayaan boleh tersembunyi di sebalik komorbiditi seperti *dementia* dan *delirium*, yang melibatkan hilang ingatan, kekeliruan akut dan perubahan tingkah laku. Risiko juga meningkat dalam keadaan keuzuran atau *frailty*, ketergantungan tinggi, *sarcopenia*, kerap jatuh, kurang zat makanan dan *polypharmacy*.
- 1.32. Dari segi perlindungan undang-undang, terdapat tiga peringkat perlindungan, iaitu:
 - a. **Emergency Protection Order (EPO)** yang dikeluarkan oleh Pelindung JKM dalam masa **2 jam** bagi krisis serta-merta. Laporan polis bukan prasyarat untuk krisis serta-merta.
 - b. **Interim Protection Order (IPO)** yang dikeluarkan oleh mahkamah semasa siasatan sedang dijalankan. Laporan polis diwajibkan bagi menghalang pelaku mendekati mangsa.
 - c. **Protection Order (PO)** sebagai perintah jangka panjang oleh mahkamah selepas kes dibicarakan.
- 1.33. Terdapat empat langkah utama rantai bukti bagi kesahihan forensik, iaitu:
 - a. **Langkah pertama ialah pengumpulan selamat**, termasuk penggunaan teknik **double swab**, iaitu *swab* basah dan *swab* kering. *Swab* DNA perlu dikeringkan sepenuhnya di udara sebelum disimpan, dan darah diambil untuk rujukan.
 - b. **Langkah kedua ialah pelabelan dan pemeteraian**, iaitu setiap item dilabel, dimasukkan ke dalam beg berasingan untuk mengelakkan pencemaran silang dan dimeterai. Proses ini mesti disaksikan oleh pegawai polis dan ditandatangani oleh pegawai perubatan.
 - c. **Langkah ketiga ialah penyerahan langsung**, yang mana spesimen diserahkan terus kepada PDRM menggunakan Borang Kimia. Spesimen mediko-perundangan tidak boleh disimpan atau ditinggalkan di wad atau makmal hospital.

- d. **Langkah keempat ialah pemindahan selamat untuk analisis**, yang mana PDRM bertanggungjawab sepenuhnya memindahkan bahan bukti yang telah dimeterai ke Jabatan Kimia Malaysia bagi analisis DNA dan toksikologi tanpa memutuskan rantai keselamatan.
- 1.34. Pengurusan mangsa tidak berakhir selepas rawatan akut. Tiga komponen utama pasca-rawatan ialah:
- a. **Kesihatan klinikal berterusan**, penjagaan primer dan kesihatan awam bertanggungjawab memantau rawatan PEP, saringan ulangan STI, penjagaan luka lanjutan dan rawatan antenatal bagi kes kehamilan akibat rogol.
 - b. **Perlindungan keselamatan dan tempat tinggal**, JKM boleh mengatur pemindahan ke rumah perlindungan yang lokasinya dirahsiakan dan menyediakan sokongan Pelindung JKM, termasuk Perintah Pemeliharaan Sementara bagi kanak-kanak.
 - c. Sokongan **kesihatan mental dan sosial**, Jabatan Kerja Sosial Perubatan menjalankan penilaian keadaan sosial serta bantuan kewangan jika perlu, manakala Unit Psikologi dan Kaunseling atau Jabatan Psikiatri menyediakan sesi kaunseling berjadual bagi menangani kemurungan, *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) atau tingkah laku mencederakan diri.
- 1.35. Kecemerlangan OSCC tidak terletak pada satu jabatan sahaja, tetapi pada kekuatan keseluruhan rantai tindakan, iaitu:
- a. **Pengecaman pantas di penjagaan primer** menggunakan model S-A-S-O bagi mengenal pasti mangsa tersembunyi dan mencetuskan rujukan segera.
 - b. **Bukti bebas kompromi** di OSCC Jabatan Kecemasan dan pakar, iaitu rawatan empati yang berjalan serentak dengan penjagaan rantai bukti forensik pada tempoh kritikal.
 - c. **Rangkaian perlindungan**, melibatkan penguatkuasaan undang-undang oleh PDRM dan jaminan keselamatan sosial oleh JKM.
 - d. **Keadilan dan pemulihan**, yang memastikan trauma mangsa menjadi titik permulaan pemulihan, bukan sekadar episod rawatan hospital.

1.36. Antara empat cabaran utama ekosistem OSCC, ialah:

- a. **Kekangan infrastruktur dan kewangan**, termasuk tiada peruntukan khusus untuk operasi OSCC serta kekurangan ruang fizikal dan fasiliti sesuai, terutama di hospital kecil atau hospital lama.
- b. **Cabaran operasi, latihan dan kepakaran**, termasuk kesukaran mendapatkan liputan pakar rentas disiplin selepas waktu pejabat serta tahap pemahaman dan latihan berkaitan pengurusan krisis dan keganasan rumah tangga yang masih perlu diperkukuh.
- c. **Halangan sistemik dan penyelarasan agensi**, termasuk data kes yang masih bersifat silo antara KKM, JKM dan PDRM serta keperluan pendekatan pelbagai agensi yang belum optimum.
- d. **Halangan perundangan dan sosio-psikologi**, termasuk isu persetujuan rawatan penderaan kanak-kanak apabila penjaga disyaki sebagai pelaku, serta keadaan mangsa dewasa yang takut atau belum bersedia membuat laporan polis sehingga berisiko merosakkan atau menghilangkan bukti forensik.

1.37. Terdapat empat langkah penambahbaikan utama, iaitu:

- a. **Pengukuhan pembiayaan dan infrastruktur**, termasuk mewujudkan *ring-fenced budget* atau peruntukan tahunan khusus untuk operasi dan naik taraf OSCC, serta menggunakan pendekatan inovatif seperti ruang modular atau kabin ubah suai bagi hospital yang mengalami kekangan ruang.
- b. **Pemeriksaan operasi, latihan dan kepakaran**, termasuk memperkukuh sistem *on-call* bersepadu rentas disiplin dengan insentif atau elaun khas luar waktu pejabat, serta mewajibkan modul asas OSCC berkaitan keganasan dan penderaan dalam kurikulum sains perubatan dan kesihatan.
- c. **Integrasi sistem dan pendekatan antara agensi**, termasuk membangunkan portal data berpusat yang selamat dan boleh dikongsi antara KKM, JKM dan PDRM, serta melaksanakan kempen kesedaran *whole-of-government* bersama KPWK, Kementerian Pendidikan Malaysia (KPM), Pihak Berkuasa Tempatan (PBT), NGO dan komuniti.
- d. **Pengukuhan Prosedur Operasi Standard (SOP) perundangan dan sokongan**, termasuk memperkemas SOP supaya intervensi dan kutipan bukti bagi kes kanak-kanak boleh

dibuat tanpa bergantung kepada persetujuan penjaga yang disyaki, serta memperkukuh sokongan awal melalui konsep *blind reporting* dan kit forensik sementara untuk mangsa dewasa.

II. TAKLIMAT BERKENAAN PENGENDALIAN KES KEGANASAN RUMAH TANGGA DAN KANAK-KANAK MELALUI OSCC: PERANAN POLIS DIRAJA MALAYSIA (PDRM) DALAM SIASATAN, PERLINDUNGAN MANGSA DAN KOORDINASI DENGAN HOSPITAL SERTA JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT (JKM) OLEH KEMENTERIAN DALAM NEGERI (KDN)

2. KDN memaklumkan bahawa:

- 2.1. Garis panduan PDRM apabila menerima kes OSCC bermula daripada penerimaan laporan, siasatan, perlindungan mangsa dan tindakan penguatkuasaan undang-undang. Laporan boleh diterima di balai polis, pondok polis hospital, melalui FIR secara telefon atau dibuat oleh doktor, mangsa atau individu lain. Selepas laporan diterima, polis menjalankan siasatan berdasarkan kuasa di bawah Seksyen 3(3) Akta Polis 1967 [Akta 344], termasuk kuasa untuk mencegah dan mengesan jenayah, menangkap serta mendakwa pesalah. PDRM juga melaksanakan tugas mengiringi mangsa ke hospital.
- 2.2. Dalam aspek perlindungan mangsa, polis turut berperanan sebagai Pelindung di bawah Seksyen 19 Akta Keganasan Rumah Tangga (AKRT) 1994 [Akta 521]. Peranan ini termasuk mengatur pengangkutan mangsa ke tempat selamat, menyediakan atau mengatur pengangkutan ke hospital bagi tujuan rawatan, serta menemani mangsa ke kediaman untuk mengambil barang-barang penting. Dari segi penguatkuasaan undang-undang, PDRM menyempurnakan perintah perlindungan seperti EPO, IPO dan PO kepada pelaku di bawah Seksyen 17 Akta 521. Mangsa juga dirujuk kepada JKM untuk kaunseling dan perlindungan sementara, manakala kes yang lengkap dirujuk kepada Peguam Negara.
- 2.3. Laporan polis bagi kes OSCC boleh dibuat oleh mana-mana individu yang mempunyai maklumat tentang kejadian, termasuk mangsa, doktor, ahli keluarga dan individu lain. Laporan juga boleh dibuat yang mana-mana balai polis atau pondok polis tanpa mengira lokasi kejadian. Dari segi amalan semasa, pengendalian OSCC berpandukan garis panduan pengurusan OSCC yang dikeluarkan oleh KKM.

- 2.4. Antara cabaran utama yang dihadapi ialah:
- a. Tidak semua hospital mempunyai pondok polis, menyebabkan akses membuat laporan di hospital tidak seragam;
 - b. Anggota yang bertugas di pondok polis hospital lazimnya merupakan anggota tugas am balai, bukan pegawai khusus OSCC.
 - c. Tiada perjawatan khusus di OSCC, dan keadaan ini boleh menyumbang kepada ketidakselarasan dalam pengambilan serta pengendalian laporan.
- 2.5. Penglibatan PDRM dalam kes OSCC tertakluk kepada peruntukan undang-undang dan keperluan siasatan. Pegawai penyiasat mempunyai kuasa untuk mendapatkan pemeriksaan perubatan bagi membantu siasatan dan memperoleh keterangan perubatan yang relevan. Pegawai polis yang ditugaskan juga boleh mengiringi mangsa dan membantu penyelarasan antara pihak hospital dengan pegawai penyiasat bagi memastikan pemeriksaan berjalan lancar.
- 2.6. Bagi tujuan pemeriksaan perubatan, maklumat siasatan disalurkan kepada pegawai perubatan melalui **Borang Polis 59 atau PDRM 59**. Borang ini mengandungi **ringkasan fakta kes, jenis kesalahan yang disiasat, bahagian tubuh yang perlu diperiksa, keperluan pengambilan sampel forensik serta perkara khusus yang memerlukan ulasan perubatan**.
- 2.7. Pendekatan ini bertujuan memastikan pemeriksaan perubatan dilaksanakan secara teratur, menepati keperluan siasatan dan memenuhi kehendak pembuktian di mahkamah.
- 2.8. Keutamaan PDRM adalah memastikan pemeriksaan perubatan dibuat berdasarkan keperluan siasatan yang jelas dan lengkap melalui PDRM 59 supaya keterangan perubatan yang diperoleh benar-benar membantu proses pembuktian kes.
- 2.9. Terdapat keperluan latihan berterusan kepada pegawai PDRM yang mengendalikan mangsa trauma, termasuk kes seksual, keganasan rumah tangga dan penderaan kanak-kanak. Latihan ini penting kerana kes OSCC memerlukan kemahiran khusus, bukan sekadar kemahiran siasatan biasa. Pegawai perlu mempunyai kemahiran insaniah atau **soft skills**, termasuk komunikasi berempati, pendekatan berasaskan trauma atau **trauma-informed approach**, serta pendekatan berpusatkan mangsa atau **victim-centred approach**.

- 2.10. Pelaksanaan latihan berdepan cabaran kekangan peruntukan latihan tahunan serta keperluan operasi dan perbelanjaan lain yang juga menjadi keutamaan PDRM.
- 2.11. Selain itu, faktor pertukaran pegawai dan pusingan tugas secara berkala menyebabkan latihan perlu diulang serta diperkemas dari semasa ke semasa. Bagi menangani cabaran ini, PDRM mengutamakan latihan dalam perkhidmatan atau *in-service training*, kursus dalaman dan perkongsian pengetahuan secara berterusan bagi memastikan pegawai kekal kompeten dalam mengendalikan kes melibatkan mangsa trauma.
- 2.12. Tidak semua kes yang dirujuk ke OSCC memerlukan pengambilan sampel forensik. Keperluan mengambil sampel bergantung kepada fakta kes, khususnya sama ada kes masih mempunyai nilai pembuktian saintifik yang signifikan. Bagi kes yang telah lama berlaku, pengambilan sampel forensik mungkin tidak lagi relevan dari sudut pembuktian saintifik.
- 2.13. Keperluan pengambilan sampel ditentukan berdasarkan fakta kes dan SOP siasatan yang berkuat kuasa. Bagi kes yang memerlukan bukti saintifik, pengendalian sampel perlu dibuat secara cermat bagi memastikan integriti bukti dan rantai jagaan barang kes terpelihara. Pengurusan bukti forensik melibatkan pegawai dan pakar forensik terlatih serta dilaksanakan melalui pendekatan *task force* yang menggabungkan kepakaran pelbagai unit PDRM dan agensi berkaitan.
- 2.14. Fokus utama bukan semata-mata kehadiran pegawai polis dalam tempoh tertentu, tetapi memastikan bukti saintifik diperoleh dan dikendalikan mengikut standard forensik bagi menjamin nilai pembuktian di mahkamah.
- 2.15. PDRM komited sebagai agensi teras OSCC dan menyokong pendekatan *whole-of-government* dalam memastikan perkhidmatan kepada mangsa dilaksanakan secara bersepadu.
- 2.16. PDRM juga mengutamakan keselamatan dan kebajikan mangsa serta berusaha memperkuat penyelarasan antara PDRM, KKM dan JKM. Selain itu, PDRM menekankan akses kepada keadilan secara cepat, profesional dan berpusatkan mangsa melalui pendekatan *victim-centre approach*.

III. TAKLIMAT BERKENAAN PENGENDALIAN KES KANAK-KANAK DAN MANGSA PASCA-OSCC: PERANAN PEGAWAI PELINDUNG JKM DALAM PERLINDUNGAN, KAUNSELING DAN PENEMPATAN SEMENTARA OLEH JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT (JKM)

3. JKM memaklumkan bahawa:

- 3.1. Trend kes pemeliharaan dan perlindungan menunjukkan peningkatan dari 2023 hingga 2025. Pada 2023, sebanyak 8,536 kes direkodkan, meningkat kepada 9,624 kes pada 2024, dan terus meningkat kepada 10,578 kes pada 2025. Setakat Mac 2026, sebanyak 2,746 kes telah direkodkan. Data ini menunjukkan bahawa kes pemeliharaan dan perlindungan kanak-kanak terus meningkat dan memerlukan pemantauan serta intervensi yang lebih kukuh.
- 3.2. Pada tahun 2025, jumlah keseluruhan kes penderaan kanak-kanak yang direkodkan ialah 10,578 kes. Kategori tertinggi ialah pengabaian dengan 3,881 kes, diikuti penderaan seksual sebanyak 3,138 kes dan penderaan fizikal sebanyak 2,542 kes.
- 3.3. Setakat Mac 2026, sebanyak 2,746 kes telah direkodkan dengan pengabaian kekal sebagai kategori tertinggi iaitu 987 kes, diikuti penderaan seksual sebanyak 796 kes dan penderaan fizikal sebanyak 675 kes. Statistik ini menunjukkan bahawa pengabaian, penderaan seksual dan penderaan fizikal merupakan bentuk penderaan utama yang perlu diberi keutamaan dalam tindakan perlindungan.
- 3.4. Pada tahun 2025, Hospital Kerajaan merupakan sumber rujukan tertinggi dengan 7,058 kes, diikuti oleh lain-lain sumber sebanyak 809 kes, Talian Kasih sebanyak 757 kes, Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah (PKMD) sebanyak 721 kes, orang awam sebanyak 566 kes, ahli keluarga sebanyak 387 kes, sekolah sebanyak 122 kes dan polis sebanyak 89 kes.
- 3.5. Setakat Mac 2026, Hospital Kerajaan masih menjadi sumber rujukan utama dengan 1,791 kes, diikuti lain-lain sumber sebanyak 290 kes, PKMD sebanyak 176 kes, Talian Kasih sebanyak 167 kes, orang awam sebanyak 119 kes, ahli keluarga sebanyak 119 kes, polis sebanyak 33 kes, sekolah sebanyak 28 kes dan media sebanyak 21 kes. Data ini menunjukkan bahawa Hospital Kerajaan memainkan peranan paling besar dalam pengesanan dan rujukan kes penderaan seksual, penderaan fizikal dan pengabaian.

- 3.6. Data keseluruhan mengikut negeri menunjukkan bahawa terdapat 351 orang Pelindung di seluruh negara. Selangor mencatatkan bilangan tertinggi dengan 70 orang Pelindung, diikuti Sarawak sebanyak 39 orang, Sabah 32 orang, Johor 31 orang, Wilayah Persekutuan (W.P.) Kuala Lumpur/Putrajaya 28 orang, Kedah 27 orang, Pulau Pinang 25 orang, Pahang 19 orang, Perak 17 orang, Kelantan 15 orang, Negeri Sembilan 15 orang, Terengganu 15 orang, Melaka 14 orang, Perlis 3 orang, W.P. Labuan 1 orang. Pecahan ini menunjukkan bahawa pengagihan Pelindung berbeza mengikut negeri dan perlu dilihat bersama faktor jumlah kes, keluasan kawasan serta beban kerja di lapangan.
- 3.7. JKM melalui Pelindung Kanak-kanak berperanan menjalankan siasatan perlindungan di bawah Akta Kanak-kanak 2001 [*Akta 611*]. Pelindung menilai tahap risiko dan keselamatan kanak-kanak, menentukan keperluan perlindungan segera termasuk penempatan sementara, menyediakan intervensi sosial dan sokongan keluarga, serta menyelaraskan pelan perlindungan jangka pendek dan jangka panjang. Pengurusan kes turut melibatkan kerjasama rentas agensi antara JKM, KKM dan PDRM dengan prinsip kepentingan terbaik kanak-kanak sebagai keutamaan.
- 3.8. Proses kerja Pelindung JKM bermula apabila rujukan kes kanak-kanak diterima daripada OSCC, seperti yang berikut:
- a. Pada peringkat penerimaan rujukan, Pelindung menerima laporan dan maklumat awal kes, menyemak identiti serta status kanak-kanak, dan menentukan tahap risiko segera.
 - b. Seterusnya, Pelindung membuat penilaian risiko dan keselamatan bagi menentukan sama ada kanak-kanak memerlukan perlindungan segera. Penilaian ini merangkumi risiko penderaan fizikal, penderaan seksual, pengabaian, eksploitasi serta ancaman daripada ibu bapa atau penjaga. Output penilaian dikategorikan sebagai risiko rendah, risiko sederhana atau risiko tinggi.
 - c. Pada peringkat siasatan, Pelindung akan menemubual kanak-kanak, ibu bapa atau penjaga, mendapatkan laporan perubatan daripada hospital serta mendapatkan maklumat daripada polis dan pihak berkaitan. Tujuan siasatan ini adalah untuk menilai keadaan dan latar belakang kanak-kanak bagi menentukan keperluan perlindungan. Sekiranya kanak-kanak dinilai selamat, kanak-kanak boleh dikembalikan kepada ibu bapa atau penjaga dengan pemantauan dan intervensi JKM.

Sekiranya kanak-kanak tidak selamat, Pelindung boleh mengambil tindakan perlindungan segera.

- d. Bagi kes yang memerlukan penempatan, pilihan penempatan yang boleh dipertimbangkan termasuk saudara-mara yang sesuai, orang yang layak dan sesuai, Tempat Selamat atau pusat berkaitan.
- e. JKM turut menyediakan pelan intervensi kes yang merangkumi kaunseling individu, kaunseling keluarga, pengurusan kes, lawatan susulan, bantuan kebajikan sekiranya layak dan pemulihan psikososial. Matlamat utama intervensi ini adalah untuk mengurangkan risiko dan mengukuhkan semula fungsi keluarga.
- f. Sekiranya perlindungan berterusan diperlukan, Pelindung akan membawa kes ke Mahkamah Bagi Kanak-kanak. Dalam proses ini, Pelindung menyediakan laporan Pelindung, mengemukakan syor kepada Mahkamah Bagi Kanak-kanak dan memberi keterangan kepada mahkamah. Antara contoh perintah yang boleh dikeluarkan ialah kanak-kanak diletakkan di bawah jagaan ibu bapa dengan syarat atau bon, diletakkan di bawah jagaan orang yang layak, atau ditempatkan di Tempat Selamat seperti institusi kanak-kanak JKM. Pelindung bertanggungjawab memastikan semua perintah mahkamah dipatuhi.
- g. Selepas tindakan perlindungan dan intervensi dilaksanakan, Pelindung menjalankan pemantauan melalui lawatan rumah, semakan persekolahan, semakan keadaan kesihatan, semakan keselamatan kanak-kanak dan pematuhan terhadap semua perintah tambahan.
- h. Kes hanya ditutup apabila risiko telah berkurangan, persekitaran kanak-kanak telah selamat dan objektif pelan intervensi telah tercapai. Proses ini menunjukkan bahawa peranan Pelindung tidak berhenti pada tahap krisis, tetapi merangkumi pemantauan berterusan sehingga kanak-kanak berada dalam keadaan selamat dan stabil.

- 3.9. Sebanyak 140 hospital di fasiliti KKM mempunyai perkhidmatan OSCC di seluruh negara. Sabah mencatatkan bilangan tertinggi dengan 23 hospital, diikuti Sarawak 20 hospital, Perak 14 hospital, Selangor 12 hospital, Johor 12 hospital, Pahang 12 hospital, Kedah 10 hospital, Kelantan 10 hospital, Negeri Sembilan 7 hospital, Pulau Pinang 6 hospital, Terengganu 6 hospital, Melaka 3 hospital, W.P. Kuala Lumpur 2 hospital, manakala W.P. Putrajaya, W.P. Labuan dan Perlis masing-masing mempunyai 1 hospital.
- 3.10. Pelaksanaan OSCC berdepan beberapa cabaran semasa yang perlu diberi perhatian. Antaranya ialah:
- a. Penyelarasan antara agensi dan perkongsian maklumat kes yang masih perlu diperkukuh.
 - b. Terdapat keperluan untuk memperkukuh intervensi psikososial dan pemulihan trauma bagi mangsa.
 - c. Kapasiti sumber manusia di institusi kanak-kanak dan bilangan Pelindung di lapangan juga berbeza mengikut negeri dan lokasi.
 - d. Peningkatan kes kompleks seperti penderaan seksual dalam talian dan eksploitasi kanak-kanak memerlukan pendekatan perlindungan yang lebih khusus dan responsif.
- 3.11. Hala tuju dan penambahbaikan OSCC boleh diberikan tumpuan kepada perkara-perkara berikut:
- a. Pengukuhan mekanisme rujukan dan pengurusan kes antara OSCC dan JKM.
 - b. Kapasiti Pelindung Kanak-kanak dan pegawai barisan hadapan perlu dipertingkatkan melalui latihan dan pembangunan kompetensi.
 - c. Pengurusan kes bersepadu serta perkongsian maklumat antara agensi juga perlu diperkukuh supaya tindakan perlindungan dapat dibuat dengan lebih cepat dan terselaras.
 - d. Penambahbaikan dasar dan perundangan perlindungan kanak-kanak turut diperlukan bagi memastikan sistem perlindungan negara kekal relevan dengan cabaran semasa.

- 3.12. Perlindungan kanak-kanak merupakan tanggungjawab bersama yang memerlukan kerjasama pelbagai agensi. OSCC berperanan sebagai nadi kepada sistem perlindungan negara dengan menghubungkan perkhidmatan kesihatan, kebajikan, penguatkuasaan dan sokongan komuniti. Peranan ini dilaksanakan di bawah kerangka Akta Kanak-kanak 2001 [*Akta 611*] dan selaras dengan komitmen Malaysia kepada Konvensyen Hak Kanak-kanak (CRC). Kerjasama yang berterusan antara semua pihak amat penting bagi memastikan kanak-kanak mendapat perlindungan yang berkesan.

BAHAGIAN IV

PERBINCANGAN DAN PENELITIAN

Perbincangan antara Kementerian bersama JKP Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat berkenaan isu Penambahbaikan Perkhidmatan Bersepadu One Stop Crisis Center (OSCC) di Malaysia adalah seperti yang berikut:

I. PELAKSANAAN PERKHIDMATAN ONE-STOP CRISIS CENTER (OSCC) BAGI MANGSA KEGANASAN: PEMERIKSAAN PERUBATAN, FORENSIK KLINIKAL, KAUNSELING AWAL, RAWATAN SUSULAN DAN GARIS MASA PELAKSANAAN GARIS PANDUAN TERKINI OSCC OLEH KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)

Berdasarkan sesi perbincangan dan libat urus yang dijalankan bersama KKM, **Jawatankuasa mengambil maklum isu-isu** yang dibangkitkan seperti yang berikut:

Pemantauan, Penyeragaman dan Penyelarasan Data OSCC

1. Isu mengenai keberkesanan pemantauan terhadap pematuhan garis panduan OSCC telah dibangkitkan kerana tiada ketetapan yang jelas terhadap pematuhan garis panduan yang sama.
2. Melalui lawatan kerja yang dijalankan, Jawatankuasa mendapati terdapat keperluan bagi perkongsian amalan baik antara OSCC. Ini kerana terdapat hospital yang mempunyai amalan baik, tetapi amalan tersebut tidak dikumpulkan, diseragamkan atau dikongsi dengan OSCC yang lain.
3. Pendigitalan data OSCC dibangkitkan kerana sebahagian hospital masih menggunakan sistem manual, manakala sebahagian lagi telah menggunakan sistem digital.
4. Keperluan sistem data sementara dibangkitkan kerana KKM masih boleh menggunakan kaedah ringkas seperti *Google Form* atau *dashboard* sementara menunggu pendigitalan penuh.
5. Penyelarasan data antara KKM, PDRM dan JKM dibangkitkan kerana statistik antara agensi perlu diseragamkan bagi mengelakkan percanggahan dan memudahkan pemantauan kes.

Maklum Balas, SOP dan Koordinasi PDRM di OSCC

6. Pengendalian kes rentas daerah dan rentas negeri dibangkitkan kerana pemandiri yang hadir di OSCC tertentu masih perlu menunggu pegawai penyiasat dari daerah atau negeri tempat kejadian berlaku.
7. Kelewatan kehadiran pegawai polis ke OSCC dibangkitkan kerana kelewatan tersebut boleh menangguhkan pemeriksaan forensik dan menambah trauma kepada pemandiri.
8. Ketidakteraturan pelaksanaan SOP PDRM di lapangan dibangkitkan kerana penjelasan dasar PDRM menyatakan bahawa bantuan siasatan boleh diberikan oleh mana-mana pegawai, tetapi amalan di hospital tidak berlaku sedemikian.
9. Kelemahan pegawai barisan hadapan polis dalam mengendalikan mangsa keganasan seksual dibangkitkan apabila terdapat kes mangsa rogol yang dinasihatkan untuk pulang mandi sebelum pemeriksaan dibuat.
10. Latihan dan kefahaman anggota polis berkaitan perkhidmatan OSCC dibangkitkan kerana walaupun SOP dan latihan asas siasatan wujud, namun pelaksanaan di peringkat balai dan pondok polis masih tidak konsisten.
11. Keperluan akauntabiliti terhadap ketidakpatuhan SOP PDRM dibangkitkan kerana tiada mekanisme aduan yang jelas apabila polis lewat hadir, tidak menerima kes atau gagal memberi respons sewajarnya kepada OSCC.
12. Ketiadaan garis masa maksimum kehadiran pegawai polis ke OSCC dibangkitkan kerana mangsa tidak wajar menunggu tanpa had masa sebelum pemeriksaan dan tindakan siasatan boleh dimulakan.

Keperluan Pegawai Penyelaras PDRM bagi OSCC

13. Ketiadaan pegawai penyelaras PDRM khusus bagi OSCC dibangkitkan kerana hospital tidak mempunyai pegawai rujukan tetap yang boleh dihubungi untuk menyelaras kes dengan segera.
14. Autoriti pegawai penyelaras OSCC PDRM dibangkitkan kerana pegawai yang dilantik perlu mempunyai pangkat dan kuasa yang mencukupi untuk mengarahkan tindakan di peringkat daerah.
15. Keperluan keputusan dasar daripada Jabatan Siasatan Jenayah Bukit Aman dibangkitkan kerana pelantikan pegawai penyelaras OSCC dan arahan kepada semua Ibu Pejabat Polis Kontinjen (IPK) serta IPD memerlukan kelulusan peringkat tertinggi PDRM.

16. Keperluan pegawai khas dari PDRM bagi setiap OSCC dibangkitkan supaya setiap hospital mempunyai pegawai polis yang dinamakan sebagai rujukan tetap, sama seperti konsep pegawai angkat polis di sekolah.

Koordinasi Perlindungan dan Peranan JKM Selepas Rawatan

17. Pengurusan EPO dibangkitkan kerana terdapat keperluan menjelaskan peranan JKM dalam mengeluarkan EPO dalam tempoh segera selepas rawatan pemandiri selesai.
18. Hubungan terus antara OSCC dan JKM dibangkitkan kerana mekanisme rujukan kepada JKM masih belum kukuh dan sebahagiannya bergantung kepada Pegawai Kerja Sosial Perubatan KKM.
19. Keterbatasan Pegawai Kerja Sosial Perubatan dibangkitkan kerana pegawai tersebut wujud di hospital tetapi jumlahnya kecil, mempunyai beban tugas lain dan tidak mempunyai kuasa mengeluarkan EPO.
20. Kekurangan pegawai JKM yang ditempatkan di hospital dibangkitkan kerana tidak semua hospital mempunyai pegawai JKM secara tetap untuk membantu pengendalian kes OSCC.
21. Kuasa Pelindung dan Pembantu Pelindung dibangkitkan kerana masih belum jelas sama ada pegawai selain pegawai JKM boleh diberi kuasa perlindungan melalui pindaan undang-undang atau keputusan dasar.
22. Ketiadaan liputan JKM secara 24 jam bagi perkhidmatan OSCC dibangkitkan kerana masalah sering berlaku pada hujung minggu, cuti panjang dan luar waktu pejabat apabila pegawai Pelindung sukar dihubungi.
23. Penempatan sementara pemandiri di hospital dibangkitkan kerana mangsa tidak sepatutnya terpaksa tinggal terlalu lama di hospital semata-mata kerana kelewatan urusan perlindungan atau penempatan oleh JKM.

SYOR JAWATANKUASA

24. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kementerian Kewangan (MOF) menyediakan peruntukan tahunan bagi** pengoperasian OSCC termasuk kos latihan berkala, sokongan psikososial kepada mangsa, pengurusan kes, penyelarasan antara agensi serta kesinambungan penjagaan selepas rawatan.
25. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kementerian Ekonomi menyediakan peruntukan pembangunan khusus bagi menaik taraf infrastruktur OSCC,** termasuk penambahbaikan ruang pemeriksaan, bilik temu bual, kemudahan mesra mangsa, kelengkapan forensik klinikal dan kemudahan sokongan lain di hospital yang menyediakan perkhidmatan OSCC.

26. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA) meneliti dan mewujudkan perjawatan khusus berkaitan pengurusan OSCC di agensi-agensi utama, termasuk KKM, JKM dan PDRM, bagi mengatasi isu pertukaran pegawai yang kerap, kebergantungan kepada anggota tidak tetap serta kekurangan pegawai terlatih dalam pengendalian kes OSCC.**
27. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM:**
- a. **Mempercepatkan pelancaran garis panduan OSCC agar mekanisme pemantauan pematuhan OSCC di semua hospital dapat dilaksanakan, termasuk audit berkala, pelaporan prestasi dan tindakan pembetulan terhadap hospital yang tidak mematuhi standard minimum perkhidmatan OSCC.**
 - b. **Amalan baik OSCC yang telah dilaksanakan di hospital tertentu dikumpulkan, diseragamkan dan dijadikan rujukan nasional supaya semua OSCC dapat melaksanakan standard pengendalian kes yang setara.**
 - c. **Membangunkan sistem data OSCC bersepadu yang membolehkan pemantauan kes secara lebih tersusun, termasuk hubungan data dengan PDRM dan JKM bagi tujuan siasatan, perlindungan dan tindakan susulan.**
28. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya PDRM:**
- a. **Melantik seorang pegawai penyelarass OSCC di setiap daerah yang mempunyai kuasa dan autoriti mencukupi untuk mengarahkan tindakan segera apabila kes dirujuk oleh hospital.**
 - b. **Menetapkan prosedur yang jelas bagi kes OSCC rentas daerah dan rentas negeri, termasuk prinsip bahawa pegawai polis di daerah hospital boleh membantu tindakan awal walaupun kejadian berlaku di daerah atau negeri lain.**
 - c. **Satu garis masa maksimum ditetapkan dan mewajibkan kehadiran pegawai polis ke OSCC selepas laporan dibuat oleh hospital, bagi memastikan pemeriksaan forensik dan tindakan siasatan tidak tertangguh.**
 - d. **Menambahbaik kelengkapan dan sistem yang diperlukan untuk membolehkan mangsa membuat aduan segera di OSCC.**
 - e. **Latihan pengendalian kes OSCC, keganasan seksual, keganasan rumah tangga dan penderaan kanak-kanak diperkukuh sebagai latihan wajib kepada pegawai barisan hadapan PDRM, khususnya**

pegawai yang bertugas di balai polis, pondok polis hospital dan kaunter laporan.

29. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWKM)** mengkaji dan membuat pindaan yang perlu terhadap Akta Kanak-kanak 2001, khususnya peruntukan berkaitan pelantikan serta fungsi Pelindung dan Pembantu Pelindung, bagi membolehkan pewujudan perjawatan khas Pembantu Pelindung yang ditempatkan secara khusus di hospital yang menyediakan perkhidmatan OSCC.
30. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya JKM:**
 - a. **Menambah bilangan perjawatan dan penempatan Pegawai Pelindung dengan lantikan tetap** bagi memenuhi keperluan yang semakin meruncing.
 - b. **Mewujudkan mekanisme pengurusan pengendalian kes OSCC** di luar waktu bekerja untuk mempercepat tindakan perlindungan, penempatan sementara dan pengeluaran perintah perlindungan yang berkaitan.
 - c. **Melaksanakan pemetaan semula penempatan Pelindung** berdasarkan beban kes sebenar di daerah dan negeri.
31. Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM menggunakan mekanisme pelaporan sementara seperti *dashboard* ringkas atau borang digital standard sementara menunggu pelaksanaan sistem pendigitalan penuh OSCC.
32. Jawatankuasa mengesyorkan supaya KPWKM dengan kerjasama KKM melaksanakan kempen kesedaran mengenai keganasan rumah tangga, penderaan seksual, pengabaian dan penderaan kanak-kanak dilaksanakan secara rentas agensi, khususnya di sekolah, komuniti dan fasiliti kesihatan.
33. Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM melaksanakan kempen advokasi dan kesedaran mengenai perkhidmatan OSCC termasuk melalui laman sesawang rasmi, media sosial, fasiliti kesihatan dan bahan hebahan mesra pengguna bagi meningkatkan kefahaman orang awam, mangsa, keluarga serta petugas barisan hadapan mengenai akses, fungsi dan tatacara mendapatkan perkhidmatan OSCC.

II. PENGENDALIAN KES KEGANASAN RUMAH TANGGA DAN KANAK-KANAK MELALUI OSCC: PERANAN POLIS DIRAJA MALAYSIA (PDRM) DALAM SIASATAN, PERLINDUNGAN MANGSA DAN KOORDINASI DENGAN HOSPITAL SERTA JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT (JKM) OLEH KEMENTERIAN DALAM NEGERI (KDN)

Berdasarkan sesi perbincangan dan libat urus yang dijalankan bersama KDN, **Jawatankuasa mengambil maklum isu-isu** yang dibangkitkan seperti yang berikut:

Penerimaan Laporan Polis dan Laporan Pihak Ketiga

34. Penerimaan laporan polis oleh pihak selain mangsa telah dibangkitkan, termasuk NGO, kerana terdapat kekeliruan sama ada NGO dibenarkan membuat laporan bagi pihak mangsa atau berdasarkan maklumat yang diketahui.
35. Terdapat aduan daripada NGO bahawa laporan mereka tidak diterima oleh pihak polis, sedangkan laporan tersebut sepatutnya boleh dibuat oleh mana-mana individu yang mengetahui tentang kejadian.
36. Terdapat keperluan latihan tambahan kepada anggota polis yang terlibat dalam pengambilan pelaporan kerana masih terdapat dakwaan bahawa NGO atau orang awam tidak dibenarkan membuat laporan polis.
37. Isu mengenai kedudukan laporan polis yang dibuat oleh pihak ketiga, khususnya apabila mangsa sendiri tidak mahu membuat laporan atau tidak mahu meneruskan kes.

Tindakan Awal Polis dan Pengendalian Kes Rentas Kawasan

38. Isu mengiringi mangsa dari balai polis ke hospital dibangkitkan kerana terdapat keadaan mangsa hanya diarahkan pergi sendiri ke hospital selepas membuat laporan polis.
39. Terdapat isu mangsa diarahkan untuk pergi dari satu balai ke balai lain atas alasan kes berlaku di kawasan pentadbiran balai yang berbeza, yang mana balai pertama yang menerima mangsa sepatutnya terus mengambil tindakan awal tanpa menyuruh mangsa pergi ke balai lain.
40. Pengendalian kes rentas daerah atau luar kawasan balai kerana terdapat anggota yang enggan mengambil tindakan atas alasan kes bukan dalam kawasan pentadbiran mereka.

Kefahaman, Latihan dan Pematuhan SOP PDRM di Lapangan

41. Kapasiti dan kesediaan petugas barisan hadapan kerana tidak semua anggota mempunyai pengetahuan teknikal atau kepakaran yang mencukupi untuk mengendalikan kes OSCC secara seragam.
42. Ketidakteraturan pelaksanaan SOP di lapangan, khususnya dalam penerimaan laporan, mengiringi mangsa, kehadiran polis di OSCC dan pengendalian kes rentas kawasan. Kelemahan utama bukan hanya berkaitan kewujudan SOP, tetapi juga berkaitan pemahaman, latihan, koordinasi dan ketegasan arahan kepada petugas barisan hadapan.

III. PENGENDALIAN KES KANAK-KANAK DAN MANGSA PASCA-OSCC: PERANAN PEGAWAI PELINDUNG JKM DALAM PERLINDUNGAN, KAUNSELING DAN PENEMPATAN SEMENTARA OLEH JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT (JKM)

Berdasarkan sesi perbincangan dan libat urus yang dijalankan bersama KPWK, **Jawatankuasa mengambil maklum isu-isu** yang dibangkitkan seperti yang berikut:

Data Perlindungan Kanak-kanak di OSCC

43. Data JKM berisiko menunjukkan pelaporan yang lebih rendah daripada keadaan sebenar kerana hanya kes yang memerlukan perlindungan direkodkan, bukan keseluruhan laporan penderaan kanak-kanak.
44. Terdapat keperluan untuk memastikan semua kes kanak-kanak bawah 18 tahun yang melalui OSCC atau SCAN direkodkan dengan jelas oleh JKM, tanpa mengira sama ada kanak-kanak tersebut ditempatkan di institusi atau tidak.

Kapasiti JKM dalam Perlindungan dan Penempatan Kanak-kanak

45. Beban tugas Pelindung JKM adalah tinggi dan tidak seimbang antara daerah, khususnya di kawasan yang mempunyai jumlah kes yang besar. Penempatan Pelindung JKM perlu disusun semula supaya lebih sepadan dengan jumlah dan taburan kes OSCC di seluruh negara.
46. Tempoh menunggu yang terlalu lama sebelum kanak-kanak ditempatkan di tempat selamat menimbulkan persoalan mengenai kecukupan kapasiti institusi JKM.
47. Kelewatan membawa keluar kanak-kanak dari hospital ke tempat selamat berlaku disebabkan kekangan penempatan dan sumber manusia di pihak JKM.

48. Penggunaan institusi dwifungsi menimbulkan kebimbangan bahawa kanak-kanak mangsa penderaan mungkin bercampur dengan kanak-kanak yang mempunyai masalah akhlak atau terlibat dengan jenayah.

Respons, Koordinasi dan Liputan JKM

49. Bilangan pegawai kader JKM yang ditempatkan di hospital adalah tidak mencukupi berbanding jumlah keseluruhan lokasi OSCC. Ketiadaan pegawai kader JKM di beberapa hospital, boleh menjejaskan kecekapan tindak balas JKM terhadap kes OSCC.
50. Maklum balas JKM terhadap kes OSCC adalah tidak seragam antara daerah dan negeri, khususnya di kawasan yang mempunyai beban kes tinggi.
51. Masalah komunikasi dan kelewatan maklum balas JKM selepas waktu pejabat masih berlaku di beberapa lokasi OSCC.
52. Terdapat keperluan untuk mewujudkan pegawai khusus atau pegawai bertugas yang boleh dihubungi secara terus bagi kes OSCC selepas waktu pejabat.
53. Peranan Pembantu Pelindung masih belum dimanfaatkan sepenuhnya untuk membantu maklum balas segera JKM di luar waktu pejabat atau di kawasan pedalaman.

BAHAGIAN V

LAPORAN LAWATAN KERJA JAWATANKUASA

I. PENGENALAN

1. Laporan ini disediakan bertujuan untuk memaklumkan perjalanan dan hasil lawatan kerja Jawatankuasa Pilihan (JKP) Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat ke Kelantan dan Pulau Pinang yang berlangsung dari 27 hingga 30 April 2026 (Isnin-Khamis). Selain itu, JKP turut mengadakan lawatan ke Kuala Lumpur dan Johor Bahru pada 18 hingga 20 Mei 2026 (Isnin-Rabu). Lawatan ini disertai oleh lapan orang ahli Jawatankuasa diketuai oleh YB Puan Yeo Bee Yin, Ahli Parlimen Puchong selaku Pengerusi JKP. Lawatan yang dilakukan meliputi:
 - 1.1. OSCC Hospital Umum Sarawak, Sarawak.
 - 1.2. OSCC Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kelantan.
 - 1.3. OSCC Hospital Bukit Mertajam, Pulau Pinang.
 - 1.4. OSCC Hospital Kuala Lumpur, Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur.
 - 1.5. OSCC Hospital Tunku Azizah, Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur.
 - 1.6. OSCC Hospital Sultanah Aminah, Johor Bahru.
2. Lawatan kerja ini bertujuan untuk:
 - 2.1. Menyediakan satu pelaporan dalam bentuk Penyata yang akan dibentangkan di Dewan Rakyat bagi isu perkhidmatan bersepadu OSCC di Malaysia.
 - 2.2. Menilai keberkesanan pelaksanaan model perkhidmatan bersepadu OSCC dalam mengendalikan kes keganasan rumah tangga, penderaan kanak-kanak dan keganasan seksual melalui kerjasama antara hospital, PDRM, JKM dan agensi berkaitan.
 - 2.3. Meneliti mekanisme pengurusan kes mangsa di OSCC, termasuk proses rujukan, dokumentasi forensik, sokongan psikososial serta koordinasi antara agensi dalam memastikan perlindungan dan pemulihan mangsa secara menyeluruh.

II. SENARAI DELEGASI

1. YB Puan Yeo Bee Yin (Ahli Parlimen Puchong)
2. YB Puan Hajah Rodziah binti Ismail (Ahli Parlimen Ampang)
3. YB Puan Syerleena binti Abdul Rashid (Ahli Parlimen Bukit Bendera)
4. YB Dato' Siti Zailah binti Mohd Yusoff (Ahli Parlimen Rantau Panjang)
5. YB Dato' Hajah Mumtaz binti Md Nawli (Ahli Parlimen Tumpat)
6. YB Dr. Hajah Halimah Ali (Ahli Parlimen Kapar)
7. YB Tuan Zakri bin Hassan (Ahli Parlimen Kangar)
8. YB Tuan Tan Hong Pin (Ahli Parlimen Bakri)

III. PROGRAM LAWATAN

1. OSCC HOSPITAL UMUM SARAWAK (HUS), SARAWAK

- Tarikh: 7 Januari 2026 (Rabu)
- Masa: 11.30 pagi – 1.30 tengah hari

1.1 Latar belakang

- 1.1.1. Pelaksanaan OSCC di Sarawak bermula pada Oktober 1996 dengan penglibatan Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak, PDRM, JKM Sarawak, Sarawak Women for Women Society (SWWS) dan Kesatuan Guru-Guru Sarawak.
- 1.1.2. OSCC mula dilaksanakan di HUS pada November 1996, diikuti Hospital Sibu dan Hospital Miri pada 1997, serta tambahan 16 buah hospital pada 1998 hingga 1999. Menjelang 2001, terdapat 21 hospital di seluruh Sarawak yang melaksanakan OSCC.
- 1.1.3. OSCC HUS telah beroperasi sejak November 1996 dengan bilik berasingan di Jabatan Kecemasan dan Trauma. Bilik tersebut disediakan sebagai ruang yang selamat, selesa, mempunyai tandas dan bilik mandi, jauh daripada orang awam, bebas gangguan serta menjaga kerahsiaan mangsa.

- 1.1.4. Kemudahan fizikal OSCC di HUS, termasuk bilik pemeriksaan khusus dan bilik perlindungan yang digunakan bagi memastikan mangsa mendapat ruang yang lebih selamat, tertutup dan sesuai untuk proses rawatan serta perlindungan awal.
- 1.1.5. Pengurusan mangsa keganasan rumah tangga oleh OSCC merangkumi rawatan terhadap penderaan atau pengabaian fizikal, psikologi dan kewangan oleh pasangan atau ahli keluarga seperti dalam Akta Keganasan Rumah Tangga (Pindaan) 2017.
- 1.1.6. Jumlah kes OSCC menunjukkan peningkatan keseluruhan sebanyak 27% sepanjang tempoh 3 tahun. Kes adalah relatif stabil antara 2023 sebanyak 385 kes dan 2024 sebanyak 382 kes, sebelum melonjak kepada 486 kes pada 2025.
- 1.1.7. Dalam kalangan dewasa, kategori dera merupakan kategori paling dominan dengan 279 kes pada 2023, 260 kes pada 2024 dan 289 kes pada 2025. Kes rogol menurun daripada 20 kes pada 2023 kepada 10 kes pada 2024 dan 9 kes pada 2025. Kes cabul adalah sangat rendah, iaitu 1 kes pada 2023, tiada kes pada 2024 dan 1 kes pada 2025, manakala tiada kes liwat pada 2023, 1 kes pada 2024 dan 2025.
- 1.1.8. Dalam kalangan remaja dan kanak-kanak, kes dera meningkat mendadak daripada 28 kes pada 2023 kepada 32 kes pada 2024 dan 94 kes pada 2025. Kes rogol turut meningkat secara konsisten daripada 34 kes pada 2023 kepada 50 kes pada 2024 dan 61 kes pada 2025. Kes cabul mencatatkan 6 kes pada 2023, 8 kes pada 2024 dan 5 kes pada 2025, manakala kes liwat ialah 2 kes pada 2023, 4 kes pada 2024 dan 2 kes pada 2025.
- 1.1.9. Secara keseluruhan, kes OSCC masih didominasi oleh golongan dewasa dari segi bilangan. Namun begitu, perkadaran kes dalam kalangan kanak-kanak dan remaja kekal berterusan dan kadangkala meningkat, sekali gus menunjukkan bahawa isu perlindungan kanak-kanak dan remaja masih kritikal.
- 1.1.10. Trend bulanan menunjukkan bahawa walaupun kes dewasa mendominasi dari segi bilangan, namun peningkatan dalam kalangan remaja dan kanak-kanak adalah lebih membimbangkan melibatkan kumpulan rentan. Dapatan ini mengukuhkan keperluan intervensi awal, perlindungan khusus dan pemantauan berterusan bagi kanak-kanak dan remaja.

- 1.1.11. Peningkatan terbesar berlaku dalam kalangan perempuan, khususnya kanak-kanak perempuan berumur 10 hingga 17 tahun, iaitu 56 kes pada 2023, 65 kes pada 2024 dan 75 kes pada 2025.
- 1.1.12. Bagi kanak-kanak dan remaja, hubungan pelaku adalah lebih pelbagai, termasuk individu dikenali di luar keluarga, rakan atau kenalan serta ahli keluarga. Bagi dewasa pula, majoriti kes melibatkan pasangan intim seperti suami atau isteri, menunjukkan bahawa keganasan banyak berlaku dalam hubungan peribadi yang rapat dan berterusan.
- 1.1.13. Rumah merupakan lokasi dominan bagi kes OSCC dalam kalangan kanak-kanak dan remaja, iaitu 55.7%. Sekolah muncul sebagai lokasi kedua tertinggi iaitu 17.7%, manakala lokasi lain termasuk taska atau tadika sebanyak 2.9%, rumah pengasuh sebanyak 3.1%, tempat kerja sebanyak 0.5% dan lain-lain sebanyak 20.1%. Data ini menunjukkan bahawa risiko terhadap kanak-kanak dan remaja tidak terhad kepada ruang domestik sahaja.
- 1.1.14. Keganasan terhadap wanita dikategorikan kepada beberapa bentuk utama, iaitu penderaan psikologi dan emosi, penderaan fizikal, penderaan seksual, penderaan sosial serta penderaan kewangan.
- 1.1.15. Pengurusan awal kes OSCC apabila mangsa hadir ke hospital, sama ada dibawa oleh ibu bapa, guru, orang awam, Pelindung kanak-kanak, klinik kesihatan, polis, NGO, pengamal perubatan swasta atau rujukan hospital lain. Mangsa akan melalui proses triaj di Jabatan Kecemasan, dan jika tidak stabil, rawatan akut serta rujukan pakar akan dibuat segera.
- 1.1.16. Mangsa yang stabil akan melalui penilaian awal oleh Pegawai Perubatan Jabatan Kecemasan dan Trauma. Rujukan boleh dibuat kepada disiplin berkaitan seperti Obstetrik dan Ginekologi, Pembedahan, Pediatrik, Forensik, Psikiatri dan Pegawai Kerja Sosial Perubatan. Pengumpulan bukti perlu disaksikan dan diserahkan kepada pihak polis apabila berkaitan.
- 1.1.17. Intervensi tahap kedua melibatkan susulan oleh Obstetrik dan Ginekologi, Pegawai Kerja Sosial Perubatan, Psikiatri, JKM, kaunselor, NGO dan biro bantuan guaman jika diperlukan. Pendekatan ini memastikan mangsa tidak terhenti pada rawatan akut sahaja, sebaliknya mendapat kesinambungan sokongan selepas rawatan awal.

- 1.1.18. Intervensi tahap ketiga memberi tumpuan kepada pemulihan mangsa, termasuk keperluan sokongan jangka panjang, rujukan agensi dan pemantauan susulan supaya mangsa dapat dipulihkan dari aspek kesihatan, keselamatan dan kesejahteraan sosial.
- 1.1.19. Prosedur pengendalian kes disyaki penderaan dan pengabaian kanak-kanak. Komposisi SCAN di hospital tahap A diketuai oleh pakar pediatrik dan melibatkan Pegawai Kerja Sosial Perubatan, Pegawai JKM/Pelindung Kanak-kanak, pegawai polis berpangkat Inspektor atau lebih tinggi, pakar berkaitan seperti Pediatrik, Kecemasan, O&G, Psikiatri dan Forensik, jururawat pediatrik atau OSCC serta kaunselor atau ahli psikologi jika ada.
- 1.1.20. Cabaran utama pengendalian OSCC termasuk kurang kesedaran orang awam mengenai OSCC, keengganan mangsa melaporkan insiden kepada polis, stigma sosial, budaya malu, kecenderungan menyalahkan diri sendiri serta ketakutan terhadap pelaku yang menyebabkan mangsa enggan bercakap secara terbuka.
- 1.1.21. Antara cabaran utama OSCC, termasuk ketersediaan tempat perlindungan mangsa dengan tempoh 1 hingga 5 hari, kekurangan infrastruktur sokongan, kekurangan pekerja sosial khususnya pada hujung minggu, kerjasama polis, kekangan peruntukan latihan, tahap kesedaran dan pengetahuan pegawai pelbagai agensi, keperluan laporan di balai polis tertentu serta kekurangan tenaga kerja di Jabatan Kecemasan dan Trauma. Kekangan ini menjejaskan kelancaran pengurusan kes, kesinambungan sokongan dan pemantauan mangsa.
- 1.1.22. Pelan strategik OSCC dibahagikan kepada tiga fasa, iaitu
- a. Jangka pendek 0 hingga 6 bulan, jangka sederhana 6 hingga 18 bulan dan jangka panjang 18 hingga 36 bulan. Fasa jangka pendek memberi tumpuan kepada penstabilan dan keselamatan segera, termasuk perlindungan sementara 24 hingga 72 jam, *fast track* mangsa berisiko tinggi, koordinasi segera dengan polis dan liputan pekerja sosial secara *on-call*.
 - b. Fasa jangka sederhana menekankan pengukuhan sistem, SOP rentas agensi, latihan berkala, mekanisme pelaporan polis di hospital dan pengurusan data.
 - c. Fasa jangka panjang memberi tumpuan kepada kelestarian OSCC, integrasi dengan fasiliti primer, Petunjuk Prestasi Utama (KPI), peruntukan tetap, pembangunan kepakaran tempatan dan pusat rujukan OSCC.

1.1.23. Pelan khusus remaja memberi tumpuan kepada kumpulan umur 10 hingga 17 tahun, seperti yang berikut:

- a. Bagi jangka pendek, penekanan diberi kepada pengesanan awal di sekolah dan fasiliti kesihatan primer, laluan pelaporan selamat dan sulit, serta penglibatan guru kaunseling, jururawat sekolah dan klinik kesihatan.
- b. Bagi jangka sederhana, fokus diberikan kepada program pencegahan keganasan dan buli di sekolah menengah, latihan kepada guru dan pegawai berkaitan serta sokongan psikososial berterusan.
- c. Bagi jangka panjang, perlindungan remaja perlu diintegrasikan dalam dasar kebangsaan OSCC dan perlindungan kanak-kanak serta dipantau melalui KPI berasingan.

1.2 ISU-ISU UTAMA YANG DIBANGKITKAN

1.2.1. Trend kes OSCC menunjukkan keperluan intervensi yang lebih serius

- Jawatankuasa mengambil maklum bahawa data OSCC HUS bagi 2023 hingga 2025 menunjukkan peningkatan keseluruhan kes sebanyak 27% dalam tempoh 3 tahun. Keadaan kes dilaporkan relatif stabil antara 2023 hingga 2024, namun berlaku lonjakan ketara pada 2025. Peningkatan ini boleh ditafsirkan melalui dua kemungkinan, iaitu peningkatan kejadian sebenar dalam komuniti atau peningkatan pengesanan dan pelaporan kes oleh mangsa, keluarga, sekolah, hospital atau agensi berkaitan.
- Peningkatan kes OSCC, khususnya di hospital rujukan utama, menunjukkan bahawa keganasan terhadap wanita, kanak-kanak dan remaja masih merupakan masalah perlindungan sosial yang serius. Sekiranya peningkatan ini berpunca daripada peningkatan pelaporan, sistem perlu diperkukuh supaya mangsa tidak hanya “berjaya dikesan”, tetapi benar-benar menerima perlindungan, rawatan, sokongan dan keadilan yang berkesan. Sekiranya peningkatan ini mencerminkan peningkatan kejadian sebenar, maka intervensi pencegahan di peringkat komuniti dan sekolah perlu diperhebatkan.

1.2.2. Kes dera dewasa mendominasi manakala kes rogol menunjukkan peningkatan konsisten

- Jawatankuasa mengambil maklum bahawa taburan kes OSCC bagi golongan dewasa menunjukkan dominasi berterusan kategori dera. Kes dera meningkat secara mendadak pada 2025 dan menjadi kategori paling dominan. Pada masa yang sama, kes rogol menunjukkan peningkatan konsisten dari 2023 hingga 2025.
- Dapatan ini menandakan bahawa keganasan rumah tangga dan keganasan seksual masih menjadi komponen penting dalam beban kerja OSCC. Dalam konteks dewasa, majoriti insiden melibatkan pasangan intim seperti suami atau isteri. Corak ini menunjukkan bahawa risiko keganasan bukan hanya berlaku di ruang awam, tetapi berlaku dalam hubungan peribadi yang rapat, berulang dan sukar diputuskan tanpa sokongan keselamatan, perlindungan dan intervensi sosial yang kukuh.
- Isu ini juga menunjukkan bahawa OSCC tidak boleh berfungsi sebagai mekanisme rawatan jangka pendek semata-mata. Mangsa keganasan rumah tangga sering memerlukan penilaian risiko berulang, perlindungan sementara, sokongan undang-undang, kaunseling, bantuan kewangan dan pelan keselamatan selepas keluar dari hospital. Sekiranya perkhidmatan selepas rawatan tidak kukuh, mangsa berisiko kembali kepada persekitaran yang sama dan mengalami keganasan berulang.

1.2.3. Peningkatan kes dalam kalangan kanak-kanak dan remaja amat membimbangkan

- Walaupun kes dewasa mendominasi dari segi bilangan mutlak, Jawatankuasa mendapati bahawa peningkatan kes dalam kalangan kanak-kanak dan remaja adalah lebih membimbangkan kerana melibatkan kumpulan rentan. Data menunjukkan bahawa kategori perempuan berumur 10 hingga 17 tahun mencatatkan peningkatan daripada 56 kes pada tahun 2023 kepada 75 kes pada 2025.
- Peningkatan ini tidak boleh dianggap sebagai statistik biasa. Kumpulan umur 10 hingga 17 tahun merupakan fasa kritikal dari segi perkembangan fizikal, emosi, pendidikan dan sosial. Keganasan seksual, penderaan, gangguan, buli atau eksploitasi yang berlaku pada peringkat umur ini boleh memberi kesan jangka panjang terhadap kesihatan mental, keyakinan diri, kehadiran ke sekolah, hubungan keluarga dan keupayaan

mangsa untuk mendapatkan keadilan.

- Jawatankuasa turut mengambil perhatian bahawa hubungan pelaku bagi kanak-kanak dan remaja adalah lebih pelbagai, termasuk individu dikenali di luar keluarga, rakan, kenalan dan ahli keluarga. Dapatan ini menunjukkan bahawa risiko terhadap kanak-kanak dan remaja tidak terhad kepada rumah semata-mata, tetapi melibatkan jaringan sosial yang lebih luas. Oleh itu, pendekatan pencegahan perlu merangkumi sekolah, komuniti, media sosial, rakan sebaya, keluarga dan agensi perlindungan.

1.2.4. Rumah dan sekolah merupakan lokasi risiko yang perlu diberi perhatian

- Berdasarkan dapatan yang dibentangkan, rumah merupakan lokasi dominan insiden OSCC dalam kalangan kanak-kanak dan remaja. Sekolah pula muncul sebagai lokasi kedua tertinggi. Dapatan ini penting kerana ia mencabar andaian bahawa kanak-kanak hanya memerlukan perlindungan di luar rumah atau di tempat awam.
- Rumah sepatutnya menjadi tempat paling selamat bagi kanak-kanak, namun data menunjukkan bahawa rumah juga boleh menjadi lokasi berlakunya penderaan, keganasan seksual, pengabaian atau keganasan rumah tangga yang disaksikan oleh kanak-kanak. Pada masa yang sama, sekolah sebagai lokasi kedua tertinggi menunjukkan bahawa sistem pendidikan perlu memainkan peranan lebih aktif dalam pengesanan awal, pelaporan selamat, kaunseling, pendidikan keselamatan diri dan rujukan kepada OSCC atau agensi perlindungan.
- Jawatankuasa berpandangan bahawa sekolah tidak boleh hanya dilihat sebagai institusi pendidikan akademik. Sekolah perlu diiktiraf sebagai rakan utama dalam ekosistem perlindungan kanak-kanak dan remaja. Guru kaunseling, jururawat sekolah, pentadbir sekolah dan klinik kesihatan perlu mempunyai laluan rujukan yang jelas sekiranya terdapat petunjuk penderaan, keganasan seksual, buli serius, eksploitasi atau risiko keselamatan murid.

1.2.5. Kekurangan infrastruktur OSCC yang mesra mangsa

- Jawatankuasa mengambil maklum bahawa antara cabaran utama OSCC ialah kekurangan infrastruktur sokongan yang benar-benar mesra mangsa. Isu yang dikenal pasti termasuk kekurangan ruang privasi, kemudahan temu duga, persekitaran selamat, ruang menunggu yang sesuai, serta kemudahan yang dapat mengurangkan pendedahan identiti mangsa kepada orang awam.
- Kekurangan infrastruktur bukan isu kosmetik. Bagi mangsa keganasan seksual, penderaan kanak-kanak atau keganasan rumah tangga, persekitaran fizikal semasa mendapatkan rawatan boleh menentukan sama ada mangsa berasa selamat atau kembali trauma. Ruang yang tidak tertutup, tidak mesra kanak-kanak, tidak mempunyai privasi atau tidak sesuai untuk temu bual sensitif boleh menjejaskan kualiti keterangan, kesediaan mangsa untuk bekerjasama dan keberkesanan proses pemulihan awal.
- Jawatankuasa berpandangan bahawa semua hospital yang mengendalikan OSCC perlu mempunyai standard minimum infrastruktur. Standard tersebut perlu merangkumi bilik pemeriksaan khusus, ruang konsultasi, ruang temu bual sulit, kemudahan forensik, ruang menunggu terlindung, tandas berdekatan atau bersambung, kemudahan kanak-kanak, serta ruang yang membolehkan pegawai polis, JKM dan pegawai kerja sosial melaksanakan tugas tanpa mendedahkan mangsa kepada stigma atau perhatian awam.

1.2.6. Kekurangan sumber manusia menjejaskan kelancaran respons OSCC

- Jawatankuasa mengambil maklum bahawa kekurangan tenaga kerja, khususnya di Jabatan Kecemasan dan Trauma, menjejaskan keupayaan pemantauan mangsa secara berterusan. Kekangan ini boleh menyumbang kepada risiko mangsa meninggalkan hospital sebelum proses pemeriksaan, laporan, perlindungan atau tindakan susulan selesai.
- OSCC pada masa ini masih banyak bergantung kepada petugas Jabatan Kecemasan yang juga perlu mengendalikan pesakit kecemasan lain. Kebergantungan ini menyebabkan perkhidmatan OSCC berisiko menjadi tidak konsisten, terutamanya apabila berlaku kes pada waktu malam, hujung minggu, cuti umum atau ketika beban pesakit di Jabatan

Kecemasan tinggi.

- Jawatankuasa turut mengambil perhatian bahawa kekurangan pekerja sosial perubatan, khususnya pada hujung minggu, menjejaskan kesinambungan sokongan dan perancangan keselamatan mangsa. Pekerja sosial perubatan memainkan peranan penting dalam penilaian sosial, hubungan dengan JKM, sokongan psikososial dan rujukan perlindungan. Namun, pegawai ini tidak mempunyai semua kuasa yang diperlukan untuk membuat keputusan perlindungan, khususnya berkaitan penempatan sementara atau perintah perlindungan kecemasan.

1.2.7. Respons JKM dan tempat perlindungan sementara masih belum mencukupi

- Jawatankuasa mendapati bahawa ketersediaan tempat perlindungan mangsa merupakan isu utama yang berulang. Dalam keadaan tertentu, mangsa perlu menunggu sebelum ditempatkan di tempat perlindungan yang sesuai. Tempoh menunggu ini boleh berlaku antara satu hingga lima hari bergantung kepada kes, ketersediaan tempat, respons agensi dan keperluan penilaian lanjut.
- Keadaan ini tidak wajar dibiarkan sebagai amalan biasa. Hospital bukan tempat perlindungan jangka panjang. Apabila mangsa telah selesai pemeriksaan perubatan tetapi masih berada di hospital kerana tiada tempat perlindungan, ini menunjukkan wujudnya jurang serius dalam sistem perlindungan sosial. Mangsa juga berisiko mengalami tekanan tambahan kerana berada dalam persekitaran hospital tanpa kepastian mengenai keselamatan, tempat tinggal dan tindakan susulan.
- Isu ini lebih kritikal bagi kes yang berlaku selepas waktu pejabat, hujung minggu dan cuti umum. Sekiranya pegawai Pelindung JKM sukar dihubungi atau keputusan penempatan tidak dapat dibuat segera, beban untuk “menahan” atau memantau mangsa beralih kepada hospital. Hal ini bukan sahaja menjejaskan fungsi hospital, tetapi juga boleh menjejaskan hak dan keselamatan mangsa.

1.2.8. Kuasa perlindungan dan peranan pegawai kerja sosial perubatan perlu diperjelaskan

- Jawatankuasa mengambil maklum bahawa pegawai kerja sosial perubatan memainkan peranan penting di hospital, tetapi mereka tidak mempunyai kuasa untuk mengeluarkan perintah perlindungan kecemasan atau menentukan penempatan mangsa ke rumah perlindungan. Dalam amalan semasa, hospital masih perlu bergantung kepada JKM bagi tindakan perlindungan rasmi.
- Perkara ini mewujudkan jurang operasi. Pegawai kerja sosial perubatan berada di hospital dan lebih dekat dengan mangsa pada masa kritikal, tetapi keputusan perlindungan tetap bergantung kepada pegawai JKM yang mungkin tidak berada di lokasi atau sukar dihubungi selepas waktu pejabat. Jawatankuasa berpandangan bahawa perkara ini memerlukan penelitian dasar dan perundangan, termasuk kemungkinanewartakan pegawai tertentu sebagai Pelindung atau mewujudkan pegawai kader JKM yang ditempatkan secara tetap di hospital utama.
- Tanpa penyelesaian struktur, isu ini akan terus berulang. Hospital akan terus menjadi pihak yang mengurus krisis awal, tetapi tidak mempunyai kuasa mencukupi untuk memastikan perlindungan segera selepas rawatan selesai.

1.2.9. Koordinasi bersama PDRM masih tidak konsisten

- Jawatankuasa mengambil maklum bahawa kerjasama dengan pihak polis merupakan salah satu isu utama dalam pengurusan OSCC. Antara isu yang dibangkitkan ialah keperluan mangsa membuat laporan di balai polis tertentu, kekangan pengambilan FIR di pondok polis HUS atas alasan keselamatan siber, kelewatan atau ketidakseragaman respons polis, serta perbezaan tahap kefahaman anggota terhadap prosedur OSCC.
- Isu ini memberi kesan langsung kepada mangsa. Mangsa OSCC tidak wajar diarahkan bergerak dari satu balai ke balai lain atau menunggu terlalu lama sebelum laporan dan tindakan siasatan dimulakan. Dalam kes rogol atau serangan seksual, kelewatan boleh menjejaskan pengumpulan bukti forensik. Dalam kes keganasan rumah tangga, kelewatan boleh meningkatkan risiko mangsa kembali kepada pelaku atau berhadapan ancaman keselamatan.

- Jawatankuasa berpandangan bahawa isu pengambilan laporan polis di hospital perlu diselesaikan secara dasar, bukan bergantung kepada budi bicara pegawai di lapangan. Sekiranya alasan keselamatan siber menghalang penggunaan sistem laporan di pondok polis hospital, PDRM dan agensi berkaitan perlu menyediakan penyelesaian teknikal segera seperti sistem pelaporan bergerak, akses selamat, pegawai *liaison* atau prosedur perwakilan yang membolehkan laporan diambil tanpa memaksa mangsa ke balai lain.

1.2.10.Tahap kesedaran dan pengetahuan antara agensi tidak sekata

- Jawatankuasa mendapati bahawa tahap kesedaran dan pengetahuan pegawai di pelbagai agensi masih tidak sekata. Ketidaksamaan kefahaman ini menyebabkan kelewatan, ketidakselarasan prosedur dan pengalaman negatif kepada mangsa.
- Isu OSCC melibatkan pelbagai agensi, tetapi mangsa tidak sepatutnya menanggung kesan daripada perbezaan tafsiran antara agensi. Mangsa tidak peduli sama ada kelewatan berpunca daripada hospital, polis, JKM, sekolah atau pejabat daerah. Dari perspektif mangsa, kegagalan mana-mana satu agensi akan dilihat sebagai kegagalan keseluruhan sistem.
- Oleh itu, latihan OSCC tidak boleh terhad kepada pegawai kanan atau pegawai yang sudah biasa dengan kes-kes sensitif. Latihan perlu diberikan kepada petugas barisan hadapan, termasuk anggota polis di kaunter laporan dan pondok polis, pegawai perubatan, jururawat, pegawai kerja sosial, pegawai JKM, guru kaunseling, petugas klinik kesihatan dan agensi rujukan komuniti.

1.2.11.Sistem data OSCC masih perlu diperkukuh

- Jawatankuasa mengambil maklum bahawa pengurusan data OSCC perlu diperkukuh bagi membolehkan analisis risiko, pemantauan prestasi dan pembentukan dasar yang lebih tepat. Data perlu disusun bukan sahaja mengikut jumlah kes, tetapi juga mengikut umur, jantina, jenis kes, hubungan pelaku dengan mangsa, lokasi kejadian, status laporan polis, tindakan JKM, keperluan perlindungan, kes berulang dan hasil susulan.
- Tanpa sistem data yang bersepadu, kerajaan sukar mengenal pasti sama ada peningkatan kes berpunca daripada peningkatan kejadian, peningkatan pelaporan atau kelemahan

intervensi. Data yang tidak terperinci juga menyukarkan perancangan sumber manusia, peruntukan, kapasiti rumah perlindungan dan program pencegahan bersasar.

2. OSCC HOSPITAL RAJA PEREMPUAN ZAINAB (HRPZ) II, KELANTAN

- Tarikh: 27 April 2026 (Isnin)
- Masa: 2.30 petang – 4.30 petang

2.1. Latar belakang

- 2.1.1. Perkhidmatan OSCC di HRPZ II dilaksanakan melalui pendekatan multidisiplin yang melibatkan pelbagai jabatan dalam hospital serta kerjasama dengan agensi luar seperti PDRM dan JKM.
- 2.1.2. Penubuhan OSCC bermula sebagai respons kepada peningkatan kes keganasan terhadap wanita dan kanak-kanak, dengan pusat pertama diwujudkan pada 1986 sebelum diperluaskan ke seluruh negara melalui arahan KKM pada 1990-an.
- 2.1.3. Di HRPZ II, perkhidmatan OSCC telah melalui beberapa fasa pengurusan termasuk projek perintis forensik dan penstrukturan semula di bawah Jabatan Kecemasan. Walaupun terdapat perkembangan dari segi peluasan liputan, penambahbaikan dari sudut integrasi sistem antara agensi masih belum berkembang pada kadar yang sama.
- 2.1.4. Pengurusan kes OSCC bermula dengan saringan awal di Jabatan Kecemasan sebelum dirujuk kepada pasukan OSCC untuk penilaian lanjut, termasuk rawatan perubatan, dokumentasi forensik, serta rujukan kepada pihak berkaitan seperti polis dan JKM.
- 2.1.5. Data menunjukkan peningkatan ketara dalam jumlah kes OSCC yang dikendalikan oleh HRPZ II iaitu daripada 437 kes pada 2023, 540 kes pada 2024, kepada 553 kes pada 2025.
- 2.1.6. Dapatan utama menunjukkan bahawa terdapat peningkatan sebanyak 54% dalam kes dalam tempoh 3 tahun, dengan kumpulan paling terdedah terdiri daripada remaja perempuan berumur antara 13 hingga 16 tahun. Selain itu, majoriti kes berlaku dalam persekitaran yang dianggap selamat seperti rumah atau melibatkan individu yang dikenali mangsa seperti teman lelaki, suami dan ahli keluarga. Dapatan ini menunjukkan bahawa risiko keganasan lebih banyak berlaku dalam lingkungan sosial terdekat, bukan daripada ancaman luar.

- 2.1.7. Analisis mendapati bahawa wanita merupakan majoriti mangsa dalam kes yang dirujuk kepada OSCC, manakala pelaku utama terdiri daripada individu yang mempunyai hubungan rapat dengan mangsa seperti pasangan, ahli keluarga atau kenalan.
- 2.1.8. Selain itu, rumah dikenal pasti sebagai lokasi paling berisiko bagi kejadian keganasan. Corak ini menunjukkan bahawa kes-kes yang dikendalikan oleh OSCC adalah bersifat berulang dan berakar dalam struktur sosial serta hubungan interpersonal, bukannya kejadian terpencil.
- 2.1.9. Walaupun rumah sering dianggap sebagai tempat perlindungan, data menunjukkan bahawa sebahagian besar kes keganasan berlaku dalam persekitaran tersebut, melibatkan 167 kes kanak-kanak dan 172 kes wanita dewasa. Keadaan ini menggambarkan satu paradoks yang mana ruang domestik yang sepatutnya selamat menjadi lokasi utama berlakunya keganasan, sekali gus menimbulkan cabaran besar kepada sistem perlindungan sedia ada.
- 2.1.10. Statistik menunjukkan bahawa kes penderaan seksual merupakan kategori utama dalam kalangan kanak-kanak, dengan pelaku kebanyakannya terdiri daripada individu yang dikenali mangsa. Ini menunjukkan bahawa isu seperti *grooming* dan eksploitasi berlaku dalam konteks hubungan yang mempunyai unsur kepercayaan, menjadikan pengesanan dan intervensi lebih mencabar.
- 2.1.11. Statistik menunjukkan bahawa kanak-kanak perempuan merupakan kumpulan mangsa tertinggi bagi semua kategori penderaan sepanjang tempoh 2023 hingga 2025. Kes penderaan seksual mencatatkan bilangan paling tinggi dan meningkat secara konsisten daripada 107 kes pada 2023, kepada 140 kes pada 2024, dan 162 kes pada 2025. Dalam tempoh yang sama, kes penderaan fizikal terhadap kanak-kanak perempuan turut meningkat daripada 14 kes (2023) kepada 18 kes (2024) dan 28 kes (2025).
- 2.1.12. Bagi kanak-kanak lelaki, penderaan fizikal kekal sebagai kategori utama dengan 35 kes pada 2023, 43 kes pada 2024 dan 53 kes pada 2025. Kes penderaan seksual terhadap kanak-kanak lelaki juga menunjukkan peningkatan daripada 10 kes (2023) kepada 12 kes (2024) dan 37 kes (2025).
- 2.1.13. Data berkaitan remaja hamil menunjukkan jumlah yang signifikan, dengan sebahagian daripada mereka berada dalam status berkahwin. Keadaan ini menimbulkan persoalan sama ada perkahwinan digunakan sebagai penyelesaian kepada kes-kes melibatkan

hubungan seksual bawah umur, sekali gus berpotensi menutup isu eksploitasi atau kegagalan intervensi awal.

- 2.1.14. Analisis suspek penderaan menunjukkan bahawa majoriti pelaku merupakan individu yang dikenali mangsa, antaranya individu yang dikenali, ibu bapa, teman wanita/ lelaki, ibu bapa tiri, saudara mara dan ahli keluarga terdekat.
- 2.1.15. Corak ini menunjukkan bahawa sebahagian besar penderaan berlaku dalam lingkungan hubungan yang mempunyai unsur kepercayaan dan autoriti terhadap mangsa. Keadaan ini menjadikan pengesanan awal serta pelaporan kes lebih mencabar kerana kebanyakan pelaku tinggal serumah atau mempunyai hubungan kekeluargaan dengan mangsa.
- 2.1.16. Statistik pasukan SCAN menunjukkan peningkatan jumlah kes yang dirujuk daripada 169 kes pada 2023 kepada 214 kes pada 2024, sebelum meningkat kepada 292 kes pada 2025.
- 2.1.17. Peningkatan tersebut didorong terutamanya oleh kes penderaan seksual yang meningkat daripada 117 kes (2023) kepada 152 kes (2024) dan 199 kes (2025).
- 2.1.18. Kes penderaan fizikal turut meningkat daripada 49 kes (2023) kepada 81 kes (2025), manakala kes penderaan emosi meningkat daripada 2 kes (2023) kepada 5 kes (2025) dan kes pengabaian meningkat daripada 1 kes (2023) kepada 7 kes (2025).
- 2.1.19. OSCC mengendalikan pelbagai kategori kes yang tertakluk di bawah beberapa peruntukan undang-undang utama. Kes rogol dikendalikan di bawah Seksyen 375 Kanun Keseksaan, manakala kes cabul di bawah Seksyen 354 Kanun Keseksaan. Kes liwat melibatkan Seksyen 377(a), 377(c) dan 377(CA) Kanun Keseksaan.
- 2.1.20. Selain itu, OSCC turut mengendalikan kes penderaan dan pengabaian kanak-kanak di bawah Akta Kanak-kanak 2001 [*Akta 611*] serta kes keganasan rumah tangga di bawah Akta Keganasan Rumah Tangga 1994 [*Akta 521*].
- 2.1.21. Skop perundangan yang luas ini menunjukkan bahawa fungsi OSCC melangkaui rawatan perubatan semata-mata. Sebaliknya, OSCC turut memainkan peranan penting dalam dokumentasi forensik, pemeliharaan bahan bukti, penyelarasan dengan agensi penguatkuasaan dan penyediaan sokongan kepada proses perundangan serta perlindungan mangsa.

- 2.1.22. Pendekatan rawatan OSCC merangkumi rawatan perubatan, sokongan sosial, kaunseling emosi serta penyampaian maklumat perundangan kepada mangsa. Intervensi dilaksanakan secara berperingkat melalui tiga tahap utama, bermula dengan pengurusan krisis segera, diikuti rawatan susulan dan akhirnya sokongan jangka panjang termasuk tindakan undang-undang. Walau bagaimanapun, keberkesanan pendekatan ini sangat bergantung kepada kerjasama antara agensi yang terlibat.
- 2.1.23. Penilaian mendapati bahawa terdapat ketidakseimbangan ketara dari segi kemudahan OSCC antara hospital utama dan hospital daerah. Banyak hospital daerah tidak mempunyai bilik khas OSCC, kekurangan peralatan asas serta tidak menyediakan ruang menunggu yang sesuai. Keadaan ini menunjukkan bahawa standard perkhidmatan OSCC tidak seragam dan berpotensi menjejaskan kualiti pengurusan kes di peringkat akar umbi.
- 2.1.24. Kekangan utama yang dikenal pasti termasuk kekurangan wad khas untuk pesakit OSCC, kekurangan peralatan, kelemahan koordinasi antara agensi seperti PDRM dan JKM, serta kekangan kewangan dan logistik. Selain itu, isu seperti kelewatan respons dan kebergantungan kepada hubungan individu turut menjejaskan keberkesanan sistem secara keseluruhan.
- 2.1.25. Cabaran yang dihadapi termasuk kes yang diselesaikan melalui perkahwinan, penarikan laporan polis, kes melibatkan hubungan kekeluargaan seperti sumbang mahram, serta campur tangan keluarga yang menghalang tindakan undang-undang. Selain itu, kes melibatkan warga asing dan kekangan susulan selepas rawatan hospital turut menyukarkan kesinambungan perlindungan mangsa.
- 2.1.26. Secara keseluruhan, OSCC di HRPZ II mempunyai struktur dan skop perkhidmatan yang komprehensif, namun pelaksanaannya masih belum mencapai tahap integrasi yang sepenuhnya. Sistem sedia ada menunjukkan kebergantungan yang tinggi kepada koordinasi tidak formal antara agensi serta inisiatif individu, berbanding mekanisme operasi yang standard dan konsisten. Dalam keadaan ini, OSCC berfungsi sebagai platform pelbagai agensi, tetapi belum sepenuhnya beroperasi sebagai satu sistem bersepadu yang benar-benar efisien dalam melindungi mangsa secara menyeluruh.

2.2. ISU-ISU UTAMA YANG DIBANGKITKAN

2.2.1. Kelemahan koordinasi dan maklum balas antara agensi (OSCC–JKM-PDRM)

- Terdapat keadaan JKM tidak hadir atau lambat memberi maklum balas apabila dirujuk oleh OSCC.
- Maklum balas menjadi lebih cepat hanya apabila kes dikendalikan oleh pegawai tertentu yang mempunyai hubungan langsung dengan JKM atau PDRM.
- Ini menunjukkan bahawa sistem OSCC masih bergantung kepada hubungan peribadi (*informal networks*), bukan prosedur standard yang konsisten.
- Maklum balas JKM pada hujung minggu atau luar waktu pejabat adalah tidak konsisten.
- Kelewatan ini memberi kesan langsung kepada pengurusan kes yang memerlukan intervensi segera, khususnya kes melibatkan mangsa rentan.

2.2.2. Pengendalian kes melibatkan *grooming*, kehamilan remaja dan perkahwinan kanak-kanak

- Terdapat kes keluarga memilih untuk menyelesaikan isu melalui perkahwinan, walaupun wujud unsur *grooming*.
- Dalam sesetengah keadaan, persetujuan keluarga dipengaruhi oleh faktor ekonomi (contohnya pampasan), sekali gus menjejaskan kepentingan terbaik kanak-kanak.

2.2.3. Kekaburan peranan dan tindakan pelaporan

- Guru atau pihak sekolah kadangkala bertindak sebagai pihak yang mengesan dan melaporkan kes.
- Namun, pelaporan kepada pihak berkuasa tidak berlaku secara sistematik dan bergantung kepada inisiatif individu.
- OSCC tidak semestinya menjadi titik rujukan utama dalam semua kes, menunjukkan ketidaksejajaran dalam laluan rujukan (*referral pathway*).

2.2.4. Peningkatan kes keganasan terhadap wanita dan kanak-kanak

- Statistik OSCC menunjukkan peningkatan berterusan dalam jumlah kes yang dikendalikan dari 2023 hingga 2025, khususnya kes penderaan seksual terhadap kanak-kanak dan remaja perempuan.
- Trend ini menunjukkan bahawa golongan wanita dan kanak-kanak terus menjadi kumpulan paling berisiko, sekali gus meningkatkan keperluan terhadap langkah pencegahan, pengesanan awal dan intervensi yang lebih berkesan.
- Majoriti kejadian berlaku di rumah dan melibatkan pelaku yang mempunyai hubungan rapat dengan mangsa seperti ibu bapa, saudara mara, pasangan atau kenalan.
- Keadaan ini menyukarkan pengesanan dan pelaporan kes kerana mangsa sering bergantung kepada pelaku atau berdepan tekanan daripada ahli keluarga untuk tidak meneruskan tindakan undang-undang.

2.2.5. Kekurangan infrastruktur, kemudahan dan sumber OSCC

- Ketidakseimbangan kemudahan OSCC antara hospital utama dan hospital daerah.
- Antara isu yang dikenal pasti ialah kekurangan bilik OSCC yang memenuhi piawaian, ruang yang tidak kondusif, kekurangan peralatan forensik, kekurangan wad khas serta kekangan logistik yang menjejaskan privasi dan kualiti perkhidmatan kepada mangsa.

2.2.6. Keberkesanan sistem susulan dan perlindungan mangsa

- Selain rawatan awal, keberkesanan perlindungan mangsa bergantung kepada tindakan susulan yang berterusan. Namun, perbincangan menunjukkan bahawa campur tangan keluarga, penarikan laporan polis, kesukaran mengesan mangsa selepas discaj serta kelemahan mekanisme pemantauan antara agensi boleh menjejaskan kesinambungan rawatan, pemulihan dan perlindungan mangsa.

- Kesemua isu ini menggambarkan bahawa cabaran utama OSCC bukan sahaja melibatkan penyediaan rawatan klinikal, tetapi juga keperluan untuk memperkukuh sistem perlindungan mangsa melalui koordinasi antara agensi yang lebih berkesan, penyeragaman kemudahan serta mekanisme intervensi dan pemantauan yang lebih menyeluruh.

3. OSCC, HOSPITAL BUKIT MERTAJAM, PULAU PINANG

- Tarikh: 29 April 2026 (Rabu)
- Masa: 9.30 pagi – 12.30 tengah hari

3.1. Latar belakang lawatan

- 3.1.1. Hospital Bukit Mertajam merupakan antara hospital tertua di Malaysia dengan sejarah operasi melebihi 130 tahun. Hospital ini bermula sebagai sebuah fasiliti kecil dengan jumlah katil yang terhad, namun kini berkembang sebagai hospital pakar *minor* yang menampung keperluan penduduk di Seberang Perai Tengah dan kawasan sekitarnya. Perkembangan pesat penduduk dan aktiviti industri di Seberang Perai telah meningkatkan tekanan terhadap perkhidmatan hospital, khususnya dari segi kapasiti katil, fasiliti kecemasan, sumber manusia dan peralatan perubatan.
- 3.1.2. Pulau Pinang mempunyai beberapa hospital kerajaan yang berbeza dari segi kategori, kapasiti dan fungsi perkhidmatan. Hospital Bukit Mertajam berperanan sebagai hospital pakar minor di Seberang Perai Tengah, manakala Hospital Seberang Jaya berfungsi sebagai hospital pakar utama di kawasan tersebut. Walaupun terdapat hospital swasta di Pulau Pinang, kebergantungan rakyat tempatan terhadap hospital kerajaan masih tinggi, menyebabkan hospital kerajaan terus menanggung beban perkhidmatan utama bagi penduduk setempat.
- 3.1.3. Pertumbuhan penduduk di Seberang Perai semakin pesat berbanding kawasan pulau. Kawasan Seberang Perai Tengah juga menjadi tumpuan industri dan pergerakan pekerja dari negeri-negeri berdekatan. Keadaan ini menyebabkan permintaan terhadap perkhidmatan kesihatan semakin meningkat, sedangkan kapasiti hospital kerajaan di kawasan ini masih terhad.
- 3.1.4. Kapasiti katil hospital kerajaan di Seberang Perai masih tidak seimbang dengan jumlah penduduk dan kadar pertumbuhan kawasan tersebut. Walaupun terdapat peningkatan kapasiti melalui pembangunan blok baharu di hospital tertentu, jumlah katil sedia ada

masih belum mencukupi untuk menampung keperluan semasa. Kekurangan ini memberi kesan kepada keupayaan hospital untuk menyediakan rawatan yang selesa, cepat dan berkualiti, termasuk bagi kes-kes sensitif seperti OSCC.

- 3.1.5. Tiga isu utama yang dihadapi oleh hospital ialah keadaan infrastruktur fizikal, kecukupan peralatan perubatan dan kecukupan sumber manusia. Infrastruktur Hospital Bukit Mertajam yang sudah berusia menimbulkan kekangan dari segi ruang, susun atur dan kesesuaian perkhidmatan moden. Pada masa yang sama, peralatan perubatan perlu sentiasa dinaik taraf, manakala perjawatan masih tidak sepadan dengan pertambahan perkhidmatan dan beban pesakit semasa.
- 3.1.6. Jabatan Kecemasan Hospital Bukit Mertajam merupakan antara jabatan kecemasan yang kecil berbanding beban pesakit yang diterima. Jabatan ini perlu mengendalikan pesakit kecemasan biasa serta kes OSCC dalam ruang yang sama. Oleh itu, naik taraf menyeluruh Jabatan Kecemasan diperlukan bagi membolehkan pesakit dirawat dengan lebih selesa, petugas bekerja dalam persekitaran yang kondusif, dan mangsa OSCC diberikan ruang yang lebih privasi serta sesuai dengan keperluan forensik dan psikososial. Anggaran kos naik taraf yang diperlukan oleh Jabatan Kecemasan Hospital Bukit Mertajam adalah sekitar **RM4 juta**.
- 3.1.7. OSCC Hospital Bukit Mertajam ditempatkan dalam lingkungan Jabatan Kecemasan kerana jabatan ini beroperasi 24 jam dan menjadi pintu masuk utama kepada pesakit. Walau bagaimanapun, penempatan OSCC dalam jabatan kecemasan juga mewujudkan cabaran kerana ruang kecemasan perlu dikongsi dengan pesakit lain. Keperluan mangsa OSCC adalah berbeza kerana mereka memerlukan privasi, keselamatan, pemeriksaan menyeluruh, pengambilan sampel forensik dan sokongan emosi yang tidak boleh dilaksanakan secara tergesa-gesa atau di ruang terbuka.
- 3.1.8. Kes OSCC melibatkan pelbagai bentuk keganasan termasuk keganasan rumah tangga, keganasan pasangan intim, penderaan kanak-kanak, rogol, liwat dan serangan seksual. Setiap kes memerlukan pendekatan yang berbeza bergantung kepada umur mangsa, masa kejadian, jenis kecederaan, status keselamatan mangsa dan keperluan perlindungan selepas rawatan. Oleh itu, OSCC bukan sekadar perkhidmatan rawatan perubatan, tetapi satu mekanisme tindak balas krisis yang perlu menggabungkan aspek kesihatan, forensik, perundangan dan kebajikan.

- 3.1.9. Mangsa yang hadir ke hospital akan melalui proses triaj bagi menentukan tahap kecemasan dan keselamatan mereka. Sekiranya mangsa berada dalam keadaan tidak stabil, rawatan kecemasan akan diberikan terlebih dahulu. Jika mangsa stabil, pasukan hospital akan mengambil sejarah kejadian, menjalankan pemeriksaan fizikal dan mengaktifkan rujukan kepada pasukan berkaitan seperti obstetrik dan ginekologi, pediatrik, pembedahan, psikiatri, polis, JKM serta NGO sokongan.
- 3.1.10. Tempoh masa kejadian amat penting dalam pengurusan kes seksual kerana ia menentukan peluang mendapatkan bukti forensik. Di Pulau Pinang, kes seksual boleh dikendalikan sebagai kes akut sehingga 120 jam daripada masa kejadian, berbanding amalan lama 72 jam. Pendekatan ini membolehkan lebih ramai mangsa diperiksa sebagai kes akut dan meningkatkan peluang pengumpulan bukti yang boleh membantu proses pendakwaan. Namun, pelaksanaannya tetap memerlukan sumber manusia, ruang pemeriksaan dan sistem sokongan yang mencukupi.
- 3.1.11. Pengambilan sampel forensik merupakan komponen penting dalam kes OSCC kerana ia boleh menentukan kekuatan kes di peringkat siasatan dan mahkamah. Proses ini perlu dilakukan dengan teliti, termasuk pelabelan sampel, butiran identiti, penyimpanan, penghantaran ke Jabatan Kimia atau hospital rujukan, serta dokumentasi rantai bukti. Sebarang kesilapan kecil dalam pelabelan atau pengendalian sampel boleh menjejaskan kebolehterimaan bukti dan akhirnya melemahkan kes terhadap pelaku.
- 3.1.12. Pengurusan OSCC memerlukan kerjasama antara hospital, polis, JKM, Jabatan Bantuan Guaman, pendakwa raya, NGO dan jabatan agama jika berkaitan. Polis berperanan dalam laporan dan siasatan, JKM berperanan dalam perlindungan serta penempatan mangsa, manakala hospital berperanan dalam rawatan, dokumentasi perubatan dan pemeriksaan forensik. Namun, pelaksanaan di lapangan masih menunjukkan cabaran koordinasi, khususnya apabila pegawai agensi tidak berada secara tetap di hospital atau hanya tersedia pada waktu pejabat.
- 3.1.13. Tidak semua mangsa datang ke hospital dengan menyatakan secara jelas bahawa mereka ialah mangsa keganasan atau serangan seksual. Ada mangsa yang datang dengan aduan umum seperti sakit perut, demam, tekanan emosi atau kecederaan biasa. Kes sebenar hanya dikenal pasti selepas doktor atau petugas kesihatan berbual dengan lebih mendalam. Keadaan ini menunjukkan bahawa petugas triaj dan zon rawatan perlu mempunyai kepekaan yang tinggi terhadap petunjuk

keganasan, penderaan atau eksploitasi.

- 3.1.14. Di Pulau Pinang, Women's Centre for Change (WCC) memainkan peranan penting sebagai rakan sokongan kepada hospital dalam membantu mangsa keganasan.
- 3.1.15. WCC ditubuhkan pada 1985 di Pulau Pinang bagi menangani keganasan terhadap wanita dan kanak-kanak, dengan pejabat utama di bahagian pulau. Pada tahun 2009, kerjasama pintar antara WCC dan Kerajaan Negeri Pulau Pinang membawa kepada penubuhan Pusat Perkhidmatan Wanita (PPW) di Seberang Perai, dengan dana disediakan oleh kerajaan negeri dan operasi dilaksanakan oleh WCC.
- 3.1.16. Sejak tahun 2008, WCC atau PPW bekerjasama dengan semua enam OSCC di Pulau Pinang untuk membantu mangsa keganasan rumah tangga dan seksual. WCC memberi tumpuan kepada bahagian pulau, manakala PPW memberi tumpuan kepada Seberang Perai. Kerjasama ini merangkumi sokongan menyeluruh kepada mangsa serta latihan berimpak kepada kakitangan perubatan.
- 3.1.17. WCC dan PPW telah mengendalikan lebih 4,800 kes OSCC berkaitan keganasan rumah tangga dan seksual. Jumlah keseluruhan kes yang direkodkan ialah 4,835 kes. Hospital Pulau Pinang mencatat 1,656 kes bagi tempoh 2008 hingga 2025. Hospital Balik Pulau mencatat 255 kes bagi tempoh 2018 hingga 2025. Hospital Seberang Jaya mencatat jumlah tertinggi, iaitu 1,996 kes bagi tempoh 2012 hingga 2025. Hospital Kepala Batas mencatat 387 kes bagi tempoh 2018 hingga 2025. Hospital Bukit Mertajam mencatat 423 kes bagi tempoh 2019 hingga 2025. Hospital Sungai Bakap mencatat 118 kes bagi tempoh 2022 hingga 2025. Secara purata, WCC/PPW mengendalikan 284 kes setahun.
- 3.1.18. Data kes menunjukkan bahawa Hospital Bukit Mertajam menerima kes OSCC, namun terdapat perbezaan corak rujukan kerana sebahagian kes, khususnya kes seksual akut, sebelum ini lebih banyak dirujuk terus ke Hospital Seberang Jaya. Ini berkait dengan sejarah penutupan atau pengurangan fungsi tertentu semasa tempoh tertentu serta faktor ketersediaan pasukan kepakaran. Apabila Hospital Bukit Mertajam mula menerima semula kes tertentu, data baharu mula menunjukkan peningkatan kes yang datang mengikut fungsi semasa hospital.
- 3.1.19. Ruang OSCC sedia ada di Hospital Bukit Mertajam masih sangat terhad dan menggunakan ruang guna sama. Keadaan ini tidak ideal kerana kes OSCC memerlukan ruang yang benar-benar tertutup, selamat, bersih dan sesuai untuk pemeriksaan menyeluruh. Ruang guna sama juga boleh menjejaskan privasi mangsa dan menimbulkan

cabaran dalam pengurusan bukti forensik, terutama apabila pemeriksaan melibatkan pengambilan sampel, dokumentasi kecederaan dan keperluan mandi atau membersihkan diri selepas pemeriksaan.

- 3.1.20. Cadangan ruang OSCC baharu perlu mengambil kira keperluan bilik pemeriksaan khusus, tandas dan ruang mandi, ruang menunggu keluarga, kabinet penyimpanan sampel, sistem komunikasi khusus, komputer atau peranti digital, serta reka bentuk yang lebih mesra mangsa. Ruang ini perlu direka bukan sekadar sebagai bilik rawatan, tetapi sebagai ruang krisis yang membolehkan mangsa mendapat rawatan, perlindungan, sokongan dan dokumentasi kes secara lebih teratur.
- 3.1.21. Pendigitalan OSCC penting bagi mengurangkan risiko kesilapan dokumentasi, khususnya dalam pengisian nombor kad pengenalan, label sampel dan rekod pemeriksaan. Sistem digital yang baik boleh membantu menyeragamkan soalan, mempercepat dokumentasi, memudahkan komunikasi dengan agensi berkaitan dan memastikan rekod kes lebih tersusun. Namun, pendigitalan hanya berkesan jika disokong oleh peralatan, sambungan rangkaian, latihan petugas dan sistem yang boleh berhubung dengan platform hospital lain.
- 3.1.22. Cabaran utama pelaksanaan OSCC di Hospital Bukit Mertajam ialah kekangan ruang, kekurangan petugas khusus, masa menunggu pasukan berkaitan, kebergantungan kepada agensi luar, serta kekangan operasi selepas waktu pejabat. Walaupun pasukan hospital mempunyai komitmen dan pengalaman, pelaksanaan OSCC masih bergantung kepada ketersediaan pasukan pakar, polis, JKM dan rakan NGO. Keadaan ini menunjukkan bahawa isu OSCC bukan sekadar isu hospital, tetapi isu sistem perlindungan mangsa secara menyeluruh.
- 3.1.23. Penambahbaikan OSCC perlu dilihat secara sistemik dan tidak boleh hanya bergantung kepada inisiatif hospital. Sistem yang lebih kukuh perlu menetapkan peranan jelas antara KKM, KPWK, PDRM, JKM, Jabatan Bantuan Guaman, pendakwa raya dan NGO. Tanpa struktur koordinasi yang jelas, hospital akan terus menanggung beban operasi yang bukan sepenuhnya berada dalam mandat klinikal hospital. OSCC perlu dikembalikan kepada konsep sebenar sebagai pusat tindak balas krisis bersepadu, bukan sekadar bilik pemeriksaan dalam hospital.
- 3.1.24. Naik taraf Jabatan Kecemasan dan ruang OSCC perlu dibuat secara menyeluruh kerana jabatan ini beroperasi 24 jam dan tidak boleh ditutup seperti perkhidmatan biasa. Pelaksanaan naik taraf secara kecil-kecilan boleh mengganggu aliran pesakit tanpa menyelesaikan

masalah asas. Oleh itu, naik taraf yang dirancang perlu memberikan nilai jangka panjang sekurang-kurangnya untuk tempoh 20 hingga 30 tahun, termasuk penyediaan ruang OSCC yang benar-benar memenuhi keperluan privasi, keselamatan dan pengurusan forensik.

3.1.25. Secara keseluruhannya, pembentangan ini menunjukkan bahawa Hospital Bukit Mertajam mempunyai komitmen yang tinggi dalam menyediakan perkhidmatan OSCC walaupun berdepan kekangan infrastruktur, sumber manusia dan bajet. Isu utama bukan terletak pada komitmen petugas, tetapi pada reka bentuk sistem yang belum cukup mantap untuk menyokong pengurusan kes keganasan secara menyeluruh. Oleh itu, penambahbaikan OSCC memerlukan pelaburan fasiliti, penambahan sumber manusia, pengukuhan koordinasi rentas agensi dan penetapan mandat yang lebih jelas antara semua pihak yang terlibat.

3.2. ISU-ISU UTAMA YANG DIBANGKITKAN

3.2.1. Infrastruktur Hospital Bukit Mertajam adalah uzur dan memberi kesan kepada penyampaian OSCC

- Hospital Bukit Mertajam berusia lebih 130 tahun dan berdepan isu infrastruktur yang ketara. Pihak hospital memaklumkan bahawa sebahagian fasiliti fizikal sudah terlalu lama, manakala keperluan perkhidmatan semakin meningkat. Jabatan Kecemasan hospital ini juga dinyatakan sebagai antara jabatan kecemasan yang kecil di Pulau Pinang, sedangkan ia perlu menampung pesakit zon merah, kuning, hijau serta kes OSCC.
- Keadaan ini memberi kesan kepada keupayaan hospital menyediakan ruang yang kondusif, selamat dan menjaga privasi mangsa. Pihak hospital menyatakan keperluan menaik taraf Jabatan Kecemasan dengan anggaran kos RM4 juta bagi membolehkan pengurusan pesakit kecemasan dan kes OSCC dilaksanakan dengan lebih baik, termasuk penyediaan ruang khusus yang lebih sesuai untuk mangsa.

3.2.2 Kekurangan sumber manusia menjejaskan keupayaan pelaksanaan

- Jawatankuasa dimaklumkan bahawa perjawatan hospital masih berdasarkan struktur lama, sedangkan perkhidmatan hospital telah berkembang dengan pertambahan fungsi seperti *Computerized Tomography* (CT) scan, radiologi dan kepakaran tambahan. Pihak hospital menyatakan bahawa semakin perjawatan terakhir adalah sekitar tahun 2008, menyebabkan

keperluan semasa tidak lagi sepadan dengan beban kerja sebenar.

- Kekurangan sumber manusia turut memberi kesan kepada pengoperasian OSCC kerana kes OSCC memerlukan masa, perhatian, koordinasi dan dokumentasi yang rapi.
- Pegawai perubatan atau anggota yang bertugas di zon kecemasan perlu menguruskan pesakit biasa di samping mengendalikan kes OSCC, sedangkan kes OSCC boleh mengambil masa yang panjang untuk diselesaikan kerana melibatkan panggilan kepada pelbagai pihak, pemeriksaan, laporan polis, rujukan JKM dan tindakan susulan.

3.2.3. Koordinasi dengan PDRM masih belum mencapai konsep “one stop”

- Jawatankuasa mendapati bahawa koordinasi dengan pihak polis merupakan antara cabaran utama. Tiada anggota polis ditempatkan secara tetap di premis hospital. Bagi kes tertentu, pihak hospital perlu menghubungi IPD berkaitan untuk mendapatkan kehadiran polis. Namun, apabila kes berlaku di luar kawasan bidang kuasa tempatan, wujud keadaan pihak hospital diminta menghubungi balai atau daerah asal kejadian.
- Situasi ini menimbulkan kelewatan dan bercanggah dengan prinsip OSCC sebagai pusat sehati. Mangsa mungkin hadir ke Hospital Bukit Mertajam kerana berada di kawasan tersebut, kerana melarikan diri daripada tempat kejadian atau kerana mencari perlindungan segera. Namun, sekiranya urusan laporan polis dan siasatan masih tertakluk secara ketat kepada lokasi kejadian, mangsa tetap berdepan proses berulang dan menunggu, sekali gus melemahkan fungsi OSCC sebagai pusat respons segera.

3.2.4. Ketiadaan mekanisme panggilan berpusat menyukarkan pengurusan kes

- Pihak hospital pernah mencuba kaedah “*safe code*” melalui operator bagi memanggil semua pasukan berkaitan secara serentak, termasuk polis dan pasukan klinikal. Namun, kaedah tersebut tidak diterima baik oleh pihak tertentu dan hospital kembali kepada kaedah manual, iaitu pegawai perlu menghubungi pihak berkaitan satu demi satu.

- Kaedah manual ini membebankan pegawai perubatan kerana mereka perlu mencari pegawai yang bertugas, menghubungi pelbagai pihak dan pada masa yang sama menguruskan pesakit lain di Jabatan Kecemasan.
- Dapatan ini menunjukkan keperluan kepada mekanisme koordinasi berpusat atau sistem panggilan kecemasan rentas agensi yang lebih rasmi, standard dan diterima oleh semua agensi.

3.2.5. Fungsi OSCC berbeza mengikut keupayaan hospital

- Walaupun setiap hospital mempunyai OSCC, Jawatankuasa dimaklumkan bahawa fungsi OSCC di setiap hospital tidak semestinya sama kerana ia bergantung kepada kepakaran dan kemudahan yang tersedia. Hospital yang mempunyai lebih banyak kepakaran boleh menyediakan perkhidmatan lebih lengkap, manakala hospital yang lebih kecil mungkin perlu merujuk kes tertentu ke hospital lain.
- Dapatan ini penting kerana kewujudan OSCC secara nama tidak semestinya bermakna perkhidmatan yang diterima mangsa adalah setara di semua lokasi. Perbezaan keupayaan ini boleh menimbulkan ketidaksamarataan akses, khususnya bagi mangsa di kawasan luar bandar, kawasan sempadan daerah atau kawasan yang jauh daripada hospital pakar.

3.2.6 Keperluan ruang OSCC khusus, privasi dan kemudahan digital

- Pihak hospital menyatakan aspirasi untuk menyediakan ruang OSCC yang lebih khusus dan kondusif. Antara keperluan yang dikenal pasti termasuk ruang pemeriksaan yang selesa, privasi, katil yang sesuai, kabinet penyimpanan, kemudahan komunikasi khusus, talian khas untuk penyelarass OSCC, komputer atau *laptop* serta sistem dokumentasi digital.
- Pendigitalan dilihat penting bagi mengurangkan kesilapan manual, mempercepat dokumentasi, menyeragamkan pelabelan sampel dan memudahkan komunikasi dengan pihak berkaitan. Walau bagaimanapun, pendigitalan hospital secara keseluruhan masih berdepan cabaran dari segi infrastruktur, perkakasan, perisian, rangkaian dan integrasi antara sistem.

3.2.7. Kesenambungan perlindungan selepas rawatan masih menjadi jurang utama

- Bagi mangsa keganasan rumah tangga atau kanak-kanak yang berisiko, isu utama ialah keselamatan selepas keluar dari hospital. Dalam beberapa keadaan, mangsa mungkin terpaksa kembali ke rumah yang sama dengan pelaku atau persekitaran yang tidak selamat.
- Pihak hospital menyatakan bahawa kes OSCC lazimnya dirujuk kepada pekerja sosial perubatan, manakala bagi kanak-kanak, JKM merupakan agensi utama kerana Pelindung mempunyai kuasa undang-undang.
- Namun begitu, kekurangan sumber JKM dan keterbatasan perkhidmatan selepas waktu pejabat menyebabkan hospital dan rakan NGO seperti WCC memainkan peranan sokongan yang lebih besar. Dapatan ini menunjukkan bahawa keselamatan mangsa selepas rawatan masih belum mempunyai rantaian perlindungan yang benar-benar kukuh.

4. OSCC HOSPITAL KUALA LUMPUR (HKL) DAN OSCC HOSPITAL TUNKU AZIZAH, WILAYAH PERSEKUTUAN KUALA LUMPUR

- Tarikh: 18 Mei 2026 (Isnin)
- Masa: 10.00 pagi – 1.00 tengah hari

4.1. Latar belakang OSCC, HKL

- 4.1.1. HKL merupakan OSCC pertama yang diperkenalkan di Malaysia. Perkhidmatan ini bermula pada 1993 hasil inisiatif Jabatan Kecemasan dan Trauma HKL bagi menyediakan pendekatan yang lebih tersusun dan bersepadu dalam mengendalikan mangsa keganasan, penderaan dan krisis sosial.
- 4.1.2. OSCC HKL di bawah Jabatan Kecemasan dan Trauma kerana jabatan tersebut beroperasi selama 24 jam dan menjadi pintu masuk utama bagi pesakit yang memerlukan rawatan segera. Jabatan Kecemasan bukan sahaja mengendalikan kecemasan perubatan seperti serangan jantung, strok, kecederaan dan trauma fizikal, tetapi turut mengendalikan “kecemasan sosial” yang merangkumi kes rogol, keganasan rumah tangga, penderaan kanak-kanak, liwat, keganasan seksual dan kes-kes penganiayaan lain.

- 4.1.3. Dalam konteks ini, OSCC berfungsi sebagai satu laluan khas bagi memastikan mangsa tidak dilayan seperti pesakit biasa di ruang menunggu umum. Apabila mangsa dikenal pasti sebagai kes OSCC di kaunter triaj atau selepas pemeriksaan awal oleh doktor, mangsa akan diberikan laluan segera dan dibawa ke ruang terlindung. Di HKL, ruang tersebut dikenali sebagai Bilik Mawar, iaitu bilik yang tidak dilabel secara terbuka bagi menjaga kerahsiaan, keselamatan dan maruah mangsa.
- 4.1.4. Proses pengendalian mangsa bergantung kepada keadaan klinikal mangsa semasa hadir ke Jabatan Kecemasan. Sekiranya mangsa berada dalam keadaan stabil, mangsa akan terus dibawa ke Bilik Mawar untuk proses OSCC. Namun, sekiranya mangsa tidak stabil atau memerlukan rawatan kecemasan seperti resusitasi, rawatan penstabilan akan diutamakan terlebih dahulu di zon kecemasan sebelum proses OSCC diteruskan. Ini menunjukkan bahawa aspek keselamatan nyawa tetap menjadi keutamaan sebelum pemeriksaan forensik, pengambilan keterangan atau proses rujukan lanjut dilaksanakan.
- 4.1.5. Tidak semua mangsa hadir dengan aduan yang jelas sebagai kes OSCC. Ada mangsa yang terus memaklumkan bahawa mereka dipukul, dirogol atau didera. Namun, terdapat juga mangsa yang hadir dengan aduan umum seperti lebam, bengkak, sakit badan atau kecederaan ringan. Dalam keadaan tersebut, unsur keganasan atau penderaan hanya dikenal pasti selepas doktor mengambil sejarah kes dengan lebih mendalam. Apabila unsur keganasan dikenal pasti, kes tersebut akan dimasukkan ke dalam aliran OSCC yang sama.
- 4.1.6. Bagi pemeriksaan perubatan, pegawai perubatan Jabatan Kecemasan akan menjalankan pemeriksaan awal termasuk pengambilan sejarah kejadian, pemeriksaan fizikal luaran dan dokumentasi kecederaan. Bagi kes keganasan seksual atau rogol yang melibatkan wanita, pemeriksaan lanjut akan melibatkan pasukan Obstetrik dan Ginekologi. Bagi kes kanak-kanak, pengurusan lanjut akan melibatkan pasukan Pediatrik dan SCAN. Bagi kes tertentu yang melibatkan lelaki atau isu forensik khusus, pasukan forensik atau pasukan klinikal berkaitan akan dirujuk.
- 4.1.7. Pihak HKL turut menekankan bahawa pengurusan OSCC bukan sekadar rawatan klinikal. Ia turut melibatkan pengumpulan bukti, penyediaan dokumentasi perubatan, pelaporan polis, rujukan kepada JKM, keperluan tempat perlindungan, rawatan susulan dan pemantauan keselamatan mangsa. Oleh itu, keberkesanan OSCC amat bergantung kepada kerjasama pelbagai agensi.

- 4.1.8. Dari segi statistik kes, pihak HKL memaklumkan bahawa kes keganasan rumah tangga merupakan antara kes utama yang dikendalikan melalui OSCC. Selain itu, kes penderaan kanak-kanak, rogol, keganasan seksual dan kes-kes berkaitan turut diterima secara konsisten. Walaupun terdapat turun naik jumlah kes mengikut bulan atau tahun, pihak hospital memaklumkan bahawa jumlah kes secara keseluruhannya menunjukkan pola yang berterusan dan memerlukan perhatian dasar yang lebih serius.
- 4.1.9. Pihak HKL turut menjelaskan bahawa kes-kes kanak-kanak yang melalui OSCC akan disusuli melalui mekanisme SCAN. Pasukan SCAN HKL/HTA telah lama diwujudkan dan bermesyuarat secara berkala, iaitu setiap bulan. Mesyuarat ini melibatkan pakar-pakar pediatrik, pegawai perubatan, wakil JKM, PDRM dan agensi berkaitan bagi membincangkan perkembangan setiap kes. Antara perkara yang dipantau termasuk kedudukan semasa mangsa, status perlindungan, tindakan terhadap pelaku, status siasatan polis, pendakwaan di mahkamah serta keperluan rawatan atau pemantauan lanjut.
- 4.1.10. Pihak HKL juga menjelaskan cabaran besar Jabatan Kecemasan yang turut memberi kesan kepada OSCC. Jabatan Kecemasan HKL menerima kira-kira 400 hingga 500 pesakit sehari dan jumlah tersebut boleh meningkat sehingga sekitar 700 pesakit pada masa tertentu.
- 4.1.11. Kesesakan ini berpunca daripada pertambahan penduduk, peningkatan beban penyakit, penggunaan Jabatan Kecemasan bagi kes bukan kecemasan, kekangan kapasiti wad dan *Intensive Care Unit* (ICU) serta kekurangan sumber manusia. Dalam keadaan ini, pegawai perubatan dan jururawat yang mengendalikan OSCC merupakan sebahagian daripada petugas Jabatan Kecemasan yang sama, dan mereka perlu meninggalkan zon kerja masing-masing apabila terdapat kes OSCC.
- 4.1.12. Pihak HKL turut membangkitkan kekangan ruang fizikal OSCC. Ruang OSCC yang digunakan adalah terhad dan tidak mencukupi untuk menampung keperluan mangsa, pegawai perubatan, pegawai penyiasat, JKM dan ahli keluarga yang terlibat. Pihak hospital memaklumkan bahawa ruang OSCC sedang melalui proses pengubahsuaian, namun pada masa ini kemudahan yang tersedia masih kecil dan tidak sepenuhnya kondusif untuk pengendalian kes yang sensitif.

- 4.1.13. Selain itu, pihak HKL turut memaklumkan bahawa proses laporan polis dan kehadiran pegawai penyiasat masih menjadi cabaran utama. Walaupun terdapat balai polis hospital atau kemudahan untuk membuat laporan, pegawai penyiasat yang bertanggungjawab lazimnya perlu datang daripada daerah atau lokasi kejadian. Bagi kes yang berlaku di luar Kuala Lumpur atau negeri lain, proses mendapatkan kehadiran pegawai penyiasat boleh mengambil masa. Keadaan ini boleh melambatkan proses pemeriksaan, pengumpulan bukti dan tindakan lanjut.
- 4.1.14. Bagi isu tempat perlindungan, pihak HKL memaklumkan bahawa mangsa yang tidak selamat untuk pulang ke rumah akan dirujuk kepada JKM atau agensi berkaitan. Bagi kes kanak-kanak, mangsa boleh dimasukkan ke wad pediatrik sementara penyelarasan perlindungan dibuat. Namun, bagi mangsa dewasa khususnya wanita dalam kes keganasan rumah tangga, proses mendapatkan tempat perlindungan boleh menjadi sukar, terutamanya selepas waktu pejabat. Dalam beberapa keadaan, hospital berdepan kesukaran menempatkan mangsa kerana kekurangan katil dan faktor keselamatan.
- 4.1.15. Secara keseluruhannya, pembentangan HKL menunjukkan bahawa OSCC merupakan perkhidmatan yang amat penting dan telah mempunyai pengalaman panjang dalam mengendalikan kes keganasan dan penderaan. Namun, keberkesanannya masih dibatasi oleh cabaran struktur seperti kekurangan sumber manusia, kekangan ruang, kelewatan respons agensi luar, ketidakjelasan SOP rentas agensi dan keperluan penyelarasan nasional yang lebih kukuh.

4.2. Taklimat oleh Hospital Tunku Azizah (HTA), Kuala Lumpur

- 4.2.1. HTA merupakan hospital wanita dan kanak-kanak yang mempunyai hubungan rapat dengan HKL, khususnya dalam pengurusan kes pediatrik, remaja dan kes-kes berkaitan penderaan atau keganasan terhadap kanak-kanak. Perkhidmatan OSCC di HTA mula dirancang selepas hospital tersebut beroperasi sebagai fasiliti khusus wanita dan kanak-kanak, dengan ruang OSCC diwujudkan sekitar tahun 2019.
- 4.2.2. Walau bagaimanapun, OSCC di HTA masih belum dapat berfungsi sepenuhnya seperti yang dihasratkan. Kekangan utama yang dikenal pasti ialah kekurangan sumber manusia khusus, terutamanya ketiadaan jururawat dan pegawai perubatan yang didedikasikan untuk mengendalikan kes OSCC. Disebabkan kekangan ini, ruang OSCC yang tersedia tidak dapat digunakan secara optimum bagi menerima dan mengurus kes baharu secara aktif.

- 4.2.3. Kebanyakan kes berkaitan kanak-kanak, khususnya penderaan seksual, penderaan fizikal, pengabaian dan kes remaja, masih banyak bergantung kepada pengurusan awal di HKL. Kes yang dikenal pasti di HKL boleh dirujuk kepada pasukan pediatrik atau pasukan Obstetrik dan Ginekologi di HTA untuk rawatan susulan. Dalam keadaan ini, HTA lebih banyak memainkan peranan dalam aspek susulan klinikal, pemantauan dan kesinambungan rawatan berbanding fungsi OSCC sepenuhnya sebagai pusat penerimaan pertama.
- 4.2.4. Sebahagian besar kes yang melibatkan kanak-kanak adalah berkaitan penderaan seksual. Kes-kes ini memerlukan pengurusan yang sangat sensitif, termasuk pemeriksaan klinikal, pemantauan psikososial, rujukan perlindungan, dan susulan jangka panjang. Namun, tanpa pasukan OSCC khusus, keupayaan HTA untuk mengendalikan kes secara menyeluruh adalah terhad.
- 4.2.5. Selain kekangan sumber manusia, pihak HTA turut membangkitkan isu keselamatan dan pelaporan polis. HTA tidak mempunyai balai polis atau kehadiran polis tetap di hospital. Oleh itu, bagi kes tertentu, pegawai perubatan atau pegawai hospital perlu bergerak ke HKL atau ke balai polis berkaitan untuk membuat laporan. Terdapat juga keadaan pihak polis menolak laporan atau meminta laporan dibuat di balai kawasan kejadian. Keadaan ini menyulitkan proses pelaporan, terutamanya apabila kes berlaku pada lewat malam atau awal pagi.
- 4.2.6. Terdapat beberapa kes, pegawai perubatan berhadapan cabaran apabila laporan polis tidak diterima dengan segera atau terdapat kekeliruan mengenai pihak yang sepatutnya membuat laporan. Ada keadaan pihak polis meminta ibu bapa membuat laporan, sedangkan dalam kes penderaan kanak-kanak, ibu bapa atau penjaga mungkin merupakan pihak yang terlibat atau tidak sesuai untuk diberi tanggungjawab tersebut. Isu ini menunjukkan perlunya SOP yang jelas dan seragam antara hospital dan PDRM.
- 4.2.7. Pasukan SCAN berperanan dalam memastikan kes kanak-kanak tidak terhenti selepas rawatan awal. Pasukan SCAN membincangkan sekitar 60 hingga 80 kes setiap bulan dengan penglibatan HKL, HTA, klinik kesihatan, JKM, PDRM dan agensi berkaitan. Melalui platform ini, status setiap kes akan disemak, termasuk sama ada mangsa telah mendapat perlindungan, sama ada pelaku telah ditangkap atau didakwa, serta sama ada mangsa masih berada dalam sistem susulan rawatan.

- 4.2.8. Rawatan susulan bagi kes kanak-kanak biasanya diselaraskan melalui pasukan pediatrik dan SCAN. Sekiranya kanak-kanak memerlukan rawatan lanjut, pemantauan remaja, pemeriksaan Obstetrik dan Ginekologi atau sokongan psikososial, kes tersebut akan dirujuk kepada unit yang berkaitan. Walau bagaimanapun, ketiadaan OSCC yang berfungsi sepenuhnya di HTA menyebabkan penyelarasan kes masih banyak bergantung kepada jaringan kerja sedia ada antara HKL, HTA dan SCAN.
- 4.2.9. Dari aspek dokumentasi, pihak HTA turut menyentuh penyediaan laporan perubatan bagi kes-kes berkaitan. Laporan perubatan kebiasaannya memerlukan tempoh penyediaan tertentu dan tertakluk kepada prosedur semasa. Perkara ini penting kerana laporan perubatan sering menjadi dokumen sokongan dalam proses siasatan dan perbicaraan.
- 4.2.10. Secara keseluruhannya, HTA mempunyai potensi besar sebagai pusat rujukan wanita dan kanak-kanak bagi kes OSCC, khususnya kes pediatrik, remaja, penderaan seksual dan pengabaian. Namun, potensi ini belum dapat dimanfaatkan sepenuhnya kerana kekurangan perjawatan khusus, ketiadaan polis di hospital, kekangan penyelarasan laporan polis dan kebergantungan kepada mekanisme sedia ada di HKL serta SCAN. Oleh itu, pengukuhan OSCC HTA memerlukan komitmen sumber manusia, SOP rentas agensi dan peranan yang lebih jelas dalam ekosistem OSCC nasional.

4.3. ISU-ISU UTAMA YANG DIBANGKITKAN

4.3.1. Ketiadaan penyelarasan nasional yang kukuh

- Isu paling asas yang dibangkitkan ialah ketiadaan satu badan penyelarasan nasional yang mempunyai kuasa jelas terhadap keseluruhan ekosistem OSCC. Walaupun OSCC beroperasi di hospital dan dipacu oleh KKM, perkhidmatan ini sebenarnya melibatkan pelbagai agensi termasuk PDRM, JKM, KPWK, KDN, pihak pendakwaan, mahkamah, NGO, kedutaan dan agensi perlindungan lain.
- Keadaan ini menyebabkan isu OSCC dilihat seperti “*nobody’s baby*”, iaitu tanggungjawabnya terpecah antara banyak agensi tanpa pemilik dasar yang jelas. KKM menyediakan tempat, kepakaran klinikal dan pengurusan perubatan, tetapi tidak mempunyai kuasa langsung untuk mengarahkan agensi lain seperti PDRM dan JKM bertindak mengikut tempoh masa tertentu.

4.3.2. Kelewatan kehadiran pegawai penyiasat polis

- Antara isu paling kritikal ialah kelewatan kehadiran pegawai penyiasat atau *Investigating Officer* (IO), khususnya bagi kes yang berlaku di luar kawasan Kuala Lumpur. Dalam konsep asal OSCC, laporan polis sepatutnya boleh dibuat di bilik OSCC dan pihak polis hadir untuk mengambil laporan serta menyaksikan prosedur yang diperlukan. Namun, amalan semasa menunjukkan terdapat kesukaran mendapatkan kehadiran IO daripada balai atau daerah asal kejadian.
- Keadaan menjadi lebih rumit apabila kes berlaku di negeri lain, seperti Sarawak, Kelantan atau Perak, tetapi mangsa mendapatkan rawatan di HKL. Pihak hospital terpaksa menghubungi pegawai atasan polis bagi mendapatkan wakil atau arahan lanjut. Kelewatan ini boleh memberi kesan kepada proses pemeriksaan, pengumpulan bukti, dokumentasi forensik dan kesejahteraan mangsa yang perlu menunggu dalam tempoh yang tidak menentu.

4.3.3. SOP OSCC masih belum dimuktamadkan

- Garis panduan (SOP) OSCC terkini masih belum dimuktamadkan walaupun proses penyediaannya telah berjalan lebih setahun. Antara isu yang masih tertangguh ialah penyelarasan prosedur antara KKM dan PDRM, khususnya berkaitan keperluan kehadiran IO, perwakilan IO, proses mengambil laporan dan prosedur bagi kes rentas daerah atau rentas negeri.
- Kelewatan pemuktamadan SOP ini menyebabkan amalan di lapangan masih bergantung kepada budi bicara, hubungan peribadi antara pegawai, dan penyelesaian kes demi kes. Pendekatan sedemikian tidak memadai untuk satu perkhidmatan nasional yang melibatkan mangsa rentan dan bukti forensik.

4.3.4. Kekurangan sumber manusia khusus

- Pihak HKL dan HTA menegaskan bahawa kekurangan sumber manusia merupakan cabaran besar. Di HKL, pegawai perubatan dan jururawat OSCC bukanlah pasukan khusus sepenuh masa, sebaliknya petugas Jabatan Kecemasan yang perlu meninggalkan zon kerja masing-masing apabila terdapat kes OSCC. Ini boleh menyebabkan gangguan operasi di zon kecemasan lain dan meningkatkan beban kerja petugas.

- Di HTA, masalah ini lebih ketara kerana OSCC tidak dapat berfungsi sepenuhnya akibat ketiadaan jururawat dan pegawai perubatan khusus. Kekurangan perjawatan menyebabkan ruang OSCC yang telah disediakan tidak dapat digunakan secara optimum untuk kes-kes baharu.

4.3.5. Kekangan infrastruktur dan ruang fizikal

- HKL memaklumkan bahawa ruang OSCC sedia ada terhad, kecil dan sedang melalui proses pengubahsuaian. Ketidadaan ruang yang mencukupi menyukarkan mangsa untuk duduk, bercakap, berkongsi maklumat dan mendapatkan perkhidmatan dalam suasana yang benar-benar selesa dan selamat. Kekangan ruang juga menimbulkan isu keselamatan apabila mangsa tidak boleh ditempatkan bersama pesakit lain, khususnya jika terdapat ancaman daripada pelaku atau ahli keluarga.
- Kekurangan katil di hospital turut memberi kesan kepada mangsa yang memerlukan perlindungan sementara selepas pemeriksaan, khususnya bagi kes keganasan rumah tangga atau kes yang belum mendapat tempat perlindungan daripada JKM.

4.3.6. Isu tempat perlindungan selepas rawatan

- Isu tempat perlindungan merupakan antara perkara penting yang dibangkitkan. Bagi mangsa yang tidak selamat untuk pulang ke rumah, hospital perlu mendapatkan bantuan JKM atau pihak lain bagi penempatan sementara. Namun, proses mendapatkan tempat perlindungan boleh mengambil masa, terutamanya selepas waktu pejabat.
- Bagi kes kanak-kanak, mangsa biasanya akan dimasukkan ke wad pediatrik melalui pasukan SCAN sementara JKM menguruskan penempatan lanjut. Namun bagi mangsa dewasa, khususnya wanita dalam kes keganasan rumah tangga, pilihan perlindungan lebih terhad. Terdapat kebimbangan bahawa mangsa mungkin akhirnya pulang semula ke rumah pelaku kerana tiada pilihan tempat selamat yang segera.

4.3.7. Kesukaran bagi mangsa dewasa yang enggan membuat laporan polis

- Mangsa dewasa berumur 18 tahun ke atas mempunyai hak untuk membuat keputusan sendiri termasuk sama ada mahu membuat laporan polis atau tidak. Dalam kes keganasan rumah tangga, ada mangsa yang enggan membuat laporan kerana faktor ekonomi, kebergantungan kepada suami sebagai pencari nafkah, stigma sosial, keselamatan anak-anak dan tekanan keluarga.
- Keadaan ini menyebabkan pihak OSCC terhad dari segi tindakan undang-undang, walaupun mangsa mungkin berulang kali datang mendapatkan rawatan akibat keganasan yang sama. Hal ini berbeza dengan kes kanak-kanak yang mempunyai obligasi pelaporan di bawah undang-undang perlindungan kanak-kanak.

4.3.8. Isu kes warga asing dan ketiadaan sokongan konsular

- Pihak hospital turut membangkitkan cabaran menguruskan mangsa atau pesakit warga asing, khususnya apabila mereka tidak mempunyai keluarga, sahabat atau wakil yang boleh dihubungi. Dalam beberapa kes, pihak hospital perlu berhubung dengan kedutaan atau United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Namun, terdapat kedutaan yang sukar dihubungi atau tidak memberi maklum balas segera.
- Isu ini menjadi lebih serius apabila pesakit warga asing terlantar, tidak mampu berjalan atau tidak mempunyai dokumen pengenalan diri yang jelas. Hospital akhirnya menanggung beban penjagaan tanpa sokongan yang mencukupi daripada pihak berkuasa negara asal atau agensi berkaitan.

4.3.9. Ketidakselarasan kategori kes dan data

- Perbincangan turut menyentuh keperluan memperincikan kategori kes dengan lebih jelas. Contohnya, keganasan rumah tangga boleh melibatkan suami isteri yang masih berkahwin, bekas suami, bekas pasangan, pasangan tidak berkahwin atau individu yang tinggal bersama. Setiap kategori memerlukan bentuk intervensi, perlindungan dan susulan yang berbeza.

- Tanpa pengelasan data yang jelas, sukar untuk merangka penyelesaian dasar yang tepat, termasuk menentukan keperluan rumah perlindungan, intervensi sosial, perlindungan mahkamah dan sokongan psikososial.

4.3.10. Kesedaran masyarakat terhadap OSCC masih terhad

- Pihak hospital menjelaskan bahawa tidak semua mangsa datang ke hospital dengan menyatakan secara jelas bahawa mereka mengalami keganasan seksual, rogol atau keganasan rumah tangga. Ada mangsa yang datang dengan aduan fizikal biasa seperti lebam, bengkak atau sakit, dan hanya selepas ditanya oleh doktor barulah unsur keganasan dikenal pasti.
- Ini menunjukkan tahap kesedaran masyarakat terhadap perkhidmatan OSCC masih terhad. Mangsa mungkin tidak tahu bahawa mereka boleh mendapatkan laluan khas, pemeriksaan, perlindungan dan rujukan melalui OSCC.

5. OSCC, HOSPITAL SULTANAH AMINAH (HSA), JOHOR BAHRU

- Tarikh: 19 Mei 2026 (Selasa)
- Masa: 10.00 pagi- 12.30 tengah hari

5.1. Latar Belakang Lawatan

- 5.1.1. Struktur organisasi pengurusan OSCC/SCAN HSA melibatkan penaung, penasihat, pakar yang bertanggungjawab serta pegawai perubatan yang mengendalikan kes. Struktur ini penting bagi memastikan wujudnya pembahagian peranan yang jelas dalam pengurusan kes keganasan, penderaan, rogol, liwat, cabul dan kes-kes berkaitan perlindungan mangsa.
- 5.1.2. Aliran awal pengurusan kes OSCC, bermula daripada ketibaan mangsa di hospital sehingga proses saringan dan penentuan keperluan rawatan. Aliran ini penting bagi memastikan mangsa tidak melalui proses menunggu yang panjang atau terdedah kepada suasana umum yang boleh menambahkan tekanan emosi.
- 5.1.3. Pengurusan kes OSCC di HSA adalah berpandukan *One Stop Crisis Center: Policy and Guidelines for Hospitals, KKM 2015*. Proses triaj mangsa dilaksanakan mengikut *Malaysian Triage Category*, manakala kes stabil dikendalikan di bilik khusus iaitu Bilik Seri Bayu yang terletak di kawasan Zon Hijau. Penyediaan bilik khas, peralatan yang mematuhi

dasar KKM serta petugas dan pegawai perubatan khusus menunjukkan komitmen hospital untuk mengurus kes OSCC secara lebih tertutup, selamat dan bermaruah.

- 5.1.4. Semua kes rogol dan liwat perlu direkod, diperiksa dan dikendalikan di Bilik Seri Bayu. Kes stabil lain seperti keganasan rumah tangga atau disyaki penderaan kanak-kanak boleh dilihat di bilik konsultasi Zon Hijau. Mangsa tidak perlu pergi ke balai polis untuk membuat laporan, sebaliknya pegawai polis akan hadir ke Bilik Seri Bayu bagi mengambil laporan atau kenyataan mangsa. Pendekatan ini mengurangkan beban mangsa dan membantu mengelakkan trauma berulang.
- 5.1.5. Semua konsultasi, pemeriksaan dan siasatan perlu dilaksanakan di Bilik Seri Bayu kecuali terdapat kekangan kemudahan. Semua doktor dan agensi rujukan perlu memberi respons segera apabila dihubungi. Pegawai Kerja Sosial Perubatan akan melihat mangsa pada waktu pejabat, manakala kes selepas waktu pejabat atau cuti umum akan disusuli pada hari bekerja berikutnya. Sekiranya mangsa tiada tempat selamat untuk dituju, pegawai kerja sosial akan mengatur penempatan perlindungan, dan mangsa boleh ditempatkan sementara di bilik pemerhatian dalam tempoh 24 jam sementara menunggu penempatan.
- 5.1.6. Kemudahan asas yang disediakan di Bilik Seri Bayu, termasuk ruang duduk untuk keluarga atau mangsa, katil pemeriksaan, meja *clerking* dan ruang pengambilan spesimen. Kemudahan ini penting bagi memastikan pemeriksaan klinikal dan forensik dapat dijalankan dalam persekitaran yang lebih tertutup, tersusun dan sesuai dengan keperluan mangsa.
- 5.1.7. Perbandingan jumlah kedatangan kes OSCC dari 2018 hingga November 2025, mendapati jumlah kes tertinggi direkodkan pada 2019 iaitu 440 kes, manakala jumlah kes menurun dengan ketara pada 2020 kepada 104 kes. Bagi tempoh Januari hingga November 2025, jumlah kes meningkat kepada 412 kes, iaitu lebih tinggi berbanding 368 kes pada 2024. Peningkatan ini menunjukkan bahawa beban kes OSCC masih signifikan dan memerlukan perhatian dari segi kapasiti perkhidmatan serta intervensi perlindungan mangsa.
- 5.1.8. Kedatangan kes OSCC mengikut kumpulan umur bagi Januari hingga November 2025 dengan jumlah keseluruhan 412 kes, menunjukkan bahawa kes OSCC melibatkan pelbagai peringkat umur, namun beberapa kategori seperti kes rogol dan liwat mempunyai bilangan yang ketara dalam kalangan kanak-kanak dan remaja. Dapatan ini penting kerana ia menunjukkan keperluan pendekatan khusus bagi

mangsa bawah umur, termasuk pengurusan trauma, perlindungan kanak-kanak dan tindakan susulan bersama agensi kebajikan serta penguatkuasaan.

- 5.1.9. Pecahan kes OSCC bagi Januari hingga November 2025 menunjukkan kes penderaan fizikal mencatat jumlah tertinggi iaitu 203 kes, diikuti kes rogol sebanyak 133 kes, kes liwat sebanyak 39 kes dan kes cabul sebanyak 37 kes. Pecahan ini menunjukkan bahawa penderaan fizikal merupakan kategori paling dominan, namun kes seksual seperti rogol, liwat dan cabul juga membentuk jumlah yang serius dan memerlukan pengurusan forensik serta perlindungan mangsa yang teliti.
- 5.1.10. Pecahan kes OSCC mengikut bangsa bagi Januari hingga November 2025, kes melibatkan mangsa Melayu mencatat jumlah tertinggi iaitu 260 kes, diikuti India sebanyak 78 kes, Cina sebanyak 62 kes, warga asing sebanyak 10 kes dan Iban sebanyak 2 kes.
- 5.1.11. Kes penderaan fizikal lebih banyak melibatkan mangsa perempuan dewasa berbanding kategori lain. Data juga menunjukkan kewujudan kes melibatkan kanak-kanak lelaki dan perempuan bawah 18 tahun. Corak ini menunjukkan bahawa penderaan fizikal berlaku dalam pelbagai konteks, termasuk rumah tangga, hubungan intim, pengasuhan dan persekitaran keluarga.
- 5.1.12. Kategori pendera tertinggi bagi kes penderaan fizikal ialah suami atau isteri, iaitu 124 kes. Kategori ibu atau bapa kandung turut mencatat jumlah signifikan sebanyak 34 kes, diikuti lain-lain individu yang dikenali sebanyak 18 kes dan pengasuh sebanyak 13 kes. Dapatan ini menunjukkan bahawa pelaku penderaan fizikal kebanyakannya terdiri daripada individu yang mempunyai hubungan rapat dengan mangsa, sekali gus menimbulkan cabaran dari segi keselamatan mangsa, tempat perlindungan dan keberanian mangsa untuk membuat laporan.
- 5.1.13. Majoriti kes rogol melibatkan mangsa bawah umur 16 tahun, iaitu 97 kes. Kategori umur 16 hingga 18 tahun mencatat 16 kes, manakala mangsa berumur lebih 18 tahun mencatat 20 kes. Corak ini amat membimbangkan kerana ia menunjukkan bahawa kanak-kanak dan remaja merupakan kumpulan yang paling terdedah dalam kes rogol yang dirujuk kepada OSCC HSA.
- 5.1.14. Kategori perogol tertinggi ialah teman wanita atau teman lelaki, iaitu 76 kes, diikuti lain-lain individu yang dikenali sebanyak 20 kes dan saudara mara sebanyak 16 kes. Terdapat juga kes melibatkan ibu atau bapa kandung, ibu atau bapa tiri, pengasuh, majikan dan individu tidak dikenali. Dapatan ini menunjukkan bahawa risiko rogol tidak hanya datang daripada orang asing, tetapi banyak berlaku dalam lingkungan

hubungan yang dikenali oleh mangsa.

- 5.1.15. Kes liwat paling banyak melibatkan mangsa lelaki bawah 18 tahun, iaitu 26 kes. Mangsa perempuan bawah 18 tahun mencatat 5 kes, manakala mangsa dewasa lelaki dan perempuan masing-masing turut direkodkan. Dapatan ini menunjukkan keperluan pendekatan perlindungan yang lebih sensitif kepada kanak-kanak lelaki, kerana kumpulan ini jelas terdedah dalam kategori kes liwat.
- 5.1.16. Kategori pelaku tertinggi dalam kes liwat ialah teman wanita atau teman lelaki sebanyak 15 kes, diikuti lain-lain individu yang dikenali sebanyak 14 kes. Terdapat juga kes melibatkan ibu atau bapa kandung, saudara mara, suami atau isteri dan individu tidak dikenali. Dapatan ini sekali lagi menunjukkan bahawa pelaku kebanyakannya terdiri daripada individu yang dikenali mangsa, bukan semata-mata orang luar.
- 5.1.17. Kes cabul paling banyak melibatkan mangsa perempuan bawah 18 tahun, iaitu 30 kes. Mangsa lelaki bawah 18 tahun turut direkodkan, selain beberapa kes melibatkan mangsa dewasa. Dapatan ini menunjukkan bahawa kanak-kanak perempuan merupakan kumpulan paling dominan dalam kes cabul yang dirujuk kepada OSCC HSA bagi tempoh Januari hingga November 2025.
- 5.1.18. Kategori pencabul tertinggi ialah lain-lain individu yang dikenali, iaitu 15 kes, diikuti lain-lain individu tidak dikenali sebanyak 9 kes, teman wanita atau teman lelaki sebanyak 5 kes, serta ibu atau bapa kandung dan saudara mara masing-masing sebanyak 4 kes. Dapatan ini menunjukkan bahawa kes cabul berlaku dalam pelbagai bentuk hubungan, termasuk hubungan keluarga, hubungan sosial dan individu yang dikenali oleh mangsa.

5.2. ISU-ISU UTAMA YANG DIBANGKITKAN

5.2.1. Peranan OSCC sebagai pusat intervensi bersepadu masih penting tetapi pelaksanaannya berdepan cabaran koordinasi.

- OSCC berperanan sebagai mekanisme bersepadu bagi mengendalikan mangsa keganasan melalui pendekatan multidisiplin yang melibatkan pegawai perubatan, pakar berkaitan, jururawat, pegawai psikologi, pegawai kerja sosial perubatan, JKM dan PDRM.
- Walau bagaimanapun, pelaksanaan di lapangan menunjukkan bahawa proses pengurusan kes masih belum sepenuhnya lancar. Mangsa masih berdepan kelewatan, khususnya apabila

kes memerlukan kehadiran polis untuk tujuan pengambilan sampel forensik atau apabila mangsa memerlukan penempatan perlindungan oleh JKM selepas waktu pejabat.

5.2.2. Polisi dalaman OSCC masih menggunakan rujukan lama.

- Tatacara pengurusan kes OSCC di Jabatan Kecemasan adalah berpandukan polisi jabatan yang diterbitkan pada 2019, selain merujuk kepada garis panduan KKM berkaitan OSCC. Perkara ini menimbulkan keperluan untuk menilai sama ada polisi sedia ada masih memadai dengan keperluan semasa, terutama apabila pola kes, cabaran operasi dan keperluan perlindungan mangsa semakin kompleks.
- Isu ini penting kerana OSCC sepatutnya menjadi mekanisme yang memudahkan mangsa, bukan menambah beban prosedur atau menyebabkan kelewatan intervensi.

5.2.3. Kelewatan kehadiran polis menjejaskan kelancaran pengambilan sampel dan rantai bukti.

- Antara isu utama yang dibangkitkan ialah keperluan kehadiran polis semasa pengambilan sampel bagi memastikan rantai bukti terpelihara. Namun, terdapat keadaan mangsa hadir terus ke hospital tanpa laporan polis terlebih dahulu. Dalam situasi tersebut, pihak hospital perlu meminta waris membuat laporan atau mendapatkan bantuan koordinator klinikal untuk menghubungi pihak polis.
- Pihak hospital turut memaklumkan bahawa terdapat keadaan pegawai polis yang baharu kurang jelas tentang prosedur OSCC dan meminta mangsa hadir ke balai polis untuk membuat laporan. Amalan tersebut tidak selaras dengan konsep OSCC kerana pihak polis sepatutnya hadir ke bilik OSCC bagi memudahkan mangsa. Kelewatan kehadiran polis dilaporkan boleh mengambil masa sehingga beberapa jam, sekali gus menyebabkan mangsa perlu menunggu dalam keadaan trauma.

5.2.4. Rujukan kepada JKM selepas waktu pejabat masih tidak lancar

- Pihak hospital memaklumkan bahawa rujukan kepada JKM lebih mudah dilaksanakan pada waktu pejabat. Namun, selepas waktu pejabat, pada waktu malam atau hujung minggu, proses mendapatkan maklum balas dan tindakan JKM menjadi sukar. Dalam keadaan tertentu, mangsa perlu ditempatkan sementara di hospital sehingga JKM dapat mencari penempatan

perlindungan yang sesuai.

- Keadaan ini menimbulkan beban tambahan kepada hospital kerana hospital bukan tempat perlindungan jangka sederhana atau jangka panjang. Mangsa yang sepatutnya dipindahkan ke tempat selamat terpaksa berada lebih lama di hospital, kadangkala sehingga beberapa hari, sementara menunggu penyelesaian penempatan.

5.2.5. Kekangan bilik OSCC dari segi ruang, keselesaan dan kemudahan asas

- Bilik OSCC atau Bilik Sri Bayu di HSA telah dipindahkan daripada kawasan Zon Hijau ke ruang lain yang sebelum ini merupakan *Fever Centre*. Perpindahan ini berlaku disebabkan kesesakan di Zon Hijau dan keperluan menggunakan ruang tersebut untuk pesakit yang menunggu kemasukan ke wad.
- Namun, bilik OSCC sedia ada masih mempunyai beberapa kekangan ketara. Antaranya ialah ruang yang sempit, ketiadaan tandas bersambung, ketiadaan pendingin hawa, ventilasi yang kurang baik, sofa yang terhad serta kesukaran menempatkan lebih daripada seorang mangsa pada satu-satu masa. Keadaan ini kurang sesuai bagi mangsa trauma, khususnya wanita dan kanak-kanak yang memerlukan suasana lebih selamat, tertutup dan selesa.
- Pihak hospital memaklumkan bahawa terdapat perancangan naik taraf bilik tersebut melalui peruntukan Kerajaan Negeri berjumlah RM163,000 yang telah diangkat kepada KKM untuk proses penerimaan sumbangan dan pelaksanaan naik taraf.

5.2.6. Ketiadaan ruang khas yang sesuai untuk mangsa yang menunggu penempatan

- Isu turut dibangkitkan berhubung kesesuaian menempatkan mangsa OSCC di wad biasa, terutamanya apabila mangsa masih menunggu penempatan perlindungan. Terdapat kebimbangan bahawa wad biasa tidak sesuai untuk mangsa keganasan rumah tangga, rogol atau penderaan kerana suasana wad boleh menjejaskan privasi, keselamatan dan kesejahteraan emosi mangsa.

- Dalam sesetengah keadaan, mangsa perlu menunggu sehingga seminggu sementara proses rawatan atau penempatan diselesaikan. Keadaan ini menunjukkan keperluan kepada ruang transit yang lebih sesuai, selamat dan mesra trauma.

5.2.7. Klasifikasi umur dan kemasukan wad kanak-kanak menimbulkan cabaran

- Pihak hospital menjelaskan bahawa walaupun secara prinsipnya kategori pediatrik boleh merangkumi umur 0 hingga 18 tahun, kapasiti wad pediatrik hospital hanya dapat menempatkan pesakit berumur 12 tahun ke bawah. Pesakit berumur 13 tahun ke atas lazimnya akan ditempatkan di wad dewasa kerana kekangan struktur dan kapasiti wad sedia ada.
- Keadaan ini menimbulkan cabaran bagi pengurusan kes remaja yang menjadi mangsa rogol, liwat, penderaan atau keganasan rumah tangga kerana mereka masih tergolong sebagai kanak-kanak dari sudut perlindungan undang-undang, tetapi ditempatkan dalam sistem wad dewasa dari sudut operasi hospital.

5.2.8. Data OSCC masih belum cukup terperinci dan belum didigitalkan

- Pihak hospital memaklumkan bahawa data OSCC sebahagiannya masih bergantung kepada borang manual yang kemudian dimasukkan secara digital. Namun, sistem sedia ada belum membolehkan hospital mengenal pasti secara menyeluruh sama ada sesuatu kes merupakan kes berulang atau kes pertama kali. Data juga belum cukup terperinci untuk mengesan latar belakang kes seperti punca rujukan, hubungan pelaku dengan mangsa secara lebih mendalam, unsur eksploitasi dalam talian atau corak berulang.
- Selain itu, terdapat kes yang dikesan di wad selepas kemasukan atas sebab lain dan tidak semestinya masuk melalui OSCC di Jabatan Kecemasan. Ini menyebabkan kemungkinan wujud perbezaan antara data OSCC, data wad dan data keseluruhan hospital.

5.2.9. Kes penderaan fizikal dan keganasan rumah tangga merupakan kategori utama

- Berdasarkan pembentangan pihak hospital, kes yang paling banyak direkodkan ialah penderaan fizikal, termasuk penderaan kanak-kanak dan keganasan rumah tangga. Bagi kes dewasa, mangsa paling ramai terdiri daripada wanita, manakala pelaku utama bagi keganasan rumah tangga ialah suami.
- Bagi kes kanak-kanak, antara pelaku yang dikenal pasti termasuk ibu bapa kandung dan pengasuh. Perkara ini menunjukkan bahawa banyak kes keganasan berlaku dalam lingkungan hubungan rapat dan ruang domestik, sekali gus memerlukan intervensi perlindungan yang lebih menyeluruh serta pemantauan pasca-rawatan.

5.2.10. Kes rogol dan liwat melibatkan remaja bawah umur memerlukan perhatian serius

- Pihak hospital memaklumkan bahawa kes rogol banyak melibatkan mangsa berumur bawah 16 tahun, termasuk kes yang dikategorikan sebagai "*consensual sex*" kerana mangsa masih di bawah umur walaupun berlaku atas dasar suka sama suka. Terdapat juga kes yang dikenal pasti oleh ibu, guru atau pihak sekolah.
- Bagi kes liwat, kebanyakan kes melibatkan mangsa lelaki bawah 18 tahun. Pelaku pula terdiri daripada teman lelaki, kenalan, rakan atau individu yang dikenali melalui media sosial seperti *WhatsApp*. Perkara ini menunjukkan risiko keselamatan kanak-kanak dan remaja dalam interaksi sosial serta perhubungan dalam talian semakin meningkat.

5.2.11. Kes berkaitan kenalan dalam talian semakin ketara

- Pihak hospital menyatakan bahawa terdapat kes mangsa mengenali pelaku melalui *WhatsApp*, rakan kepada rakan atau kenalan baharu, sebelum berjumpa secara fizikal dan menjadi mangsa kekerasan atau serangan seksual.
- Trend ini menunjukkan keperluan untuk melihat OSCC bukan hanya sebagai mekanisme rawatan selepas kejadian, tetapi juga sebagai sumber data penting bagi memahami pola risiko keselamatan kanak-kanak dan wanita dalam ruang digital.

5.2.12.Tahap kesedaran masyarakat tentang OSCC masih perlu dipertingkatkan

- Isu kesedaran masyarakat turut dibangkitkan. OSCC sepatutnya diketahui oleh orang awam sebagai saluran segera untuk mendapatkan rawatan, perlindungan dan bantuan selepas mengalami keganasan. Namun, terdapat kebimbangan bahawa tidak semua mangsa mengetahui fungsi OSCC atau hak mereka untuk mendapatkan perkhidmatan tersebut.
- Mangsa yang lebih berpendidikan lazimnya lebih jelas menyatakan bahawa mereka dipukul suami, anak didera atau berlaku kejadian keganasan. Sebaliknya, mangsa lain mungkin hadir ke hospital atas aduan kesihatan biasa dan hanya kemudian dikenal pasti sebagai mangsa penderaan atau keganasan.

5.2.13.Kekangan kapasiti hospital memberi kesan kepada pelaksanaan OSCC

- Hospital Sultanah Aminah turut berdepan isu kesesakan pesakit, kekangan katil, penutupan sementara sebahagian kapasiti ICU akibat isu teknikal serta jumlah pesakit luar dan pengambilan ubat yang tinggi setiap hari. Walaupun isu ini bukan khusus kepada OSCC, ia memberi kesan tidak langsung kepada keupayaan hospital menyediakan ruang, kakitangan dan perhatian khusus kepada mangsa OSCC.
- Kekangan sumber manusia juga dibangkitkan, termasuk kekosongan jawatan tertentu dan keperluan pengisian jawatan bagi menyokong operasi hospital yang semakin kompleks.

IV. CADANGAN PENAMBAHBAIKAN

1. Memperkukuh tadbir urus dan penyelarasan OSCC secara nasional

Jawatankuasa mencadangkan supaya satu mekanisme penyelarasan OSCC di peringkat nasional diwujudkan dengan penglibatan KKM, KPWKM, PDRM, JKM, Jabatan Peguam Negara, pihak mahkamah, NGO dan agensi berkaitan. Mekanisme ini perlu mempunyai mandat yang jelas bagi menyelaraskan dasar, SOP, latihan, data, peruntukan, perlindungan mangsa dan pemantauan pelaksanaan OSCC di seluruh negara.

2. Mengemas kini dan menyeragamkan SOP OSCC yang mengikat semua agensi

Jawatankuasa mencadangkan supaya SOP OSCC dikemas kini, dimuktamadkan dan diseragamkan di semua hospital, balai polis dan pejabat JKM. SOP tersebut perlu memperincikan aliran kerja antara hospital, PDRM, JKM dan agensi lain, termasuk tempoh masa respons, pengambilan laporan polis di hospital, kehadiran pegawai penyiasat, rujukan selepas waktu pejabat, kes rentas daerah atau negeri, serta tanggungjawab setiap agensi secara jelas.

3. Menetapkan protokol maklum balas PDRM yang jelas bagi kes OSCC

Jawatankuasa mencadangkan supaya PDRM mewujudkan protokol maklum balas khusus bagi OSCC, termasuk penetapan pegawai penyiasat bertugas, pegawai perhubungan polis di hospital utama atau sistem pegawai atas panggilan. Protokol ini penting bagi memastikan polis hadir ke hospital dalam tempoh masa yang ditetapkan, mengelakkan mangsa diminta hadir ke balai terlebih dahulu, memelihara bukti forensik dan mengurangkan trauma mangsa.

4. Memastikan mekanisme maklum balas JKM 24 jam berfungsi sepenuhnya

Jawatankuasa mencadangkan supaya JKM memperkukuh sistem respons 24/7 bagi semua kes OSCC, khususnya selepas waktu pejabat, hujung minggu dan cuti umum. Senarai pegawai bertugas atas panggilan, nombor hubungan rasmi dan maklumat tempat perlindungan sementara perlu sentiasa dikemas kini serta mudah diakses oleh hospital bagi memastikan mangsa tidak tertangguh daripada menerima perlindungan segera.

5. Memperkukuh kapasiti sumber manusia, penyelarasan kes dan pasukan OSCC di hospital

Jawatankuasa mencadangkan supaya KKM, Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA) dan Kementerian Kewangan (MOF) meneliti keperluan mewujudkan

perjawatan khusus OSCC, termasuk pegawai perubatan, jururawat, pegawai psikologi, kaunselor, pegawai kerja sosial perubatan dan penyelaras kes. Setiap hospital utama yang mengendalikan OSCC juga perlu mempunyai pasukan koordinasi OSCC yang jelas bagi memantau kes dari peringkat kemasukan mangsa sehingga rawatan, laporan, rujukan, penempatan dan tindakan susulan selesai.

6. **Menaik taraf infrastruktur OSCC dan menyediakan ruang perlindungan sementara yang mesra mangsa**

Jawatankuasa mencadangkan supaya ruang OSCC di hospital dinaik taraf sebagai ruang yang selamat, tertutup, mesra trauma dan menjaga kerahsiaan mangsa. Kemudahan minimum perlu merangkumi bilik pemeriksaan, ruang temu bual, ruang menunggu terlindung, tandas bersambung, kemudahan dokumentasi, ruang untuk pegawai polis atau JKM serta ruang transit sementara bagi mangsa yang menunggu penempatan perlindungan.

7. **Membangunkan sistem data OSCC nasional yang bersepadu dan berkomputer**

Jawatankuasa mencadangkan supaya KKM menyelaraskan satu sistem data OSCC nasional yang standard, digital dan bersepadu. Data perlu dikategorikan mengikut jenis kes, umur, jantina, kewarganegaraan, hubungan mangsa dengan pelaku, lokasi kejadian, sumber rujukan, status laporan polis, tindakan JKM, keperluan perlindungan, status siasatan dan status tindakan mahkamah. Data yang lebih lengkap penting untuk mengenal pasti trend keganasan, jurang perkhidmatan dan keberkesanan intervensi kerajaan.

8. **Memperkuh rujukan, susulan kes, latihan silang dan kesedaran awam**

Jawatankuasa mencadangkan supaya laluan rujukan standard antara hospital, sekolah, JKM, PDRM dan agensi kebajikan diwujudkan bagi memastikan kes tidak terputus selepas mangsa keluar dari hospital. Model susulan berstruktur seperti SCAN wajar diperluas kepada kes OSCC lain. Latihan silang antara KKM, PDRM dan JKM juga perlu dilaksanakan secara berkala, manakala kempen kesedaran awam mengenai fungsi OSCC, hak mangsa, keselamatan digital, *grooming* dan eksploitasi seksual perlu diperkuh melalui sekolah, klinik kesihatan, balai polis, media sosial dan komuniti setempat.

V. KESIMPULAN

1. Secara keseluruhannya, lawatan ke beberapa OSCC mendapati bahawa OSCC memainkan peranan yang amat penting sebagai pusat intervensi awal kepada mangsa keganasan, penderaan, keganasan seksual dan kecemasan sosial. Hospital telah melaksanakan fungsi utama OSCC melalui rawatan perubatan, pemeriksaan klinikal dan forensik, dokumentasi kes serta sokongan awal kepada mangsa. Komitmen petugas hospital jelas kelihatan, khususnya dalam memastikan mangsa menerima rawatan segera walaupun berdepan kekangan sumber, ruang dan sokongan antara agensi.
2. Walau bagaimanapun, dapatan lawatan menunjukkan bahawa pelaksanaan OSCC masih belum berfungsi sepenuhnya sebagai satu sistem respons krisis yang pantas, bersepadu dan konsisten. Cabaran utama yang dikenal pasti meliputi kelemahan penyelarasan rentas agensi, SOP yang belum diseragamkan atau dimuktamadkan, kelewatan kehadiran polis, respons JKM yang tidak mencukupi selepas waktu pejabat, kekurangan perjawatan khusus, keterbatasan infrastruktur, kelemahan sistem data, kekurangan tempat perlindungan sementara serta jurang susulan selepas mangsa keluar dari hospital.
3. Jawatankuasa berpandangan bahawa OSCC tidak wajar lagi dilihat hanya sebagai bilik atau perkhidmatan tambahan di hospital. OSCC perlu ditakrifkan semula sebagai satu ekosistem perlindungan mangsa yang melibatkan kesihatan, kebajikan, keselamatan, forensik, perlindungan sosial dan keadilan jenayah. Sekiranya isu-isu struktur ini tidak ditangani secara menyeluruh, OSCC akan terus bergantung kepada komitmen individu dan hubungan tidak formal antara agensi, sedangkan mangsa memerlukan tindak balas yang dijamin oleh sistem.
4. Sehubungan dengan itu, penambahbaikan OSCC perlu dijadikan agenda nasional perlindungan mangsa melalui pewujudan struktur penyelarasan yang jelas, SOP nasional yang mengikat semua agensi, protokol respons PDRM dan JKM yang berfungsi sepanjang masa, perjawatan khusus, infrastruktur mesra trauma, sistem data digital bersepadu serta mekanisme rujukan dan susulan kes yang lebih kukuh. Langkah ini penting bagi memastikan OSCC benar-benar berfungsi sebagai pusat krisis sehati yang cepat, selamat, bersepadu, mesra mangsa dan bermaruah, khususnya bagi wanita, kanak-kanak dan golongan rentan.

BAHAGIAN VI

SYOR JAWATANKUASA

Setelah mengkaji dan meneliti isu-isu yang dibangkitkan dalam mesyuarat-mesyuarat dan program taklimat yang telah dijalankan, berikut adalah **dapatan utama Jawatankuasa**:

1. Pelaksanaan OSCC masih belum disokong oleh satu struktur tadbir urus nasional yang jelas, menyeluruh dan mengikat semua agensi. Walaupun OSCC berperanan sebagai pusat intervensi awal kepada mangsa keganasan, penderaan, keganasan rumah tangga dan keganasan seksual, pelaksanaannya masih berbeza antara hospital, daerah dan negeri.
2. Antara tiga isu utama yang kerap kali dibahaskan sepanjang lawatan kerja Jawatankuasa ialah:
 - a. Ketidakteraturan dalam pengendalian kes OSCC termasuk kelewatan kehadiran pegawai polis ke hospital, kekeliruan dalam pengendalian kes rentas daerah atau negeri, mangsa diarahkan dari satu balai ke balai lain, laporan pihak ketiga seperti NGO tidak diterima, serta kelemahan kefahaman anggota polis terhadap tatacara pengendalian mangsa keganasan seksual.
 - b. Kesenambungan perlindungan mangsa selepas rawatan di hospital masih lemah, khususnya dari aspek respons JKM selepas waktu pejabat, hujung minggu dan cuti umum.
 - c. Terdapat kekangan sumber manusia, perjawatan khusus, peruntukan, fasiliti, sistem data dan latihan.
 - d. Kekurangan infrastruktur OSCC yang mesra mangsa termasuk kekurangan ruang privasi, kemudahan temu duga, persekitaran selamat, ruang menunggu yang sesuai, serta kemudahan yang dapat mengurangkan pendedahan identiti mangsa kepada orang awam.
3. Kesedaran awam mengenai fungsi OSCC, hak mangsa dan laluan mendapatkan bantuan masih perlu diperkukuh melalui kempen rentas agensi di sekolah, komuniti dan fasiliti kesihatan.

Berdasarkan perbincangan dan penelitian yang telah dijalankan, berikut adalah **syor-syor Jawatankuasa**:

1. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kementerian Kewangan (MOF) menyediakan peruntukan tahunan bagi** pengoperasian OSCC termasuk kos latihan berkala, sokongan psikososial kepada mangsa, pengurusan kes, penyelarasan antara agensi serta kesinambungan penjagaan selepas rawatan.
2. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kementerian Ekonomi menyediakan peruntukan pembangunan khusus bagi menaik taraf infrastruktur OSCC,** termasuk penambahbaikan ruang pemeriksaan, bilik temu bual, kemudahan mesra mangsa, kelengkapan forensik klinikal dan kemudahan sokongan lain di hospital yang menyediakan perkhidmatan OSCC.
3. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA) meneliti dan mewujudkan perjawatan khusus berkaitan pengurusan OSCC di agensi-agensi utama, termasuk KKM, JKM dan PDRM,** bagi mengatasi isu pertukaran pegawai yang kerap, kebergantungan kepada anggota tidak tetap serta kekurangan pegawai terlatih dalam pengendalian kes OSCC.
4. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM:**
 - a. **Mempercepatkan pelancaran garis panduan OSCC agar mekanisme pemantauan pematuhan OSCC di semua hospital dapat dilaksanakan,** termasuk audit berkala, pelaporan prestasi dan tindakan pembetulan terhadap hospital yang tidak mematuhi standard minimum perkhidmatan OSCC;
 - b. **Amalan baik OSCC yang telah dilaksanakan di hospital tertentu** dikumpulkan, diseragamkan dan dijadikan rujukan nasional supaya semua OSCC dapat melaksanakan standard pengendalian kes yang setara; dan
 - c. **Membangunkan sistem data OSCC bersepadu** yang membolehkan pemantauan kes secara lebih tersusun, termasuk hubungan data dengan PDRM dan JKM bagi tujuan siasatan, perlindungan dan tindakan susulan.

5. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Polis Diraja Malaysia:**
- a. **Melantik seorang pegawai penyelaras OSCC di setiap daerah** yang mempunyai kuasa dan autoriti mencukupi untuk mengarahkan tindakan segera apabila kes dirujuk oleh hospital;
 - b. **Menetapkan prosedur yang jelas bagi kes OSCC rentas daerah dan rentas negeri**, termasuk prinsip bahawa pegawai polis di daerah hospital boleh membantu tindakan awal walaupun kejadian berlaku di daerah atau negeri lain;
 - c. **Satu garis masa maksimum ditetapkan dan mewajibkan kehadiran pegawai polis** ke OSCC selepas laporan dibuat oleh hospital, bagi memastikan pemeriksaan forensik dan tindakan siasatan tidak tertangguh;
 - d. **Menambah baik kelengkapan dan sistem yang diperlukan** untuk membolehkan mangsa membuat aduan segera di OSCC; dan
 - e. **Latihan pengendalian kes OSCC, keganasan seksual, keganasan rumah tangga dan penderaan kanak-kanak diperkukuh** sebagai latihan wajib kepada pegawai barisan hadapan PDRM, khususnya pegawai yang bertugas di balai polis, pondok polis hospital dan kaunter laporan.
6. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWKM) mengkaji dan membuat pindaan yang perlu terhadap Akta Kanak-kanak 2001**, khususnya peruntukan berkaitan pelantikan serta fungsi Pelindung dan Pembantu Pelindung, bagi membolehkan pewujudan perjawatan khas Pembantu Pelindung yang ditempatkan secara khusus di hospital yang menyediakan perkhidmatan One Stop Crisis Center (OSCC).
7. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya JKM:**
- a. **Menambah bilangan perjawatan dan penempatan Pegawai Pelindung dengan lantikan tetap** bagi memenuhi keperluan yang semakin meruncing.
 - b. **Mewujudkan mekanisme pengurusan pengendalian kes OSCC** di luar waktu bekerja untuk mempercepat tindakan perlindungan, penempatan sementara dan pengeluaran perintah perlindungan yang berkaitan; dan
 - c. **Melaksanakan pemetaan semula penempatan Pelindung** berdasarkan beban kes sebenar di daerah dan negeri.

8. Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM menggunakan mekanisme pelaporan sementara seperti *dashboard* ringkas atau borang digital standard sementara menunggu pelaksanaan sistem pendigitalan penuh OSCC.
9. Jawatankuasa mengesyorkan supaya KPWKM melaksanakan kempen kesedaran mengenai keganasan rumah tangga, penderaan seksual, pengabaian dan penderaan kanak-kanak dilaksanakan secara rentas agensi, khususnya di sekolah, komuniti dan fasiliti kesihatan.
10. Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM melaksanakan kempen advokasi dan kesedaran mengenai perkhidmatan OSCC termasuk melalui laman sesawang rasmi, media sosial, fasiliti kesihatan dan bahan hebahan mesra pengguna bagi meningkatkan kefahaman orang awam, mangsa, keluarga serta petugas barisan hadapan mengenai akses, fungsi dan tatacara mendapatkan perkhidmatan OSCC.

BAHAGIAN VII

RUMUSAN JAWATANKUASA

Secara keseluruhannya, Jawatankuasa merumuskan bahawa OSCC merupakan komponen penting dalam ekosistem perlindungan mangsa keganasan, penderaan, keganasan seksual, keganasan rumah tangga dan penderaan kanak-kanak. Namun begitu, pelaksanaan OSCC pada masa ini masih belum mencapai tahap pusat krisis sehenti yang benar-benar pantas, bersepadu, seragam dan mesra mangsa. Kelemahan yang dikenal pasti bukan bersifat terpencil, tetapi menunjukkan wujudnya masalah struktur yang melibatkan tadbir urus, pematuhan SOP, koordinasi agensi, sumber manusia, data, peruntukan dan kesinambungan perlindungan selepas rawatan.

Jawatankuasa berpandangan bahawa OSCC tidak boleh terus dilihat hanya sebagai perkhidmatan hospital atau bilik rawatan kepada mangsa. OSCC perlu ditakrifkan semula sebagai satu sistem perlindungan rentas agensi yang menghubungkan rawatan perubatan, pemeriksaan forensik, laporan polis, siasatan jenayah, perintah perlindungan, penempatan selamat, kaunseling, pemulihan dan susulan kes. Oleh itu, tanggungjawab terhadap OSCC perlu dikongsi secara jelas oleh KKM, PDRM, JKM dan agensi berkaitan, dengan struktur penyelarasan nasional yang mempunyai mandat, kuasa dan akauntabiliti yang nyata.

Tanpa pembaharuan yang bersifat sistemik, OSCC akan terus bergantung kepada kesungguhan individu dan hubungan tidak formal antara agensi. Pendekatan sedemikian tidak memadai bagi melindungi mangsa yang berada dalam keadaan trauma, berisiko dan memerlukan respons segera. Oleh itu, Jawatankuasa menegaskan bahawa OSCC perlu diperkukuh sebagai pusat krisis sehenti yang benar-benar berfungsi, berautoriti dan berkeupayaan memberikan perlindungan menyeluruh kepada wanita, kanak-kanak dan golongan rentan di seluruh negara.

BAHAGIAN VIII

PENGHARGAAN

1. Jawatankuasa merakamkan setinggi-tinggi penghargaan kepada semua pihak yang terlibat yang telah memberikan kerjasama dengan mengemukakan pandangan serta cadangan mengenai Penambahbaikan Perkhidmatan Bersepadu One Stop Crisis Center (OSCC) di Malaysia.
2. Sekalung penghargaan kepada Ahli-ahli Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat yang telah meneliti mengenai Penambahbaikan Perkhidmatan Bersepadu One Stop Crisis Center (OSCC) di Malaysia.
3. Selain itu, Jawatankuasa ini merakamkan penghargaan kepada kementerian dan jabatan seperti yang berikut:
 - i. Parlimen Malaysia;
 - ii. Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM);
 - iii. Kementerian Dalam Negeri (KDN);
 - iv. Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWKM);
 - v. Polis Diraja Malaysia (PDRM); dan
 - vi. Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM)

atas sumbangan yang diberikan untuk memastikan fungsi dan peranan Jawatankuasa ini dilaksanakan berlandaskan kepada terma rujukan selaras dengan tujuan penubuhannya serta sumbangan demi menjayakan usaha Jawatankuasa ini untuk mendapatkan pandangan berkenaan Penambahbaikan Perkhidmatan Bersepadu One Stop Crisis Center (OSCC) di Malaysia.

LAMPIRAN

MESYUARAT JAWATANKUASA PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT

PENAMBAHBAIKAN PERKHIDMATAN BERSEPADU ONE STOP CRISIS CENTER (OSCC) DI MALAYSIA

NO	LAMPIRAN	DOKUMEN	MUKA SURAT
1.	Lampiran A	Pembentangan berkenaan Pelaksanaan Perkhidmatan One-Stop Crisis Center (OSCC) bagi Mangsa Keganasan: Pemeriksaan Perubatan, Forensik Klinikal, Kaunseling Awal, Rawatan Susulan dan Garis Masa Pelaksanaan Garis Panduan Terkini OSCC oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM).	1
2.	Lampiran B	Pembentangan berkenaan Pengendalian Kes Keganasan Rumah Tangga dan Kanak-Kanak melalui OSCC: Peranan Polis Diraja Malaysia (PDRM) dalam Siasatan, Perlindungan Mangsa dan Koordinasi dengan hospital serta Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) oleh Kementerian Dalam Negeri (KDN).	14
3.	Lampiran C	Pembentangan berkenaan Pengendalian Kes Kanak-kanak dan Mangsa Pasca-OSCC: Peranan Pegawai Pelindung JKM dalam Perlindungan, Kaunseling dan Penempatan Sementara oleh Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM).	18
4.	Lampiran D	Pembentangan berkenaan OSSC Hospital Umum Sarawak.	27
5.	Lampiran E	Pembentangan berkenaan OSCC, Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kota Bharu, Kelantan.	49
6.	Lampiran F	Pembentangan berkenaan OSCC, Hospital Bukit Mertajam, Pulau Pinang.	84
7.	Lampiran G	Pembentangan berkenaan OSCC, Hospital Kuala Lumpur.	115
8.	Lampiran H	Pembentangan berkenaan OSCC, Hospital Sultanah Aminah, Johor Bahru.	129
9.	Lampiran I	Data Tambahan KKM: Kes Penderaan dan Keganasan	143
10.	Lampiran J	Data Tambahan KKM: Analisa Data Kes Penderaan Yang Mendapatkan Rawatan di	151

NO	LAMPIRAN	DOKUMEN	MUKA SURAT
		One Stop Crisis Centre (OSCC) Fasilitas Hospital KKM	
11.	Lampiran K	Data Tambahan JKM: Skim S di Hospital	153
12.	Lampiran L	Data Tambahan JKM: Maklumat Skim Perkhidmatan Sosial JKM Kader di KKM	154
13.	Lampiran M	Rangkuman Gambar Sepanjang Mesyuarat Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat Bilangan 10 Tahun 2026 di Parlimen Malaysia.	156

TAKLIMAT EKSEKUTIF KLINIKAL | DATA SURVELAN 2020-2025



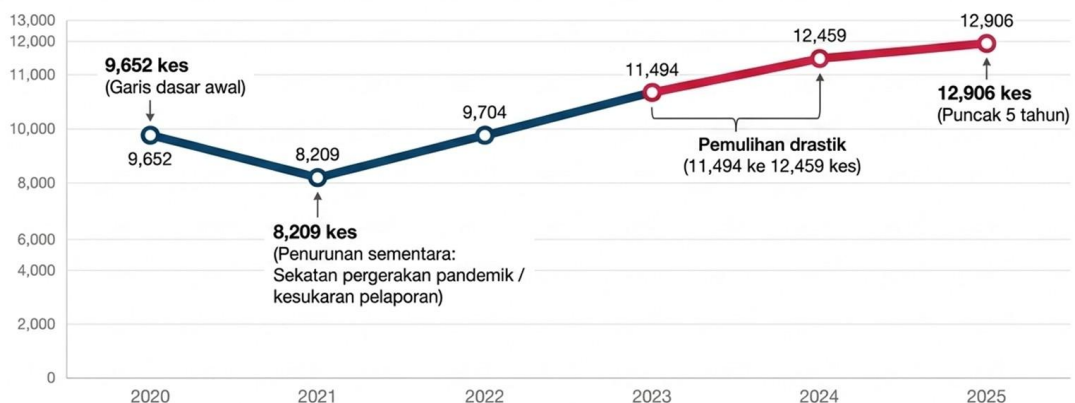
Krisis Penderaan & Keganasan Rumahtangga Malaysia

Analisis Epidemiologi Data OSCC-SCAN & KRT
(Kementerian Kesihatan Malaysia)

Kementerian Kesihatan Malaysia

NotebookLM

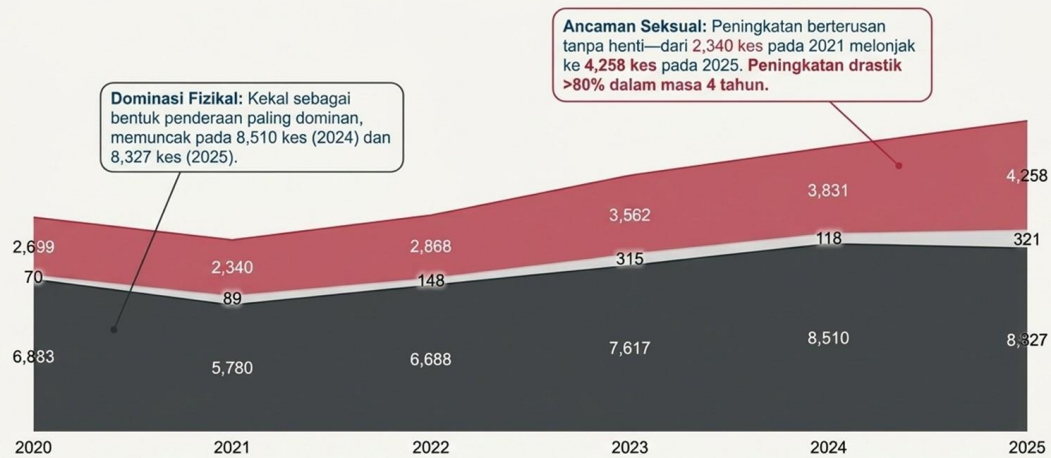
Gambaran Makro: Momentum Krisis Keseluruhan (2020-2025)



Data Pusat Khidmat Bersepadu (OSCC) membuktikan bahawa insiden penderaan tidak sekadar pulih ke paras pra-pandemik, sebaliknya sedang memecut ke trajektori yang tidak pernah berlaku sebelum ini.

NotebookLM

Tipologi Penderaan: Peningkatan Berterusan Jenayah Seksual



Walaupun jumlah kes psikologikal kekal rendah secara perbandingan (321 kes pada 2025), trajektori menaik dalam penderaan seksual menandakan krisis perlindungan yang kritikal.

NotebookLM

Asimetri Jantina: Realiti Keganasan yang Tidak Seimbang

Lelaki (L)



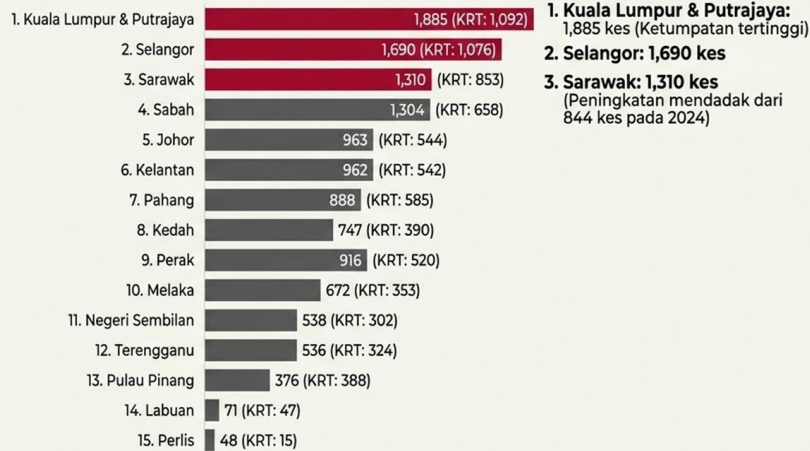
Perempuan (P)



Pada tahun 2025, mangsa wanita menyumbang hampir 80% daripada keseluruhan kes OSCC. Jurang paling kritikal wujud dalam penderaan seksual, di mana wanita berisiko 9.5 kali ganda berbanding lelaki.

NotebookLM

Episentrum Keganasan: Tumpuan Geografi (2025)



Konteks KRT: Negeri yang sama turut mencatatkan kes Keganasan Rumahtangga tertinggi (KL & Putrajaya: 1,092, Selangor: 1,076).

Nota Polisi: Kepadatan penduduk urban, tekanan kos sara hidup, dan kemudahan akses kepada fasiliti kesihatan (OSCC) di KL, Putrajaya, dan Selangor mungkin menyumbang kepada pelaporan kes yang sangat tinggi ini.

NotebookLM

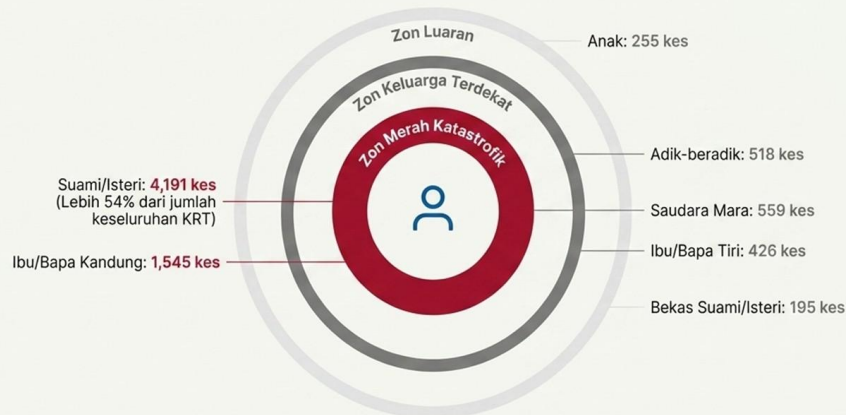
Medan Tempur Utama: Keganasan Rumahtangga (KRT)

Keganasan rumahtangga menyumbang kepada hampir 60% daripada keseluruhan kes OSCC negara. Walaupun terdapat sedikit penurunan antara 2024 ke 2025, angka kekal jauh lebih tinggi berbanding paras pra-pandemik. Rumah secara statistik bukanlah tempat yang selamat bagi mangsa.



NotebookLM

Paradoks Keselamatan: Bahaya Berada Paling Dekat



Sistem intervensi tidak boleh bergantung kepada konsep 'melarikan diri dari ancaman luar'. Ancaman utama berakar umbi di dalam institusi keluarga itu sendiri, memerlukan pendekatan perundangan dan sosial yang berbeza.

NotebookLM

Kitaran Keganasan: Evolusi Ancaman Mengikut Usia



Sintesis: Dasar intervensi mesti bersifat dinamik mengikut umur. KKM dan NGO tidak boleh menggunakan satu strategi tunggal untuk melawan krisis yang sentiasa berevolusi merentasi jangka hayat mangsa.

NotebookLM

Diagnosa Eksekutif: Hala Tuju Polisi 2026 dan Seterusnya

 Kategori Awam (OSCC)	 Keganasan Intim (KRT)	 Krisis Kanak-Kanak (SCAN)
• Trend: Meningkat ke rekod tertinggi (12,906 kes). • Fokus Operasi: Kapasiti fasiliti kesihatan di Hotspot urban (Selangor, KL, Sarawak).	• Trend: Kekal tinggi (7,689 kes). 54% melibatkan pasangan suami isteri. • Fokus Operasi: Intervensi psikologi, undang-undang perlindungan domestik, dan tempat perlindungan wanita.	• Trend: Lonjakan 70% sejak 2020, dikuasai oleh jenayah seksual. • Fokus Operasi: Saringan awal penderaan seksual di sekolah dan sistem pengesanan mandatori kanak-kanak berisiko.

Data KKM 2020-2025 bukan sekadar statistik perubahan; ia adalah metrik kelemahan perlindungan sosial. Keselamatan tidak lagi bermula di pintu rumah, sistem kesihatan kini merupakan barisan pertahanan terakhir. Intervensi pelbagai agensi (PDRM, JKM, KKM) perlu diselaraskan serta-merta.

NotebookLM

PUSAT KHIDMAT BERSEPADU (OSCC) KKM 2025

Polisi & Garis Panduan Komprehensif
untuk Penjagaan Primer dan Hospital.

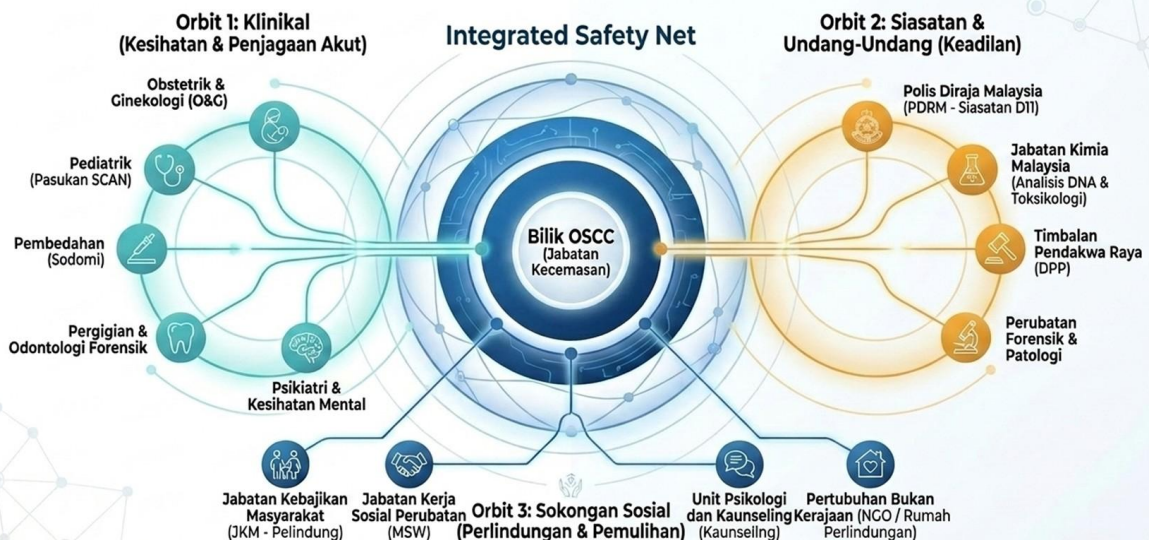
NotebookLM

Falsafah Penjagaan Holistik: Anjakan Paradigma OSCC



NotebookLM

Ekosistem OSCC: Tiga Teras Kolaborasi



NotebookLM

Pengecaman Awal di Penjagaan Primer: Rangka Kerja S-A-S-O

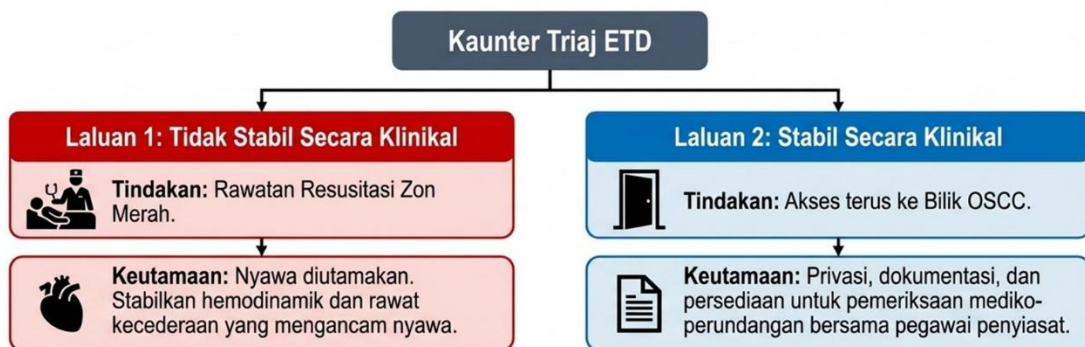


Pemicu Laporan Maklumat Awal (FIR)

Langkah Kritis: Lakukan First Information Report (FIR) melalui panggilan ke Bilik Gerakan IPD. Dapatkan nombor laporan untuk disertakan dalam surat rujukan OSCC. Mangsa **TIDAK** perlu ke balai polis terlebih dahulu.

NotebookLM

Triaj & Pengurusan Akut di Jabatan Kecemasan



AMARAN KLINIKAL: Pemeliharaan Bukti Penting



Arahan Mandatori Pra-Pemeriksaan:

- Jangan basuh luka. Jangan minta mangsa mandi, menukar pakaian, membuang air, merokok, atau makan kecuali untuk keperluan perubatan akut.
- Pakai sarung tangan tanpa bedak.
- Elakkan potongan pada lubang/koyakan pakaian mangsa.

NotebookLM

Matriks Kebenaran & Pelaporan Mediko-Perundangan



Dewasa (18 Tahun Ke Atas)	Kanak-Kanak (Bawah 18 Tahun - Akta Kanak-Kanak 2001)
 Keizinan Perubatan: Mangsa memberi keizinan sendiri.  Laporan PDRM: BUKAN prasyarat untuk menerima rawatan perubatan. Mangsa diberi kaunseling untuk membuat laporan. Jika setuju, borang PDRM(S)59 akan dikeluarkan.  Hak Penolakan: Jika mangsa enggan ke OSCC/Polis, pemeriksaan perubatan dan rawatan profilaksis diteruskan dengan kerahsiaan penuh.	 Keizinan Perubatan: Diperoleh dari Ibu Bapa / Penjaga Sah / Pelindung JKM / Pegawai Polis. Pengecualian: Jika ibu bapa adalah suspek, keizinan mesti dari JKM/Polis.  Laporan PDRM: MANDATORI untuk kes rogol statutori dan penderaan fizikal/seksual. Doktor/Kakitangan Kesihatan wajib lapor (Seksyen 27 Akta Kanak-Kanak 2001).  Tindakan Tambahan: Borang 9 mandatori dihantar ke Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) untuk perlindungan segera.

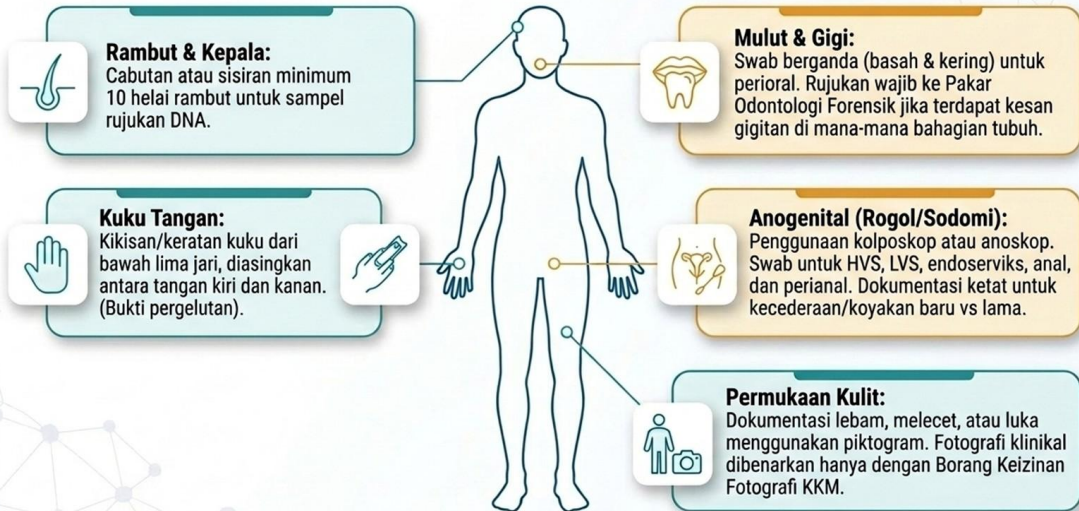
NotebookLM

Garis Masa Forensik: Kes Baru vs. Kes Lama

Kes Baru (Fresh Case): Tempoh Emas Forensik	Kes Lama (Cold Case): Tempoh Pemulihan
 Garis Masa Penetrasi: Mulut (<= 24 jam), Vagina (<= 72 jam), Dubur (<= 120 jam). Kekerapan gigitan (<= 24 jam).  Fokus Siasatan: Pengumpulan segera sampel DNA (Swab), pakaian, dan bahan asing (kotoran, air mani).  Intervensi Akut: Kontraseptif Kecemasan, Profilaksis Pasca Dedah (PEP) HIV, antibiotik STI.	 Garis Masa: Melempi had jam forensik di atas.  Fokus Siasatan: Pengumpulan DNA tidak lagi relevan (kecuali atas indikasi khusus polis). Pemeriksaan memfokuskan kepada parut, kecederaan yang sedang sembuh, dan keadaan mental.  Intervensi Berterusan: Saringan STI lanjutan (keputusan 2 minggu), sokongan kehamilan, psikiatri, dan perlindungan JKM.

NotebookLM

Anatomi Siasatan Klinikal & Forensik



NotebookLM

Sindrom Penderaan & Pengabaian Kanak-Kanak (SCAN)



Fizikal

- Corak luka yang spesifik (kesan seterika, tali pinggang). Kelecuran bersarung tangan (glove/stocking) atau corak doughnut (rendaman air panas).
- Patah tulang berganda pada tahap penyembuhan berbeza.



Seksual

- Penyakit Kelamin (STI) pada kanak-kanak, kesakitan dubur/genital, pendarahan, perubahan tingkah laku mendadak (grooming).



Emosi

- Ketakutan berlebihan, kemurungan, pengasingan diri, perkembangan terbantut (psikologi).



Pengabaian

- Kekurangan zat makanan (Malnutrisi), ketiadaan vaksinasi, gigi rosak teruk, pakaian kotor yang tidak sesuai dengan cuaca.

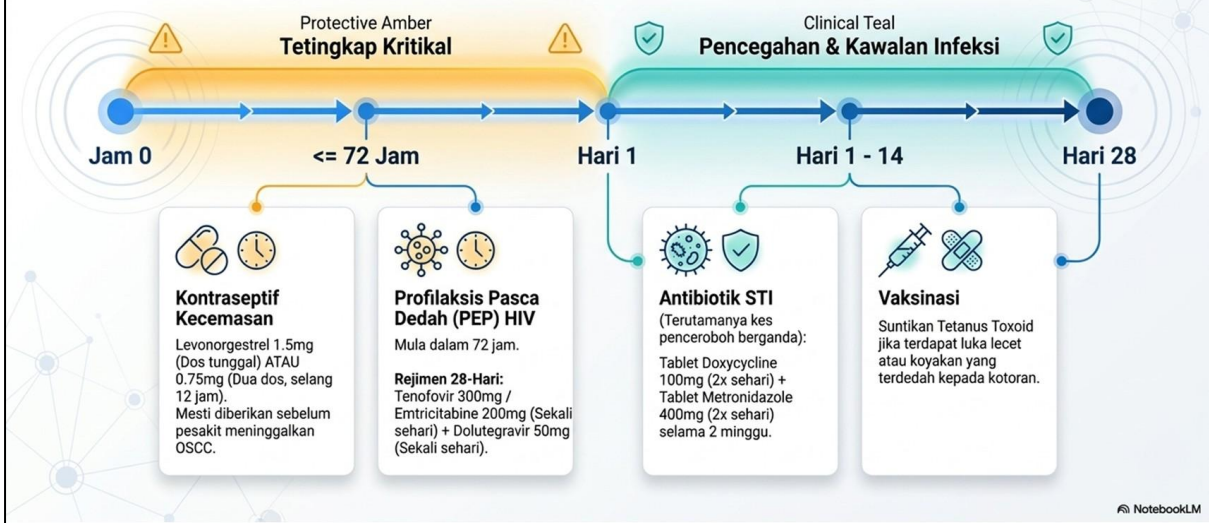


AMARAN KRITIKAL: Abusive Head Trauma (Shaken Baby Syndrome)

Perhatikan **Peraturan TEN-4**: Sebarang lebam pada Torso (Badan), Ears (Telinga), atau Neck (Leher) pada kanak-kanak ≤ 4 tahun adalah indikator kritikal penderaan. Periksa untuk pendarahan retina dan Subdural Hematoma.

NotebookLM

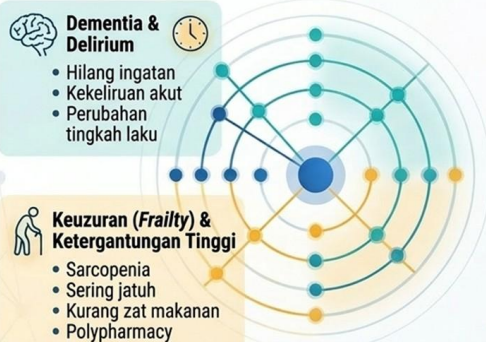
Garis Masa Profilaksis Perubatan & Rawatan Akut



Keganasan Rumahtangga (DV) & Penganiayaan Warga Emas

Faktor Risiko Tersembunyi Warga Emas (Geriatric Giants)

Penganiayaan sering disembunyi di sebalik komorbiditi perubatan yang kompleks:



Instrumen Perlindungan Undang-Undang (Akta Keganasan Rumahtangga)



Rantaian Bukti (Chain of Custody): Kesahihan Forensik



NotebookLM

Dokumentasi & Laporan Mediko-Perundangan



✓ Prinsip Dokumentasi Cemerlang



Objektif & Faktual

Rekod saiz, warna, kedudukan anatomikal yang tepat, dan bentuk luka/lebam. Gunakan lakaran (piktogram).



Gunakan Bahasa Jelas/Dwi-Bahasa

Terangkan istilah perubatan dengan bahasa mudah, cth: "Kekoyakan di bahagian posterior fourchette (posterior fourchette tear, yang menunjukkan penembusan paksa)."



Petik Kata-Kata Mangsa

Gunakan tanda petikan untuk kata-kata mangsa tanpa mengubah maksud asal.



Kesilapan untuk Dielakkan



Elakkan Andaian & Emosi

Jangan tulis "pesakit histeria". Jangan cuba menentukan siapa bersalah. Fakta melebihi pendapat.



Jangan Tulis 'Tiada Bukti Penderaan'

Ketiadaan luka fizikal (normal finding) tidak menolak kemungkinan berlakunya gangguan seksual. Tulis "Tiada kecederaan fizikal yang ketara pada masa pemeriksaan."

Peranan Saksi Mahkamah: Pegawai perubatan biasanya bertindak sebagai Saksi Fakta (melaporkan apa yang dilihat), manakala Pakar bertindak sebagai Saksi Pakar (memberikan pendapat berasaskan kepakaran).

NotebookLM

Pelan Penjagaan Pasca-Rawatan & Rehabilitasi



NotebookLM

Mengukuhkan Jaring Keselamatan Bersepadu

Kecemerlangan perkhidmatan Pusat Khidmat Bersepadu (OSCC) bukan terletak pada satu jabatan, tetapi pada kekuatan keseluruhan rantaian tindakan:



Setiap petugas KKM adalah titik penghubung kritikal dalam jaring keselamatan ini. Kecekapan anda mengubah titik trauma menjadi titik permulaan pemulihan.

NotebookLM

Diagnosa Semasa: 4 Cabaran Utama Ekosistem OSCC



Kekangan Infrastruktur & Kewangan

Tiada peruntukan khusus untuk operasi OSCC.

Kekurangan ruang fizikal dan fasiliti sesuai (terutamanya di hospital kecil atau hospital lama).



Cabaran Operasi, Latihan & Kepakaran

Sukar mendapatkan liputan pakar rentas disiplin, khususnya selepas waktu pejabat.

Tahap pemahaman dan latihan berkaitan pengurusan krisis dan keganasan rumahtangga masih perlu diperkukuh.



Halangan Sistemik & Penyelarasan Agensi

Data kes masih bersifat silo antara KKM, JKM, dan PDRM.

Kesedaran awam rendah, menuntut pendekatan pelbagai agensi yang belum optimum.



Halangan Perundangan & Sosio-Psikologi

Isu persetujuan rawatan penderaan kanak-kanak (apabila penjaga disyaki sebagai pelaku).

Mangsa dewasa takut atau belum bersedia lapor polis, berisiko merosakkan atau menghilangkan bukti forensik.

NotebookLM

Rantaian Tindakan: 4 Langkah Penambahbaikan OSCC



Pengukuhan Pembiayaan & Infrastruktur

- Wujudkan *ring-fenced budget* (peruntukan tahunan khusus) untuk operasi & naik taraf OSCC.
- Gunakan pendekatan inovatif: Ruang modular atau kabin ubahi mengatasi hospital yang mempunyai kekangan ruang.



Pemeraksanaan Operasi, Latihan & Kepakaran

- Perkukuh sistem *on-call* bersepadu rentas disiplin dengan insentif atau elaun khas luar waktu pejabat.
- Wajibkan modul asas OSCC (keganasan & penderaan) ke dalam kurikulum sains perubatan dan kesihatan bersekutu.



Integrasi Sistem & Pendekatan Antara Agensi

- Bangunkan portal data berpusat yang selamat dan boleh dikongsi antara KKM, JKM, dan PDRM.
- Laksana kempen kesedaran *whole-of-government* bersama KPWK, KPM, PBT, NGO, dan komuniti.



Pengukuhan SOP Perundangan & Sokongan

- Perkemas SOP: Benarkan intervensi/kutipan bukti kes kanak-kanak tanpa bergantung kepada persetujuan penjaga suspek.
- Perkukuh sokongan awal dengan konsep *blind reporting* dan kit forensik sementara untuk mangsa dewasa.

NotebookLM



BAHAGIAN SIASATAN SEKSUAL, WANITA & KANAK-KANAK (D11)
JABATAN SIASATAN JENAYAH
BUKIT AMAN



ONE STOP CRISIS CENTRE (OSCC)

PERANAN PDRM DALAM SIASATAN

DISAMPAIKAN OLEH :

SAC SITI KAMSIAH BINTI HASSAN
 KETUA PENOLONG PENGARAH
 BAHAGIAN SIASATAN SEKSUAL,
 WANITA DAN KANAK-KANAK (D11)
 JABATAN SIASATAN JENAYAH
 BUKIT AMAN

SKOP TAKLIMAT

- ✓

GARIS PANDUAN / ALIRAN KERJA PDRM

 - Apabila Menerima Kes OSCC
- ✓

KESUKARAN MEMBUAT LAPORAN POLIS

 - Ketidakselarasan Pengendalian Laporan
- ✓

KETIDAKSERAGAMAN PENGLIBATAN PDRM

 - Dalam OSCC
- ✓

LATIHAN PEGAWAI PDRM

 - Dalam Pengendalian Kes OSCC
- ✓

KELEWATAN KEHADIRAN POLIS

 - Pengambilan Sampel



GARIS PANDUAN/ALIRAN KERJA PDRM APABILA MENERIMA KES OSCC



KESUKARAN MEMBUAT LAPORAN POLIS & KETIDAKSELARASAN PENGAMBILAN LAPORAN

SIAPA BOLEH BUAT REPOT?

- Mana-mana individu yang mempunyai maklumat kejadian
- Mangsa, Doktor, ahli keluarga dll

DI MANA BUAT REPOT?

Mana-mana balai polis/pondok polis tanpa mengira lokasi kejadian



CABARAN

- Tidak semua hospital ada pondok polis
- Anggota bertugas adalah anggota tugas am balai
- Tiada perjawatan khusus di OSCC

AMALAN SEMASA/MEKANISME PENGENDALIAN OSCC

Garis panduan pengurusan OSCC yang dikeluarkan oleh KKM

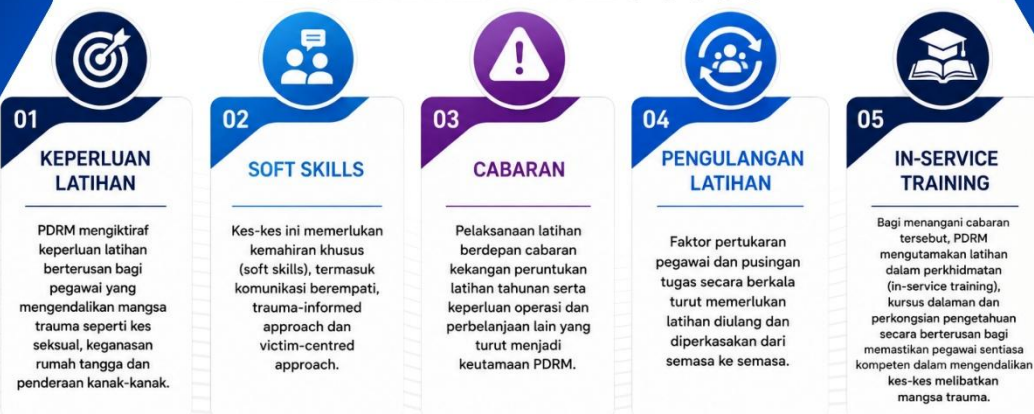
KETIDAKSERAGAMAN PENGLIBATAN PDRM DALAM KES OSCC



Keutamaan PDRM adalah memastikan pemeriksaan perubatan dijalankan berdasarkan keperluan siasatan yang jelas dan lengkap melalui PDRM 59, supaya keterangan perubatan yang diperoleh benar-benar **membantu proses pembuktian kes.**



LATIHAN PEGAWAI PDRM DALAM PENGENDALIAN KES OSCC



MESEJ UTAMA

PDRM komited memperkukuh kompetensi pegawai melalui latihan berterusan bagi memastikan pengendalian kes mangsa trauma dilaksanakan secara profesional, berkesan dan berpusatkan mangsa.

KELEWATAN KEHADIRAN POLIS / PENGAMBILAN SAMPEL



Tidak semua kes memerlukan sampel forensik dan bagi kes yang memerlukan, pengendalian mesti mematuhi standard forensik bagi menjamin nilai pembuktian di mahkamah.

SAMPEL FORENSIK

- Tidak semua kes yang dirujuk ke OSCC memerlukan pengambilan sampel forensik, khususnya kes yang telah lama berlaku dan tidak lagi mempunyai nilai pembuktian saintifik yang signifikan.

SOP SIASATAN

- Keperluan pengambilan sampel ditentukan berdasarkan fakta kes dan SOP siasatan yang berkuat kuasa.

RANTAIAN BARANG KES

- Bagi kes yang memerlukan bukti saintifik, pengendalian sampel perlu dilaksanakan secara cermat bagi memastikan integriti bukti dan rantai jagaan barang kes terpelihara.

PENGURUSAN BUKTI FORENSIK

- Pengurusan bukti forensik melibatkan pegawai dan pakar forensik yang terlatih serta dilaksanakan melalui pendekatan task force yang menggabungkan kepakaran pelbagai unit PDRM dan agensi berkaitan.

PATUH PROSEDUR

- Fokus utama bukan sekadar kehadiran pegawai polis dalam tempoh tertentu, tetapi memastikan bukti saintifik diperoleh dan dikendalikan mengikut prosedur forensik yang ditetapkan.

PENDIRIAN PDRM

- ✓ PDRM komited sebagai agensi teras OSCC
- ✓ Menyokong pendekatan *Whole-of-Government*
- ✓ Mengutamakan keselamatan dan kebajikan mangsa
- ✓ Memperkukuh penyelarasan antara PDRM-KKM-JKM
- ✓ Memastikan akses kepada keadilan secara cepat, profesional dan berpusatkan mangsa (*Victim-Centre Approach*)



Pembentangan Rasmi | Parlimen Malaysia

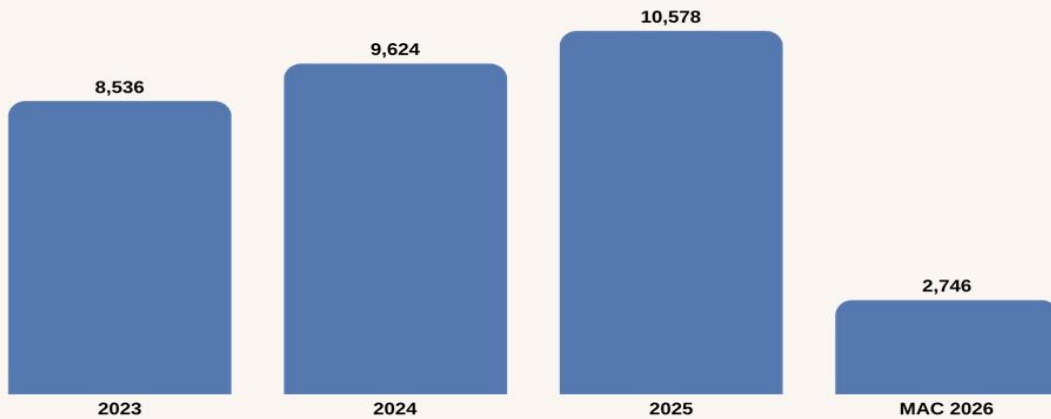
Pengendalian Kes Kanak-Kanak dan Mangsa Pasca –OSCC: Peranan Pelindung JKM dalam Perlindungan, Kaunseling dan Penempatan Sementara oleh KPWKM

Pembentangan oleh JKM kepada Jawatankuasa Pilihan Khas Parlimen

Kepentingan OSCC

- 01** Mengesan kes penderaan dan pengabaian pada peringkat awal
- 02** Pemeriksaan perubatan dan dokumentasi kecederaan untuk prosiding perundangan
- 03** Menjamin rawatan dan perlindungan segera kepada kanak-kanak
- 04** Menyelaras tindakan rentas agensi bagi mengurangkan risiko penderaan berulang
- 05** Menyokong pendekatan "whole-of-government" dalam pengurusan kes kanak-kanak

TREND KES PEMELIHARAAN & PERLINDUNGAN BAGI TAHUN 2023 HINGGA MAC 2026



Statistik Jenis Penderaan Kanak-Kanak (2025 – Mac 2026)

Infografik ini membentangkan pecahan statistik bagi enam kategori penderaan utama yang direkodkan sepanjang tahun 2025 dan suku pertama tahun 2026. Data ini bertujuan untuk mengenal pasti trend penderaan yang paling kerap berlaku.

Rumusan Keseluruhan 2025



10,578 Jumlah Kes Rekod 2025

Jumlah keseluruhan kes yang melibatkan pelbagai kategori penderaan sepanjang tahun 2025.



Pengabaian Adalah Kes Tertinggi

3,881

Kategori pengabaian mencatatkan angka tertinggi pada tahun 2025.



Penderaan Seksual Menduduki Tangga Kedua

3,138

Sebanyak kes penderaan seksual direkodkan bagi tahun 2025.

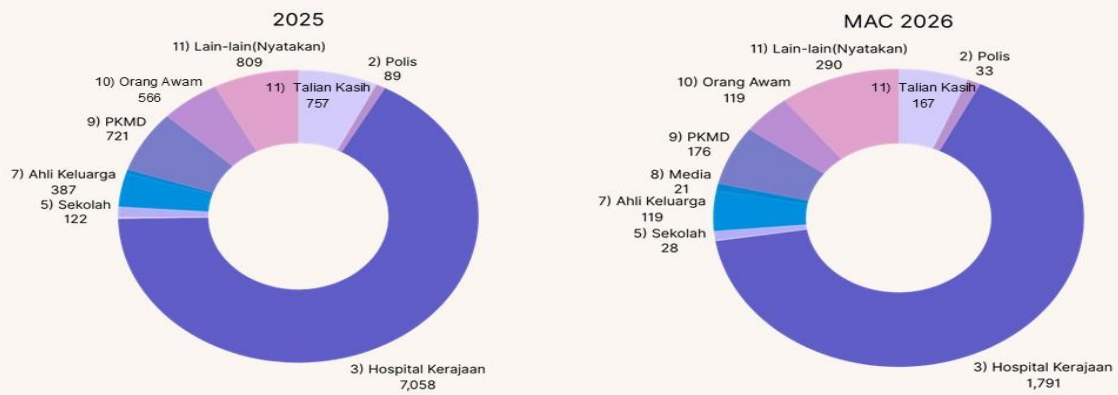
Pecahan Statistik Mengikut Jenis Penderaan



Trend Awal Tahun 2026

Setakat Mac 2026, sebanyak **2,746 kes** telah direkodkan merangkumi semua kategori.

Statistik Kes Pemeliharaan & Perlindungan berdasarkan Sumber Rujukan



*Hospital Kerajaan termasuk jenis penderaan seksual, penderaan fizikal dan pengabaian

JUMLAH PELINDUNG DI SELURUH NEGARA

351

Jumlah Keseluruhan Pelindung



Data Keseluruhan Mengikut Negeri

Bil.	Negeri / Unit	Bilangan Pelindung	Bil.	Negeri / Unit	Bilangan Pelindung
1	Selangor	70	9	Perak	17
2	Sarawak	39	10	Kelantan	15
3	Sabah	32	11	Negeri Sembilan	15
4	Johor	31	12	Terengganu	15
5	W/P KL / Putrajaya	28	13	Melaka	14
6	Kedah	27	14	Perlis	3
7	Pulau Pinang	25	15	W/P Labuan	1
8	Pahang	19	16	JPKK	0
JUMLAH KESELURUHAN		351 ORANG PELINDUNG			

Peranan JKM Melalui Pelindung Kanak-Kanak

- 01** Menjalankan siasatan perlindungan di bawah Akta 611
- 02** Menilai tahap risiko dan keselamatan kanak-kanak
- 03** Menentukan keperluan perlindungan segera termasuk penempatan sementara
- 04** Kerjasama rentas agensi: JKM, KKM, PDRM

- 05** Menyediakan intervensi sosial dan sokongan keluarga
- 06** Menyelaras pelan perlindungan jangka pendek dan panjang

Akta Kanak-Kanak 2001 [Akta 611]
Kepentingan terbaik kanak-kanak sebagai keutamaan

PROSES KERJA PELINDUNG JKM

Rujukan Kes Kanak-Kanak Daripada OSCC

1. Penerimaan Rujukan Kes

Tindakan Pelindung

- ✓ Menerima laporan dan maklumat awal kes
- ✓ Menyemak identiti dan status kanak-kanak
- ✓ Menentukan tahap risiko segera

2. Penilaian Risiko dan Keselamatan

Tujuan

Menentukan sama ada kanak-kanak berada dalam keadaan memerlukan perlindungan segera.

Penilaian merangkumi:

- Risiko penderaan fizikal
- Risiko penderaan seksual
- Risiko pengabaian
- Risiko eksploitasi
- Ancaman daripada ibu bapa/penjaga

Output

- ✓ Risiko Rendah
- ✓ Risiko Sederhana
- ✓ Risiko Tinggi

PROSES KERJA PELINDUNG JKM (sambungan...

3. Siasatan Pelindung

Tindakan

- Menemubual kanak-kanak
- Menemubual ibu bapa/penjaga
- Mendapatkan laporan perubatan daripada hospital
- Mendapatkan maklumat daripada polis dan pihak berkaitan

Peranan Pelindung

Menyiasat keadaan dan latar belakang kanak-kanak bagi menentukan keperluan perlindungan.

4. Menentukan Keperluan Perlindungan Segera

Jika kanak-kanak selamat:

- Dikembalikan kepada ibu bapa/penjaga
- Dengan pemantauan dan intervensi JKM

Jika kanak-kanak tidak selamat:

Pelindung boleh mengambil tindakan perlindungan segera.

PROSES KERJA PELINDUNG JKM (sambungan...

Pilihan Penempatan

- Saudara mara yang sesuai
- Orang yang layak dan sesuai
- Tempat Selamat
- Pusat

5. Penyediaan Pelan Intervensi Kes

- **Intervensi JKM**
 - Kaunseling individu
 - Kaunseling keluarga
 - Pengurusan kes
 - Lawatan susulan
 - Bantuan kebajikan (jika layak)
 - Pemulihan psikososial

Matlamat

Mengurangkan risiko dan mengukuhkan fungsi keluarga.

PROSES KERJA PELINDUNG JKM (sambungan...

6. Prosiding Mahkamah Bagi Kanak-Kanak

Sekiranya perlindungan berterusan diperlukan:

Pelindung akan:

- Menyediakan laporan Pelindung
- Mengemukakan syor kepada Mahkamah Bagi Kanak-Kanak
- Memberi keterangan kepada Mahkamah

7. Pelaksanaan Perintah Mahkamah

Contoh perintah:

- Diletakkan di bawah jagaan ibu bapa dengan syarat (bon)
- Diletakkan di bawah jagaan orang yang layak
- Diletakkan di Tempat Selamat (ke Institusi kanak-kanak JKM)
- Pelindung bertanggungjawab memastikan perintah dipatuhi.

PROSES KERJA PELINDUNG JKM (sambungan...

8. Pemantauan dan Penutupan Kes

Aktiviti Pemantauan

- Lawatan rumah
- Semakan persekolahan
- Semakan keadaan kesihatan
- Semakan keselamatan kanak-kanak
- Semua perintah tambahan dipatuhi

Kes ditutup apabila

- ✓ Risiko telah berkurangan
- ✓ Persekitaran kanak-kanak selamat
- ✓ Objektif pelan intervensi tercapai

JUMLAH BILANGAN HOSPITAL YANG MEMPUNYAI PERKHIDMATAN ONE STOP CRISIS CENTRE (OSCC) DI FASILITI KKM MENGIKUT NEGERI

NEGERI	BIL. HOSPITAL
W.P. KUALA LUMPUR	2
W.P. PUTRAJAYA	1
W.P. LABUAN	1
PERLIS	1
KEDAH	10
PULAU PINANG	6
PERAK	14
SELANGOR	12
NEGERI SEMBILAN	7
MELAKA	3
JOHOR	12
PAHANG	12
TERENGGANU	6
KELANTAN	10
SABAH	23
SARAWAK	20
JUMLAH	140

Sumber : Kementerian kesihatan Malaysia



Cabaran Semasa



Penyelarasan antara agensi & perkongsian maklumat kes



Variasi kapasiti manusia di Institusi kanak-kanak dan pelindung di lapangan

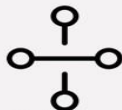


Keperluan memperkukuh intervensi psikososial & pemulihan trauma



Peningkatan kes kompleks: penderaan seksual dalam talian & eksploitasi kanak-kanak

Hala Tuju dan Penambahbaikan



Mekanisme Rujukan

Memperkukuh mekanisme rujukan dan pengurusan kes antara OSCC dan JKM



Kapasiti Pelindung

Mempertingkatkan kapasiti Pelindung Kanak-Kanak dan pegawai barisan hadapan



Pengurusan Kes Bersepadu

Memperkukuh pengurusan kes bersepadu dan perkongsian maklumat antara agensi



Dasar & Perundangan

Menyokong penambahbaikan dasar dan perundangan perlindungan kanak-kanak

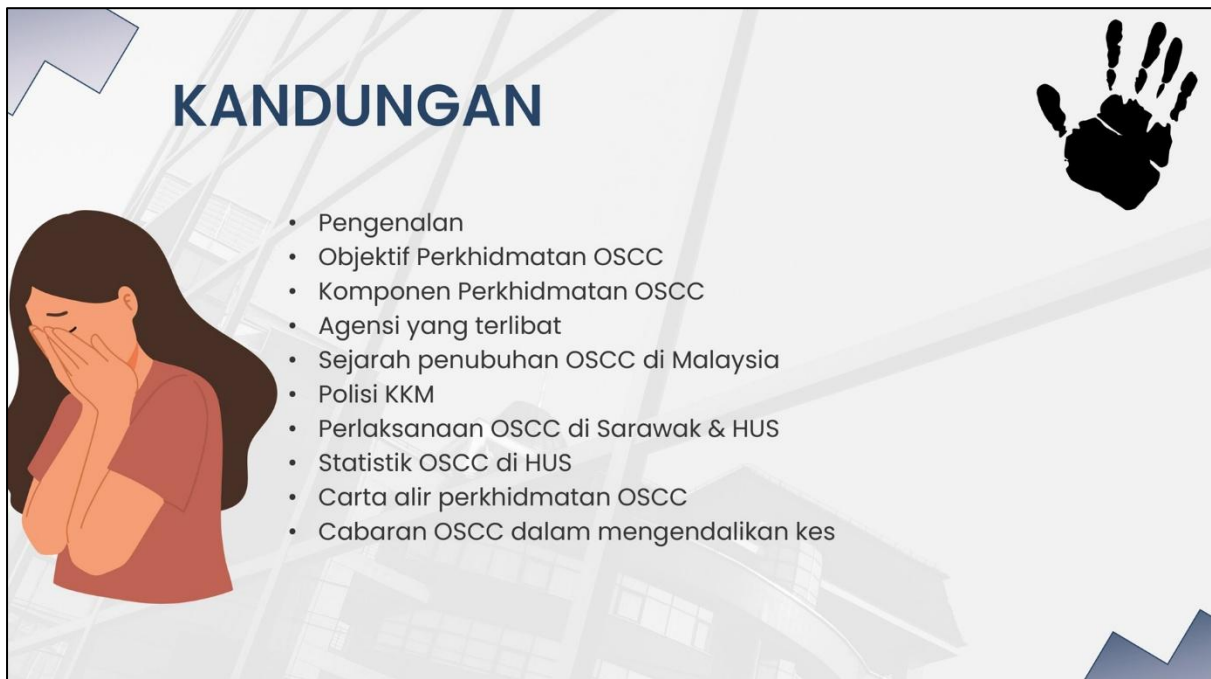
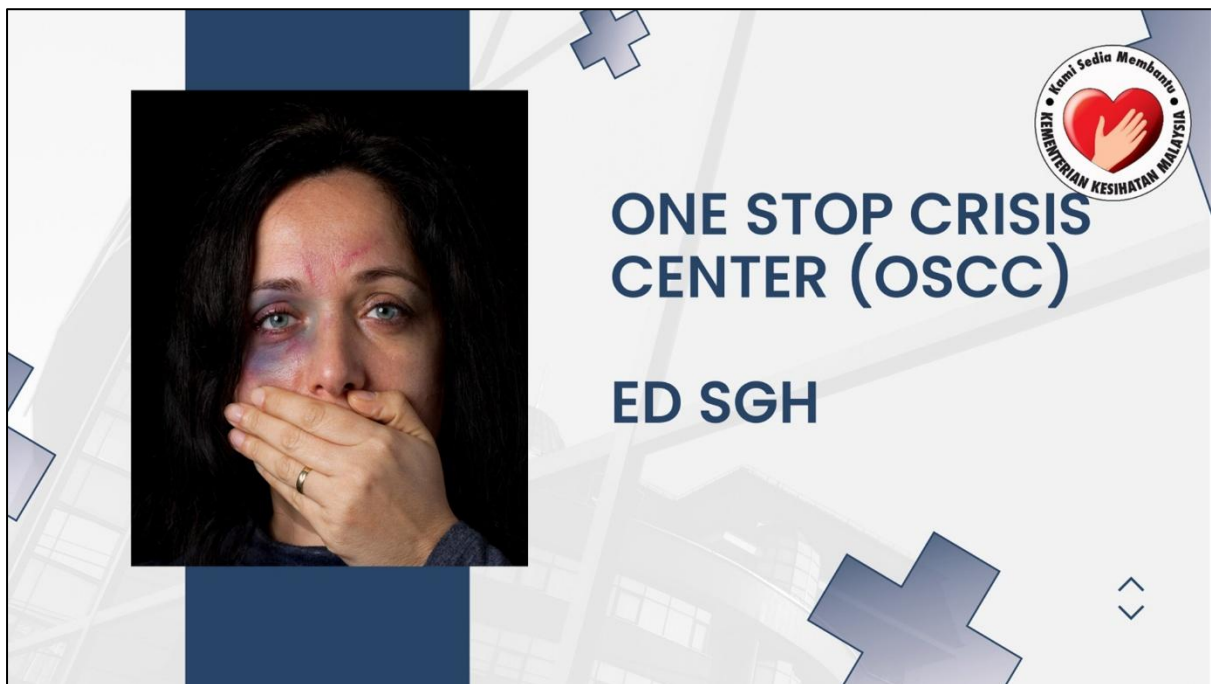


"Perlindungan kanak-kanak adalah tanggungjawab bersama. OSCC menjadi nadi kepada sistem perlindungan negara melalui kerjasama pelbagai agensi di bawah Akta Kanak-Kanak 2001 [Akta 611] dan komitmen Malaysia kepada Konvensyen Hak Kanak-Kanak (CRC)."

Sesi Soal Jawab Dialu-alukan

Terima Kasih

Hubungi KPWK: www.kpwkm.gov.my



PENGENALAN



One Stop Crisis Center (OSCC) merupakan pusat perkhidmatan bersepadu dan menyeluruh yang melibatkan pelbagai agensi, yang ditubuhkan di semua Jabatan Kecemasan dan Trauma di bawah Kementerian Kesihatan Malaysia bagi pengurusan mangsa keganasan rumah tangga, serangan seksual, penderaan dan pengabaian kanak-kanak.

OSCC ditempatkan di lokasi yang sesuai bagi memastikan privasi dan kerahsiaan mangsa terpelihara.

Mangsa akan dirawat di pusat tersebut di mana semua agensi berkumpul untuk memberikan bantuan kepada mereka.

OBJEKTIF PERKHIDMATAN OSCC



- Memberikan penjagaan secara multidisiplin kepada mangsa.
- Mengenal pasti dan mengurus mangsa keganasan rumah tangga, serangan seksual, penderaan dan pengabaian kanak-kanak.
- Menyediakan rawatan dan intervensi krisis pelbagai peringkat kepada mangsa.
- Memastikan pengurusan bukti mediko-legal dilakukan dengan sewajarnya. OSCC akan bekerjasama dengan pihak polis bagi membantu dalam pengurusan bukti untuk tujuan mediko-legal.

KOMPONEN PERKHIDMATAN OSCC



- Gangguan seksual termasuk rogol dan liwat
- Keganasan rumah tangga
- Penderaan & pengabaian kanak-kanak

AGENSI TERLIBAT



Kementerian Kesihatan Malaysia

- Jabatan Kecemasan & Trauma
- Jabatan yang terlibat
- Perkhidmatan Sosial Perubatan
- Unit Kaunseling

Polis Diraja Malaysia

Jabatan
KEBAJIKAN
Masyarakat



Jabatan Kebajikan Sosial

Pertubuhan Bukan Kerajaan

SEJARAH PENUBUHAN OSCC DI MALAYSIA

1986

- 1986 – Perkhidmatan OSCC pertama diperkenalkan di PPUM
- Sebagai tindak balas kepada kempen anti-keganasan terhadap wanita oleh NGO

1993

- Perkhidmatan OSCC kedua diperkenalkan di HKL

1995

- Perkhidmatan OSCC ketiga ditubuhkan di HPP

1996

- Akta Domestic Violence Act diluluskan. KKM mengarahkan semua hospital untuk menubuhkan perkhidmatan OSCC

By 1997

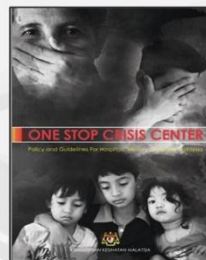
- Perkhidmatan OSCC ditubuhkan di 90% hospital KKM.

POLISI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

PEKELILING RASMI JULAI 1996

GARIS PANDUAN OSCC JULAI 2015

Ketua Pengarah Kesihatan mengarahkan pelaksanaan OSCC di semua hospital KKM untuk pengendalian mangsa-mangsa rogol dan penderaan.



PERLAKSANAAN OSCC DI SARAWAK

- **Bulan Oktober 1996**

- Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak
- Polis Diraja Malaysia
- Jabatan Kebajikan Masyarakat Sarawak
- SWWS (Sarawak Women For Women Society)
- Kesatuan Guru-Guru Sarawak



PERLAKSANAAN OSCC DI SARAWAK

- Nov 1996: Hospital Umum Sarawak
- 1997: Hospital Sibu & Hospital Miri
- 1998 – 1999: Lagi 16 buah hospital
- By 2001: 21 hospitals across Sarawak
- Pihak hospital bertanggungjawab berhubung dengan agensi yang berkaitan membincang isu-isu implementasi.



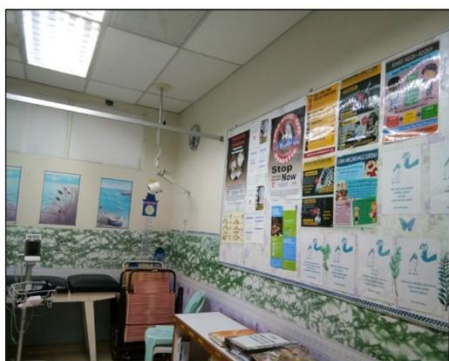
PERLAKSANAAN OSCC DI HOSPITAL UMUM SARAWAK

- Beroperasi sejak November 1996
- Bilik berasingan di Jabatan Kecemasan dan Trauma
- Bilik yang selamat dan selesa, beserta tandas & bilik mandi
- Berjauhan daripada orang awam
- Tanpa gangguan dan sulit
- Makanan dan minuman dibekalkan



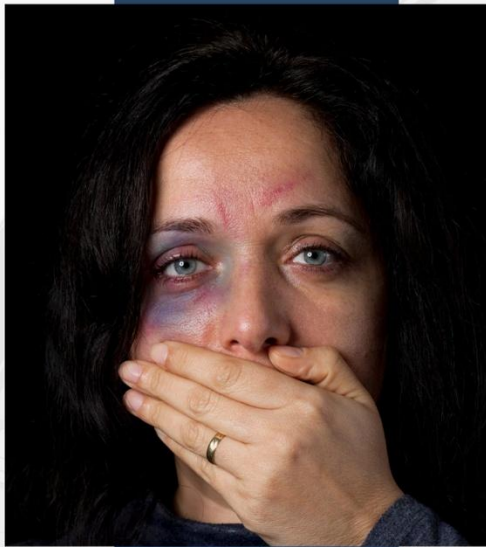
PERLAKSANAAN OSCC DI HOSPITAL UMUM SARAWAK

Bilik Pemeriksaan Khusus



Bilik Perlindungan





KEGANASAN RUMAH TANGGA

Pengurusan mangsa keganasan rumah tangga oleh OSCC merangkumi rawatan terhadap penderaan atau pengabaian fizikal, psikologi dan kewangan oleh pasangan atau ahli keluarga seperti yang dinyatakan dalam Akta Keganasan Rumah Tangga (Pindaan) 2017.



Data OSCC HUS

Source: OSCC Data HUS (2023-2025)





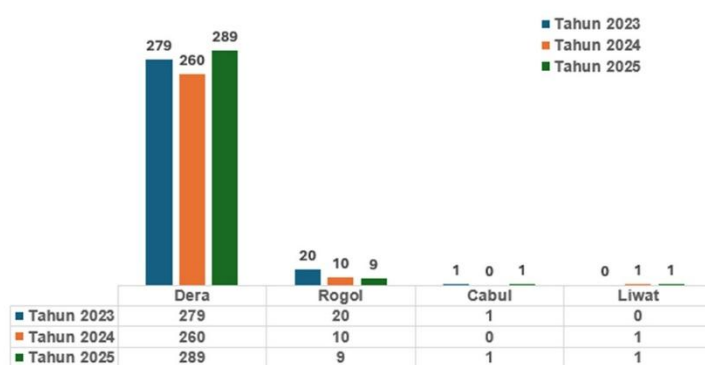
Trend Jumlah Kes Tahunan

- Trend peningkatan keseluruhan sepanjang 3 tahun
- Keadaan relatif stabil antara Tahun 2023–2024
- **Lonjakan ketara pada Tahun 2025**

+27%

(Peningkatan kejadian sebenar dan/ atau pengesanan & pelaporan lebih baik)

Taburan Kes OSCC di Kalangan Dewasa



Rumusan

- **Taburan kes OSCC dewasa** menunjukkan **dominasi berterusan kategori Dera**
- Pengurangan kes Rogol dan kejadian yang sangat rendah bagi kategori lain, menandakan keperluan analisis lanjut terhadap corak pelaporan dan faktor sistemik.

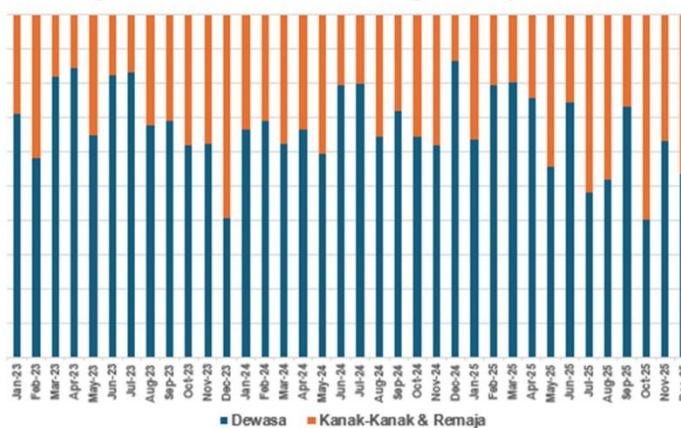
Taburan Kes OSCC di Kalangan Remaja & Kanak-Kanak



Rumusan

- **Kes Dera meningkat secara mendadak** pada tahun **2025**, menjadi kategori paling dominan.
- **Kes Rogol** menunjukkan peningkatan konsisten dari 2023 hingga 2025

Agihan Perkadaran Kes OSCC Mengikut Kumpulan Umur



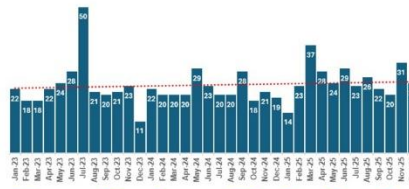
Rumusan

- Kes OSCC **didominasi oleh golongan dewasa**
- Perkadaran kes yang berterusan dan kadangkala **meningkat dalam kalangan kanak-kanak dan remaja** menunjukkan isu perlindungan yang kritikal dan berterusan.

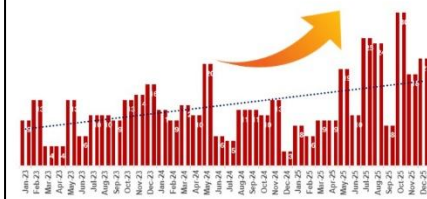
Trend Bilangan Kes OSCC (HUS)



Trend Bilangan Kes Dewasa Mengikut Bulan (Tahun 2023-2025)



Trend Bilangan Kes Remaja & Kanak-Kanak Mengikut Bulan (Tahun 2023-2025)



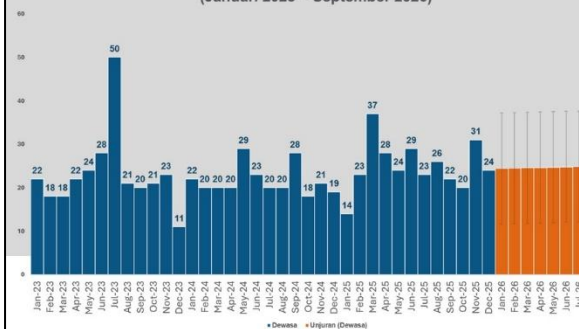
Penilaian Kritikal

- Walaupun kes dewasa mendominasi dari segi bilangan mutlak, **kadar peningkatan dalam kalangan remaja & kanak-kanak adalah lebih membimbangkan** kerana melibatkan kumpulan rentan.
- Dapatan ini menandakan **keperluan intervensi awal, perlindungan khusus dan pemantauan berterusan**, terutamanya bagi kanak-kanak dan remaja



Forecasting 2026

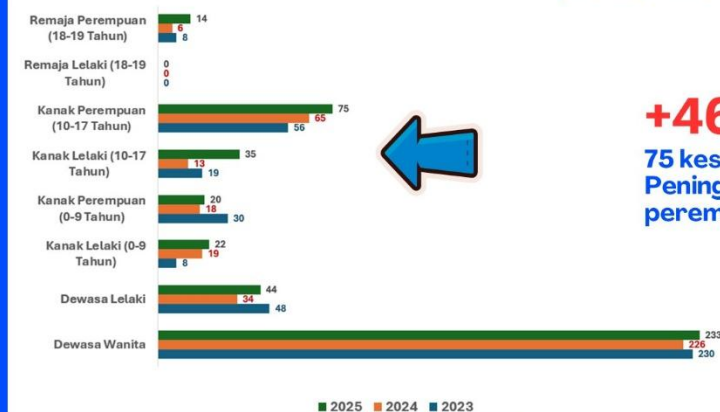
Trend dan Unjuran Bulanan Kes Dewasa (Januari 2023 – September 2026)



Trend dan Unjuran Bulanan Kes Remaja & Kanak-Kanak (Januari 2023 – September 2026)



Taburan Kes OSCC Tahun ke Tahun Mengikut Umur dan Jantina (2023–2025)



+46.7%

Kategori (10-17 Tahun)

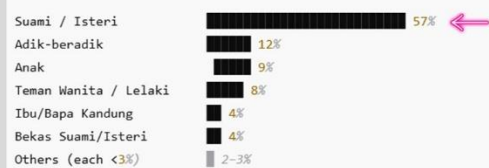
75 kes (2023) kepada 110 kes (2025)
Peningkatan mutlak terbesar di kalangan perempuan.



Peratusan Kes OSCC Mengikut Hubungan dengan Pelaku



Peratusan Kes OSCC Mengikut Hubungan dengan Pelaku (Kes Dewasa)



Kanak-Kanak & Remaja

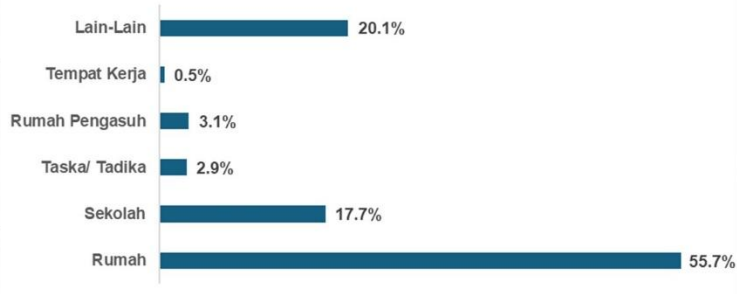
Hubungan pelaku adalah lebih pelbagai dan tersebar, melibatkan **individu dikenali di luar keluarga, rakan/kenalan serta ahli keluarga**, menunjukkan bahawa risiko melangkaui persekitaran rumah dan merangkumi **jaringan sosial yang lebih luas**.

Dewasa

Majoriti insiden melibatkan **pasangan intim (suami/isteri)**, mencerminkan keganasan yang berlaku dalam hubungan peribadi yang rapat dan berterusan.

Lokasi Insiden

Peratusan Lokasi Insiden Kes OSCC dalam Kalangan Kanak-kanak dan Remaja



- **Rumah** merupakan lokasi dominan insiden OSCC dalam kalangan kanak-kanak dan remaja
- **Sekolah** muncul sebagai lokasi kedua tertinggi, menunjukkan risiko wujud dalam persekitaran pendidikan
- Risiko terhadap kanak-kanak dan remaja tidak terhad kepada ruang domestik semata-mata

KES BULI DI SEKOLAH

The Star Confronting the epidemic of school bullying in Malaysia

Confronting the epidemic of school bullying in Malaysia



Bullying in Malaysia has become a systemic crisis. — MUHAMMAD SHAHRI ROSLI/The Star

malaymail

Rise in school bullying prompts calls for reform and comprehensive prevention in Malaysia



26
cases
(2025)



KATEGORI KEGANASAN TERHADAP WANITA

- **Penderaan secara psikologi dan emosi**
- Penderaan Fizikal
- Penderaan Seksual
- Penderaan Sosial
- Penderaan Kewangan



AKTA KEGANASAN RUMAH TANGGA (PINDAAN) 2012

Satu atau lebih daripada perbuatan berikut:

- Dengan sengaja atau sedar, meletakkan atau cuba meletakkan mangsa dalam keadaan ketakutan terhadap kecederaan fizikal;
- Menyebabkan kecederaan fizikal kepada mangsa melalui perbuatan yang diketahui atau sepatutnya diketahui boleh mengakibatkan kecederaan fizikal;
- Memaksa mangsa dengan kekerasan atau ugutan untuk melakukan sebarang perbuatan – seksual atau
- Melakukan khianat, kemusnahan atau kerosakan harta benda dengan niat untuk menyebabkan, atau dengan pengetahuan bahawa ia mungkin menyebabkan tekanan atau gangguan kepada mangsa;
- Melakukan penderaan psikologi, termasuk menyebabkan kecederaan emosi kepada mangsa;
- Menyebabkan mangsa mengalami delusi dengan menggunakan sebarang bahan memabukkan atau bahan lain tanpa keizinan mangsa, atau jika keizinan diberikan, keizinan itu diperolehi secara tidak sah;

OLEH SESEORANG, SAMA ADA SECARA SENDIRI ATAU MELALUI PIHAK KETIGA, TERHADAP...



- Pasangan (suami atau isteri)
- Bekas pasangan
- Seorang kanak-kanak
- Orang dewasa yang tidak berkeupayaan
- Mana-mana ahli keluarga yang lain



PENGURUSAN MANGSA KEGANASAN RUMAH TANGGA DI BAWAH KKM

- Mangsa yang memerlukan rujukan kepada kepakaran lain atau memerlukan kemasukan ke wad hendaklah diuruskan sewajarnya.
- Doktor yang merawat hendaklah membuat rujukan kepada Pakar Psikiatri atau Psikologi Klinikal jika perlu, terutamanya jika terdapat tanda-tanda psikosis akut atau keinginan untuk membunuh diri.
- Semua mangsa hendaklah dirujuk ke Jabatan Kerja Sosial Perubatan atau Jabatan Kebajikan Masyarakat.
- Doktor yang merawat boleh mempertimbangkan untuk menasihatkan mangsa mendapatkan bantuan tambahan daripada NGO yang berkaitan.



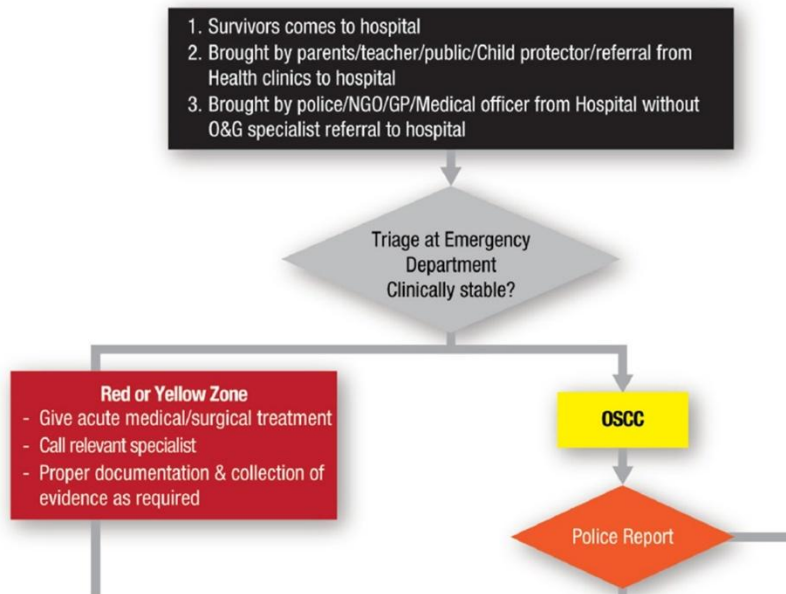
PENGURUSAN MANGSA KEGANASAN RUMAH TANGGA

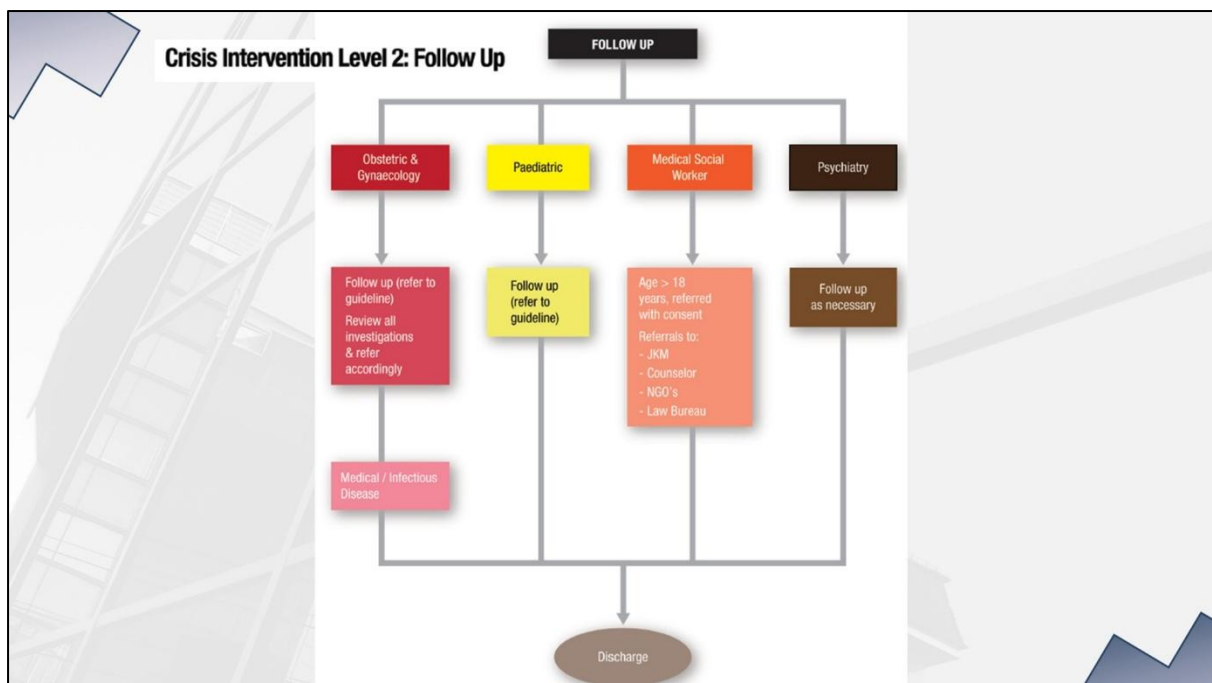
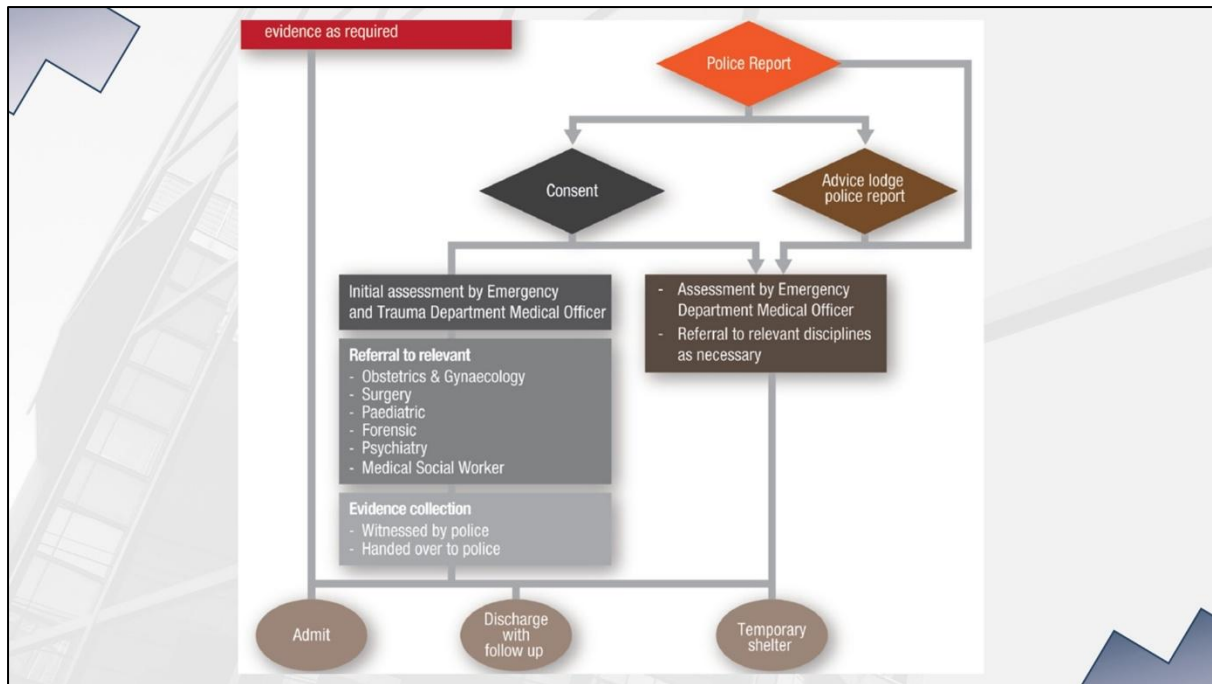
- Penginapan sementara atau tempat perlindungan yang selamat hendaklah diatur untuk mangsa jika keselamatan mangsa dikhuatiri.
- Jabatan Kerja Sosial Perubatan atau Jabatan Kebajikan Masyarakat hendaklah dihubungi untuk
 - mengatur tempat perlindungan sementara yang selamat
 - sokongan sosial bagi mangsa
 - menguruskan Perintah Perlindungan Sementara (Interim Protection Order) & Perintah Perlindungan (Protection Order) bagi mangsa sekiranya diperlukan
- Laporan polis adalah atas pilihan mangsa.

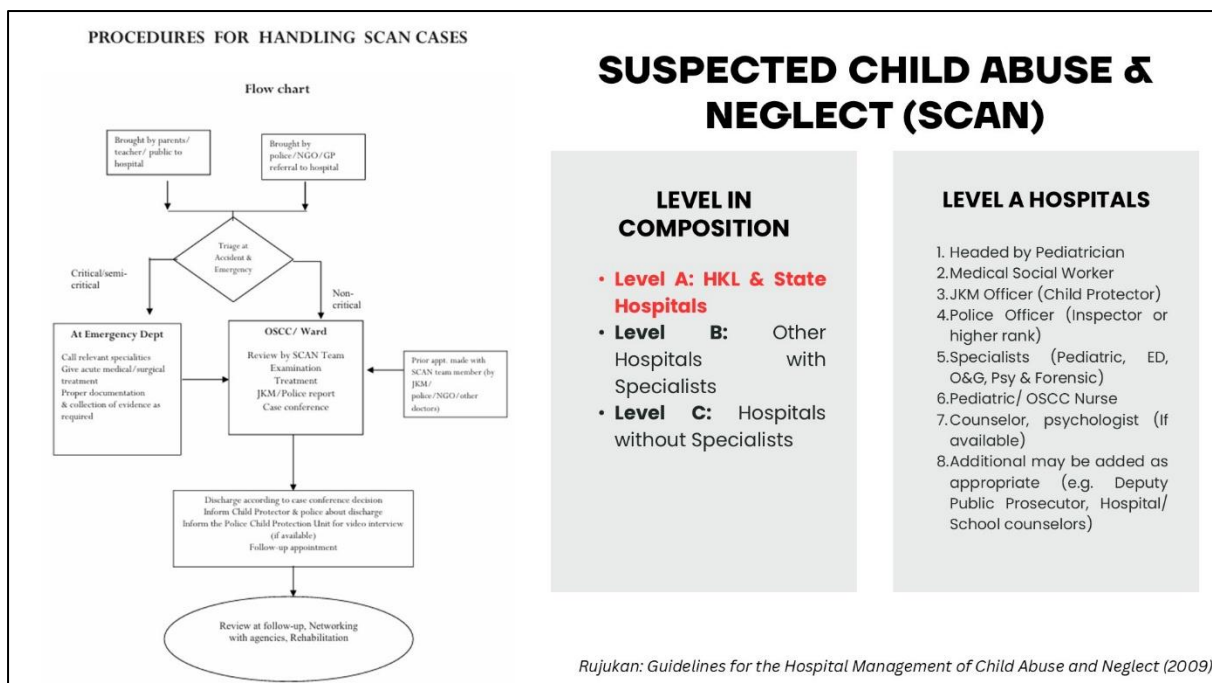
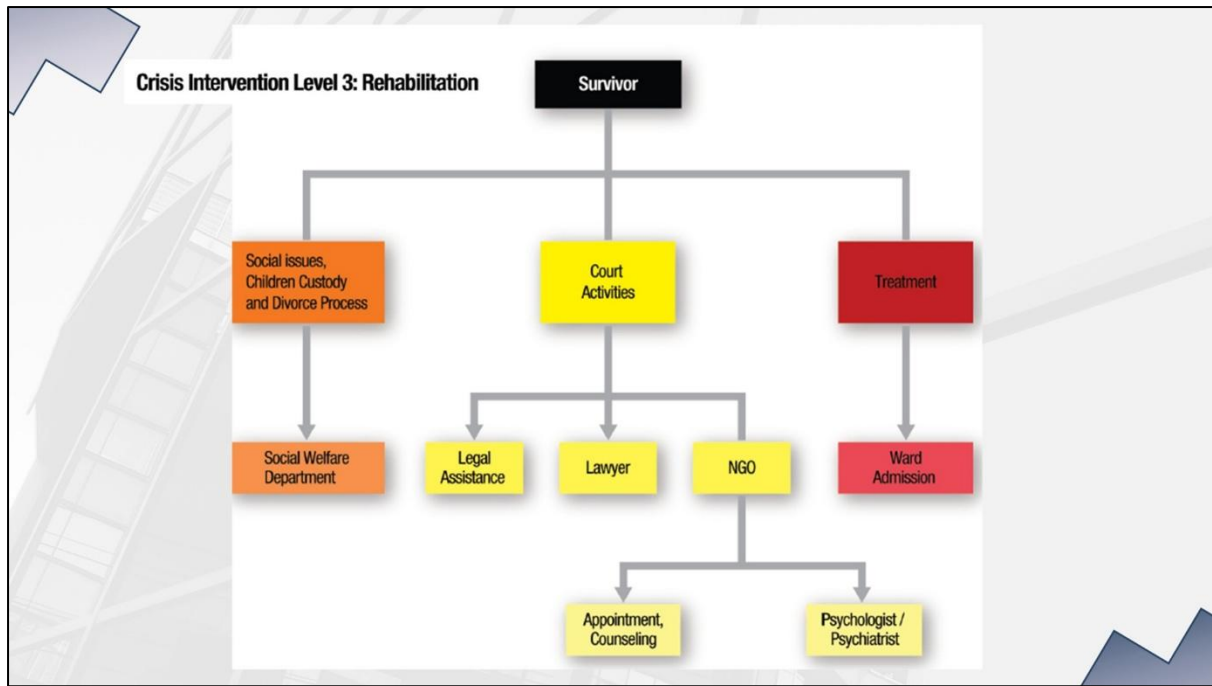


FLOWCHART FOR HANDLING OSCC Crisis Intervention Level 1: Initial Management

Rujukan:
One Stop Crisis Center. Policy and Guidelines for
Hospitals, Ministry of Health Malaysia





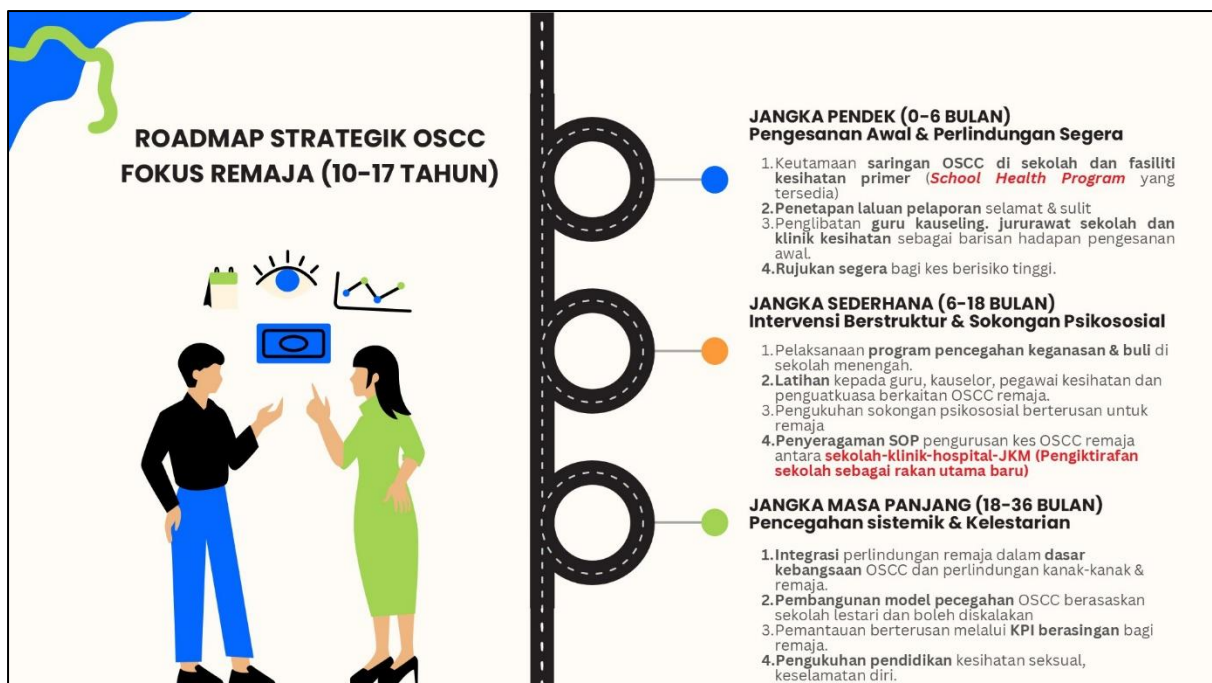


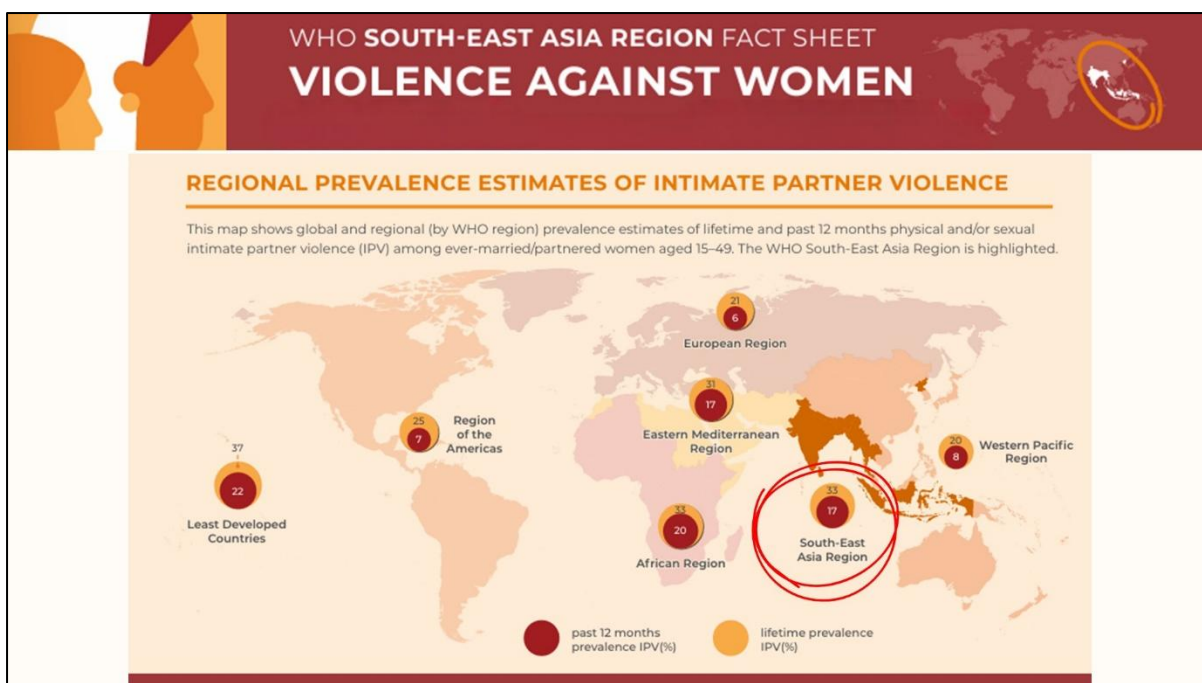
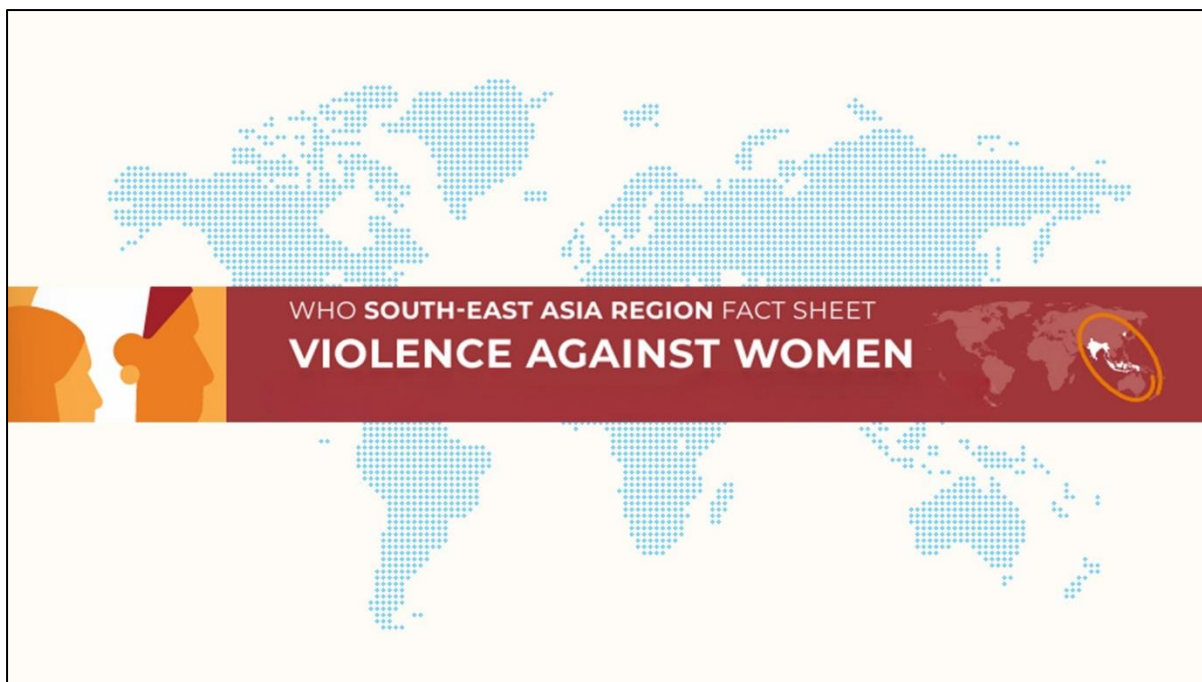
CABARAN DALAM MENANGANI KES OSCC



- 1) Kurang kesedaran di kalangan orang awam mengenai OSCC
- 2) Keengganan mangsa untuk melaporkan insiden kepada pihak polis untuk Tindakan lanjut.
- 3) Stigma sosial, budaya malu, menyalahkan diri dan ketakutan ke atas pelaku menyebabkan mangsa enggan bercakap secara terbuka.













**LAWATAN KERJA JAWATANKUASA
PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK DAN
PEMBANGUNAN MASYARAKAT, DEWAN
RAKYAT, PARLIMEN MALAYSIA**

TEMPAT : JABATAN KECEMASAN HOSPITAL RAJA
PEREMPUAN ZAINAB II (ONE STOP CRISIS CENTRE)
TARIKH : 27 APRIL 2026



**LAWATAN KERJA JAWATANKUASA
PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK DAN
PEMBANGUNAN MASYARAKAT, DEWAN
RAKYAT, PARLIMEN MALAYSIA**

DIBENTANGKAN OLEH : DR AZIRAWATI BINTI ISMAIL
PAKAR PERUBATAH KECEMASAN HRPZ II
PENYELARAS OSCC KELANTAN

TARIKH : 27 APRIL 2026

ISI KANDUNGAN

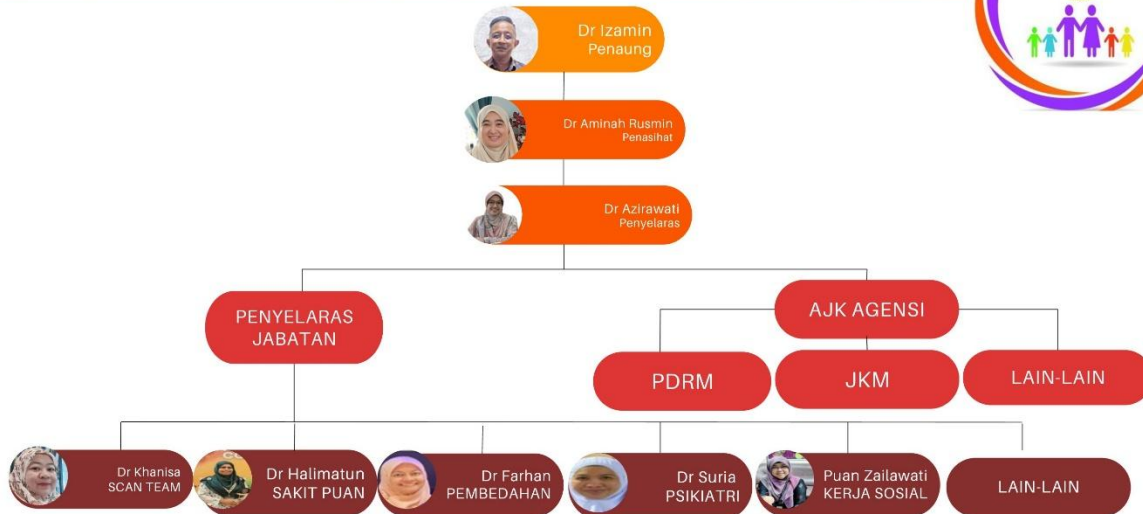


- Perkhidmatan OSCC Hospital
- Carta alir mangsa OSCC
- Statistik kes Tahun 2023-2025
- Kes-kes OSCC
- Objektif dan prinsip rawatan
- Program-program OSCC
- Perihal mesyuarat
- Kemudahan infrastuktur
- Penglibatan interagensi
- Kekangan dan cabaran
- Penambahbaikan

PERKHIDMATAN OSCC HRPZ II



CARTA ORGANISASI OSCC HRPZ II



SEJARAH RINGKAS OSCC

1986

1st OSCC established at PPUM (Ad Hoc Basis) as respond to anti violence against women campaign staged by Women's Organization in preceeding year.

1993

Idea for a OSCC in ETD first developed following a study showed victims of sexual crime were not manage in a survivor focused manner

1994

Second OSCC center created at HKL

1996

MOH released a directive for a OSCC to be established in all ETD in Malaysia following increasing number of cases of child abuse, domestic violence, rape and sexual abuse referred to government hospital throughout the country.

SEJARAH PENGURUSAN KES OSCC DI HRPZ II



1997

Merangkumi
>90% hospital
kerajaan
mempunyai
perkhidmatan
OSCC
(100 pusat)

2018

Dikendalikan
oleh ETD
sehingga
tahun 2018

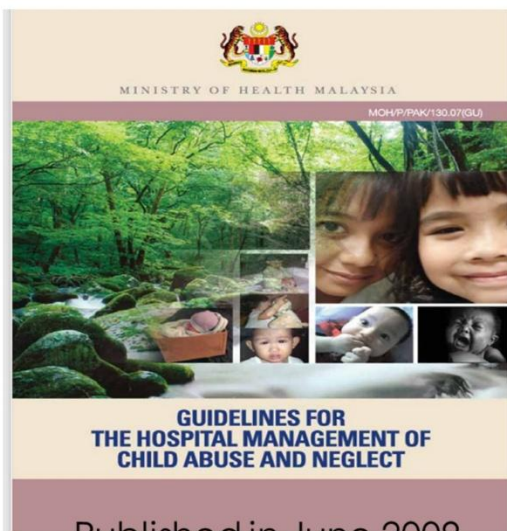
**Julai 2018-oct
2021**

Projek Pilot
Forensik;
Dikendalikan
oleh Pasukan
Forensik

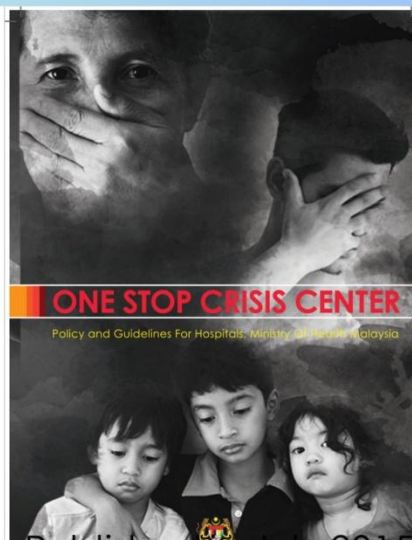
NOV 2021

Dikendalikan
oleh ETD
sehingga
sekarang

BUKU RUJUKAN



Published in June 2009



Published in July 2015

KATA PENGANTAR

FOREWORD



Datuk Dr. Noor Hisham Bin Abdullah
Director General
Ministry of Health Malaysia

"The survivors or victims are seen in a holistic approach at the same time preserving its confidentiality. Care and treatments are given from the acute phase until rehabilitation phase involving follow up by the respective disciplines and also rehabilitation and psychological treatment and support."

One Stop Crisis Center is one of the services provided by the Emergency and Trauma Department in all Ministry of Health hospitals in Malaysia established since 1996. It is meant to assist the survivors or victims of crime with the involvement of multiple agencies under one roof to fight against any forms of violence such as rape, child abuse, robbery and domestic violence.

The survivors or victims are seen in a holistic approach at the same time preserving its confidentiality. Care and treatments are given from the acute phase until rehabilitation phase involving follow up by the respective disciplines and also rehabilitation and psychological treatment and support.

With all the challenges faced by the Ministry of Health in managing such cases, it has given opportunities for the service to develop and improve with time. The OSCC policy and guidelines has been developed by the interdisciplinary technical committee involving multiple agencies and shall be used in all hospitals to ensure the standard of care and improves the quality of the OSCC service in Malaysia.

I want to thank the committee for their efforts in producing this policy and guidelines.



Dato' Dr. H. Azman Bin Hj. Abu Bakar
Director
Medical Development Division
Ministry of Health Malaysia

"... objectives in setting up the OSCC service are to provide prompt medical treatment and psychological support and collaborations with other agencies in the management of the victim including medico legal issues."

First and foremost, I would like to take this opportunity to thank and congratulate all individuals involved in the development of this policy and guidelines.

The One Stop Crisis Center services have been established since 1996 within Emergency and Trauma Department, following the increasing number of cases of child abuse, domestic violence, rape & sexual abuse referred to government hospitals throughout the country.

The objectives in setting up the OSCC service are to provide prompt medical treatment and psychological support and collaborations with other agencies in the management of the victim including medico legal issues.

There were many challenges faced by our staffs in managing these cases which involve various disciplines such as obstetrics and gynaecology, pediatric, forensic, surgical and laboratory. Cooperation with other agencies is deemed important to ensure the process and the continuity of care to the victims is prompt and appropriate.

The development of this policy and guidelines will help to standardize and improve the quality of OSCC services provided by the Emergency and Trauma Department in all government hospitals.

FOREWORD



Dr. Subariah Fauziah Jamaluddin
Head of National Emergency Medicine and Trauma Services
Ministry of Health Malaysia

"The idea for a One Stop Crisis Centre in Emergency Departments was first developed in 1983 following a study that showed that victims of sexual crime were not managed in a survivor focused manner. The aim was to have an integrated & comprehensive multi-agency service centre in managing survivors of sexual crime."

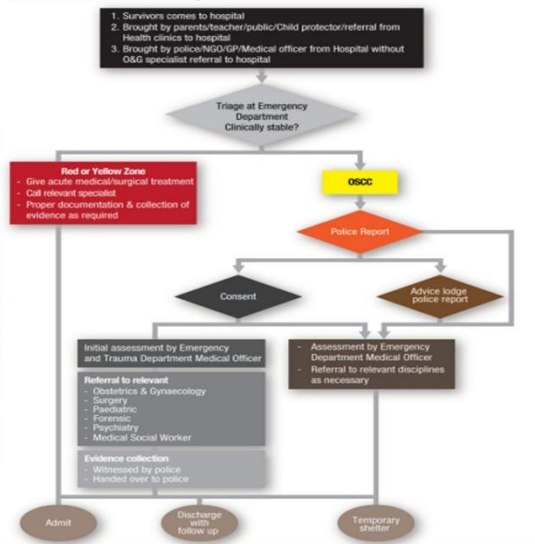
In Malaysia, news reports of domestic violence, rape & sexual abuse are no longer uncommon at the present time. In the earlier years, management of such cases was disorganised, uncoordinated between agencies and not survivor oriented.

The idea for a One Stop Crisis Centre in Emergency and Trauma Departments was first developed in 1983 following a study that showed that victims of sexual crime were not managed in a survivor focused manner. The aim was to have an integrated & comprehensive multi-agency service centre in managing survivors of sexual crime. Fortunately, in 1996, the Ministry of Health released a directive for a One Stop Crisis Centre to be established in all Emergency and Trauma Departments in Malaysia. Guidelines were developed so that the management would be collaborative between agencies using a standardised protocol.

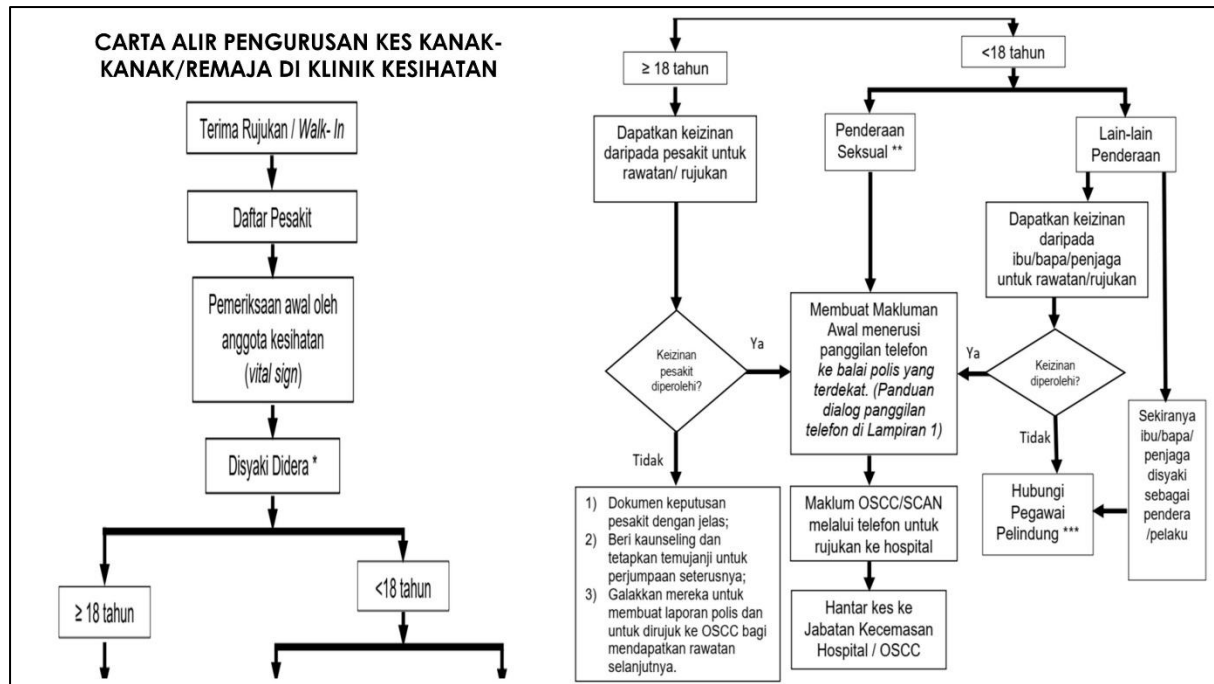
The service has come a long way since then. Alhamdulillah, I am grateful that the various disciplines, clinical and non-clinical have come together once again to produce these updated guidelines for use in all hospitals and clinics. Our responsibility is many towards the clinical and mental well-being of the survivors and meticulous management of medico legal evidence to ultimately ensure the justice is being served.

I would like to thank and congratulate all those involved in the process of developing this policy and guidelines and hope that we continue to maintain the trusted relationships and over time, keep updating ourselves in this important social matter.

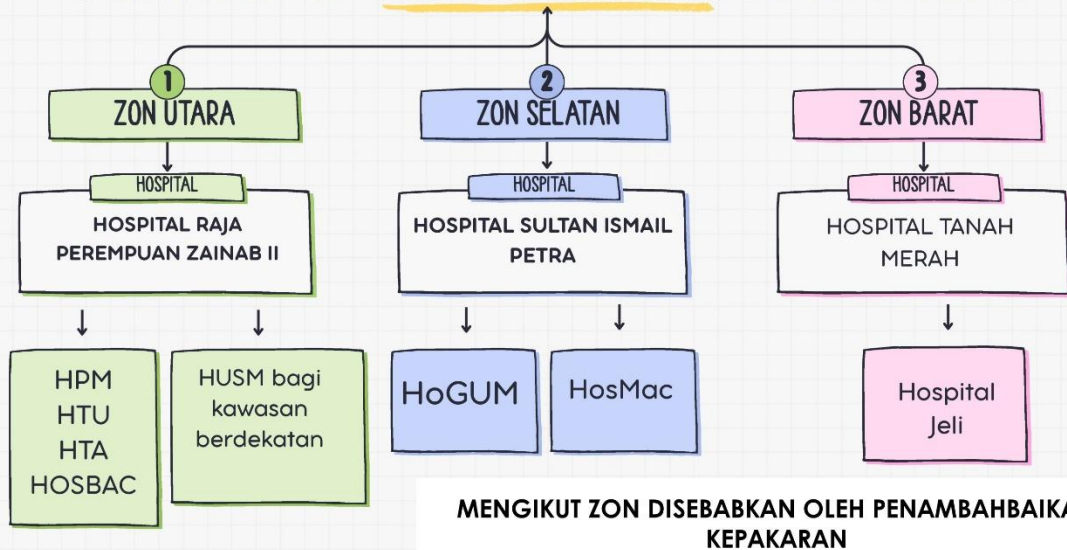
FLOWCHART FOR HANDLING OSCC Crisis Intervention Level 1: Initial Management



CARTA ALIR PENGURUSAN DI HOSPITAL



CARTA ALIR PENGURUSAN KES DI HOSPITAL DAERAH

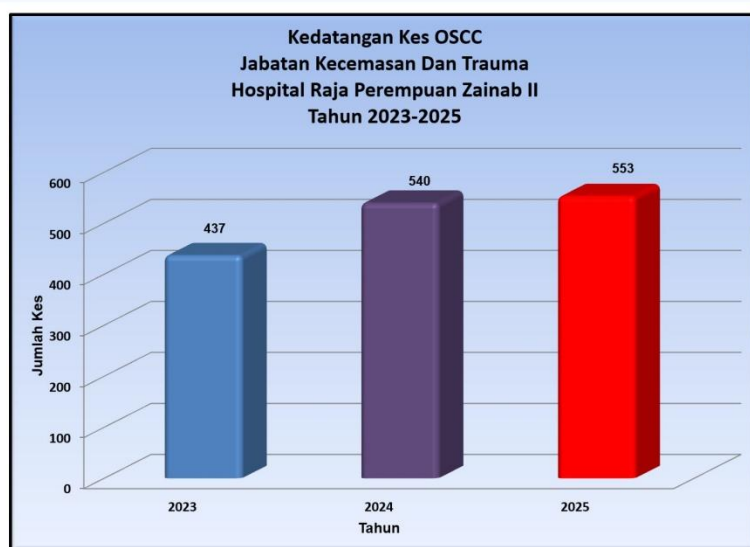


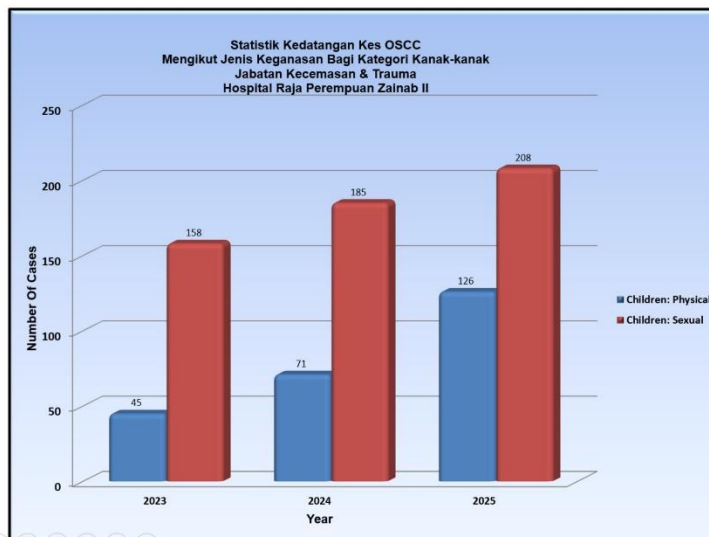
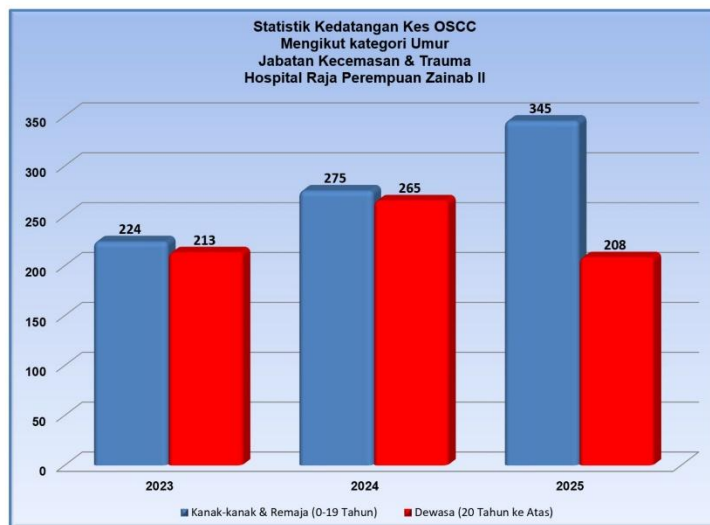
BIL	HOSPITAL	SPECIALTY AVAILABLE	LEVEL	REMARKS	KES YANG PERLU RUJUK KE LH	KES YANG TIDAK PERLU DIRUJUK KE LH
1.	HRPZ II	O&G, Paediatrician, Jabatan Kerja Sosial, Surgeri, Psikiatri	A	Hospital rujukan kepada • HPM • HTU	• Kes seksual • Kes kanak-kanak • Kes DV moderate to severe	• Kes DV yang simple
2.	HUSM	O&G, Paediatrician, Jabatan Kerja Sosial, Surgeri, Psikiatri	B	Hospital rujukan kepada • HTA • HosBac	• Kes seksual • Kes kanak-kanak • Kes DV moderate to severe	• Kes DV yang simple
3.	HOSIP	O&G, Paediatrician, Jabatan Kerja Sosial, Surgeri, Psikiatri	B	Hospital rujukan kepada - HosMac	• Kes seksual • Kes kanak-kanak • Kes DV moderate to severe	• Kes DV yang simple
4.	HOGUM	O&G, Pediatrician, Surgeri, Psikiatri	B district	Boleh kendalikan kes OSCC Jika perlu rujukan JKSP -> rujukan ke HOSIP	- Rujukan kepada JKSP/jabatan yang terlibat	• Kes seksual • Kes kanak-kanak • Kes keganasan rumah tangga
5.	HTM	O&G, Pediatrician, Surgeri, Psikiatri, JKSP	B	Hospital Rujukan kepada - HJeli	• Kes seksual • Kes kanak-kanak • Kes DV moderate to severe	Kes DV yang simple

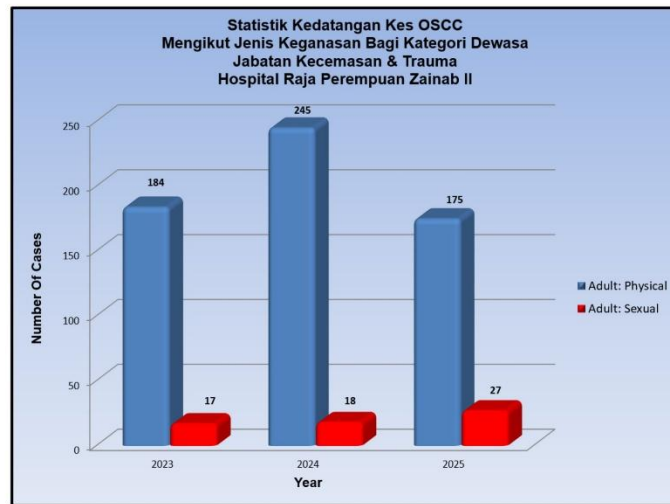


Statistik Kes di HRPZ II yang melalui Jabatan Kecemasan

2023 HINGGA 2025





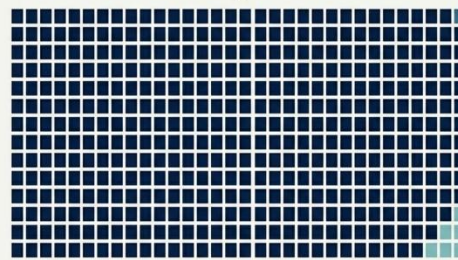


Tiga Realiti Kritikal OSCC (2023-2025)



© NotebookLM

Profil Sociodemografi Komuniti & Pasien



Konteks Demografi (Pecahan Bangsa):

■ **Melayu:** 213/224 (2023) | 270/275 (2024) | 335/345 (2025).

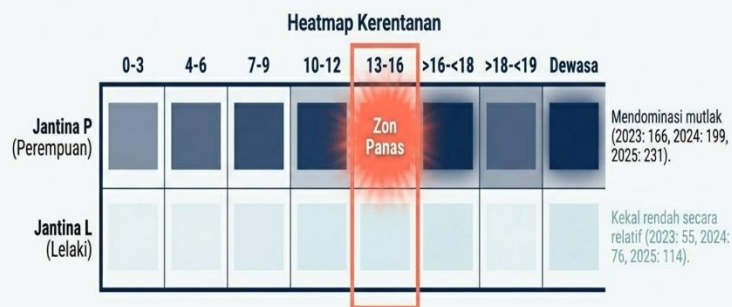
■ **Bangsa Lain & Warga Asing:** Jumlah marginal (Bawah 5% setiap tahun).

Sintesis Analitikal:

1. Taburan ini secara langsung mencerminkan struktur populasi makro negeri Kelantan, bukannya indikasi kecenderungan budaya.
2. **Arahan Intervensi:** Strategi kesedaran, advokasi, dan material sokongan psikososial mesti disesuaikan secara mendalam dengan norma budaya, agama, dan struktur kekeluargaan komuniti Melayu tempatan untuk menjamin keberkesanan.

© NotebookLM

Heatmap Demografi: Jurang Jantina & Zon Kerentanan Kerentanan Umur



Dominasi Gender

Wanita merangkumi lebih 70% daripada keseluruhan mangsa krisis.

Episenter Kes

Demografi tunggal paling berisiko adalah remaja perempuan berumur 13 hingga 16 tahun, mengatasi semua kumpulan umur yang lain secara marginal.

© NotebookLM

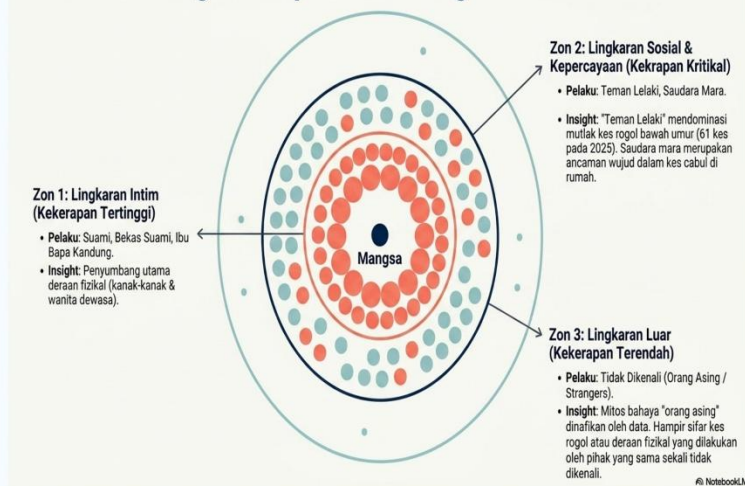
Matriks Diagnosis Silang: Kanak-Kanak vs Dewasa

Dimensi Diagnostik	Kanak-Kanak (<18 Tahun)	Wanita Dewasa (>18 Tahun)
1. Kategori Jenayah Tertinggi	Jenayah Seksual (Rogol & Cabul)	Keganasan Fizikal
2. Profil Pendera Utama	Teman Lelaki, Dikenali & Keluarga Terdekat	Suami (122 kes pada 2025)
3. Lokasi Paling Berisiko	Rumah (167 kes pada 2025)	Rumah (172 kes pada 2025)

Isolated Conclusion
 Walaupun bentuk jenayah dan profil pendera berbeza secara radikal, Lokasi Episodik kekal sama: **Rumah**.

NotebookLM

Radar Hubungan: Siapa Pelaku Keganasan?



Matriks Dewasa: Realiti Keganasan Rumahtangga



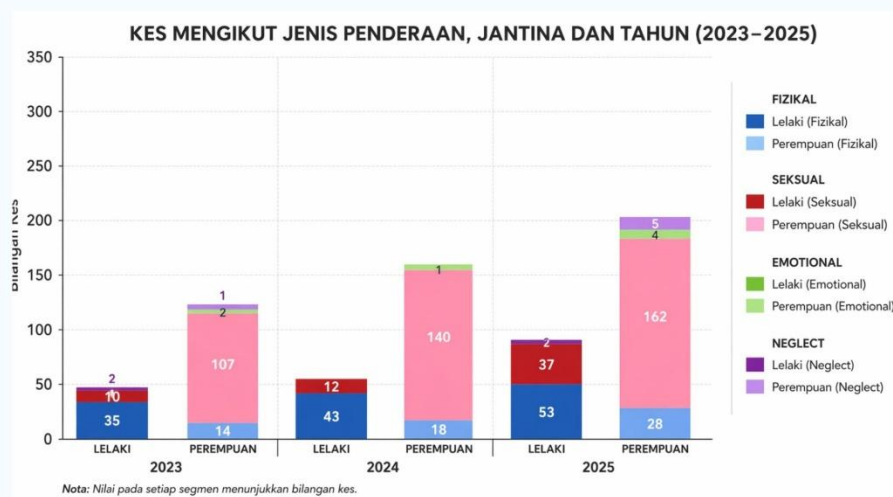
Paradoks Tempat Berlindung: "Rumah" Sebagai Episentrum Jenayah

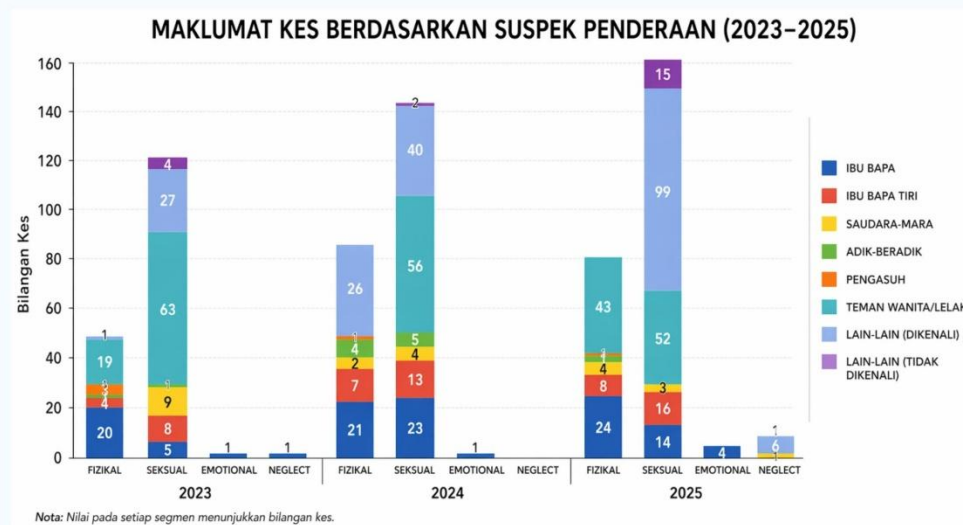


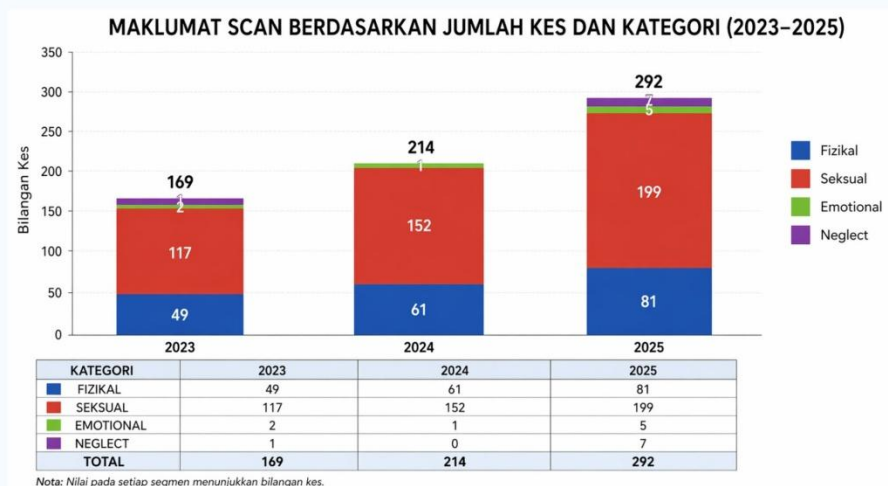


Statistik Kes Kanak-kanak di HRPZ II yang melalui Klinik Pediatrik

2023 HINGGA 2025



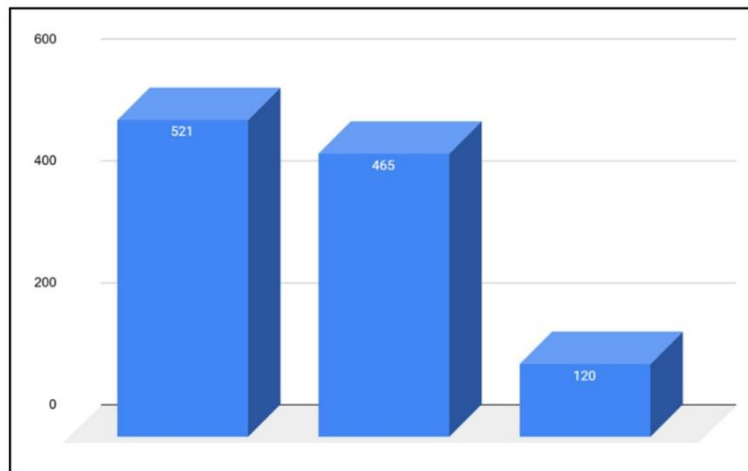




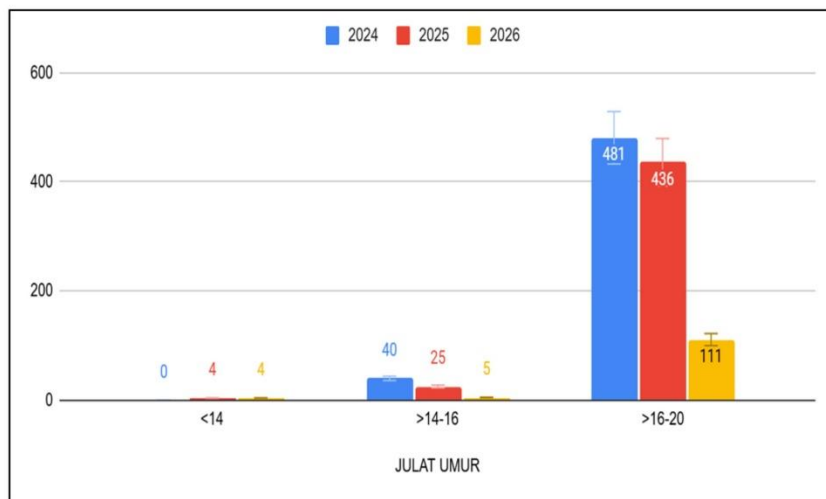
Statistik Kes Remaja Hamil HRPZ II

2024 HINGGA 2026

JUMLAH REMAJA HAMIL MENGIKUT TAHUN 2024-2026



REMAJA HAMIL DAN BERSALIN HRPZ II 2024-2026



STATUS KAHWIN REMAJA HAMIL



KES OSCC YANG DIKENDALIKAN MENGIKUT AKTA

ROGOL DAN CABUL

ROGOL: 375 Kanun
Keseksaan
CABUL: 354 Kanun
Keseksaan

LIWAT

Seksyen 377 (a) Kanun
Keseksaan
Seksyen 377 (c)
Seksyen 377 (CA)

PENDERAAAN & PENGABAIAAN KANAK- KANAK

SCAN Team
Akta Kanak-kanak 2001
amendment 2016

KEGANASAN RUMAHTANGGA

Akta Keganasan
Rumahtangga 1994 Akta
521
Amendment 2018



**LAIN-LAIN KES YANG
TERMASUK DALAM
OSCC
(GARIS PANDUAN
TERBARU-PEMURNIAN)**



BULI

**PORNOGRAFI
AMANG SEKSUAL
PHEDOPHILIA**

**AKTIVITI SEKSUAL LAIN
MELIBATKAN KANAK-KANAK**

OBJEKTIF DAN PRINSIP RAWATAN

1



**Rawatan
Perubatan**

2



**Rawatan
Sosial**

3



**Sokongan
Emosi dan
Kaunseling**

4



**Maklumat
Perundangan**

3 PRINSIP UTAMA

CRISIS INTERVENTION LEVEL 1

CRISIS INTERVENTION LEVEL 2

CRISIS INTERVENTION LEVEL 3

From the triaging
Police report/not
Assessment by respective department
Patient admit/discharge

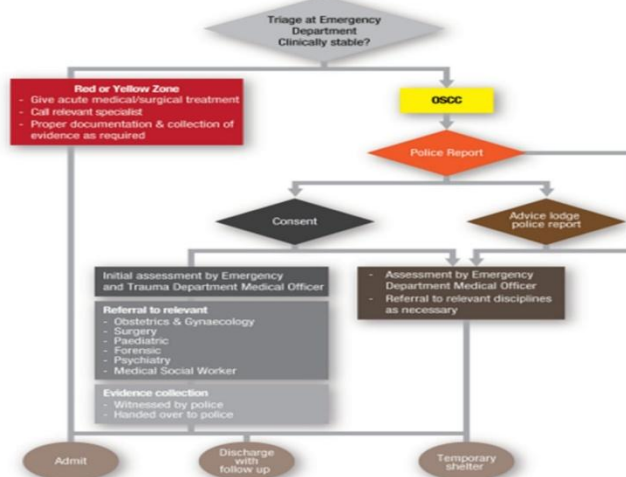
Date for follow up given to patient
Specific referral to JKM, Counselor,
NGO's or Law Bureau

Focus on the social issues,
custody/divorce
Court activities and long term
treatment

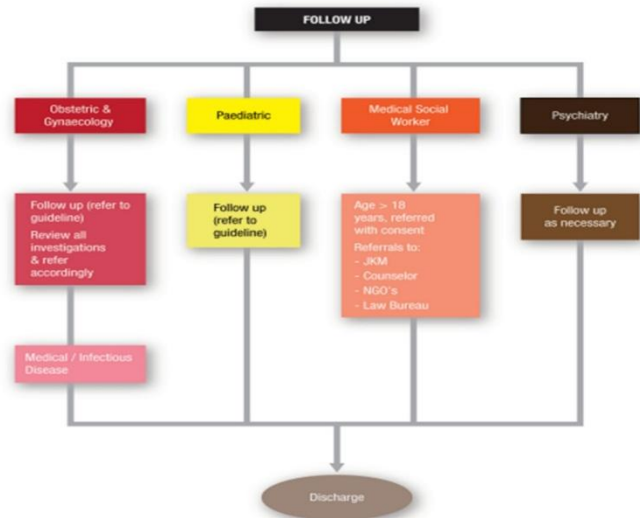
CRISIS INTERVENTION LEVEL 1

FLOWCHART FOR HANDLING OSCC Crisis Intervention Level 1: Initial Management

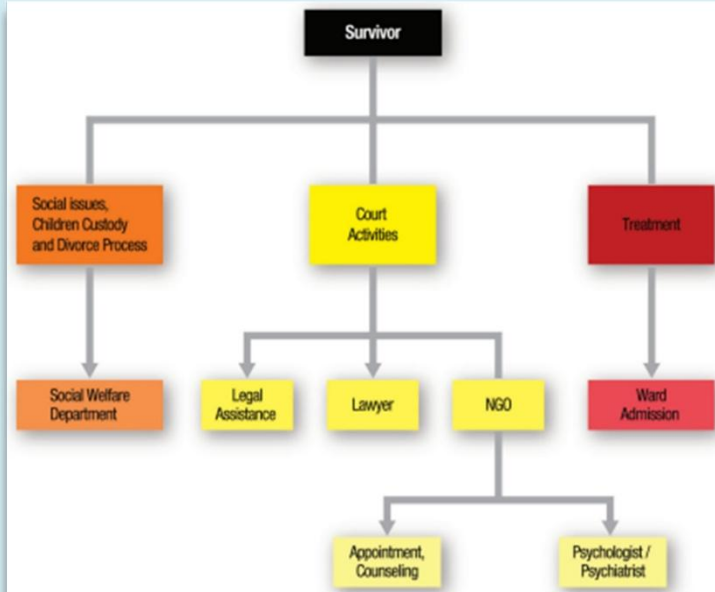
1. Survivors comes to hospital
2. Brought by parents/teacher/public/Child protector/referral from Health clinics to hospital
3. Brought by police/NGO/GP/Medical officer from Hospital without O&G specialist referral to hospital



**CRISIS
INTERVENTION
LEVEL 2**



**CRISIS
INTERVENTI
ON LEVEL 3**



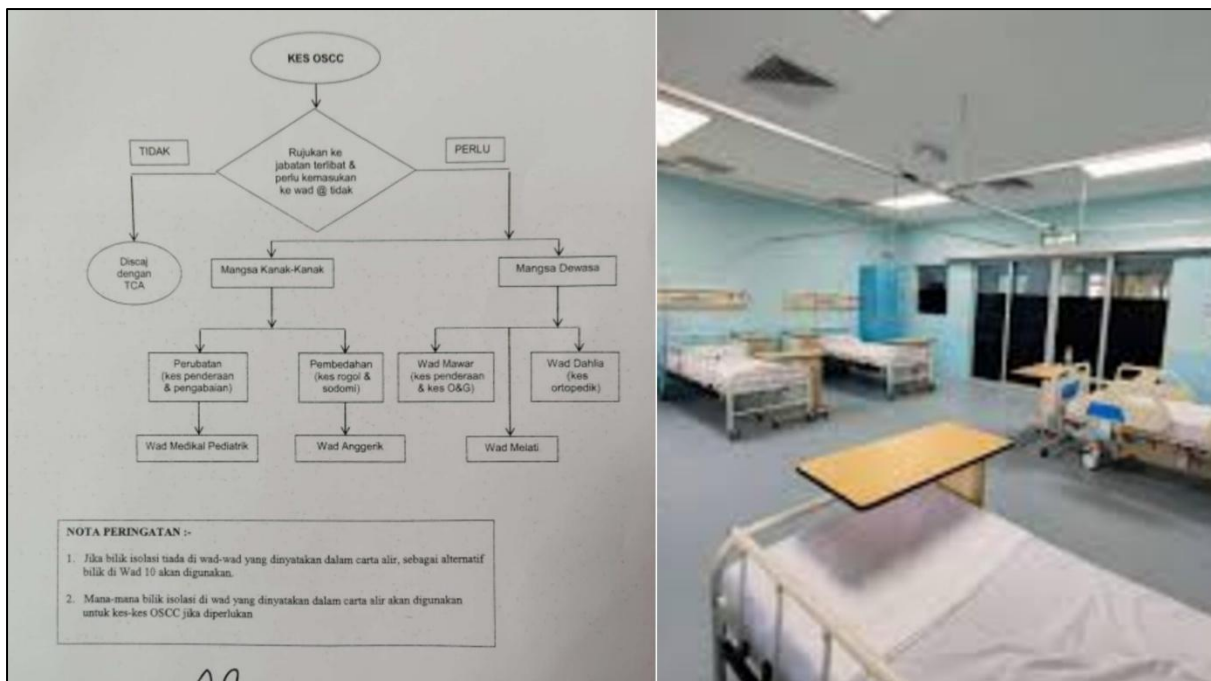
CARTA ALIR KEMASUKAN PESAKIT KE WAD



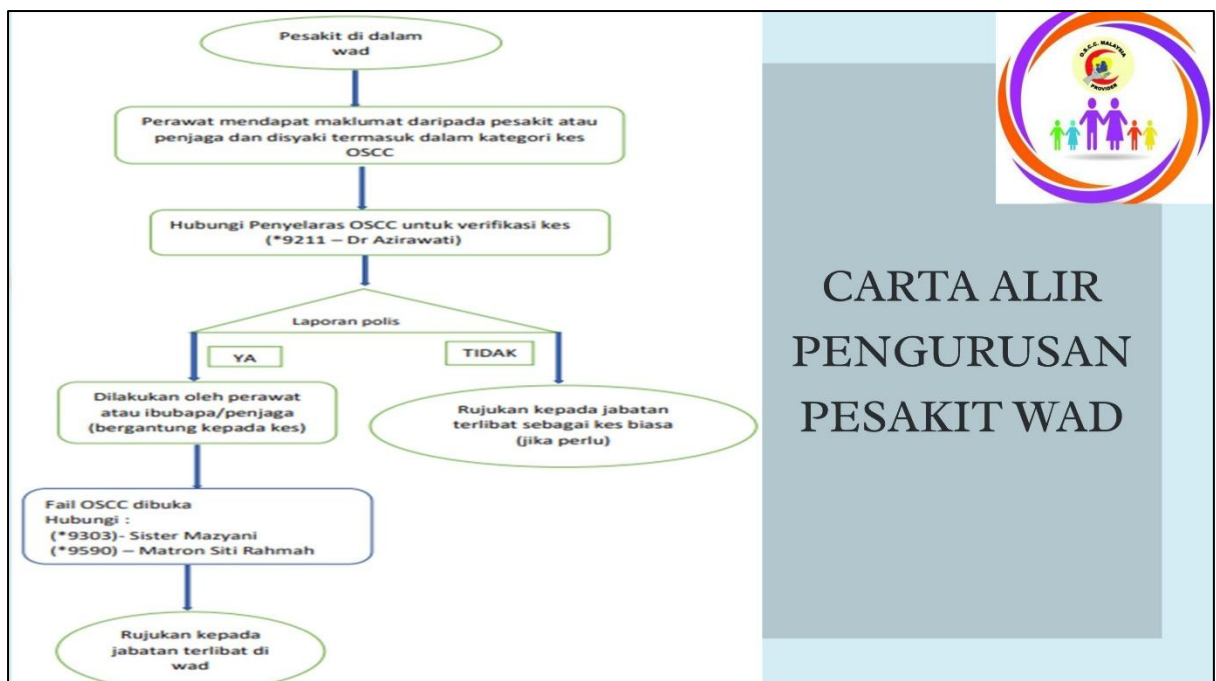
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
HOSPITAL RAJA PEREMPUAN ZAINAB II

MEMO BAHAGIAN PENGURUSAN

Kepada : SEPERTI SENARAI EDARAN
Daripada : Timbalan Pengarah Perubatan II
Salinan : Pengarah Hospital
Timbalan Pengarah Perubatan I dan III
Timbalan Pengarah Pengurusan
Ruj. Kami : HRPZ II : 700-1/41/1(61)
Tarikh : 8 Januari 2026
Perkara : **EDARAN GARIS PANDUAN DAN CARTA ALIR KEMASUKAN
ONE STOP CRISIS CENTRE (OSCC) HOSPITAL RAJA PE
ZAINAB II (HRPZ II)**



<u>GARIS PANDUAN PESAKIT ONE STOP CRISIS CENTRE (OSCC) HRPZ II YANG PERLU KEMASUKAN KE WAD</u> 1) Pesakit memasuki wad sama ada melalui jabatan kecemasan, klinik paediatric, klinik obetric & ginekologi atau PAC. <u>Bagi kes kanak-kanak</u> 2) Kriteria kemasukan ke wad bagi pesakit kanak-kanak adalah sebagaimana berikut: a) Apabila kanak-kanak memerlukan rawatan perubatan. b) Apabila keselamatan menjadi keutamaan (seperti terdapat penderaan dalam keluarga atau terdapat keibimbangan berkaitan keselamatan, fizikal, penebalan atau penevasian) atau kemasukan ke wad bagi tujuan perlindungan. c) Semua kes penderaan seksual kanak-kanak: • Bagi tujuan rawatan perubatan sama ada rawatan fizikal atau trauma secara emosi. • Bagi tujuan pemeriksaan oleh pakar dan mesyuaratan kanak-kanak dalam keadaan lebih tenang sebelum pemeriksaan dilakukan (terutamanya dalam kes penderaan seksual kronik atau insiden berakut lebih daripada 72 jam). • Bagi mendapatkan maklumat lanjut dan pengambilan sejarah yang lebih terperinci daripada kanak-kanak yang tercedera. • Bagi mengesahkan kemungkinan kes surbong mahram incest. • Bagi tujuan kaunseling pasca trauma kepada kanak-kanak dan keluarga. • Bagi tujuan kaunseling berkaitan imolasi, sosial dan undang-undang selepas penderaan. • Sementara menunggu penempatan yang paling sesuai bagi kanak-kanak. d) Jika mangsa badi selepas waktu pejabat bagi membolehkan SCAN Team membuat penilaian yang sebalik dan sebagai tempat perlindungan selamat sementara untuk mangsa. e) Kes kajian terus daripada pihak IKM yang memerlukan pemeriksaan anggota badan dan jika diyakini mempunyai contact dengan perovak berjangkit seperti Tuberkulosis atau yang memerlukan ujian yang berkaitan. f) Mangsa yang memerlukan rawatan akut untuk trauma faraj termasuk keperluan pemeriksaan di bawah anestesia (EUA). 3. Jika pesakit perubatan merasakan mangsa perlu kemasukan ke wad bagi tujuan penjagaan atau rawatan perubatan. Pegawai Pelindungan atau PDMM boleh memberi kebenaran untuk kanak-kanak itu dimasukkan ke hospital. 4. Bagi kes yang dibawa oleh Pegawai Pelindungan, penilaian di wad adalah tanggungjawab Pegawai Pelindungan dengan kerjasama kakitangan wad.	<u>Bagi kes dewasa</u> 5. Kriteria kemasukan ke wad bagi kes dewasa adalah sebagaimana berikut: a) Mangsa yang memerlukan pengurusan perubatan segera bagi trauma fizikal dan emosi akut. b) Keibimbangan terhadap keselamatan peribadi mangsa. Kemasukan perlu dibuat jika kes dirujuk kepada Jabatan Kerja Sosial/Jabatan Kebajikan Masyarakat bagi tujuan perlindungan dan penempatan sementara jika pelaku berada di rumah yang sama dan mangsa tiada tempat lain yang selamat berlindung. c) Mangsa yang hamil dan badi dengan komplikasi berkaitan kehamilan. d) Mangsa yang memerlukan rawatan akut untuk trauma faraj termasuk keperluan pemeriksaan di bawah anestesia (EUA) jika tidak dapat dilakukan di bilik OSCC. <u>Bagi Kes Kanak-kanak Berumur Kurang 18 Tahun yang Mengandung</u> 1. Kemasukan ke wad perlu jika kanak-kanak ini mengalami gejala berikut: - Pendarahan badi yang banyak (berumuk) pesakit hamil - Kesukuan - Hyperemesis gravidarum - Kehamilan di luar Rahim - Masalah ginekologi yang memerlukan kehamilan - Masalah perubatan pada awal kehamilan 2. Pesakit tidak boleh dibenarkan disai dari wad tanpa diijaz oleh IKSP/IKM selepas berallin walaupun akan dibawa pulang oleh penaga/penaga yang sah. 3. Kecuali jika pesakit telah dilihat oleh IKSP/IKM sebelum kelahiran dan telah dibincangkan berkaitan kesejahteraan pesakit dan bayi keseluruhannya (dari segi fizikal, emosi, mental dan sosial) selepas bersalin.	<u>Guidelines F</u> - Pesakit badi - Bayi mesti - Terutama kesesapan, kanak-kanak oleh IKSP/IKM - Jika pesakit kesejahteraan (pesakit). * Jika pesakit di wad, Lapo yang mungkin References - GUIDELINE Development - ONE STOP 2015
---	---	--



PENJENAMAAN BILIK OSCC

Berikutan Mock Audit
MSQH 2025 dan
diselaraskan di peringkat
JKNK



KEPERLUAN KURSUS BAGI TAHUN 2026



**KURSUS
WACANA
BERSAMA POLIS
DAN TPR**

**BENGKEL
KESEDARAN
KEGANASAN
DAN SEKSUAL
BERSAMA
KOMUNITI**

**BENGKEL
PEMANTAPAN
PENGURUSAN
KES OSCC**

**KURSUS
UPDATE IN
OSCC**

RM1860	RM 4000	RM 2600 X 3	RM 4000
RM1860	TIADA PERUNTUKAN	TIADA PERUNTUKAN	RM 3000

KURSUS YANG TELAH DILAKSANAKAN 2026

BIL	NAMA PROGRAM DAN LOKASI	TARIKH	BIL PESERTA	SUMBER KEWANGAN
1.	KEMPEN KESEDARAN KEGANASAN RUMAHTANGGA DAN PENDERAAN KANAK-KANAK PERINGKAT NEGERI KELANTAN MYDIN MALL TUNJUNG	18 APRIL 2026	350 ORANG AWAM 67 URUSETIA (TERMASUK PEMPAMER)	JKNK, UNIT MENTAL KESIHATAN AWAM, KERAJAAN NEGERI, IL DAN, KLINIK FARAHAIN, SYARIKAT PRINTING SRI KOTA, YANAS, MAIK, YKN, MYDIN MALL, H-ELITE
2.	KURSUS KAUNSELOR BAGI STAF YANG MENGENDALIKAN KES OSCC	12 MEI 2026	65 ORANG	PENGURUSAN HOSPITAL, IL DAN

MESYUARAT YANG DIRANCANG DAN TELAH DILAKUKAN

BIL	JENIS MESYUART	TEMPAT	KEKERAPAN	PERANCANGAN
1	OSCC PERINGKAT JABATAN	BILIK MESYUARAT ETD	1	2 KALI SETAHUN
2	OSCC PERINGKAT JKNK	BILIK MESYUARAT JKNK	1	2 KALI SETAHUN
3	OSCC PERINGKAT INTERAGENCY	BILIK MESYUARAT ACC	2	4 KALI SETAHUN
4	OSCC PERINGKAT HOSPITAL	BILIK MESYUARAT ACC	1	2 KALI SETAHUN



PERIHAL OSCC HOSPITAL DAERAH



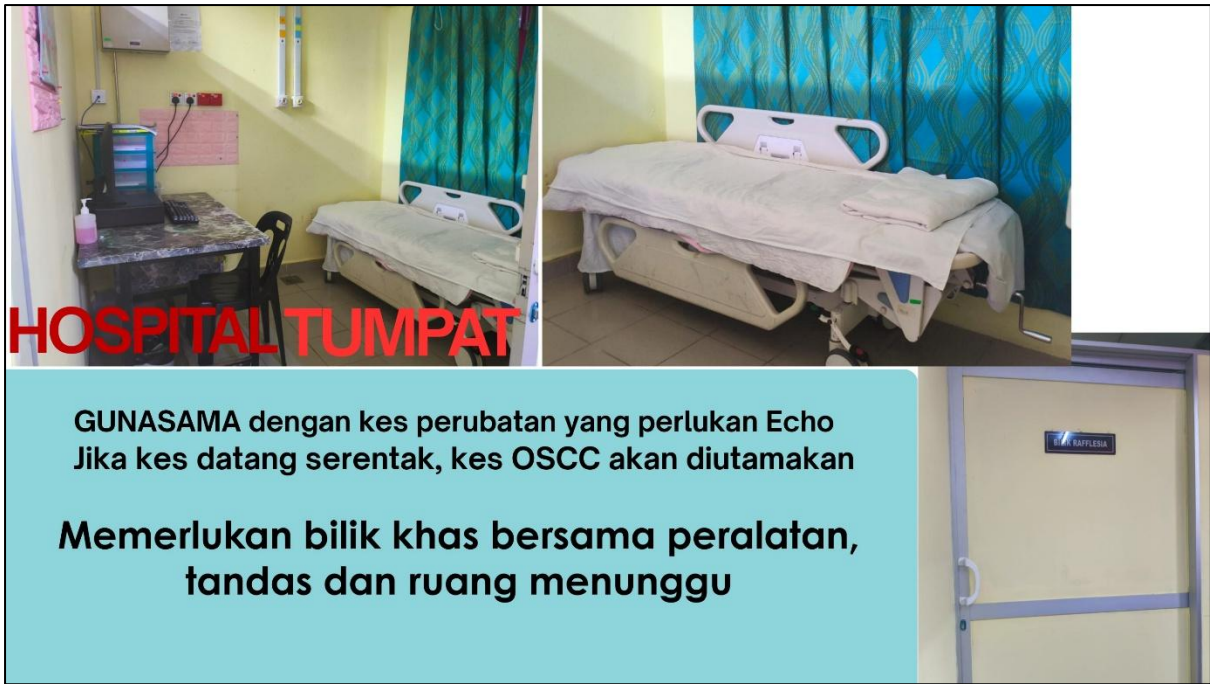
HOSPITAL PASIR MAS

GUNASAMA dengan kes isolasi seperti MersCov yang stabil

Jika kes datang serentak, pesakit OSCC akan dirawat di ruang bilik solat staf

Memerlukan bilik khas bersama peralatan, tandas dan ruang menunggu







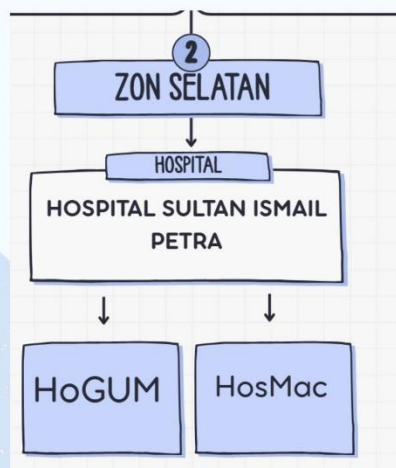
HOSPITAL BACHOK

Bilik besar namun masih ada keperluan yang tidak lengkap

Memerlukan peralatan laptop, sofa waris menunggu, almari berkunci dan meja konsultasi



PERIHAL OSCC HOSPITAL DAERAH





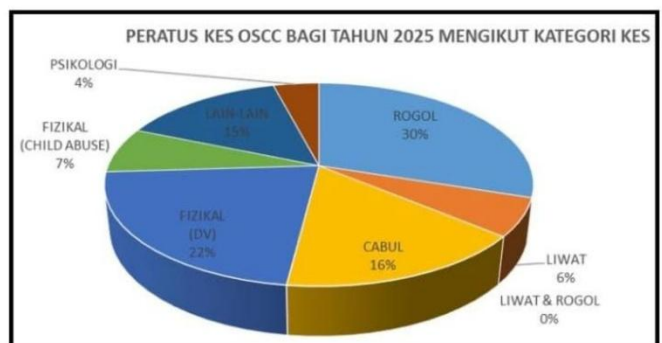
HOSPITAL SULTAN ISMAIL PETRA

OSCC KIT for fresh sexual assault case.

KIT: nail clipper, scissors, comb, etc
(Sebelum ni beli sendiri)

STATISTIK KES OSCC ETD HSIP BAGI TAHUN 2025

PERKARA/ BULAN	ROGOL	LIWAT	LIWAT & ROGOL	CABUL	FIZIKAL (DV)	ROGOL (CHILD ABUSE)	LAIN- LAIN	PSIKOLOGI	JUMLAH
JAN	2	1		1		1			5
FEB	2			1	3	1			7
MAR	4			1	1				6
APRIL	4	1		2	3		3 (DNA) 1 (BBA)		16
MAY	1	1		2	3	1		1	9
JUN	6			4	1	2			13
JULAI	2			2	2	1	1 (DNA)		8
OGOS	4	1			2		2 (DNA)		9
SEPTEMBER		2		1	3	1	1 (DNA)		8
OKTOBER	1			2			3 (DNA)		6
NOVEMBER					1		1 (DNA)		2
DISEMBER	1				2		1 (DNA)	3 (Neglect)	7
	29	6	0	16	21	7	14	4	96



KES OSCC HSIP PADA TAHUN 2024

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

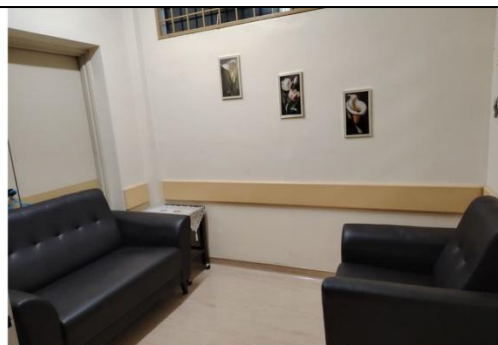
21

22

23

24

KES OSCC DEWASA DAN KANAK-KANAK BULAN JANUARI HINGGA JUN TAHUN 2024								
BIL	PERKARA/ BULAN	ROGOL	LIWAT	LIWAT & ROGOL	CABUL	FIZIKAL	PSIKOLOGI	JUMLAH
1	JAN	2	1	1	2			6
2	FEB	2				3		5
3	MAC	1				1		2
4	APRIL	5			1	2		8
5	MEI	1				5		6
6	JUN	TIADA KES						
JUMLAH								27
KES OSCC DEWASA DAN KANAK-KANAK BULAN JULAI HINGGA DISEMBER TAHUN 2024								
BIL	PERKARA/ BULAN	ROGOL	LIWAT	LIWAT & ROGOL	CABUL	FIZIKAL	PSIKOLOGI	CATATAN
1	JULAI	2				4		6
2	OGOS	5				4		9
3	SEPTEMBER	1				3	1(kes buang bayi)	4
4	OKTOBER	4	1			1		6
5	NOVEMBER				1	3		4
6	DISEMBER	1			2	3		6
JUMLAH								62



HOSPITAL GUA MUSANG

LENGKAP
SEBAGAIMANA POLISI





HOSPITAL MACHANG

Bilik OSCC asal sudah jadi bilik rehat kakitangan

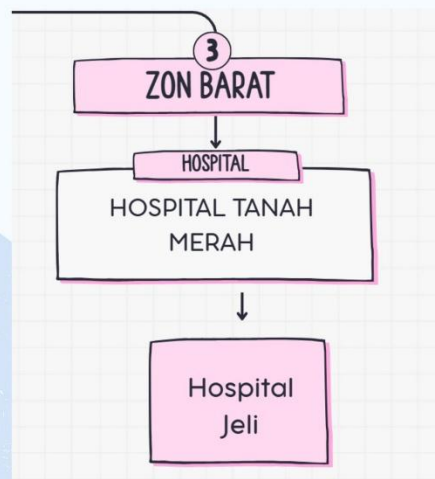
Bilik baru dalam proses pembinaan

Buat masa sekarang guna sama di zon hijau

Perlu juga kelengkapan sebagaimana polisi



PERIHAL OSCC HOSPITAL DAERAH





Memerlukan sofa untuk waris menunggu



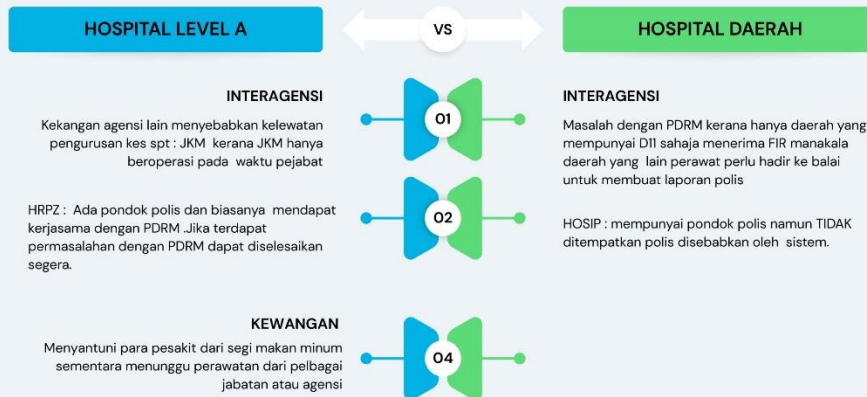
Bilik sempit dan tidak selesa



APPENDIX 2		
LAYOUT OF THE INFRASTRUCTURE OF ONE STOP CRISIS CENTRE		
1.0 COMPONENTS	2.0 CHARACTERISTIC	
Section 1 : CLERKING AND COUNSELING SECTION	2.1	Within emergency services area
- History Taking	2.2	Conducive and comfortable
- Police Report	2.3	Safe and secure
- Counseling	2.4	Private area
Section 2 : EXAMINATION SECTION	3.0 FUNCTION AND USAGE	
- Clinical Examination	3.1	Clerking cases
- Specimen Collection	3.2	Counseling
- Specimen handling, processing and sealing	3.3	Examination with a couch
- Therapeutic procedures	3.4	Storage for forensic equipment and file
- Forensic Kit / equipment	3.5	Basic furniture
Section 3 : LODGING	3.6	Basic clerking facility-
- Lodging area/Temporary for 24 hours	3.6.1	Case sheet
- Shelter Section	3.6.2	Specimen forms
Section 4 : ATTACHED BATHROOM	3.6.3	Specimens collection equipment
- Attached toilet with shower		
- Locker with a change of clothing		



KEKANGAN YANG DIHADAPI DALAM MENANGANI KES OSCC



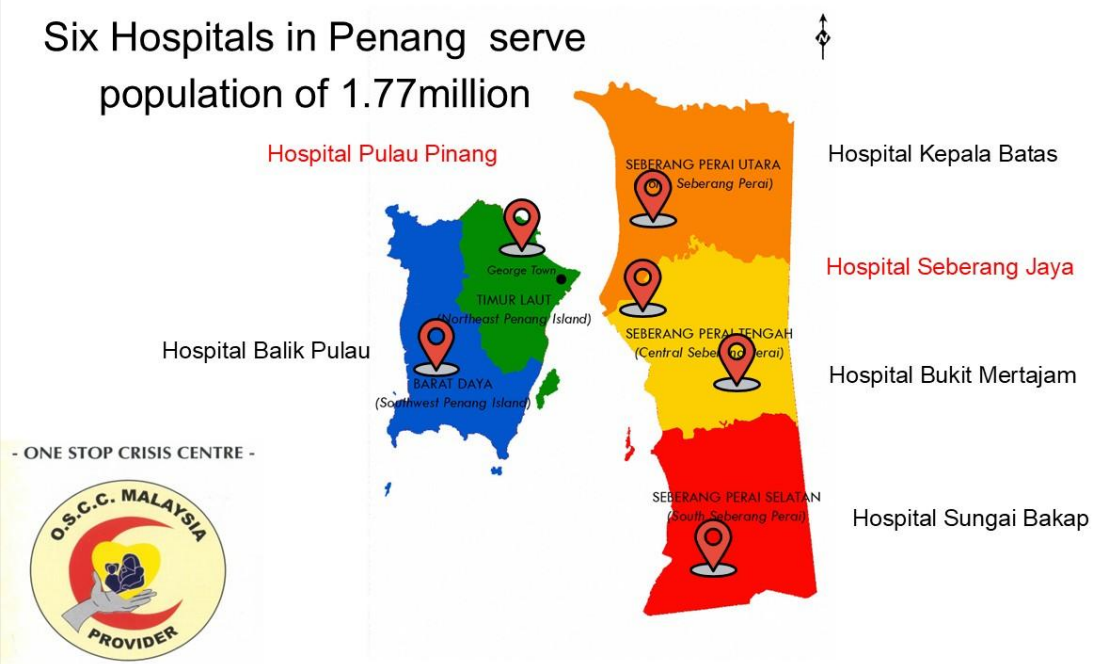


PENAMBAHBAIKAN		PENGLIBATAN		
	- Program Kempen Kesedaran Keganasan Rumahtangga dan Penderaan Kanak-kanak kepada masyarakat - Slot Radio di Konti (RTM) Kelantan Cadangan : Pihak kerajaan menjadikan agenda utama membanteras kes-kes OSCC ini kepada masyarakat sama seperti membentung isu kesihatan yang lain	JAHEAIK	KERAJAAN NEGERI (U-KEKWA)	Mesyuarat Interagensi
		Daripada Hukuman	Untuk rumah perlindungan	Perbincangan kes dan juga susulan
		Kepada Khidmat nasihat/bantuan sosial (kahwin)	Ada kekangan juga-waktu pejabat	Kenaplasi masalah dan penyelesaian

PENGENDALAIN KES OSCC DI NEGERI PULAU PINANG



Six Hospitals in Penang serve
population of 1.77million



UNIQUE SYSTEM IN MALAYSIA

- Concept of concentrated management of survivors by multidisciplinary team in a centre (like OSCC) is advocated but not available in many developing countries, but more are adopting it.



PERANAN HOSPITAL

- Menyediakan tempat di Jabatan Kecemasan.
- Mengadakan koordinasi antara disiplin.
- Mengadakan koordinasi antara agensi luar.
- Penghasilan rekod.



PENGENDALIAN DAN PENGURUSAN KES DI PUSAT KHIDMAT SEPADU

- ONE STOP CRISIS CENTRE -



OBJEKTIF

- **Kes medikolegal dapat dikendalikan dengan baik dan mengikut garispanduan**
- **Beri rawatan yang sempurna**
- **Pengumpulan spesimen dapat dikendalikan mengikut protokol dan digunakan sebagai bahan bukti di mahkamah**



TREATMENT VS EVIDENCE COLLECTION

Life threatening

- Treat first
(Patient needs)

Criminal/
Justice needs



FOKUS PUSAT KHIDMAT SEPADU

- **Rogol**
- **Liwat**
- **Keganasan seksual / cabul**
- **Penderaan kanak-kanak**
- **Keganasan rumah tangga**



AGENSI-AGENSI TERLIBAT

- Kementerian Kesihatan : Jabatan-jabatan Kecemasan, O&G, Pediatrik, Pembedahan, Forensik, Jabatan Kimia, Jabatan Kebajikan
- Polis
- Kebajikan Masyarakat
- Biro Guaman
- N.G.O.'s eg Women's Centre For Change (WCC)
- Jabatan Agama



CHANGE IN DEFINITION

- **Fresh(Acute) Rape Case**
 - Any rape survivors presenting to health facility within **72hours** of the incident.
- **Cold Rape Case**
 - Any rape survivor presenting to health facility **after 72 hours** of the incidence.
- Now changed to **120 hours (5days)** evidence spermatozoa able to survive until then



PRACTICE IN PENANG

- After state OSCC coordination meeting in May, 2012
- Decided to adopt the 120 hr definition in whole state
- For fresh cases, seen urgently
- For cold cases, seen next office hour working day



OSCC

Conducive environment

- **Safe**
- **Comfortable**
- **Privacy**
- **Friendly environment**

Must have separate toilet



CLUSTER HKSP & ONE STOP CRISIS CENTRE (OSCC) ACTIVATION ETD HBM



PENGENALAN HKSP

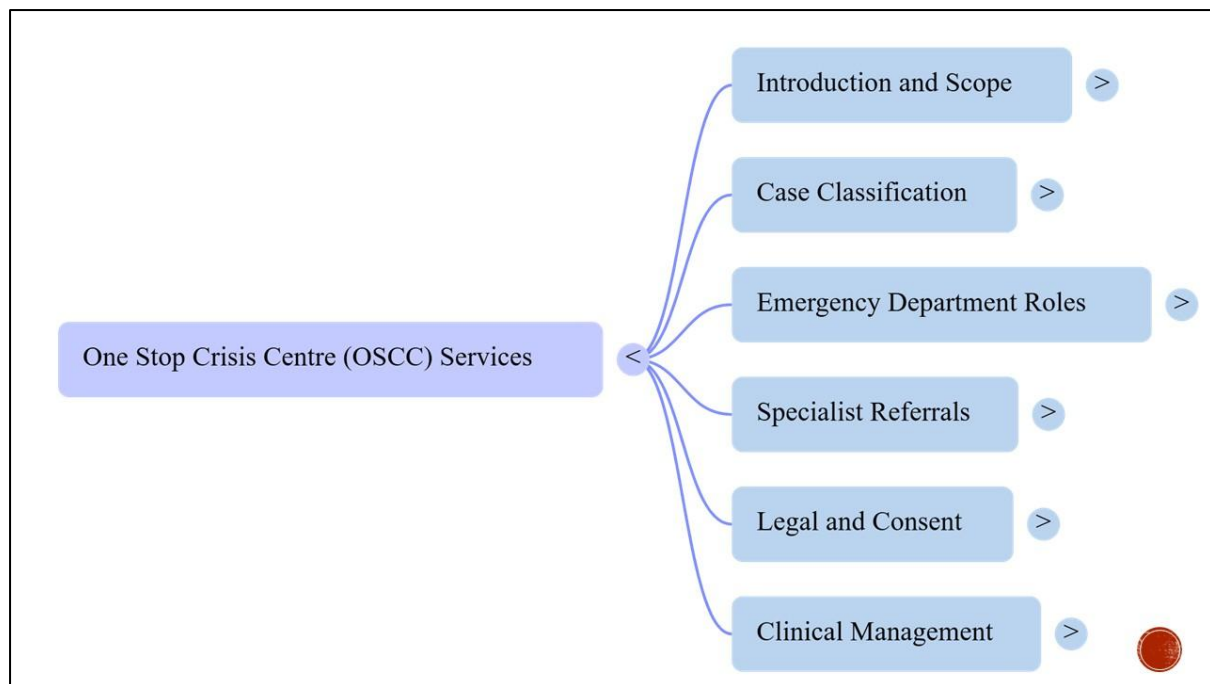
Pelaksanaan HKSP

	bermula sejak 8 Disember 2016			
	Hospital Seberang Jaya (HSJ)	Hospital Bukit Mertajam (HBM)	Hospital Kepala Batas (HKB)	Hospital Sungai Bakap (HSB)
Tahun bermula operasi	1995	1890	2003	1891
Status hospital	Hospital Pakar Major (Lead Hospital)	Hospital Pakar Minor (Non-Lead Hospital)	Hospital Pakar Minor (Non-Lead Hospital)	Hospital Tanpa Pakar (Non-Lead Hospital)
Bil. katil rasmi	413	242	134	105



HISTORY OF OSCC IN HBM

- 2009: OSCC OPERATED IN HBM
- 2020: MOVEMENT OF PRIMARY TEAM (O&G) AND STAND DOWN OF OSCC FOLLOWED BY COVID TIME
- 2026: REOPENING OF OSCC FOR ACUTE CASE DURING OFFICE HOUR

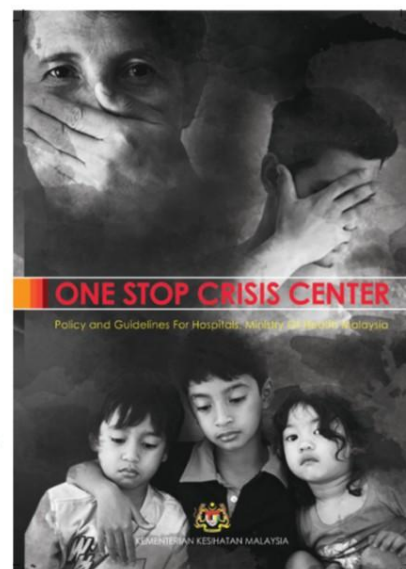


INTRODUCTION

- One Stop Crisis Center (OSCC) service is an integrated and comprehensive **multiagency service center** established in all ETD of the Ministry Of Health for the management of survivors of **domestic violence, sexual assault, child abuse and neglect**
- Components of OSCC services:
 - Rape and sexual assault
 - Child abuse and neglect
 - Sodomy
 - Domestic violence

The multidisciplinary team shall include:

- 5.5.1 Emergency and Trauma Department
- 5.5.2 Obstetrics and Gynecology Department
- 5.5.3 Pediatric Department
- 5.5.4 Surgical Department
- 5.5.5 Forensic Department
- 5.5.6 Psychiatric Department
- 5.5.7 Medical Social Services
- 5.5.8 Counseling Unit
- 5.5.9 Social Welfare Department
- 5.5.10 Royal Malaysian Police
- 5.5.11 Relevant Non-Governmental Organizations (NGOs)



First published in Malaysia in July 2015
 One Stop Crisis Center: Policy and Guidelines for Hospitals,
 Ministry of Health, Malaysia

GENERAL

- Stable survivors → OSCC room immediately for further care
 - Unstable survivors → managed in critical area
- For children under 18 years of age → consent by either the parent/ legal guardian/ child protector/ as ordered by Police Officer under the provisions of the Child Act 2001 (Revised 2016)
- If there is no prior police report → MO should initiate the police report via phone call or police shall come to OSCC for police report .

Sodomy	Rape
• Acute(fresh) cases are defined as those <u>up to 120 hours</u> from the time of incident (Willcort, 1982). ✓ All fresh cases shall be seen urgently in OSCC • Cases that present more than 120 hours from the last incident are considered “cold” cases	• For alleged rape (WHO 2004) and child sexual abuse, acute (fresh) cases are <u>up to 72 hours</u> from the time of incident • Cases that present more than 72 hours from the last incident are considered “cold” cases

***** Consensus between multiagency in cluster hospital, for fresh case (sodomy and rape case) is up to 120 hours (5 days).**



GENERAL

- Detailed examination → by appropriate respective departments
 - **Rape and sexual assault** → specialist from the Obstetrics and Gynecology (**O&G**) Department.
 - **Child abuse and neglect** → **Pediatric** Department or Suspected Child Abuse and Neglect (**SCAN**) team
 - **Sodomy** → **Surgical** Department
 - **Counselor, psychologist or psychiatrist**
- Police Officer → must present during evidence collection
- All evidence collected → handed over to the Police Officer immediately



JOB DESCRIPTION (EMERGENCY AND TRAUMA DEPARTMENT)

- The Emergency and Trauma Department shall be responsible for the initial management of OSCC fresh case:

- | | | |
|--------|---|--|
| ED HBM | { | ▪ Triage |
| | | ▪ History taking + PE (once obtained borang pol59) |
| | | ▪ Clinical stabilization |
| | | ▪ Treatment of injuries |
| | | ▪ OSCC activation |
| ED HSJ | { | ▪ Evidence collection other than that obtained from vaginal/ anorectal examination |
| | | ▪ Coordinate management of OSCC cases → relevant referrals |



RAPE/ SEXUAL ASSAULT

RAPE (DEFINITION)

- **Rape** is dealt under section 375 of the Malaysian Penal Code
- According to this section a man is said to commit “rape” when he has **sexual intercourse** with a woman under the following circumstances:
 - **Against her will**
 - **Without her consent**
 - With her **consent** when consent has **been obtained by putting her in fear** of death or hurt to her or any other person, or obtained under **misconceptions of the fact**
 - With her consent when the man knows that he is not her husband, and her consent is given because **she believes that he is another man** to whom she is or believes herself to be **lawfully married** or to whom she would consent
 - With her **consent** through **deception**
 - With her consent, when at the time of giving such consent, she is **unable to understand the nature and consequences of that to which she gives consent**
 - With her consent, when she is **under sixteen years of age (statutory rape)**



Penetration is sufficient to constitute the sexual intercourse necessary to the offence of rape



Exception
Sexual intercourse by a man with his own wife by a marriage which is valid under any written law for the being in force, or is recognized in Malaysia as valid, is not rape



 **SODOMY**

DEFINITION

- Sexual intercourse between 2 persons by introduction of penis into the anus of another person
- in section 377 (a) any person who has sexual connection with another person by introduction of penis into anus or mouth.
- In section 377 (c) Occur without consent or against the will of another person or by putting the other person in fear of death or hurt to the person or any other person
- In section 377 (CA) above offences is committed by introduction any objects into vagina/anus of the other person without the other person's consent

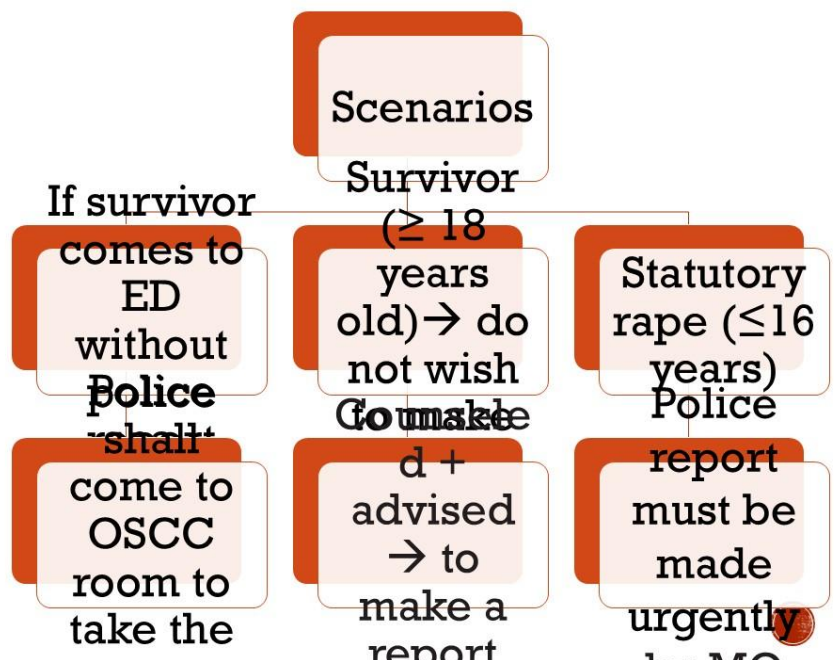


POLICE REPORT

- A police report must be made → police will release an order (Borang Pol59) to request the doctor to examine and collect evidence with consent

▪ Examination of the patient can be done with only the Borang Pol59

- **Do not allow guardian go police station make a police report



POLIS DIRAJA MALAYSIA
(Pdt. 19-Pis. 3/86)

PERMINTAAN UNTUK PEMERIKSAAN DOKTOR BAGI ORANG YANG TERLIBAT DALAM KES POLIS

Kepada Penguasa Perubatan Yang Meniaga Rumah Sakit.....

Ditujukan untuk memeriksa.....

No. K.P.F.N. Umur Jenis

Keterangan.....

(Potong mana-mana yang tidak dipukul)

(a) Orang sah (b) Orang cedera (c) Orang lain yang terlibat dalam suatu kes Polis

(d) Orang hilang atau tidak berdaya supaya (di bawah seksyen 6, Bab 191)

(Lihat Borang Surat Akuan di bawah)

Tarikh dan jam diantar.....

Ditujukan oleh.....

No. Akuan/Buku.....

Kondisi dan keadaan ringkas kes yang berkenaan.....

Sama ada surat akuan diserahkan atau tidak.....

Sama ada yang berkenaan itu hendak diawal atau tidak.....

Tarikh..... Tandatangan.....

K.P.D.

Uraian Pegawai Perubatan jika surat akuan tidak diserahkan.....

Tarikh..... Pegawai Perubatan.....

SURAT AKUAN DI BAWAH SEKSYEN 9 UNDANG-UNDANG ORANG BANGSAT
DAN TIDAK BERDAYA UPAYA (BAB 191)

Saya.....

mengikut bahawa.....

adalah bahawa ke hadapan saya dalam kawalan Mata Mata.....

adalah bahawa/tidak berdaya mencari cara hidup.....

Tarikh..... Pegawai Perubatan.....

Pegawai Perubatan diserahkan kepada Polis atau Magister dengan segeranya dalam hal keadaan merbahaya yang
menyebabkan maut.

Apabila surat akuan diserahkan maka Mata Mata yang mengiring hendaklah diserahkan supaya membawa surat itu diserahkan dan
kemudian menyampulkannya terus kepada Ketua Polis Balai.

PAGE 4

BORANG 4
AKTA KANAK-KANAK 2001
[Subseksyen 20(1) dan (4)]

PENGEMUKAAN KANAK-KANAK KE HADAPAN PEGAWAI PERUBATAN

Kepada.....

.....

.....

.....

(Alamat hospital atau klinik kerajaan)

Seorang kanak-kanak yang dikenali sebagai lelaki / perempuan. Umur : Sijil Kelahiran No. / Kad Pengenal No.: telah diambil ke dalam jagaan sementara di bawah seksyen 18 / subseksyen 20(4) Akta.

Saya berpendapat bahawa kanak-kanak itu memerlukan pemeriksaan atau rawatan perubatan dan dengan ini mengemukakan kanak-kanak itu ke hadapan anda.

Menurut seksyen 21 Akta, anda:-

(a) hendaklah menjalankan atau menyebabkan dijalankan pemeriksaan terhadap kanak-kanak itu;

(b) boleh, pada memeriksa kanak-kanak itu dan jika dibenarkan sedemikian oleh "Pelindung / pegawai polis, melakukan atau menyebabkan dilakukan apa-apa tataraca dan ujian yang perlu untuk mendiagnosis keadaan kanak-kanak itu; dan

(c) boleh memberikan atau menyebabkan diberikan apa-apa rawatan yang anda fikirkan berikutan keputusan diagnosis itu.

DIBERIKAN di bawah tandatangan saya dan cop rasmi "Pelindung / pegawai polis pada..... hari bulan tahun

(Tandatangan "Pelindung / pegawai polis")

Nama :
Alamat pejabat :

Catatan * Potong mana-mana yang tidak berkenaan

CONSENT

- For survivors aged 18 years and above:
 - Survivors consent for physical examination, genital examination and evidence collection taken
 - In a critical/semi critical case → consent can be given by police or attending specialist
 - For survivors below the age of 18 years:
 - Consent for examination and evidence collection is taken from the parents, legal guardians, Police Officer or Child Protector
- Special circumstances – mother ask for full examination as child complaint of pain upon urination**
- Mother consent required. Police report not required
 - High suspicious, need to lodge police report
- Mother worried that child has been raped**
- Police report and parental consent

Police report no:

CONSENT FORM FOR MEDICAL CONSULTATION

I I.C No. have been informed and explained by Dr. I.C No. Designation. on the details of the forensic medical examination and evidence collection. I understand and agree that the findings and evidence collected will be released to the police and will be used in court.

I hereby consent to the following procedures to be conducted on myself / my son / my daughter / the named person (IC / Passport / Birth cert no:)

(Mark each and that applies)

Physical examination of my/his/her body	
Physical examination of the genitalia and/or anus of mine/him/hers	
Collection of specimen from my/his/her body	
Collection of specimen from the genitalia and/or anus of mine/him/hers	
Photography of any findings on my/his/her body	
Photography of any findings on the genitalia and/or anus of mine/him/hers	
Treatment of any identified medical conditions	

Patient's/Parent's/Guardian's/Protector's Signature or fingerprint:

Name:
Date:

Witness's signature:

Name:
Date:

Delete where applicable

CONFIDENTIAL

FRESH CASES

- Physical Examination:
 - only external examination required in ETD HBM
- Police must be present during physical examination
- During PE:
 - Privacy, minimize crowd
 - Chaperon
 - Examine consecutively → survivor does not have to dress and undress many times

Table 1 : Describing features of general physical injury

FEATURE	NOTES
Accepted terminology	Abrasion, contusion, laceration, incised wound, gunshot
Site	Anatomical site of wound
Size and depth	Measure dimensions and estimate depth of wound
Shape	Describe shape (linear, curved, irregular)
Surrounds	Any bruising, swelling
Color	Observation of color
Contents	Any presence of foreign body
Age	Comment on evidence of healing

APPENDIX 11

CLINICAL FORENSIC
EXAMINATION FORM
FOR ALLEGED SEXUAL ASSAULT

POLICE REPORT NO.:

© 2002 - One Stop Crisis Center - Policy and Guidelines for Hospitals, Ministry of Health, Lebanon

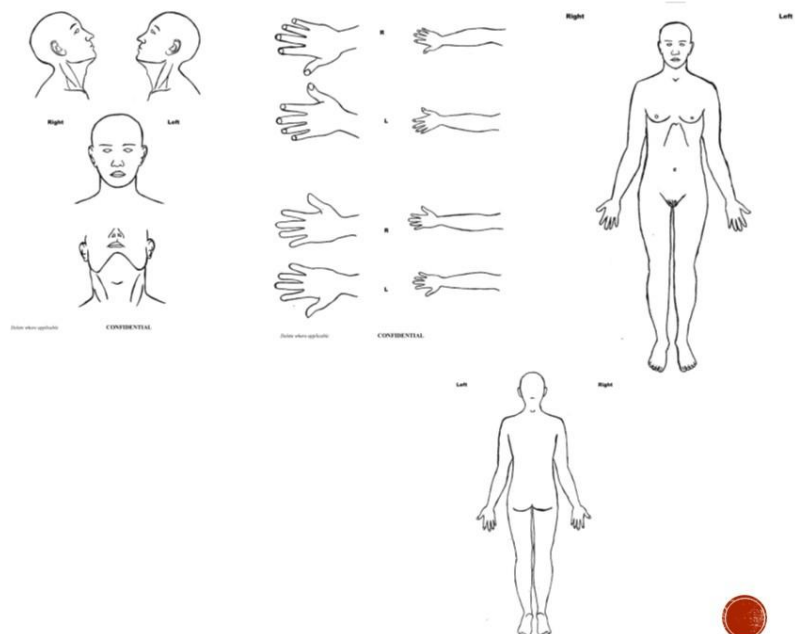
CSCC



FRESH CASES

PE + Evidence collection:

- The survivor should disrobe while standing on brown paper to catch any falling debris, hair
- Never ask the survivor to undress or uncover completely. Examine the upper then lower half. Give her a gown to cover herself
- Record and measure the dimension anatomical position of the wounds
 - Sites of extra genital trauma are the mouth, throat, wrists, arms, breasts and thigh are to be examined
- Record findings on pictogram



INVESTIGATION

* SWABS/ BLOOD INVESTIGATIONS ETD HBM AS PER PROTOCOL

*CAN DO UPT/UFEME IF INDICATED

*ULTRASOUND ABDOMEN

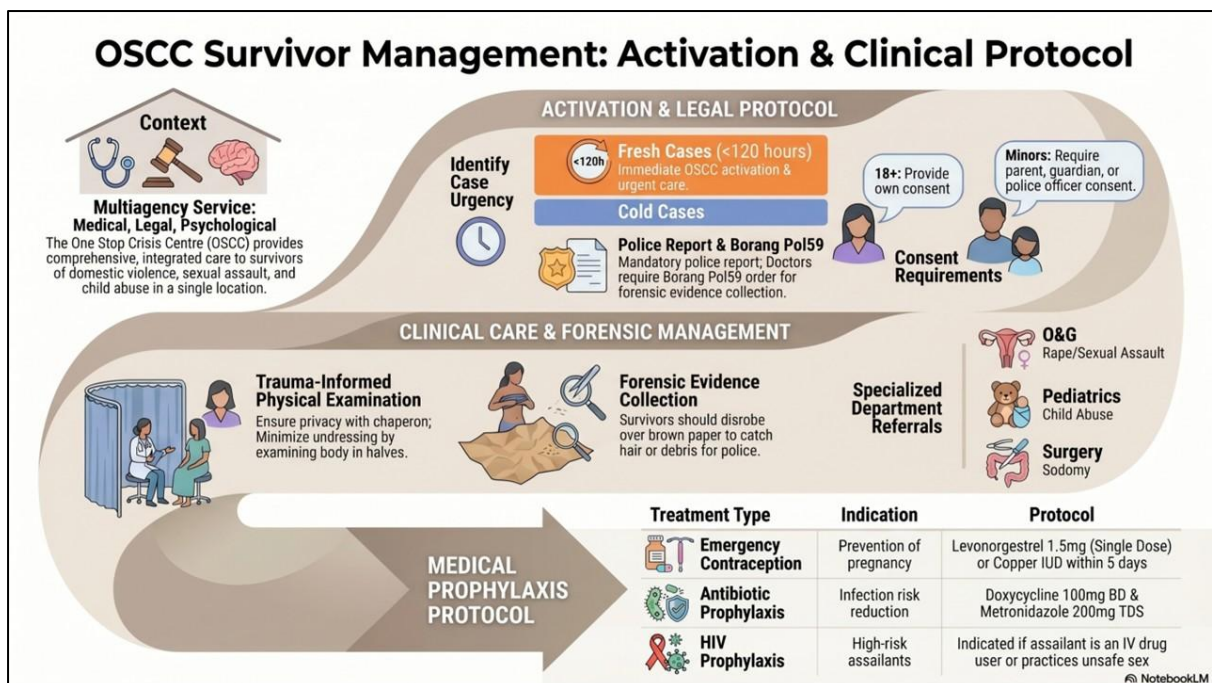
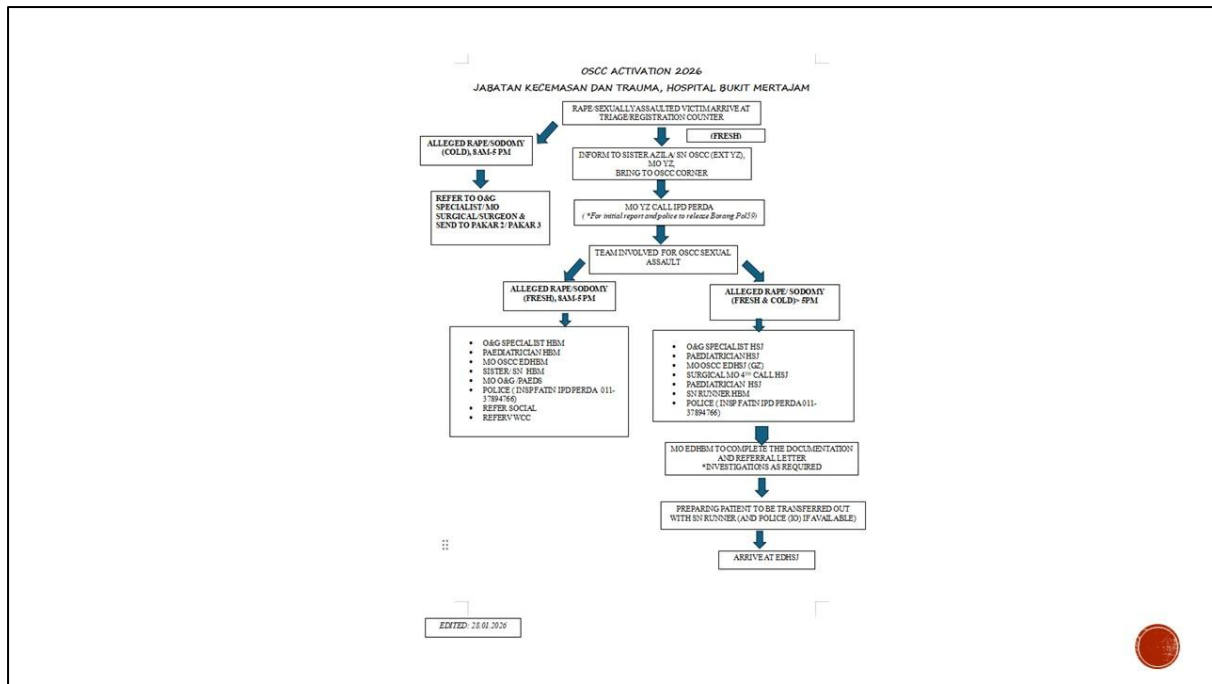
*XRAY IF SUSPICIOUS OF FRACTURE



MANAGEMENT

- ED HBM
- EDHBM/
EDHSJ
- Treatment initiated if indicated → eg: abrasion or laceration wound- dressing/ pain relief/ ATT
 - **Prophylaxis indicated:**
 - (i) **Emergency contraception- Medically or legally warranted**
 - Copper IUD- to insert within 5 days from incident in women who are parous
 - Levonorgestrel 1.5mg orally as a single dose regime
 - (ii) **Antibiotics for high risk group:**
 - Increased risk of infection in rape compared to consensual sex
 - Rape- more genital trauma and bleeding
 - Multiple assailants
 - Tab doxycycline 100mg bd x 2/52 & Tab Metronidazole 200mg tds x 2/52
 - (iii) **HIV prophylaxis is indicated if assailant is known to be:**
 - Intravenous drug user
 - Involved in bisexual/homosexual activities
 - Practices unsafe sex



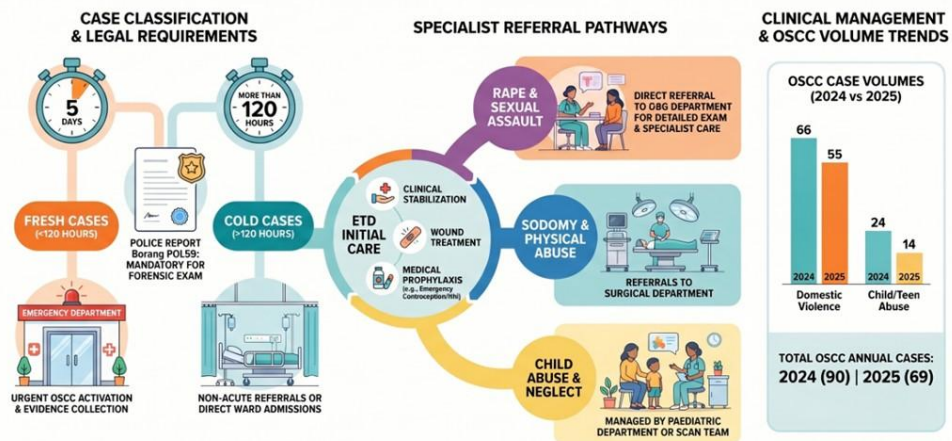


Management Flow for Suspected Abuse Victims

Hospital Bukit Mertajam



OSCC Survivor Care: Integrated Management Pathway



Kerjasama Unik WCC/PPW & OSCC: Latar Belakang

- 1985: WCC (NGO) ditubuhkan di Pulau Pinang bagi menangani keganasan terhadap wanita & kanak-kanak; pejabat utama di bahagian pulau
- 2009: Kerjasama pintar antara WCC dan Kerajaan Negeri Pulau Pinang menubuhkan Pusat Perkhidmatan Wanita (PPW) di Seberang Perai (dana negeri, operasi oleh WCC)
- Bermula dari tahun 2008, WCC/PPW kini bekerjasama dengan kesemua 6 buah OSCC di Pulau Pinang untuk membantu mangsa keganasan rumah tangga dan seksual (WCC di bahagian pulau, PPW di Seberang Perai)

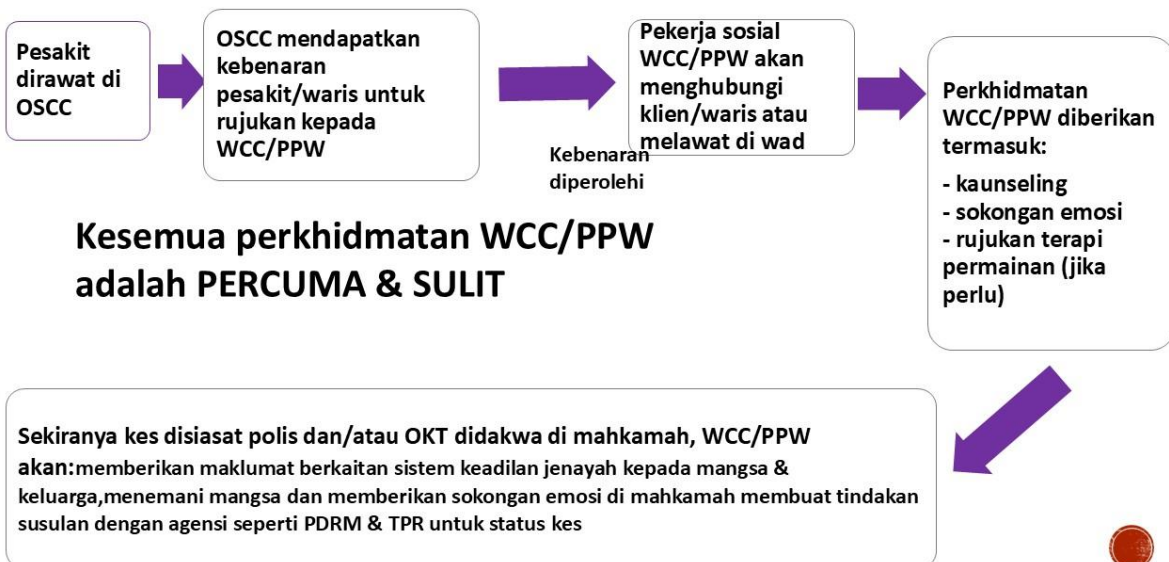


Kerjasama WCC/PPW & OSCC merangkumi:

- Sokongan menyeluruh untuk mangsa
- Latihan yang berimpak untuk kakitangan perubatan



PROSES SOKONGAN MANGSA



WCC & PPW telah mengendalikan >4,800 kes OSCC (keganasan rumah tangga & seksual)

	HOSPITAL	TAHUN	JUMLAH KES
Bahagian Pulau	Hospital Pulau Pinang	2008 - 2025	1656
	Hospital Balik Pulau	2018 - 2025	255
Seberang Perai	Hospital Seberang Jaya	2012 - 2025	1996
	Hospital Kepala Batas	2018 - 2025	387
	Hospital Bukit Mertajam	2019 - 2025	423
	Hospital Sungai Bakap	2022 - 2025	118
JUMLAH KESELURUHAN			4835

Purata 284 kes setahun yang dikendalikan



Latihan untuk Kakitangan Perubatan

Bengkel latihan yang diberikan oleh WCC/PPW meliputi topik:

- **Pengendalian mangsa keganasan berasaskan gender termasuk keganasan rumah tangga dan seksual**
- **Kesihatan mental berkaitan keganasan rumah tangga**

Pada tahun 2025, WCC/PPW telah melatih sejumlah 536 orang kakitangan perubatan di OSCC dan Klinik Kesihatan Pulau Pinang



JUMLAH KES OSCC MENGIKUT DAERAH 2025, SUMBER: HSJ

BULAN	SPU	SPT	SPS	TL	BD	LAIN2	JUMLAH
JAN	3	3	3	-	-	2	11
FEB	1	7	3	-	-	3	14
MAC	-	5	2	-	-	2	9
APR	1	5	1	-	-	3	10
MEI	1	6	2	-	-	1	10
JUN	2	1	3	-	-	2	8
JUL	2	8	2	-	-	1	13
OGOS	2	2	7	1	-	6	18
SEPT	4	3	2	-	-	2	11
OKT	3	13	2	1	1	1	21
NOV	5	3	3	-	-	2	13
DIS	1	4	2	-	-	2	9
JUMLAH	25	60	32	2	1	27	147



JUMLAH KES OSCC HBM

TAHUN	DERAAN WANITA FIZIKAL	DERAAN WANITA ROGOL	DERAAN WANITA CABUL/ LIWAT	DERAAN LELAKI LIWAT	DERAAN LELAKI FIZIKAL	DERAAN KANAK2 FIZIKAL	DERAAN KANAK2 ROGOL	DERAAN KANAK2 LIWAT	DERAAN KANAK2 CABUL	DERAAN KANAK2 CABUL & LIWAT	DERAAN KANAK2 ROGOL & LIWAT	DERAAN KANAK2 PSIKOLOG 1	JUMLAH
2021	119	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	134
2022	118	0	0	0	0	27	0	0	0	0	0	0	145
2023	86	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	107
2024	66	0	0	0	0	24	0	0	0	0	0	0	90
2025	55	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	69



Jumlah Kes OSCC HBM

JUMLAH KES OSCC BAGI TAHUN 2025

BULAN	DERAAN WANITA FIDAL	DERAAN WANITA RIGOL	DERAAN WANITA CARUL LIMAT	DERAAN LELAN LIMAT	DERAAN LELAN FIDAL	DERAAN KANAK2 FIDAL	DERAAN KANAK2 RIGOL	DERAAN KANAK2 LIMAT	DERAAN KANAK2 CARUL	DERAAN KANAK2 CARUL & LIMAT	DERAAN KANAK2 RIGOL & LIMAT	DERAAN KANAK2 FIDAL & RIGOL	JUMLAH
JAN	6	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	9
FEB	8	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	11
MAC	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
APRIL	7	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8
MEI	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
JUN	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
JULAI	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	6
OGOS	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	6
SEPT	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
OKT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
DIS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	55	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	69



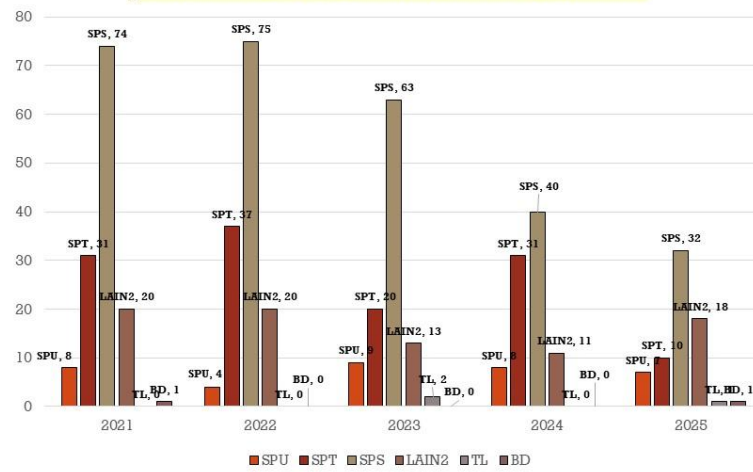
JUMLAH KES OSCC HBM MENGIKUT DAERAH PESAKIT

TAHUN	SPU	SPT	SPS	TL	BD	LAIN2	JUMLAH
2021	8	31	74	0	1	20	134
2022	4	37	75	0	0	20	136
2023	9	20	63	2	0	13	107
2024	8	31	40	0	0	11	90
2025	7	10	32	1	1	18	69

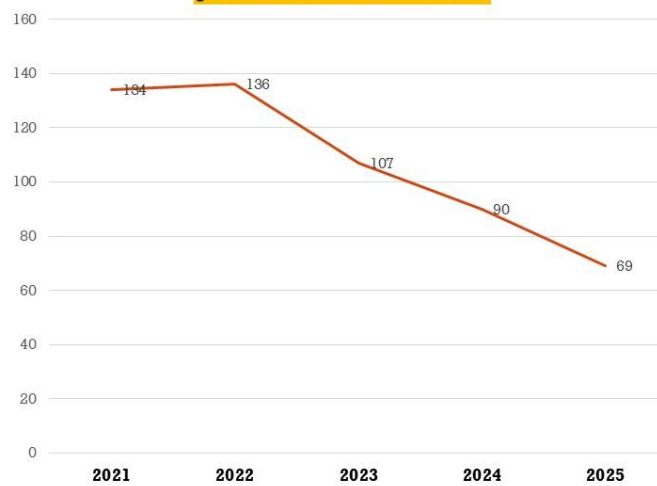


JUMLAH KES OSCC HBM MENGIKUT DAERAH PESAKIT

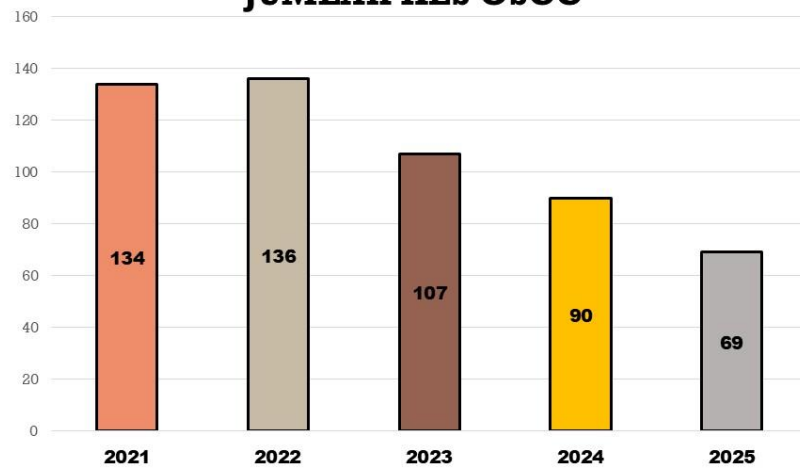
JUMLAH KES OSCC MENGIKUT DAERAH



JUMLAH KES OSCC



JUMLAH KES OSCC



Jumlah Kes OSCC HBM

JUMLAH KES OSCC BAGI TAHUN 2026

BULAN	DERAAN WANITA FISAL	DERAAN WANITA BOGOL	DERAAN WANITA CARUL UMAT	DERAAN LELAKI UMAT	DERAAN LELAKI FISAL	DERAAN KANAK2 FISAL	DERAAN KANAK2 BOGOL	DERAAN KANAK2 UMAT	DERAAN KANAK2 CARUL	DERAAN KANAK2 BOGOL & UMAT	DERAAN KANAK2 BOGOL & FISAL	DERAAN KANAK2 FISAL	JUMLAH
JAN	1		1										2
FEB	4					1							5
MAC	2												2
APRIL	4							1					5
MEI													
JUN													
JULAI													
OGOS													
SEPT													
OKT													
NOV													
DIS													
TOTAL	9		1			1		1					



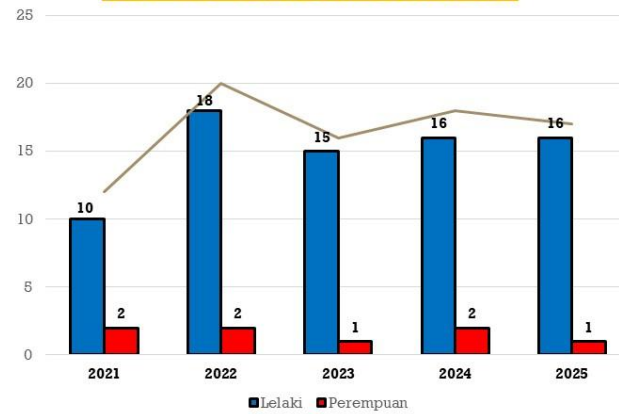
JUMLAH KES MVA UNDER 16 TAHUN 2025

BULAN	JANTINA		BANGSA				BILANGAN KES
	Lelaki	Perempuan	Melayu	Cina	India	Lain	
JAN	3	0	2	0	1	0	3
FEB	0	0	0	0	0	0	0
MAC	2	0	2	0	0	0	2
APR	2	0	1	0	1	0	2
MEI	3	0	3	0	0	0	3
JUN	0	0	0	0	0	0	0
JULAI	3	0	3	0	0	0	3
OGOS	1	1	2	0	0	0	2
SEPT	2	0	2	0	0	0	2
OKT	0	0	0	0	0	0	0
NOV	0	0	0	0	0	0	0
DIS	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	16	1	15	0	2	0	17

JUMLAH KES MVA UNDER 16 TAHUN

TAHUN	JANTINA		BANGSA				BILANGAN KES
	Lelaki	Perempuan	Melayu	Cina	India	Lain	
2021	10	2	8	0	4	0	12
2022	18	2	18	0	2	0	20
2023	15	1	16	0	0	0	16
2024	16	2	14	1	3	0	18
2025	16	1	15	0	2	0	17

JUMLAH KES MVA UNDER 16 TAHUN



OSCC CLUSTER SAMPLING DISCUSSION 12.2.2026 (HSJ,HBM,HKB,HSB)



MINIT MESYUARAT PENGENDALIAN SAMPLE OSCC DI HOSPITAL- HOSPITAL KLUSTER SEBERANG PERAI

Tarikh : 12 Februari 2026 (Khamis)

Tempat : Pautan Google meet
<https://meet.google.com/hqb-ricf-jyj>

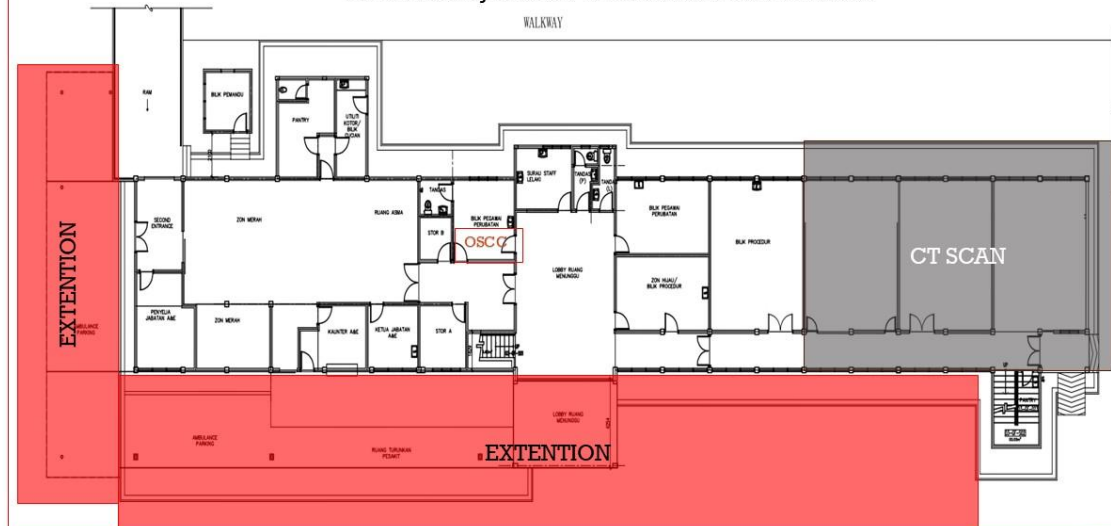
Masa: 11.00 pagi



A photograph of a small, simple room, likely a dormitory or hostel. The room features a green wall, a wooden floor, and a white table. A black chair is visible in the foreground. A small wooden table holds a box of tissues. A white sheet is draped over a bed or bench in the background.



PELAN ASAL JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA



The floor plan illustrates the layout of the COVID-19 treatment facility. Key areas include:

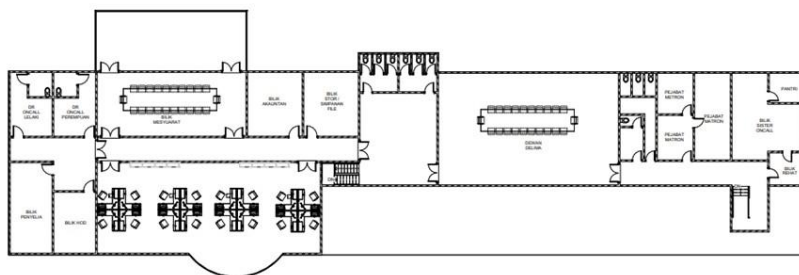
- ISOLATION / DECON** (24 x 27') and **RED ZONE** (127 x 27')
- YELLOW ZONE** and **GREEN ZONE** (24 x 27')
- BILIK PEMANDU** (20 x 27') and **PANTRY** (20 x 27')
- SURAU L** (24 x 27') and **SURAU P** (24 x 27')
- RUANG MENUNGGU** (Waiting Room)
- BILIK PROCEDUR** (24 x 27')
- SARI** (27 x 27')
- STOR KECEMASAN** (20 x 27')
- KAUNTER PENDAFTARAN DAN TRIAGE** (24 x 27')

Red arrows indicate the flow of patients from the entrance through the isolation/decontamination area into the red zone, and then through the yellow zone into the green zone.

Menaiktaraf Kawasan red zone dan yellow zone agar lebih luas



PELAN LANTAI (ATAS) JABATAN KECEMASAN (CADANGAN MENAIKTARAF)



NAIKTARAF JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA, HOSPITAL BUKIT MERTAJAM, PULAU PINANG

CADANGAN RUANG YANG AKAN DINAIKTARAFKAN

BIL	RUANG SEDIA ADA	CADANGAN NAIKTARAF
1	Zon Kritikal (Red Zon)	Ruang sediaada di extend ke hadapan (KEPERLUAN TERDESAK)
2	Zon Semi-Kritikal (Yellow Zon)	Ruang sediaada di extend ke hadapan.
3	Zon Bukan Kritikal (Green Zon)	Kekek di ruang sedia ada dan di besarkan.
4	Zon SARI	Kekek di ruang sedia ada dan di besarkan dan di naik taraf.
5	Kaunter Saringan Primer dan Sekunder	Memerlukan naiktaraf di ruang kaunter saringan (KEPERLUAN TERDESAK)
6	Bilik isolasi	Pembinaan baru di Kawasan Extent sebelah bangunan bersebelahan extension Red Zon dengan mengikut spek Negative Pressure yang disarankan (KEPERLUAN TERDESAK)
7	Bilik OSCC	Pembinaan baru di Kawasan Extent sebelah bangunan bersebelahan extension Red Zon
8	DB Elektrik Utama	Memerlukan naiktaraf elektrik bagi menampung keperluan elektrik sediaada yang tidak mencukupi. (KEPERLUAN TERDESAK)

ANGGARAN KOS = RM4,000,000.00



NAIKTARAF JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA, HOSPITAL BUKIT MERTAJAM, PULAU PINANG



Keadaan Kaunter Saringan Jabatan Kecemasan



Cadangan tapak untuk dijadikan kaunter saringan primer dan sekunder menggunakan kaunter pendaftaran sediaada dan bilik ketua jabatan. Bangunan akan diluaskan ke hadapan.



NAIKTARAF JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA, HOSPITAL BUKIT MERTAJAM, PULAU PINANG



Kedadaan Red Zone dan Yellow Zone yang sesak dan tidak dapat menampung jumlah pesakit yang ramai.



Extended yellow yang perlu dinaik taraf kawasan bertutup dan berhawa dingin kerana kawasan ini terlalu panas ketika tengah hari dan petang.

NAIKTARAF JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA, HOSPITAL BUKIT MERTAJAM, PULAU PINANG



Kawasan Cadangan untuk Pembinaan Bilik Isolasi dan Bilik OSCC



Kawasan menurunkan pesakit dicadangkan untuk ditutup dengan bumbung tinggi untuk mengelakkan pesakit terkena hujan.

BEYOND OSCC ROOM (MODERN DIGITAL)

Cabinet wall mounted
Lap top
Printer
Smart phone with simcard

Smart TV
SOFA
Transport Bed
Ultrasound



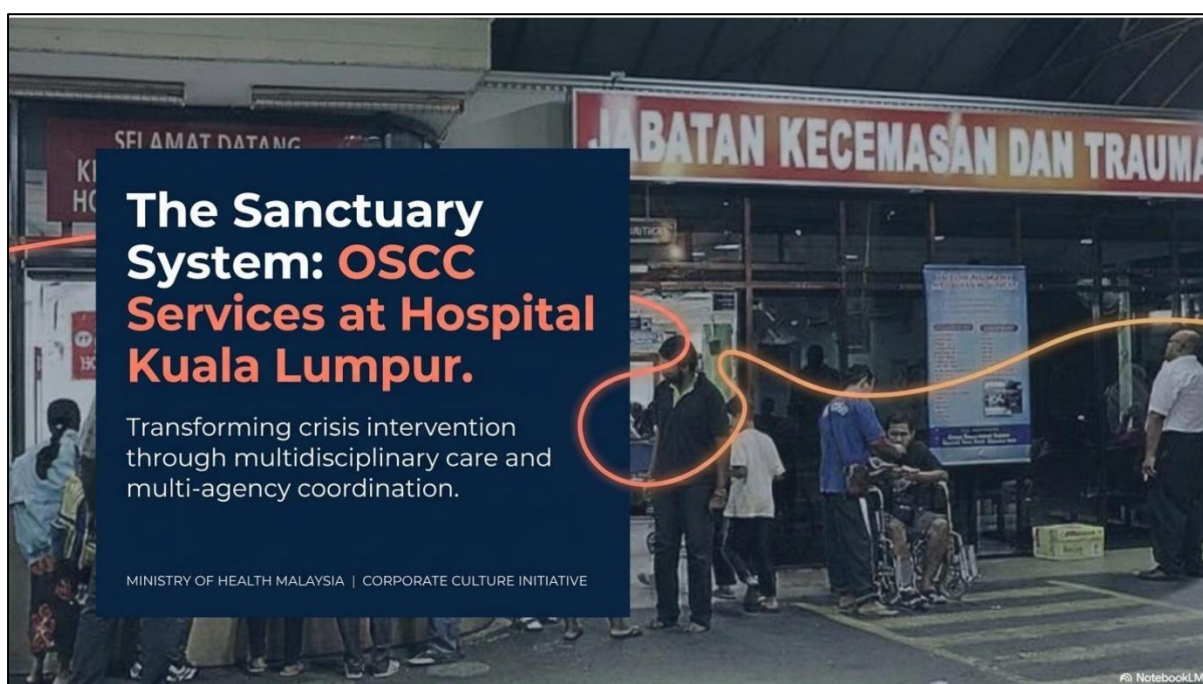
Sturdy & durable brackets & screws for stabilization



CHALLENGES

- No Police Station at HBM- need to call the police for first incidence report.
- Waiting time for police and team
- Involved different area
- Fresh case still involve in site investigation
- Lack of primary team and facility - no OT if need EUA
- Cluster Sampling standardisation





OSCC services pioneered in Malaysia by Prof. Dato' Dr. Abu Hassan Asaari Abdullah, Head of Emergency Dept HKL in 1994



Emergency Department :
Open 24 Hours Entry into OSCC service

3

THE PARADIGM SHIFT

YESTERYEARS

Provider-focused operations lacking a humanistic approach.

Hindered by cultural myths (e.g., "Cannot examine without a police report").

Siloed agencies with zero to minimal networking.

High junior staff turnover creating inconsistent SOPs and lacking dedicated infrastructure.

THE OSCC ERA



Caring: Patient-Focused, Total Quality Management (TQM), and Gender Mainstreaming Principles.



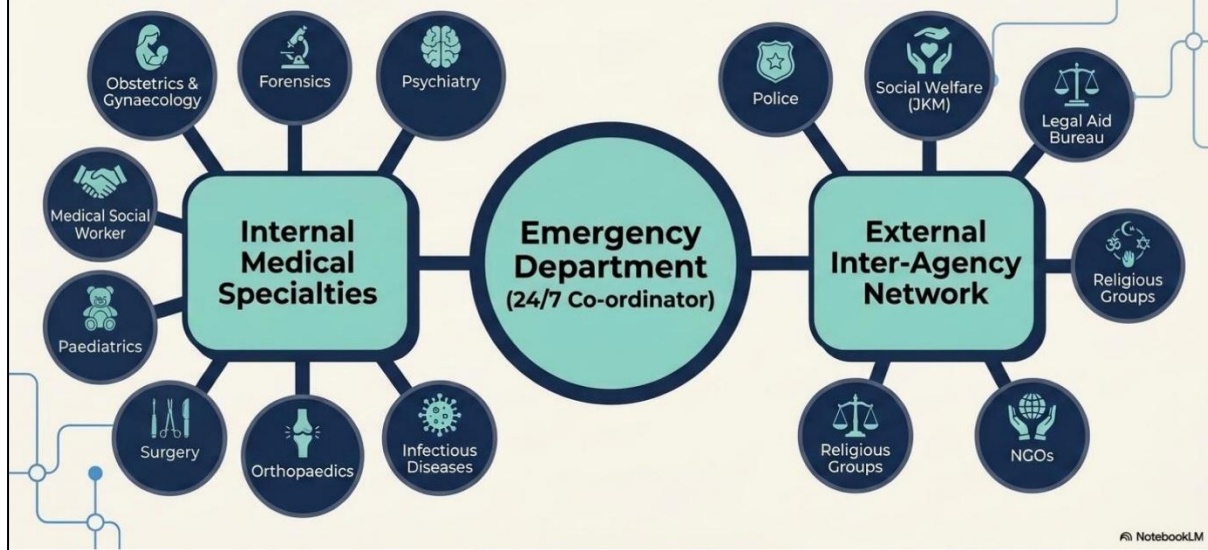
Teamwork: Multisectoral and seamless inter-agency networking.



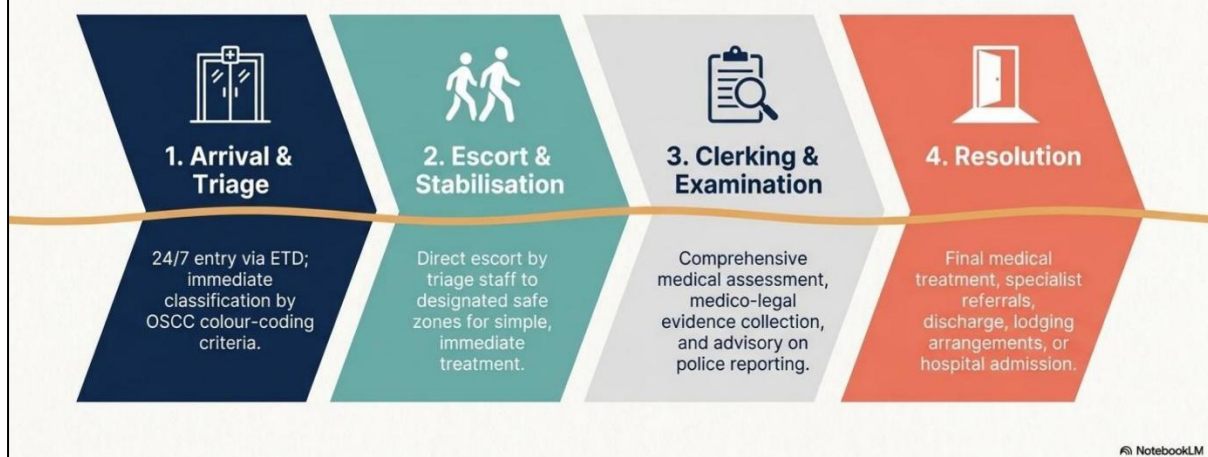
Professionalism: Expert medical examination, trauma intervention, and rigorous medico-legal evidence management.

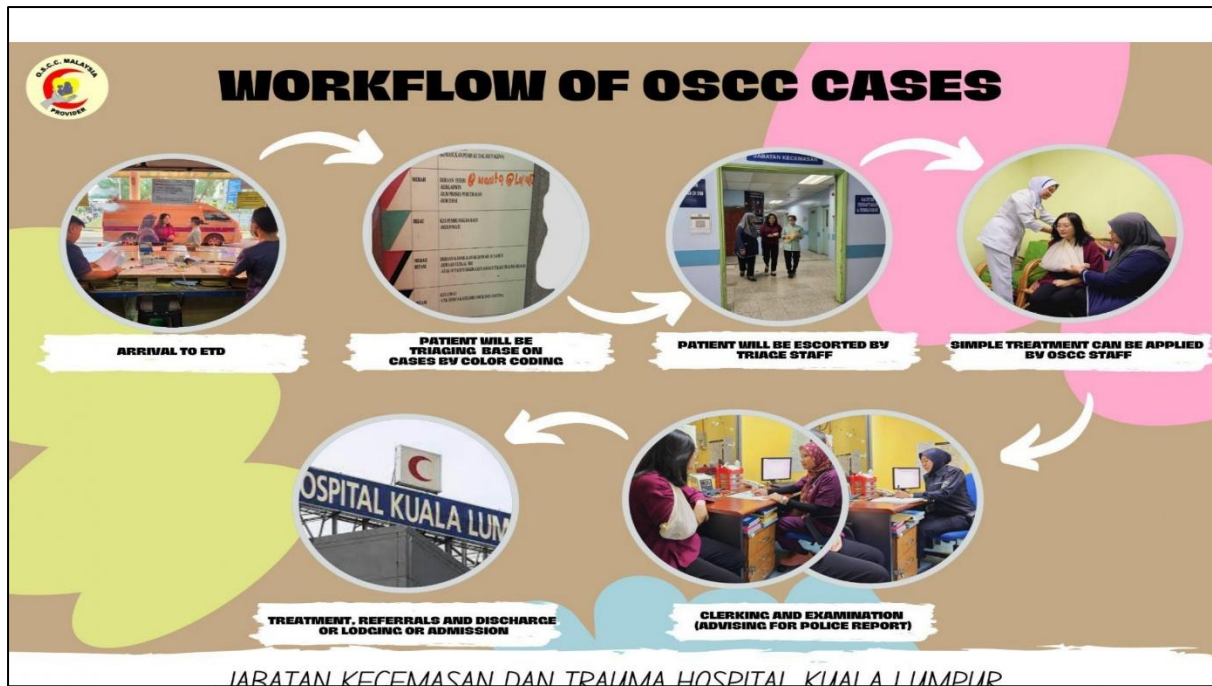
NotebookLM

The 24/7 hub of a multi-agency network



The Survivor's Journey





THE SECRET SIGNALLING SYSTEM

	Child Abuse & Neglect
	Rape
	Sodomy
	Domestic Violence
	Intimate Partner Violence
	Sexual Molestation



MANDATORY POLICE REPORTING: SEXUAL OFFENCES PROTOCOLS

Outlines legal criteria for mandatory police reporting in sexual offences, highlighting age-based thresholds and criminal categories involving minors for professional compliance.

MANDATORY REPORTING FOR ALL MINORS



Rape (Under 18 Years Old)

A police report is compulsory for any case of rape involving a minor.



Child Abuse and Molestation

All instances of child abuse and child molestation must be reported to the police.

AGE-SPECIFIC LEGAL THRESHOLDS



Statutory Rape (Under 16)

Reporting is mandatory for sexual intercourse involving anyone under 16 years of age.

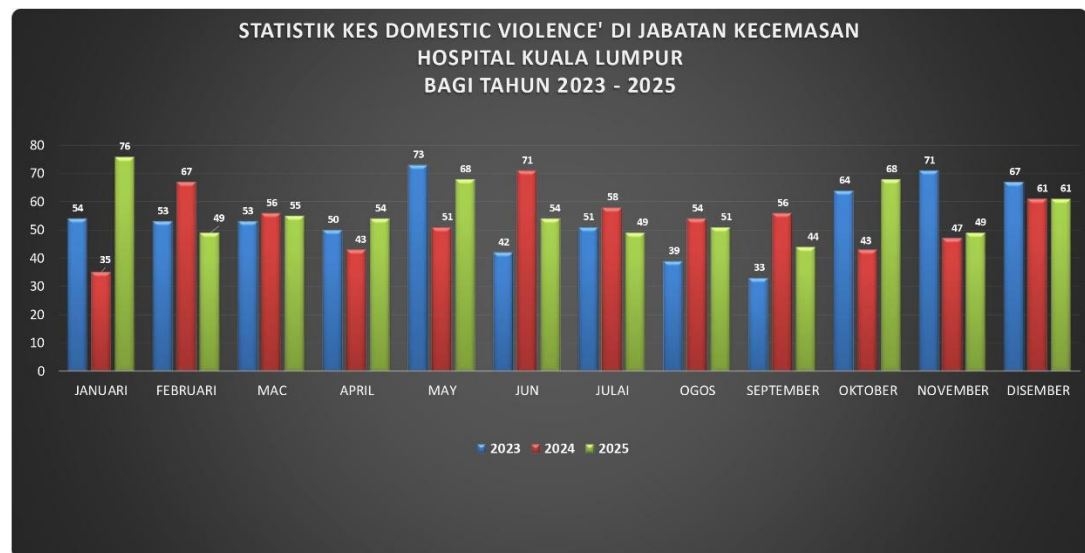
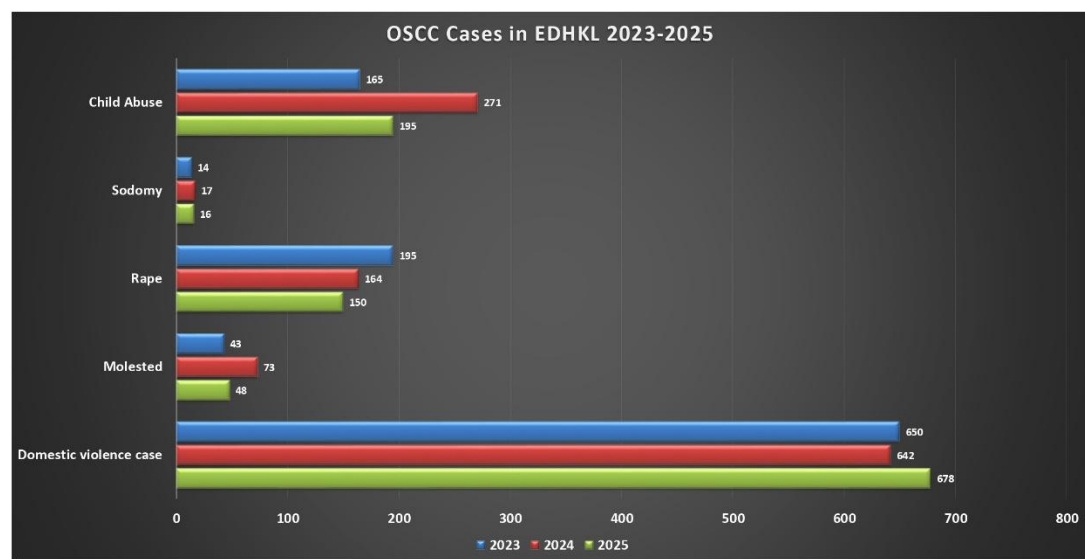


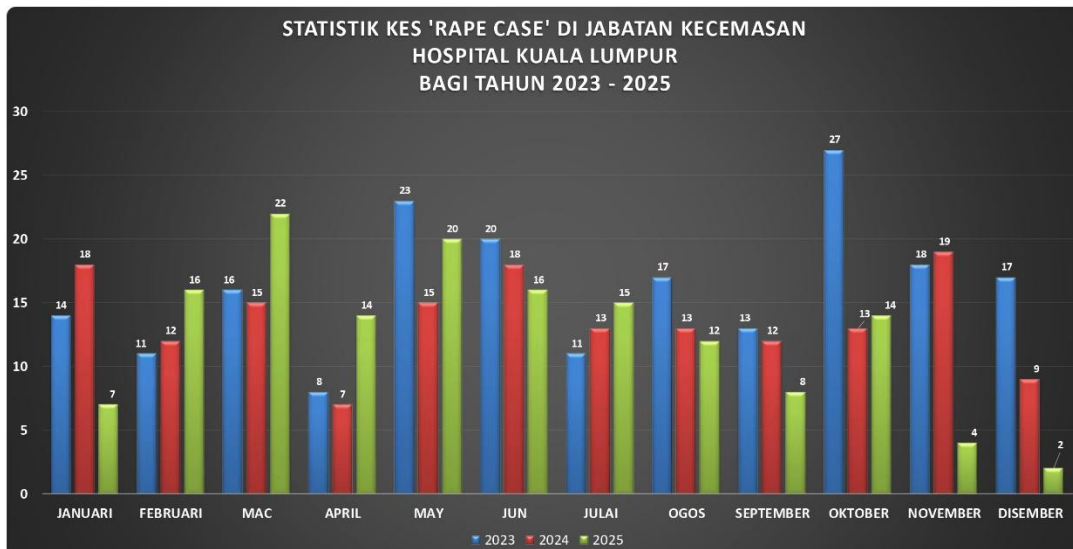
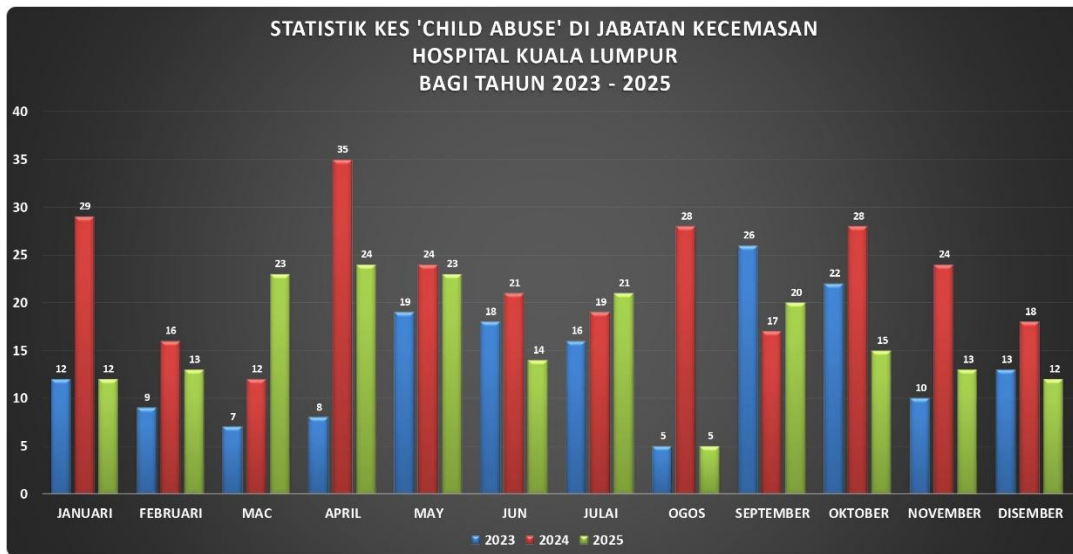
Pregnancy or Intercourse (Aged 16–18)

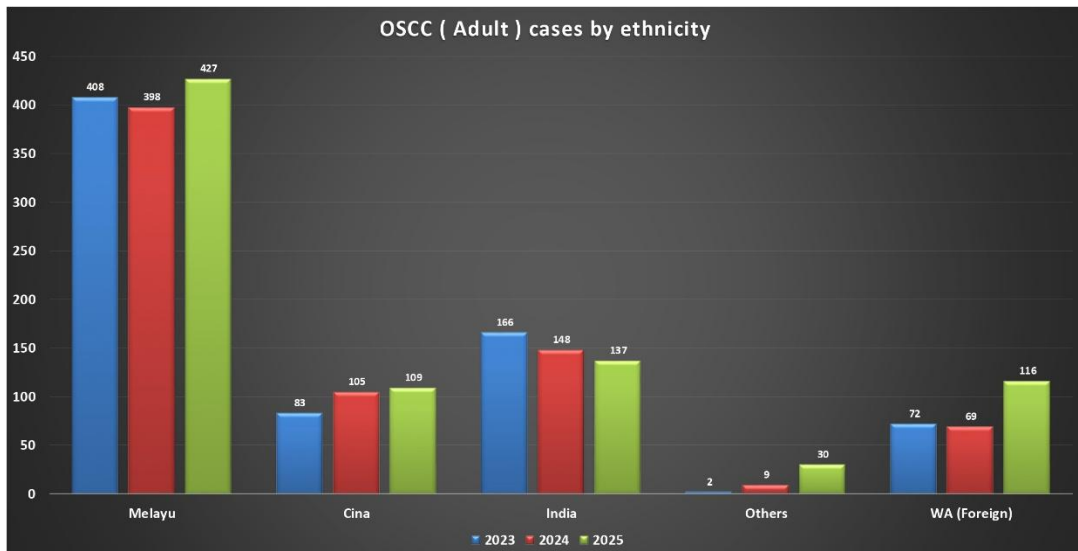
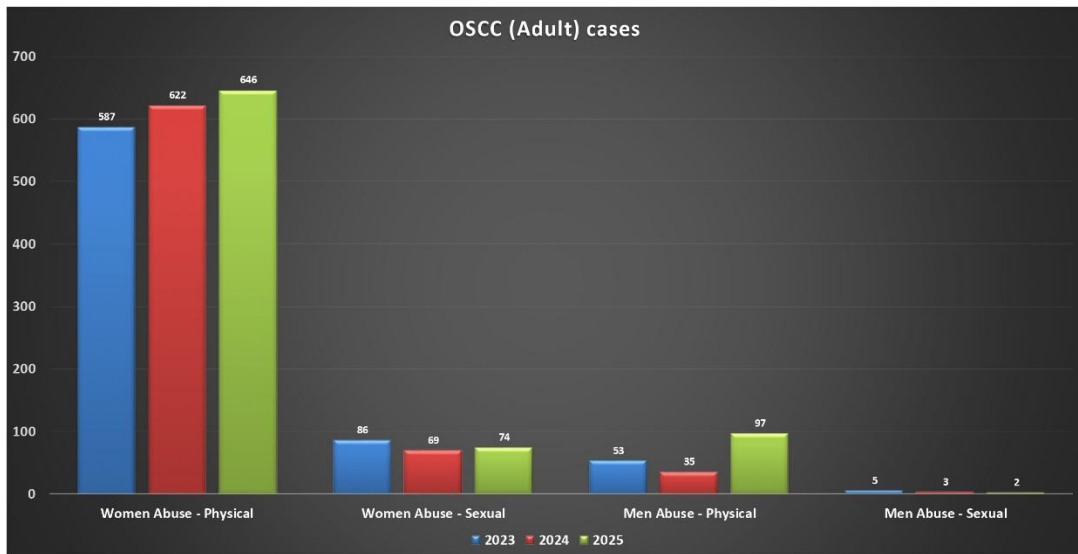
Reporting is required under the Sexual Offences Act 2017.

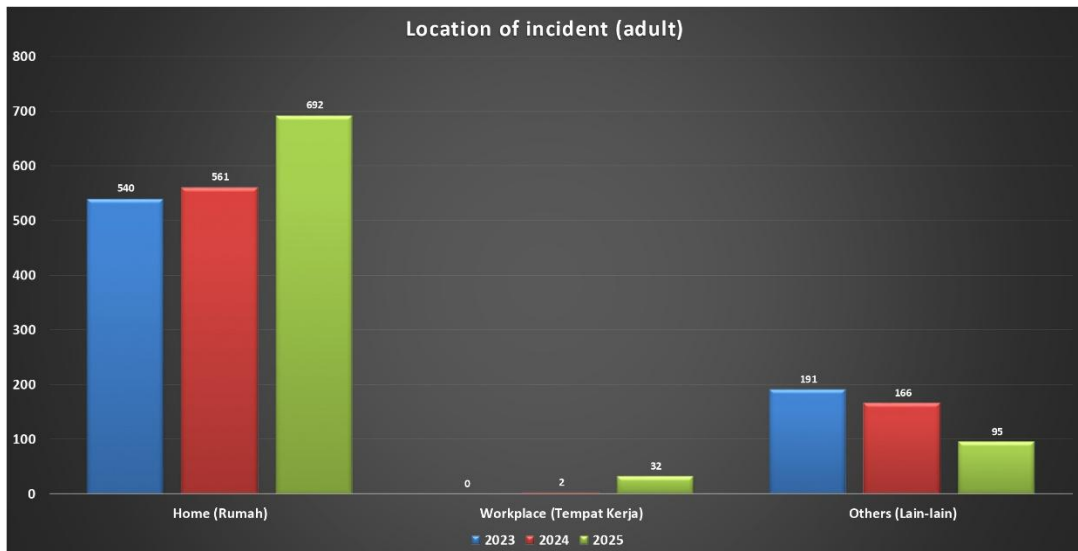
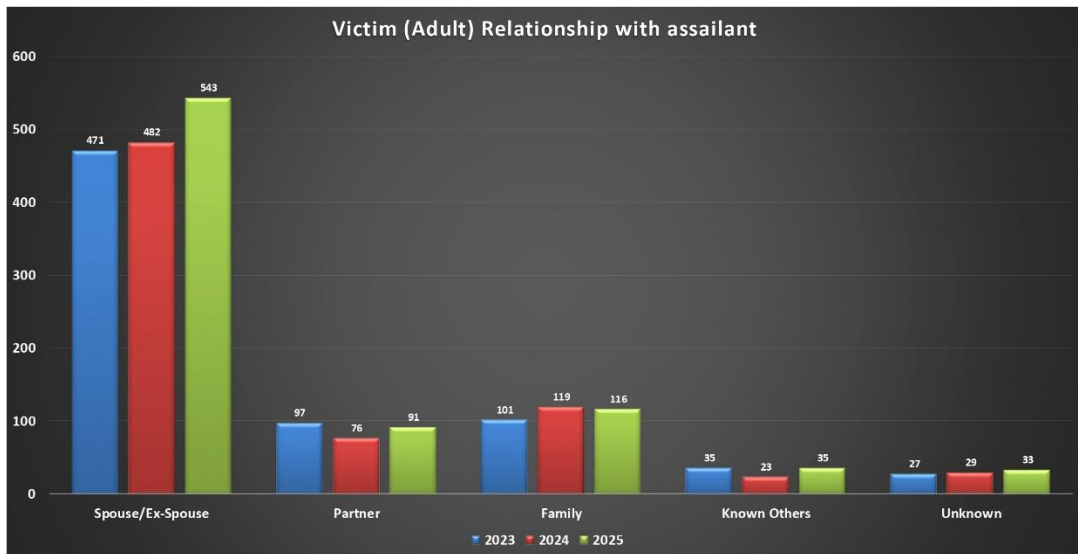
NotebookLM

Statistic









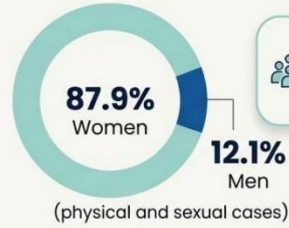
The escalating realities of the 2025 caseload

819

Total Cases in 2025 –
Highest in 3 years

+12.0%

Increase from 731 cases



52% of victims
are of Malay
ethnicity



84.5%

84.5%
occur at home



77.5%
perpetrated by
spouse/partner
(current or ex)

The data reveals a stark reality: violence is overwhelmingly domestic, gender-skewed, and escalating year-over-year.

NotebookLM

Operational friction at the clinical frontline

Systemic Friction

Triage Errors: Junior staff rotation causes confusion (e.g., demanding police reports first). Victims are incorrectly sent to HTA.

Resource Misuse: Patients exploiting the OSCC clinic for free immediate HIV Post-Exposure Prophylaxis (PEP), causing financial loss.

External agencies: External agencies incorrectly referring non-OSCC cases (human trafficking, bullying, homeless age verification) into the clinic.

Current Mitigations

Monthly staff training and a strict 'no-rejection' pact with HTA.

Suspicious cases immediately escalated to specialists.

Redirecting non-OSCC cases to Health Clinics.

NotebookLM

Navigating infrastructure limits and protocol hurdles



HKL renovations mean the **OSCC room is cramped** with **zero privacy for family counselling**. There are no permanent dedicated medical officers; doctors must simultaneously manage general ED zones.



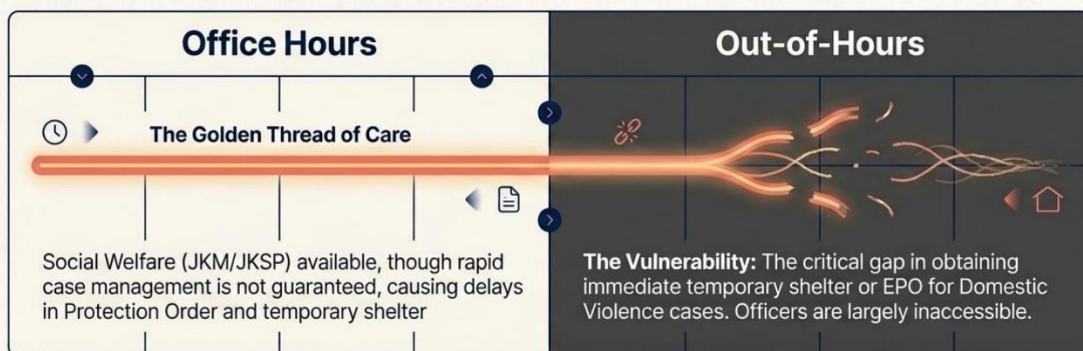
Investigating Officers (IO) sometimes ordered victims to travel to the incident location or other hospitals near incident area for reporting. Staff will escort victims but those who are highly stressed need to beg for police officer to attend in OSCC.



Undocumented non-citizens face language barriers causing confusion, however NGOs are readily able to help for shelter and call numbers of translators are readily available kept by EDHKL.

NotebookLM

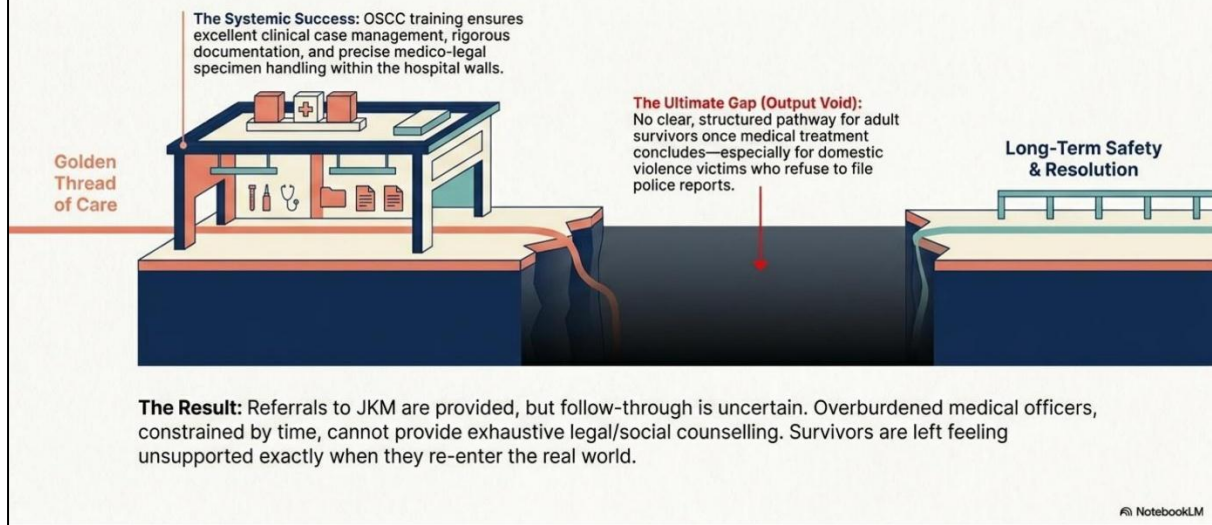
The Most Vulnerable Window: Out-of-Hours Protection



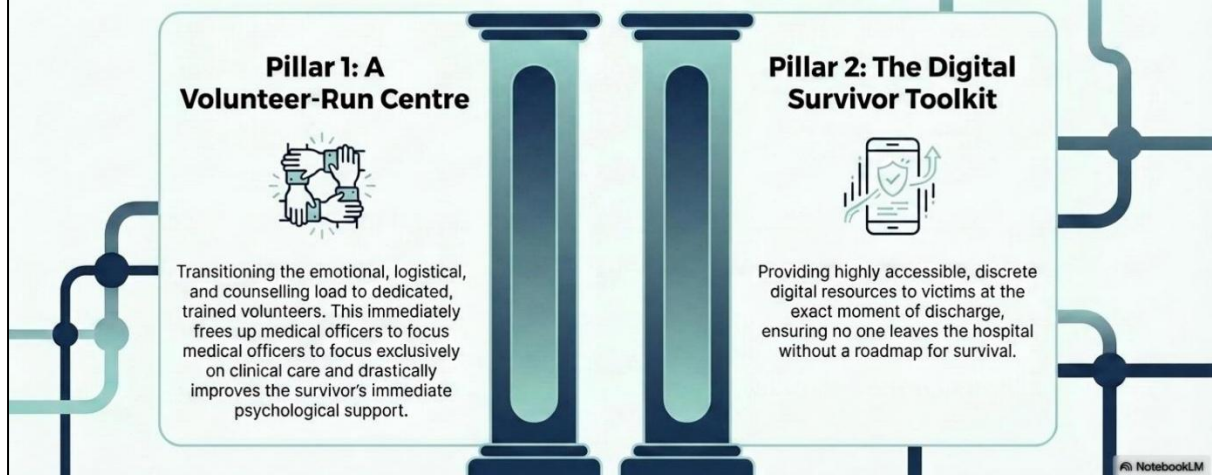
The Frontline Impact: Survivors are left exposed. Medical staff are forced into non-clinical stopgaps—contacting victims' families, relying on rapid-response NGOs, or attempting to physically 'hide' victims in general ETD beds without guaranteed protection.

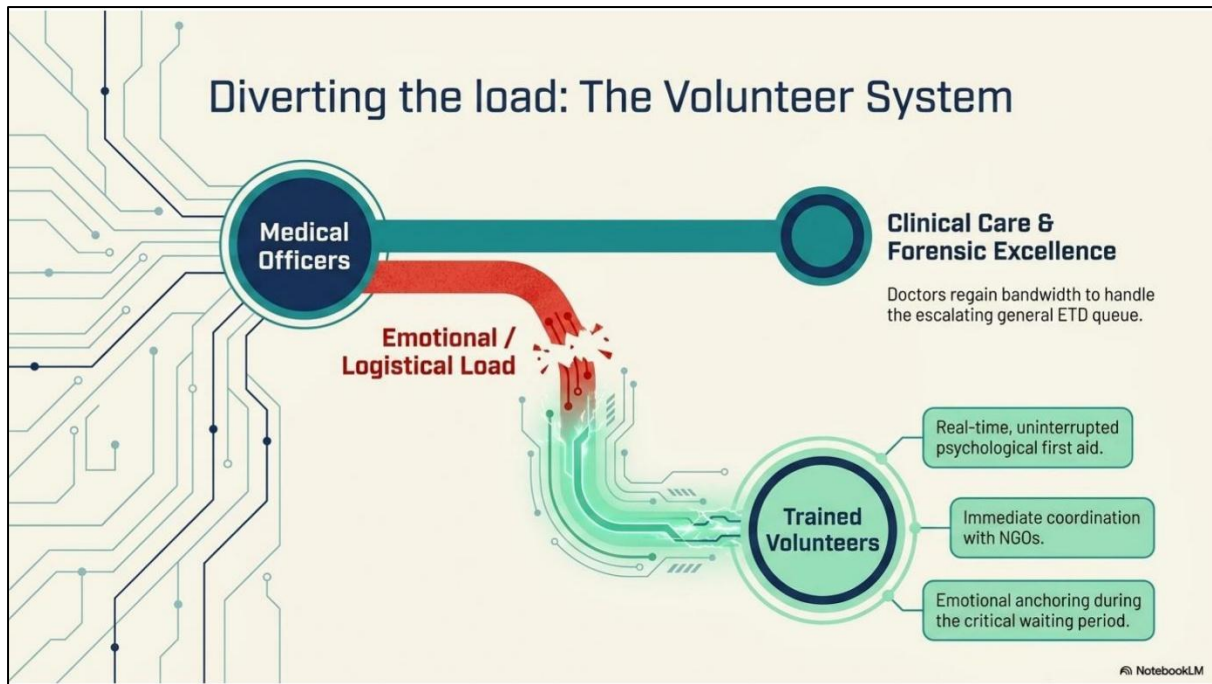
NotebookLM

The Ultimate Gap: The Output Void



Bridging the gap with a two-pillar resolution





Engineering a continuous roadmap for survival



THANK YOU

PRESENTATION BY
OSCC TEAM
EMERGENCY & TRAUMA DEPARTMENT
HOSPITAL KUALA LUMPUR

PENGURUSAN KES OSCC/SCAN HSAJB

PENGENALAN



1. PENGENALAN ORGANISASI

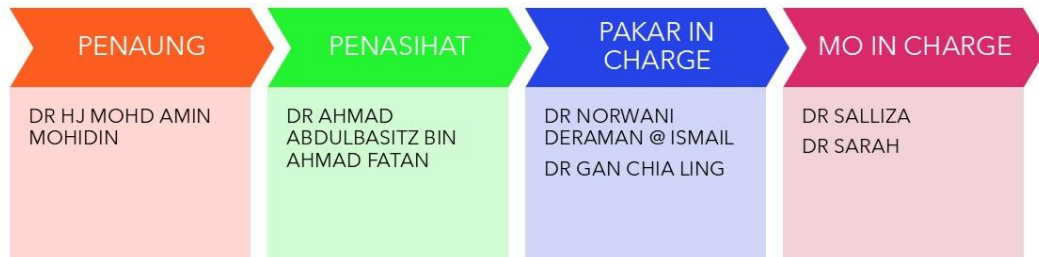


2. TATACARA PENGURUSAN KES OSCC

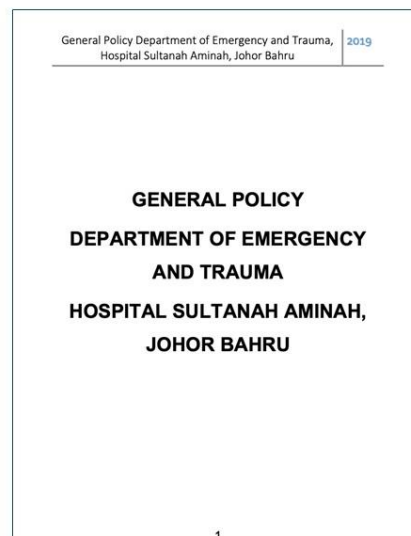


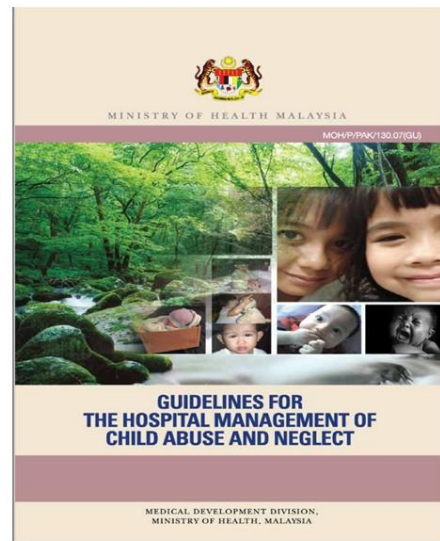
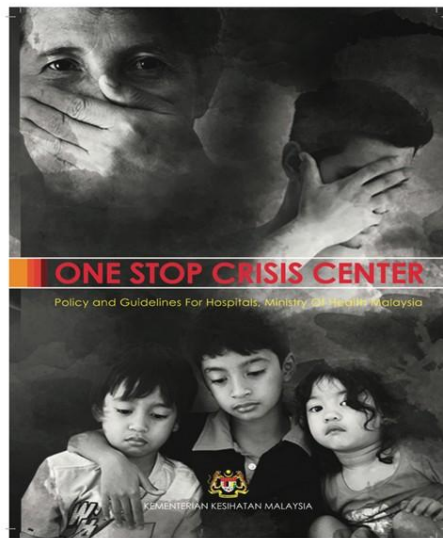
3. STATISTIK KEDATANGAN PESAKIT

CARTA ORGANISASI

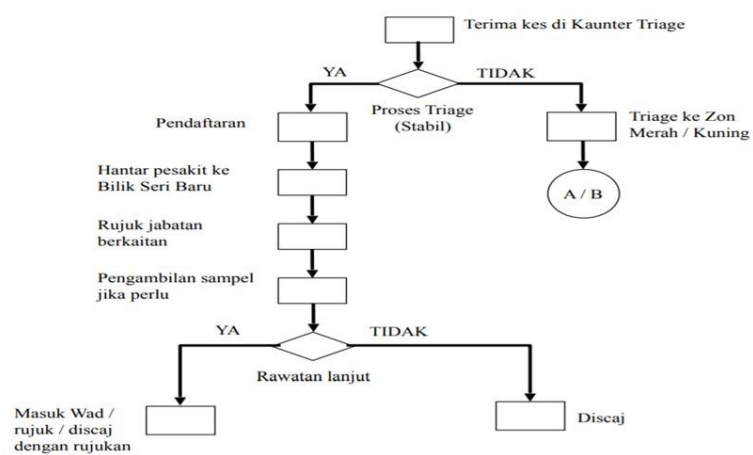


TATACARA PENGURUSAN KES OSCC





CARTA ALIR PENGENDALIAN KES OSCC



ETDHSA General Policy

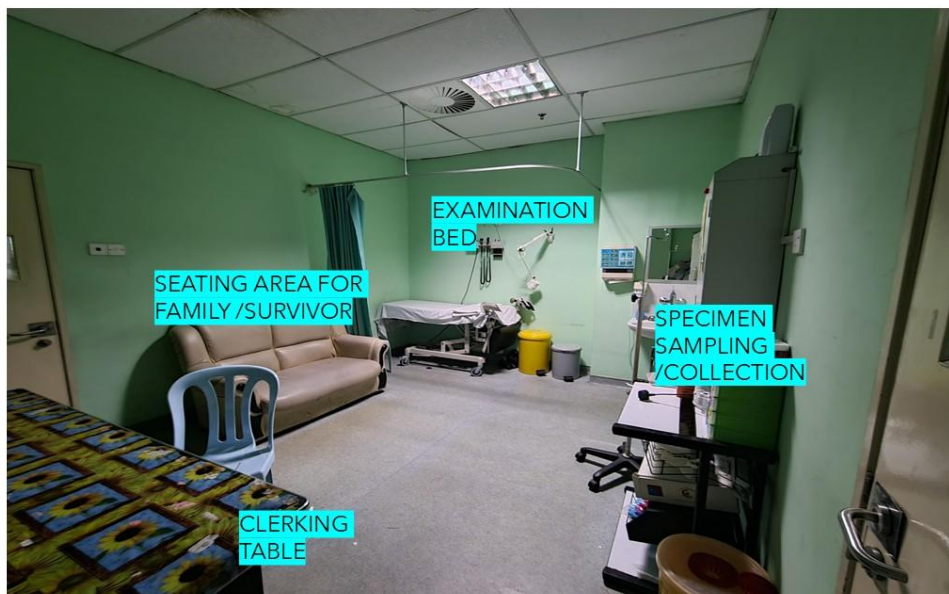
- The management of OSCC cases shall comply to the "One Stop Crisis Centre: Policy and Guidelines for Hospitals, MOH, 2015.
- Triageing of victims shall comply to the MTC.
- ETD has a dedicated room to manage a stable OSCC cases in Green Zone area, Bilik Seri Bayu.
- The equipment and facilities in Bilik Seri Bayu shall comply to the MOH policy.
- There is a dedicated staff and MO who will manage OSCC cases.
- Victims are sent straight to the consultation room accompanied by Triage Officer. They do not have to wait in the common waiting area.

ETDHSA General Policy

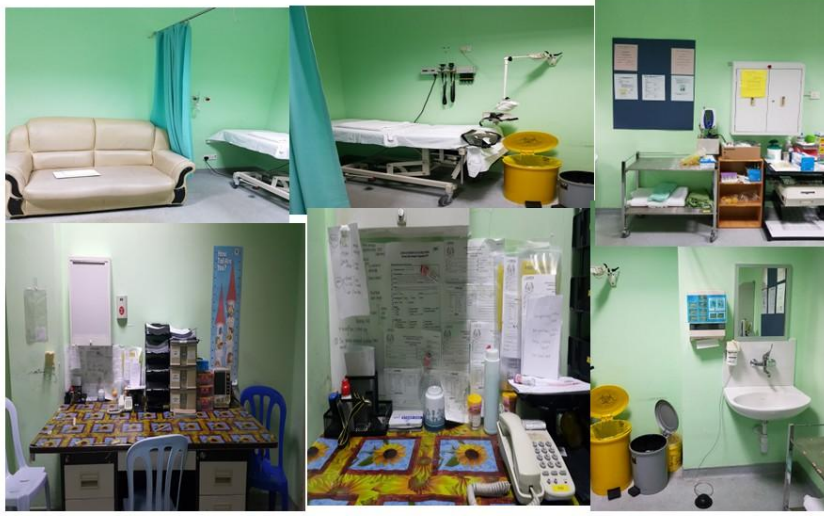
- All rape and sodomy cases shall be clerked and examined in Bilik Seri Bayu. Other stable OSCC cases such as domestic violent/ suspected child abuse can be seen in green zone consultation room.
- The Triage Officer or the accompanied person should be responsible in assisting the registration of the victims.
- The MO/Penyelia in charge should make arrangement with the police at the police bit base if police report has to be made.
- Victims need not to go to Police Station to report their cases. The Police Officer has to come to Bilik Seri Bayu to take report or statement from the victims.

ETDHSA General Policy

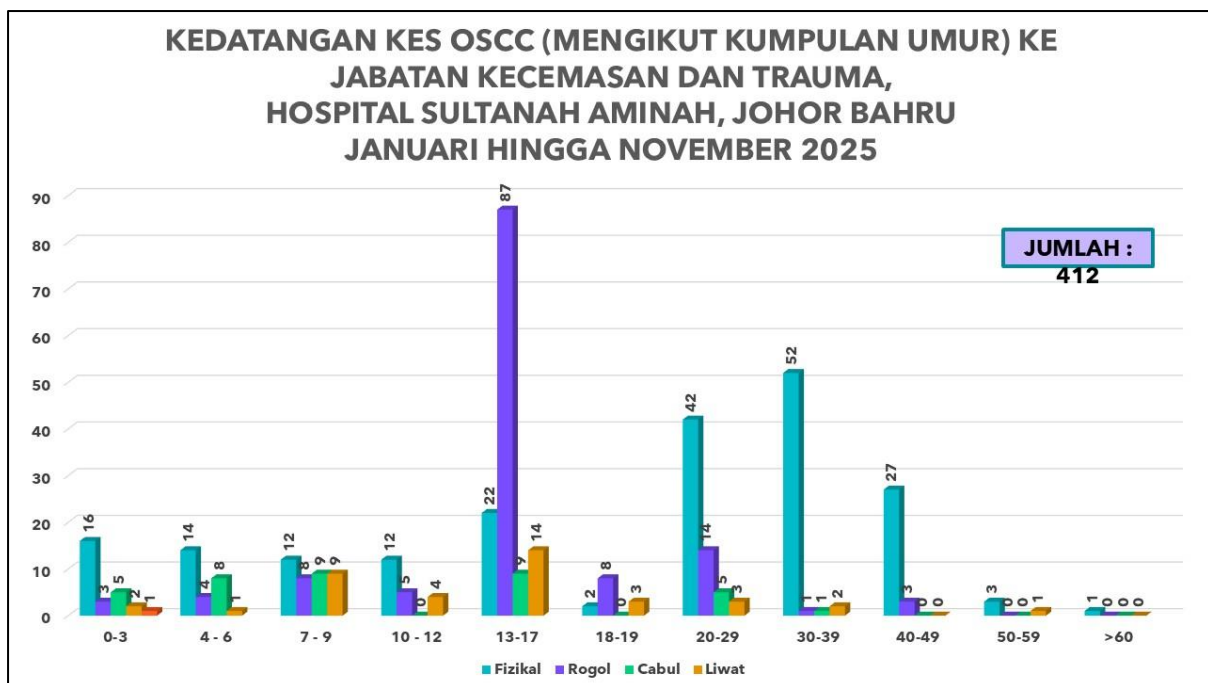
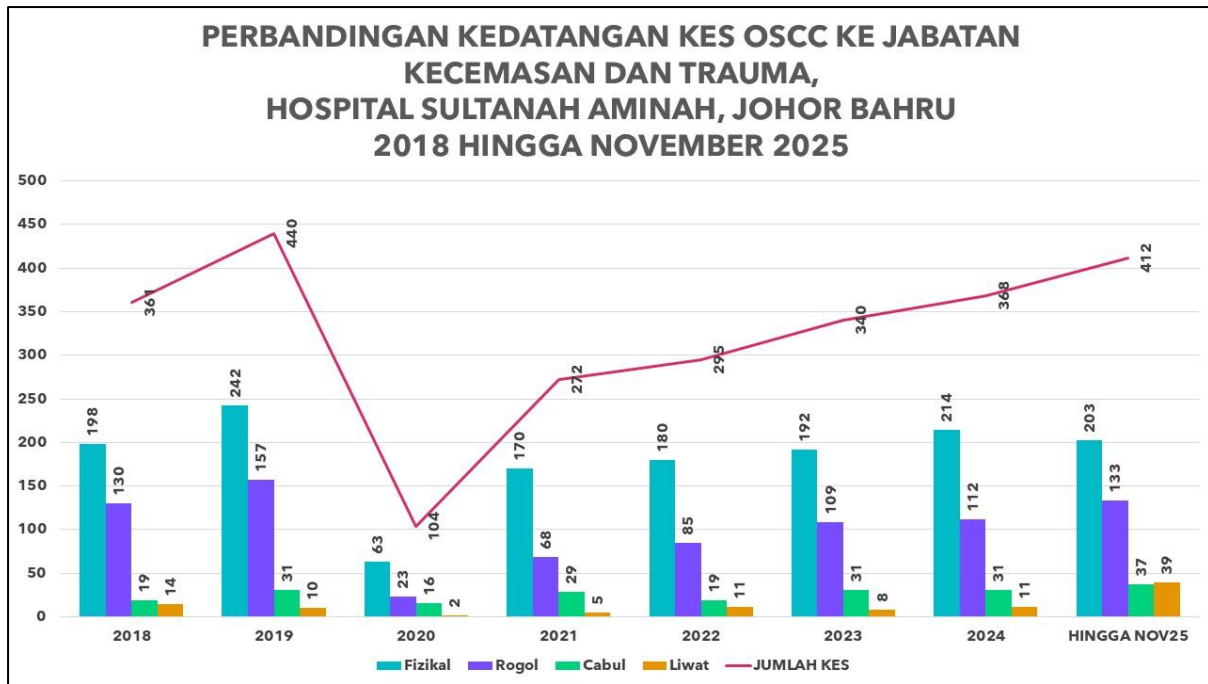
- All consultation, examinations and investigations shall be done in Bilik Seri Bayu unless limited by facilities.
- All referring doctors and agencies shall respond urgently to manage the victims if they are contacted.
- All victims shall be seen by MSW during Office hour. MSW shall see the victims on the next working day if the cases came after office hour or public holiday.
- The MSW shall arrange shelters of the victims if they have no safe place to go.
- Patient shall be allowed to lodge in the observation room while waiting shelter within the first 24hours.
- OSCC victims can be admitted to ward if necessary.
- All cases should be recorded in OSCC document in the dedicated case clerking sheet.



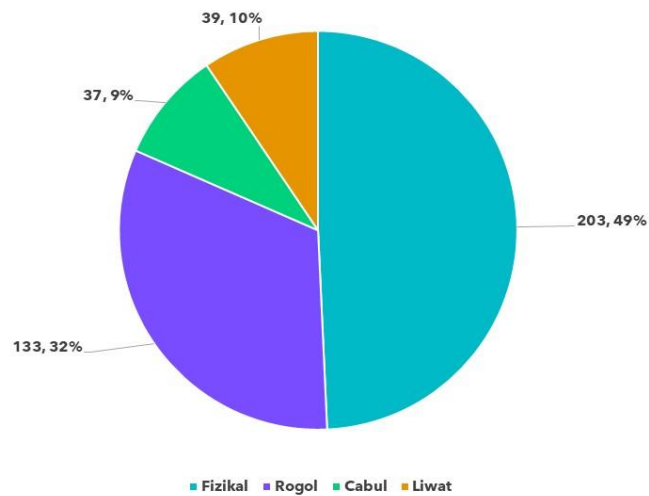
BILIK SERI BAYU ETDHSAJB



STATISTIK KEDATANGAN KES OSCC

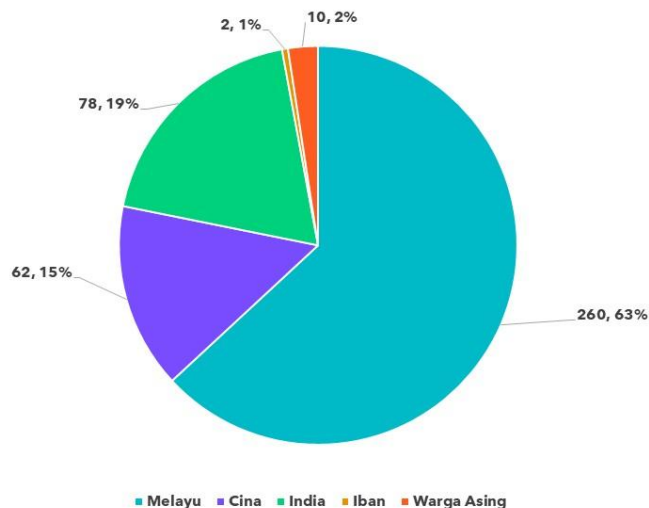


**KEDATANGAN KES OSCC KE JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA,
HOSPITAL SULTANAH AMINAH, JOHOR BAHRU
JAN - NOV 2025**



**JUMLAH :
412**

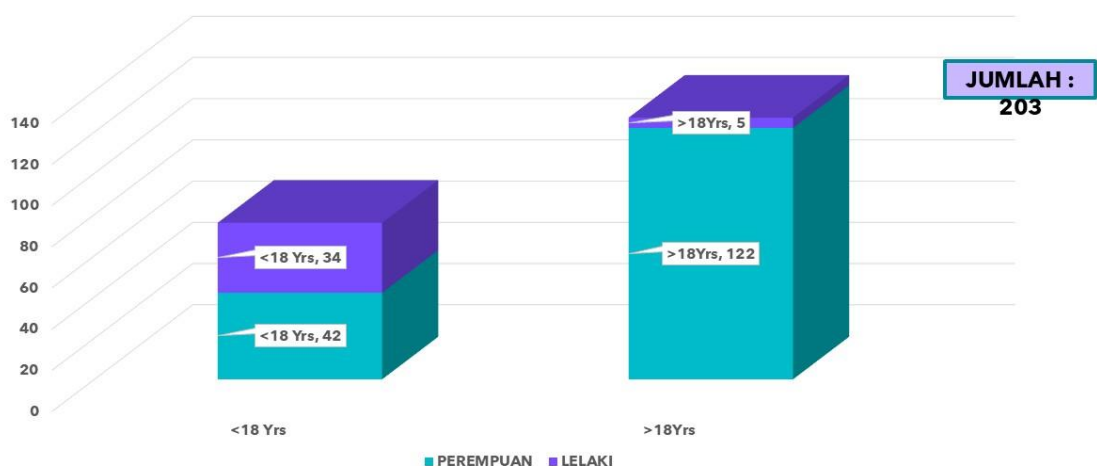
**KEDATANGAN KES OSCC (MENGIKUT BANGSA) KE JABATAN
KECEMASAN DAN TRAUMA,
HOSPITAL SULTANAH AMINAH, JOHOR BAHRU
JANUARI HINGGA NOVEMBER 2025**



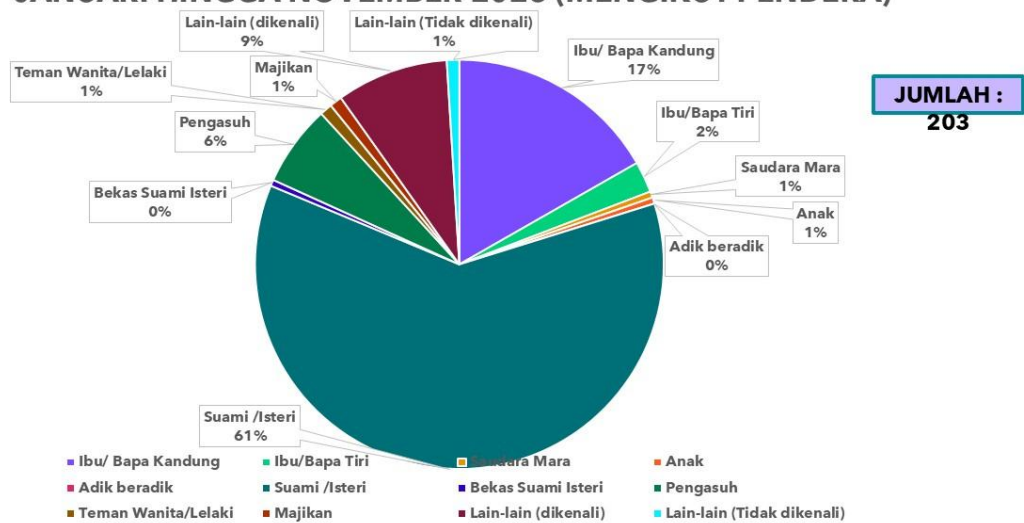
**JUMLAH :
412**

PENDERAAN FIZIKAL

KEDATANGAN KES PENDERAAN FIZIKAL KE JABATAN
KECEMASAN DAN TRAUMA,
HOSPITAL SULTANAH AMINAH, JOHOR BAHRU
JANUARI HINGGA NOVEMBER 2025 (MENGIKUT JANTINA DAN
PERINGKAT UMUR)

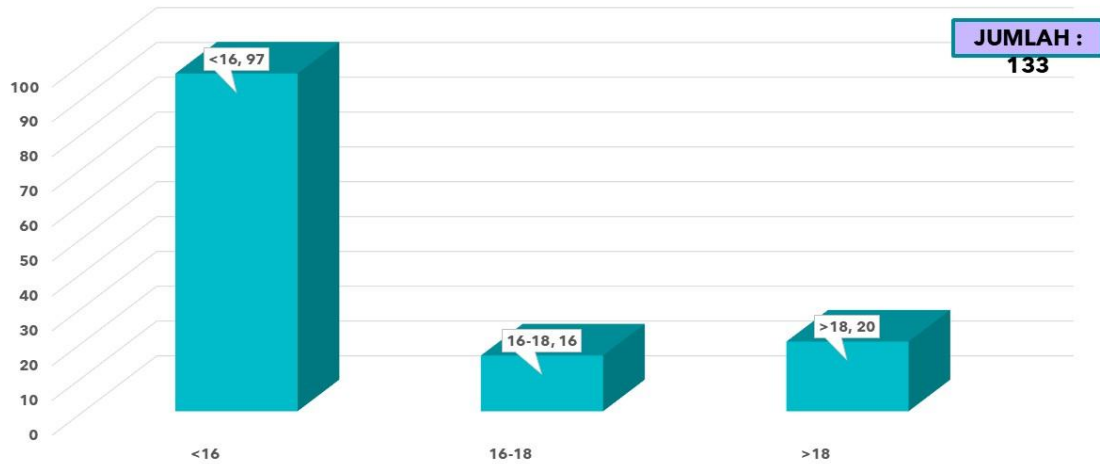


**KEDATANGAN KES PENDERAAN FIZIKAL KE JABATAN
KECEMASAN DAN TRAUMA,
HOSPITAL SULTANAH AMINAH, JOHOR BAHRU
JANUARI HINGGA NOVEMBER 2025 (MENGIKUT PENDERA)**

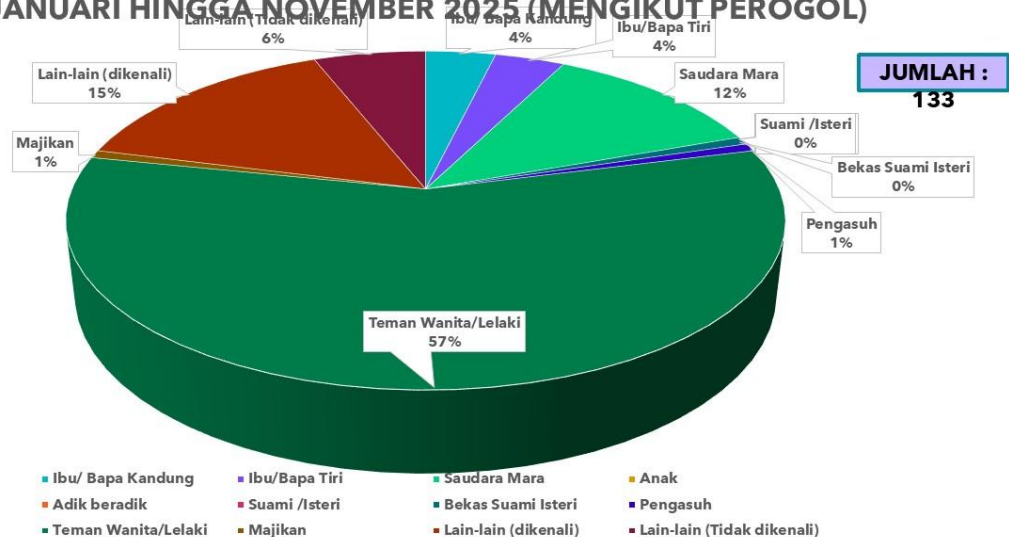


ROGOL

**KEDATANGAN KES ROGOL KE JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA,
HOSPITAL SULTANAH AMINAH, JOHOR BAHRU
JANUARI HINGGA NOVEMBER 2025 (MENGIKUT PERINGKAT UMUR)**

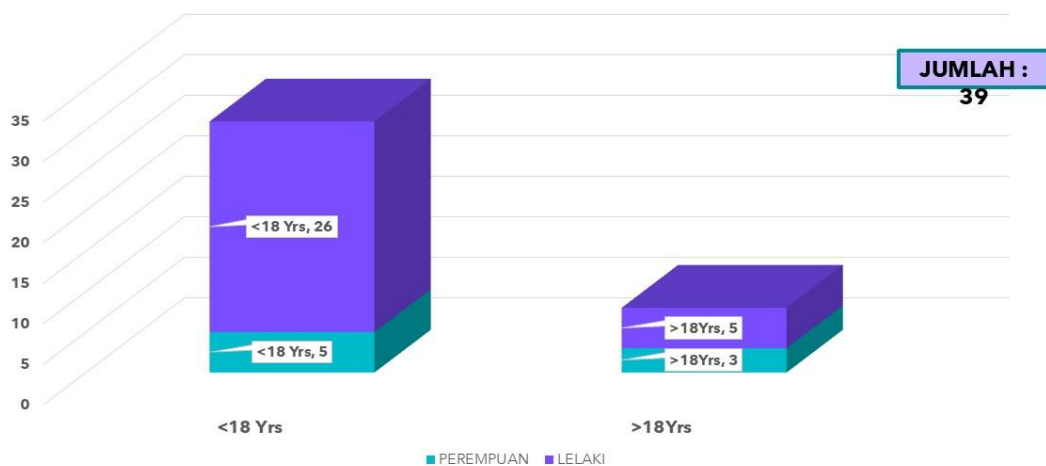


**KEDATANGAN KES ROGOL KE JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA,
HOSPITAL SULTANAH AMINAH, JOHOR BAHRU
JANUARI HINGGA NOVEMBER 2025 (MENGIKUT PEROGOL)**

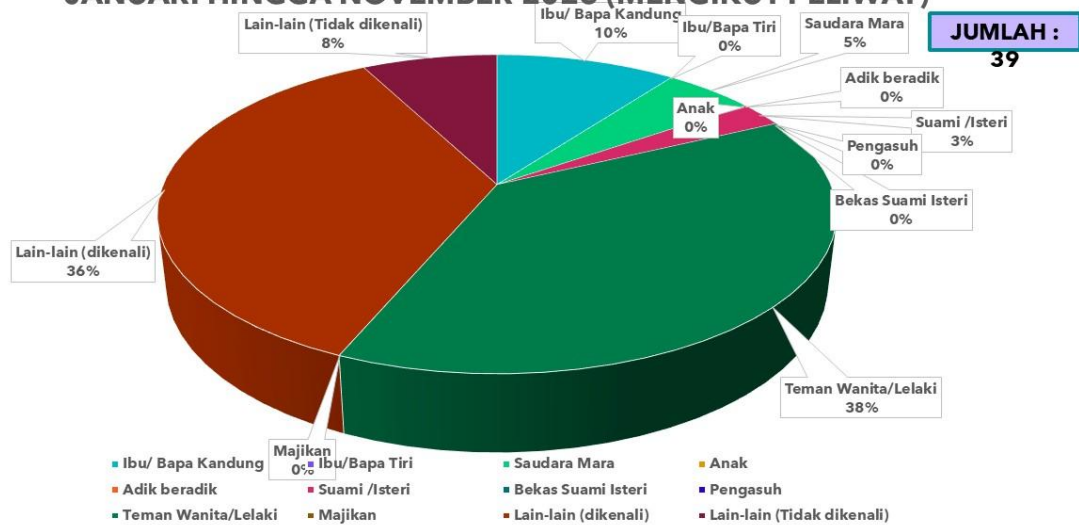


LIWAT

KEDATANGAN KES LIWAT KE JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA, HOSPITAL SULTANAH AMINAH, JOHOR BAHRU JANUARI HINGGA NOVEMBER 2025 (MENGIKUT JANTINA DAN PERINGKAT UMUR)

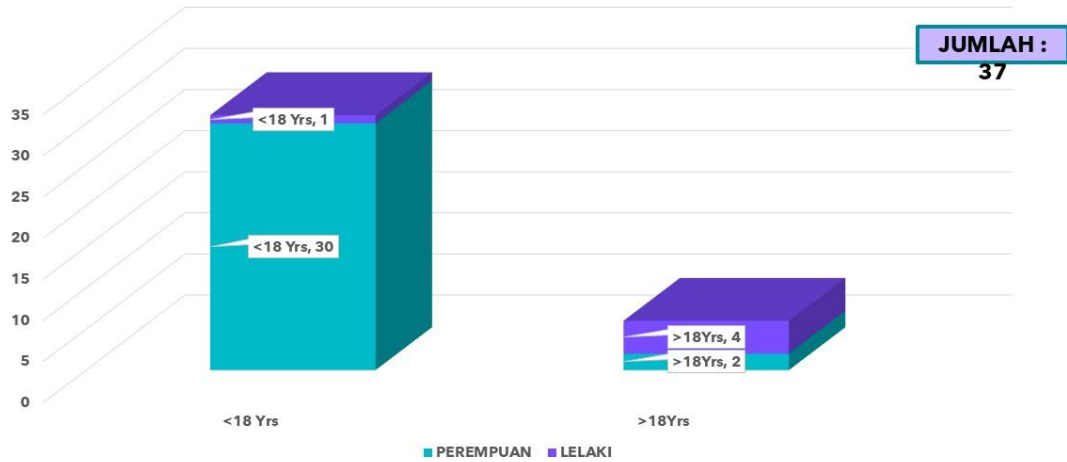


**KEDATANGAN KES LIWAT KE JABATAN KECEMASAN DAN
TRAUMA,
HOSPITAL SULTANAH AMINAH, JOHOR BAHRU
JANUARI HINGGA NOVEMBER 2025 (MENGIKUT PELIWAT)**

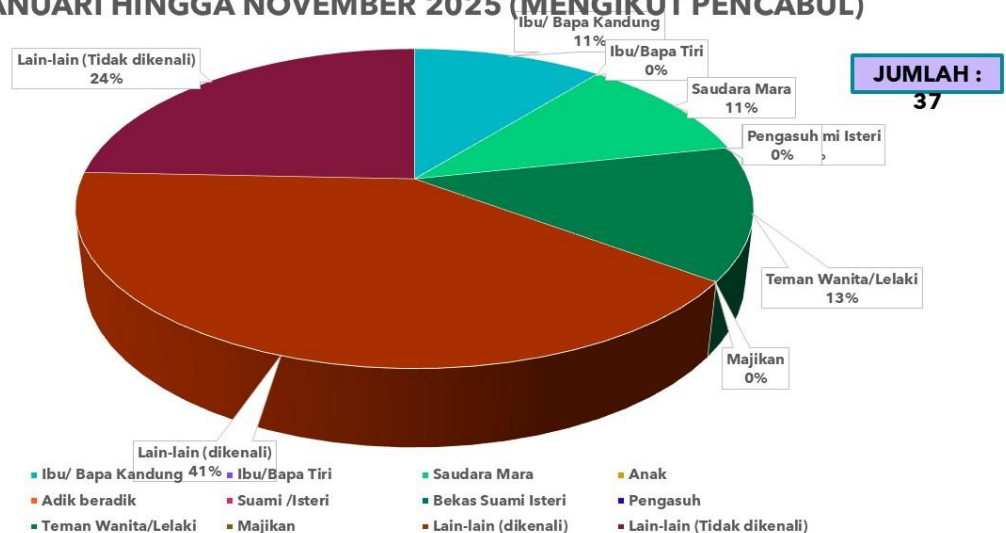


CABUL

**KEDATANGAN KES CABUL KE JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA,
HOSPITAL SULTANAH AMINAH, JOHOR BAHRU
JANUARI HINGGA NOVEMBER 2025 (MENGIKUT PERINGKAT UMUR DAN JANTINA)**



**KEDATANGAN KES CABUL KE JABATAN KECEMASAN DAN TRAUMA,
HOSPITAL SULTANAH AMINAH, JOHOR BAHRU
JANUARI HINGGA NOVEMBER 2025 (MENGIKUT PENCABUL)**



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

PUSAT KECAMERLANGAN KESIHATAN MENTAL KEBANGSAAN (NCEMH)

SEKTOR SURVELAN KESIHATAN MENTAL

1. DATA KES PENDERAAN & KEGANASAN**1.1 Data Kes Penderaan Yang Mendapatkan Rawatan Di *One Stop Crisis Centre* (OSCC) Di Hospital Kementerian Kesihatan Malaysia Bagi Tahun 2020 Sehingga 2025****Bilangan Kes Mengikut Jenis Penderaan yang Mendapatkan Rawatan Di OSCC Hospital KKM Bagi Tahun 2020 Sehingga 2025**

Jenis Penderaan	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fizikal	6,883	5,780	6,688	7,617	8,510	8,327
Seksual	2,699	2,340	2,868	3,562	3,831	4,258
Psikologikal	70	89	148	315	118	321
Jumlah	9,652	8,209	9,704	11,494	12,459	12,906

Bilangan Kes Mengikut Pecahan Jantina yang Mendapatkan Rawatan Di OSCC Hospital KKM Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025

Jenis Penderaan	2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
Fizikal	1,338	5,545	1,064	4,716	1,327	5,361	1,826	5,791	2,042	6,468	2,153	6,174
Seksual	204	2,495	129	2,211	197	2,671	239	3,323	310	3,521	406	3,852
Psikologikal	34	36	39	50	35	113	64	251	64	54	171	150
Total	1,576	8,076	1,232	6,977	1,559	8,145	2,129	9,365	2,416	10,043	2,730	10,176

Bilangan Kes Mengikut Pecahan Bangsa yang Mendapatkan Rawatan Di OSCC Hospital KKM Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025

BANGSA	2020	2021	2022	2023	2024	2025
MELAYU	6634	5589	6548	7779	8223	8391
CINA	785	617	853	902	1146	1127
INDIA	1055	932	1059	1127	1114	1167
BUMIPUTERA SARAWAK	44	116	85	188	289	386
BUMIPUTERA SABAH	335	210	251	382	428	460
LAIN-LAIN BUMIPUTERA	475	445	576	720	817	918
WARGA ASING	324	300	332	396	442	457
Jumlah	9652	8209	9704	11494	12459	12906

Bilangan Kes Mengikut Pecahan Umur yang Mendapatkan Rawatan Di OSCC Di Hospital KKM Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025

Pecahan Umur	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-9 Tahun	1,387	1,180	1,426	1,922	2,131	2,227
10-17 Tahun	2,072	1,831	2,452	3,147	3,569	3,859
18-19 Tahun	326	277	274	465	430	492
> 20 Tahun	5,867	4,921	5,552	5,960	6,329	6,328
Jumlah	9,652	8,902	9,704	11,494	12,459	12,906

**Bilangan Kes Mengikut Status Hubungan yang Mendapatkan Rawatan
Di OSCC Di Hospital KKM Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025**

STATUS HUBUNGAN	JENIS PENDERAAN		
	FIZIKAL	SEKSUAL	PSIKOLOGI
Ibu/ bapa kandung	1121	234	210
Ibu/ bapa tiri	216	209	1
Saudara mara	260	286	13
Anak	261	4	0
Adik beradik	454	61	3
Suami isteri	4165	37	9
Bekas suami/ isteri	178	14	3
Pengasuh	256	34	9
Teman lelaki / wanita	239	1392	12
Majikan	17	39	4
Lain-lain (dikenali)	944	1468	42
Lain-lain (tidak dikenali)	216	480	15
JUMLAH	8,327	4,258	321

Bilangan Kes Yang Mendapatkan Rawatan Di OSCC Di Hospital KKM Mengikut Negeri Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025

Negeri	2021	2022	2023	2024	2025
Perlis	100	153	67	61	48
Kedah	757	801	766	792	747
Pulau Pinang	600	624	537	568	376
Perak	660	675	757	720	916
KL & Putrajaya	1,361	1,459	1,621	1,844	1,885
Negeri Sembilan	297	466	555	540	538
Johor	969	1,140	1,584	1,739	963
Terengganu	388	399	531	588	536
Sabah	746	895	1,087	1,259	1,304
Labuan	19	31	56	51	71
Melaka	531	512	582	651	672
Pahang	605	664	750	726	888
Kelantan	544	545	581	688	962
Sarawak	95	105	507	844	1,310
Selangor	537	1,235	1,513	1,388	1,690
Jumlah	8,209	9,704	11,494	12,459	12,906

1.2 Data Kes Keganasan Rumah Tangga Yang Mendapatkan Rawatan Di Hospital Kementerian Kesihatan Malaysia Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025

Bilangan Kes Keganasan Rumahtangga (KRT) yang Mendapatkan Rawatan Di Hospital KKM Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025

Jenis Penderaan	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fizikal	5,913	5,027	5,662	6,179	6,941	6,611
Seksual	610	593	688	840	718	841
Psikologikal	53	78	124	245	78	237
Jumlah	6,576	5,698	6,474	7,264	7,737	7,689

Bilangan Kes Keganasan Rumahtangga (KRT) Mengikut Pecahan Umur yang Hadir Mendapatkan Rawatan Di Hospital KKM Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025

Pecahan Umur	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-9 tahun	743	708	841	1,053	1,039	1104
10-17 tahun	729	689	806	1,033	1,117	1110
18-19 tahun	139	122	116	206	197	205
20 tahun ke atas	4965	4179	4,711	4,972	5,384	5270
Jumlah	6,576	5,698	6,474	7,264	7,737	7,689

1.3 Data Kes Penderaan Kanak-Kanak Yang Menerima Rawatan Perkhidmatan oleh Pasukan SCAN (*Suspected Abuse And Neglect*)

Bilangan Kes Mengikut Jenis Penderaan Kanak-Kanak Berumur 0 - 17 Tahun yang Mendapatkan Rawatan daripada Pasukan SCAN di Hospital KKM Bagi Tahun 2019 Sehingga Tahun 2025

JENIS PENDERAN	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fizikal	1,115	905	1,741	1,627	2,100	1,950
Seksual	1,834	1,700	2,056	2,392	2,663	2,968
<i>Shaken baby Syndrome</i>	4	2	6	3	11	4
Fizikal dan Seksual	68	19	38	45	104	54
<i>Emotional abuse or neglect</i>	66	49	104	203	195	309
<i>Physical Neglect/ Abandonment</i>	251	298	216	313	455	395
Jumlah	3,338	2,973	4,161	4,583	5,528	5,680

Bilangan Kes Mengikut Jantina Kanak-Kanak Berumur 0 - 17 Tahun yang Mendapatkan Rawatan daripada Pasukan SCAN Di Hospital KKM Bagi Tahun 2019 Sehingga Tahun 2025

Jenis Penderaan	2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
Fizikal	546	569	449	456	774	967	868	759	1,192	907	1,065	885
Seksual	128	1,706	90	1,610	112	1,944	138	2,254	223	2,441	250	2,718
<i>Shaken baby Syndrome</i>	4	0	2	0	0	6	2	1	5	6	3	1
Fizikal dan Seksual	25	43	0	19	16	22	5	40	34	69	13	41
<i>Emotional abuse or neglect</i>	36	30	18	31	52	52	92	111	103	85	156	153
<i>Physical Neglect/ Abandonment</i>	117	134	144	154	119	97	158	155	257	206	194	201
Jumlah	856	2,482	703	2,270	1,073	3,088	1,263	3,320	1,814	3,714	1,681	3,999
Jumlah Keseluruhan	3,338		2,973		4,161		4,583		5,528		5680	

**Data Kes Keganasan Rumah Tangga Yang Mendapatkan Rawatan Di Hospital
Kementerian Kesihatan Malaysia
Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025**

1. Bilangan Kes Keganasan Rumahtangga (KRT) yang Mendapatkan Rawatan Di Hospital KKM Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025

Jenis Penderaan	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fizikal	5,913	5,027	5,662	6,179	6,941	6,611
Seksual	610	593	688	840	718	841
Psikologikal	53	78	124	245	78	237
Jumlah	6,576	5,698	6,474	7,264	7,737	7,689

2. Bilangan Kes Keganasan Rumahtangga (KRT) Mengikut Pecahan Umur yang Hadir Mendapatkan Rawatan Di Hospital KKM Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025

Pecahan Umur	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-9 tahun	743	708	841	1,053	1,039	1104
10-17 tahun	729	689	806	1,033	1,117	1110
18-19 tahun	139	122	116	206	197	205
20 tahun ke atas	4965	4179	4,711	4,972	5,384	5270
Jumlah	6,576	5,698	6,474	7,264	7,737	7,689

3. Bilangan Kes Keganasan Rumahtangga (KRT) Mengikut Pecahan Pendera Bagi Tahun 2019 Sehingga 2025

Pendera	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ibu/ bapa kandung	983	942	1131	1445	1463	1545
Ibu/ bapa tiri	275	248	347	405	457	426
Saudara mara	382	431	424	545	545	559
Anak	232	178	192	183	249	255
Adik beradik	448	364	323	392	467	518
Suami isteri	4069	3445	3945	4118	4432	4191
Bekas suami/ isteri	187	90	112	176	124	195
Total	6,576	5,698	6,474	7,264	7,737	7,689

Bilangan Kes Keganasan Rumahtangga (KRT) Mengikut Pecahan Negeri Bagi Tahun 2025

Negeri	Bil Kes
Perlis	15
Kedah	390
Pulau Pinang	388
Perak	520
KL & Putrajaya	1,092
Negeri Sembilan	302
Johor	544
Terengganu	324
Sabah	658
Labuan	47
Melaka	353
Pahang	585
Kelantan	542
Sarawak	853
Selangor	1,076
Jumlah	7,689

KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
PUSAT KECAMERLANGAN KESIHATAN MENTAL KEBANGSAAN (NCEMH)

**ANALISA DATA KES PENDERAAN YANG MENDAPATKAN
RAWATAN DI ONE STOP CRISIS CENTRE (OSCC)
FASILITI HOSPITAL KKM**

1. Bilangan Kes Penderaan (Semua Jenis Penderaan) yang Mendapatkan Rawatan di OSCC Fasiliti Hospital KKM bagi Tempoh 2019 sehingga 2025.

JENIS PENDERAAN	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
FIZIKAL	7,668	6,883	5,780	6,688	7,617	8,510	8,327
SEKSUAL	3,132	2,699	2,340	2,868	3,562	3,831	4,258
PSIKOLOGIKAL	80	70	89	148	315	118	321
JUMLAH	10,880	9,652	8,209	9,704	11,494	12,459	12,906

**Pengumpulan data kes OSCC lengkap daripada semua negeri bermula pada tahun 2019.*

**2. Bilangan dan Kadar Kes Penderaan (Semua Jenis Penderaan)
yang Mendapatkan Rawatan di OSCC Fasiliti Hospital KKM
Mengikut Negeri Bagi Tahun 2025**

NEGERI	BILANGAN KES			JUMLAH	POPULASI NEGERI	KADAR (per 100,000)
	FIZIKAL	SEKSUAL	PSIKOLOGI			
W.P. KL & PUTRAJAYA	1,347	344	194	1,885	219,0000	86.07
W.P. LABUAN	39	32	0	71	100,000	71.00
MELAKA	446	222	4	672	1,050,000	64.00
PAHANG	586	291	11	888	1,680,000	52.86
SARAWAK	965	322	23	1,310	2,530,000	51.78
KELANTAN	548	400	14	962	1,910,000	50.37
NEGERI SEMBILAN	357	180	1	538	1,240,000	43.39
TERENGGANU	328	208	0	536	1,250,000	42.88
PERAK	686	227	3	916	2,570,000	35.64
SABAH	621	658	25	1,304	3,760,000	34.68
KEDAH	371	375	1	747	2,230,000	33.50
JOHOR	559	394	10	963	4,210,000	22.87
SELANGOR	1,310	345	35	1,690	7,410,000	22.81
PULAU PINANG	152	224	0	376	1,800,000	20.89
PERLIS	12	35	1	48	300,000	16.00
JUMLAH	8,327	4,257	322	12,906	34,230,000	37.70

**W.P. – Wilayah Persekutuan*

Kadar = Bilangan Kes Penderaan (semua jenis) OSCC/ Bilangan penduduk per negeri (data DOSM) X 100,000

Disediakan oleh:
Pusat Kecemerlangan Kesihatan Mental Kebangsaan (NCEMH)

Tarikh Kemaskini : 9 Februari 2026

LAMPIRAN K

MAKLUMAT PERJAWATAN SKIM PERKHIDMATAN SOSIAL JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT KADER DI KEMENTERIAN KESIHATAN HINGGA 25 JUN 2026										
BIL	NAMA JAWATAN	GREJ	NEGERI	TEMPAT BERTUGAS	JWTN	BIL. INI	BIL. KSG	BIL	NAMA PENYANDANG	TARIKH PENEMPATAN
1	Penolong Pegawai Pembangunan Masyarakat	S6/S7	PUTRAJAYA	Hospital Putrajaya	6	6	0	1	Raja Nurul Faezla binti Raja Halim	05.01.2026
			PAHANG	Hospital Sultan Haji Ahmad Shah, Temerloh				2	Nor Hashimah binti Ismail	20.01.2025
			SELANGOR	Hospital Tengku Pemasuri Norahikmah, Kajang				3	Rahim bin Kassim	20.01.2025 - 6/7(BK2)
			W.P. KUALA LUMPUR	Hospital Kuala Lumpur				4	Salmi binti Abdullah	05.01.2026
			KEDAH	Hospital Sultan Abdul Halim Sungai Petani, Kedah				5	Muhamad Fuzad bin Kemasuddin	04.11.2019
			PERLIS	Hospital Tengku Fauziah, Perlis				6	Mazmin binti Abd Aziz	03.02.2025
JUMLAH					6	6	0			
2	Penolong Pegawai Pembangunan Masyarakat	S5/S6/S7	PERAK	Hospital Bahagia Ulu Kinta, Perak	36	35	1	1	Ramlah binti Aziz	18.05.2026 - 96(TBK1)
				Hospital Bahagia Ulu Kinta, Perak				2	Raja Surijan al-Sundara Lagan	18.12.2023
				Hospital Bahagia Ulu Kinta, Perak				3	Mohd Fakhri bin Abdul Rahman	04.06.2024
				Hospital Teluk Intan, Perak				4	Nurul Shahidah binti Mohd Yusop	17.09.2024
				Hospital Sen Manjung				5	Nur Zunaina binti Zukhrif	20.01.2025 - 96(TBK1)
			SELANGOR	Hospital Tengku Ampuan Rahimah Klang				6	Nuzrah binti Bakir	18.12.2023
				Hospital Tanjong Karang				7	Admah binti Adra	17.09.2024
			PAHANG	Hospital Pekan				8	Mohd Asmadi bin Ibrahim	25.08.2014
			KELANTAN	Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kota Bharu				9	Amanah bin Besar	17.10.2022
				Hospital Sultan Ismail Petra, Kuala Krai				10	Nor Zuhairi binti Hashim	01.07.2025
				Hospital Bachok				11	Hasni binti Zakaria	20.01.2025
			JOHOR	Hospital Pakar Sultanah Fatimah, Muar				12	Nazreen binti Ahmad	02.01.2020 - 96(TBK1)
				Hospital Sultanah Nora Ismail, Batu Pahat				13	Aanita binti Aies	13.07.2020
				Hospital Pengeri				14	Nur Fatima binti Azman	11.06.2018
				Hospital Pengeri				15	Mohd Fauzi bin Suliman	20.01.2025
				Hospital Sultanah Aminah				16	Siti Muhaina binti Lahuddin	17.09.2024
			KEDAH	Hospital Sultan Abdul Halim Sungai Petani, Kedah				17	Mohd Fairry bin Mohd Fauzy	26.04.2021 - 96(TBK1)
				Hospital Sultan Abdul Halim Sungai Petani, Kedah				18	Samizah bin Marzuki	15.12.2017
			NEGERI SEMBILAN	Hospital Tunku Jafer, Seremban				19	Makiah binti Mohd Makhtar	17.09.2024
			PULAU PINANG	Hospital Bukit Mertajam				20	Noor Hafiz bin Mohd Rifin	01.02.2021
				Hospital Pulau Pinang				21	Wan Nur Rafana binti Wan Razali	17.10.2022
				Hospital Seberang Jaya				22	Wan Ruhazza binti Wan Ahmad	30.08.2016 - 96(TBK1)
			W.P. KUALA LUMPUR	Hospital Kuala Lumpur				23	Razali bin Osman @ Yusof	01.07.2015
				Hospital Kuala Lumpur				24	Rosemaria binti Nayan @ Azcan	01.07.2025 - 96(TBK1)
			TERENGGANU	Hospital Dungun				25	Nurhafiza binti Abdul Wahab	17.10.2022
				Hospital Sertosa				26	Samsiah binti Chai	04.01.2021
				Hospital Beaufort				27	Darul Bahari bin Nasuli	20.01.2025
				Hospital Taiping				28	Shukelyah Idris binti Sukri	01.03.2023
				Hospital Queen Elizabeth II				29	Hassan bin Hassan	01.03.2011

			SABAH	Hospital Semporna				30	Julia binti Johan	01.07.2019
				Hospital Queen Elizabeth II (Darah Kaya Kinabalu)				31	Zahira binti Mohd Ali	03.03.2014
				Hospital Kuala Penyu				32	Mohd Shafiq bin Mohd Jamal	02.12.2024

				Hospital Kudat				33	Fariah bin Mustab	15/03/2024 - 56(TBK1)
				Hospital Pitas				34	AK Norisman bin AG Osman	17.10.2022
				Hospital Kunak				35	Koong	Penyandang Florence Anak Bayang berkuat ke PKMB Kaput mula 05.01.2026
			W.P. LABUAN	Hospital Labuan				36	Marcus bin Osman	05.01.2026 - 56(TBK1)
				JUMLAH	36	35	1			
3	Pembantu Pembangunan Masyarakat	S2/S3		Hospital Orang Asli Gombak	5	5	0	1	Maalinda binti Mohamed Noor	20.01.2025
			W. P. KUALA LUMPUR	Hospital Orang Asli Gombak				2	Zuraini binti Ismail	04.06.2024
				Hospital Orang Asli Gombak				3	Rahadeti binti Halim	18.11.2019 - 52(TBK1)
				Hospital Orang Asli Gombak				4	Nor Azlan bin Daud	02.03.2026 - 53(TBK2)
				Hospital Orang Asli Gombak				5	Jemali bin Abdul Rahman	20.12.2021 (Meninggal)
				JUMLAH	5	5	0			
4	Pembantu Pembangunan Masyarakat	S1/S2/S3		Hospital Pulau Pinang	13	7	6	1	Wan Nurul Aiman bin Wan Ishe	22.07.2024
			PULAU PINANG	Hospital Tengku Ampuan Rahimah, Klang				2	Mohd Jeffry bin Ahmad Rani	17.05.2022 - 52(TBK1)
			SELANGOR	Hospital Pusat Kusta Sig. Boleh				3	Mohamed Zukhran bin Abdul Ghani	15.05.2023
			KELANTAN	Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kota Bharu				4	Nuzman Nasyuddin bin Ghazali	04.10.2021 - 52(TBK1)
				Hospital Orang Asli Gombak				5	Angelica alip Bah Desa	03.04.2017
				Hospital Orang Asli Gombak				6	Koong	Penyandang Muhammad Sholihin bin Esmat Yusli berkuat ke STB Jemut mula 05.01.2026
				Hospital Orang Asli Gombak				7	Muhammad Hadzi bin Zamri	06.10.2025
			W. P. KUALA LUMPUR	Hospital Orang Asli Gombak				8	Koong	Penyandang Mustafiz bin Abdul Rauf berkuat ke Jemut
				Hospital Orang Asli Gombak				9	Koong	Penyandang Mohamad Hafiz bin Hettar berkuat ke PKMD Kemaman pada 01.07.2019
				Hospital Orang Asli Gombak				10	Koong	Penyandang Ahmad Zul Hanafi bin Azmy berkuat ke PKMD Seru pada 01.07.2019
				Hospital Orang Asli Gombak				11	Koong	Penyandang Mustafin bin Abdul Rauf berkuat ke PKMD Melaka Tengah pada 17.02.2020
				Hospital Orang Asli Gombak				12	Norsafinimi alip Ajura	01.09.2016
				Hospital Orang Asli Gombak				13	Koong	
				JUMLAH	13	7	6			
			JUMLAH KESELURUHAN		60	53	7			

**MAKLUMAT SKIM PERKHIDMATAN SOSIAL JABATAN KEBAJIKAN
MASYARAKAT KADER DI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

1. Sehingga Jun 2026, terdapat sebanyak 60 perjawatan melibatkan skim Penolong Pegawai Pembangunan Masyarakat (S5/S6/S7) dan Pembantu Pembangunan Masyarakat (S1/S2/S3) Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) ditempatkan di hospital-hospital Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) di seluruh negara. Daripada jumlah tersebut, 53 jawatan telah diisi manakala tujuh (7) jawatan masih kosong, dengan kadar pengisian keseluruhan sebanyak 88.3 peratus (88.3%).
2. Dari segi penempatan, di Putrajaya terdapat satu (1) pegawai yang ditempatkan di Hospital Putrajaya. Di negeri Pahang pula, seramai dua (2) pegawai ditempatkan masing-masing di Hospital Sultan Haji Ahmad Shah, Temerloh dan Hospital Pekan.
3. Bagi negeri Selangor, sejumlah lima (5) pegawai telah ditempatkan di Hospital Tengku Permaisuri Norashikin, Kajang, Hospital Tengku Ampuan Rahimah, Klang, Hospital Tanjong Karang dan Hospital Pusat Kusta Sungai Buloh. Di Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur, seramai 11 pegawai ditempatkan di Hospital Kuala Lumpur dan Hospital Orang Asli Gombak.
4. Di Kedah, seramai tiga (3) pegawai ditempatkan di Hospital Sultan Abdul Halim, Sungai Petani, manakala di Perlis terdapat satu (1) pegawai di Hospital Tuanku Fauziah.
5. Bagi negeri Perak, seramai lima (5) pegawai telah ditempatkan di Hospital Bahagia Ulu Kinta, Hospital Teluk Intan dan Hospital Seri Manjung. Di Kelantan pula, seramai empat (4) pegawai ditempatkan di Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kota Bharu, Hospital Sultan Ismail Petra, Kuala Krai dan Hospital Bachok.
6. Di negeri Johor, sejumlah lima (5) pegawai telah ditempatkan di Hospital Pakar Sultanah Fatimah, Muar, Hospital Sultanah Nora Ismail, Batu Pahat, Hospital Permai dan Hospital Sultanah Aminah. Seterusnya

di Negeri Sembilan terdapat satu (1) pegawai di Hospital Tuanku Ja'afar, Seremban.

7. Bagi Penang, seramai empat (4) pegawai ditempatkan di Hospital Bukit Mertajam, Hospital Pulau Pinang dan Hospital Seberang Jaya, manakala di Terengganu terdapat satu (1) pegawai di Hospital Dungun.

8. Di Sabah, sejumlah sembilan (9) pegawai ditempatkan di beberapa hospital iaitu Hospital Sentosa, Hospital Beaufort, Hospital Tuaran, Hospital Queen Elizabeth II, Hospital Semporna, Hospital Queen Elizabeth, Hospital Kuala Penyu, Hospital Kudat, Hospital Pitas dan Hospital Kunak. Sementara itu, di Wilayah Persekutuan Labuan, terdapat satu (1) pegawai yang ditempatkan di Hospital Labuan.

9. Bagi kekosongan jawatan, sebanyak tujuh (7) kekosongan direkodkan di Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur yang tertumpu di Hospital Orang Asli Gombak, manakala satu (1) kekosongan direkodkan di Hospital Kunak, Sabah. Kekosongan ini sedang diberi perhatian untuk tindakan pengisian bagi memastikan kesinambungan penyampaian perkhidmatan kebajikan, sokongan sosial dan intervensi psikososial di hospital dapat dilaksanakan secara optimum dan berkesan.















PARLIMEN MALAYSIA



**DR. 14 TAHUN 2026
LAPORAN PROSIDING**

**PENYATA JAWATANKUASA PILIHAN
WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN
MASYARAKAT
PENAMBAHBAIKAN PERKHIDMATAN BERSEPADU
ONE STOP CRISIS CENTER (OSCC) DI MALAYSIA**

LAPORAN PROSIDING
JAWATANKUASA PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK
DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT

PENAMBAHBAIKAN PERKHIDMATAN BERSEPADU ONE STOP CRISIS
CENTER (OSCC) DI MALAYSIA

NO	LAPORAN PROSIDING	TARIKH
1.	MESYUARAT JAWATANKUASA PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT BILANGAN 10 TAHUN 2026	10 JUN 2026



**DEWAN RAKYAT
LAPORAN PROSIDING**

**JAWATANKUASA PILIHAN
WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN
MASYARAKAT**

TAKLIMAT-TAKLIMAT MENGENAI:

- I. PELAKSANAAN PERKHIDMATAN *ONE-STOP CRISIS CENTRE* (OSCC) OLEH KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)**
 - II. PENGENDALIAN KES KEGANASAN RUMAH TANGGA MELALUI OSCC OLEH POLIS DIRAJA MALAYSIA (PDRM), JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT (JKM) DAN KEMENTERIAN DALAM NEGERI (KDN)**
 - III. PENGENDALIAN KES KANAK-KANAK DAN MANGSA PASCA-OSCC OLEH KEMENTERIAN PEMBANGUNAN WANITA, KELUARGA DAN MASYARAKAT (KPWKM)**
-

**BIL. 10
RABU, 10 JUN 2026
PENGAL KELIMA, PARLIMEN KELIMA BELAS**

**MESYUARAT JAWATANKUASA PILIHAN
WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT
BIL. 10 TAHUN 2026**

**BILIK JAWATANKUASA 2, BLOK UTAMA
BANGUNAN PARLIMEN, PARLIMEN MALAYSIA**

RABU, 10 JUN 2026

AHLI-AHLI JAWATANKUASA

Hadir

YB. Puan Yeo Bee Yin [Puchong]

— *Pengerusi*

YB. Puan Syerleena binti Abdul Rashid [Bukit Bendera]

YB. Dr. Hajah Halimah Ali [Kapar]

YB. Tuan Zakri bin Hassan [Kangar]

Tidak Hadir [*Dengan Maaf*]

YB. Puan Hajah Rodziah binti Ismail [Ampang]

— *Naib Pengerusi*

YB. Datuk Hajah Siti Aminah binti Aching [Beaufort]

YB. Tuan Mohamad Shafizan Haji Kepli [Batang Lupa]

YB. Dato' Hajah Siti Zailah binti Mohd Yusoff [Rantau Panjang]

YB. Dato' Hajah Mumtaz binti Md Nawli [Tumpat]

YB. Dato' Haji Shamsul Kahar bin Mohd Deli [Jempol]

YB. Dato' Sri Sh Mohmed Puzi bin Sh Ali [Pekan]

YB. Tuan Tan Hong Pin [Bakri]

URUS SETIA

Puan Kaishune Surang [Ketua Penolong Setiausaha, Seksyen Jawatankuasa Pilihan Berkaitan Kementerian (Bahagian Pengurusan Dewan Rakyat), Parlimen Malaysia]

YBrs. Dr. Siti 'Ai'syah binti Che Osmi [Pegawai Arkib, Seksyen Jawatankuasa Pilihan Berkaitan Kementerian (Bahagian Pengurusan Dewan Rakyat), Parlimen Malaysia]

Puan Nur Farah binti Dzulkiffli [Pegawai Arkib, Seksyen Jawatankuasa Pilihan Berkaitan Kementerian (Bahagian Pengurusan Dewan Rakyat), Parlimen Malaysia]

HADIR BERSAMA

Ex Officio

YBrs. Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif [Timbalan Ketua Setiausaha (Strategik) Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWKM)]

YBrs. Dr. Nazira binti Abdul Rahman (Wakil Ex Officio) [Setiausaha Bahagian (Bahagian Dasar dan Perancangan Strategik), Kementerian Belia dan Sukan]

Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)

YBrs. Dr. Md Anuar bin Abd Samad @ Mahmood [Ketua Penolong Pengarah Kanan (Bahagian Perkembangan Perubatan)]

YBrs. Dr. Farah binti Amalludin [Ketua Penolong Pengarah Kanan (Bahagian Perkembangan Perubatan)]

YBrs. Dr. Noor Raihan binti Khamal [Pakar Perubatan Kesihatan Awam dan Ketua Sektor Intervensi dan Talian Krisis Mental (NCEMH)]

YBrs. Dr. Nor Azhariah binti Noordin [Pegawai Perubatan (NCEMH)]

Encik Mohd Hazizi bin A Kadir [Ketua Penolong Setiausaha (Bahagian Dasar dan Hubungan Antarabangsa)]

YBrs. Dr. Khairul Nizam bin Hassan [Pakar Perunding Kecemasan dan Timbalan Ketua Kepakaran Perubatan Kecemasan, Hospital Putrajaya]

YBrs. Dr. Noorzilawati binti Ahmad [Pakar Perunding Kecemasan dan Ketua Jabatan Kecemasan dan Trauma, Hospital Putrajaya]

Kementerian Dalam Negeri (KDN)

YBhg. Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman [Timbalan Ketua Setiausaha (Keselamatan)]

YBrs. Encik Hairuddin bin Abdullah [Timbalan Setiausaha Bahagian (Bahagian Keselamatan dan Ketenteraman Awam)]

Puan Nur Safrina binti Masduki [Penolong Setiausaha (Bahagian Keselamatan dan Ketenteraman Awam)]

Polis Diraja Malaysia (PDRM)

SAC Siti Kamsiah binti Hassan [Ketua Penolong Pengarah (Bahagian D11) Jabatan Siasatan Jenayah]

SUPT Hirdawati binti Isa [Ketua Unit Siasatan Kanak-kanak (Bahagian D11) Jabatan Siasatan Jenayah]

Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWKM)

Puan Faizah binti Abdullah [Ketua Penolong Setiausaha (Bahagian Kolaborasi Strategik)]

Puan Rabi'atul Adawiyah binti Razali [Penolong Setiausaha (Bahagian Kolaborasi Strategik)]

Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM)

YBrs. Dr. Sopian bin Haji Brahim [Pengarah, Jabatan Pembangunan Kanak-kanak]

YBrs. Dr. Muzairiah binti Bajuri [Ketua Penolong Pengarah Kanan (Bahagian Dasar dan Hubungan Antarabangsa)]

Tuan Mohd Azizul bin Ibrahim [Penolong Pengarah Kanan (Bahagian Dasar dan Hubungan Antarabangsa)]

Puan Nurul Atiqah binti Mohammad Shafi [Penolong Pengarah (Bahagian Perlindungan) Jabatan Pembangunan Kanak-kanak]

LAPORAN PROSIDING

MESYUARAT JAWATANKUASA PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT BIL. 10 TAHUN 2026

BILIK JAWATANKUASA 2, BLOK UTAMA BANGUNAN PARLIMEN, PARLIMEN MALAYSIA

RABU, 10 JUN 2026

Mesyuarat dimulakan pada pukul 11.16 pagi

*[Yang Berhormat Puan Yeo Bee Yin **mempengerusikan Mesyuarat**]*

Tuan Pengerusi: Salam sejahtera Ahli-ahli Yang Berhormat. Terlebih dahulu saya ingin mengucapkan terima kasih kepada Ahli-ahli Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat dan juga wakil-wakil tetap ex officio kita hari ini. Saya juga ingin mengalu-alukan kehadiran KKM — KKM di mana? Okey, KKM. *And then*, KDN, okey *and* KPWKM dalam perbincangan pada hari ini.

Ahli-ahli Yang Berhormat sekalian, terdapat tiga agenda pada hari ini. Satu adalah berkenaan dengan pelaksanaan perkhidmatan OSCC bagi mangsa keganasan, pemeriksaan perubatan, forensik klinikal, kaunseling awal, rawatan susulan dan garis masa pelaksanaan garis panduan terkini OSCC oleh KKM. Yang kedua adalah pengendalian kes keganasan rumah tangga dan kanak-kanak melalui OSCC, peranan PDRM dalam siasatan, perlindungan mangsa dan koordinasi dengan hospital serta Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) oleh KDN. Dan ketiga adalah pengendalian kes kanak-kanak dan bangsa pasca-OSCC, peranan pegawai pelindung JKM dalam perlindungan kaunseling dan penamatan sementara oleh KPWKM.

Saya ingin mengingatkan ahli-ahli mesyuarat bahawa mesyuarat ini tertakluk di bawah Peraturan Mesyuarat 85, Peraturan-peraturan Majlis Mesyuarat Dewan Rakyat dan Akta Majlis Parlimen (Keistimewaan dan Kuasa) 1952 di mana sebarang kenyataan ataupun dokumen yang dibentangkan di hadapan jawatankuasa ini tidak boleh disiarkan sehingga jawatankuasa membentangkan penyata di Dewan Rakyat.

Saya juga ingin mengingatkan ahli-ahli mesyuarat bahawa jika sesuatu dokumen ataupun maklumat yang dikemukakan kepada jawatankuasa dikelaskan sebagai dokumen ataupun maklumat terperingkat, tuan dan puan perlu memaklumkan kepada jawatankuasa. Kalau sesuatu yang tuan ataupun puan yang

tidak ingin direkodkan dalam Hansard, anda perlu tutupkan *mic* lah, *you* tutupkan *mic* dan *all this will be informal discussion* ya.

Sebelum — dan juga, saya ingin di hadapan semua saksi ada satu teks yang berkaitan dengan sesiapa yang ingin memberi kenyataan sebelum prosiding, jawatankuasa ingin memaklumkan bahawa selaras dengan seksyen 18, Akta Majlis Parlimen, saksi boleh diperiksa di bawah sumpah. Memandangkan mesyuarat ini adalah prosiding, maka saksi dikehendaki mengangkat sumpah sebelum memberi keterangan. Yang teks sumpah adalah di hadapan semua. Jawatankuasa dengan ini memohon saksi untuk mengangkat sumpah dengan tangan kanan bahawa segala keterangan yang akan diberikan kepada jawatankuasa ini adalah benar seperti dalam teks sumpah di hadapan saksi. Mohon saksi selepas ini saksi ini boleh berdiri dan melafazkan sumpah sebelum memberi keterangan pertama. Terima kasih. Sekarang kita teruskan dengan pembentangan KKM dulu. Hah, siapa? Ya.

■1020

Dr. Khairul Nizam bin Hassan [Pakar Perunding Kecemasan dan Timbalan Ketua Kepakaran Perubatan Kecemasan, Hospital Putrajaya]: *[Mengangkat sumpah] “Bahawasanya saya, Khairul Nizam bin Hassan dengan sesungguhnya bersumpah bahawa segala keterangan yang...” — sorry. “Bahawasanya saya, Khairul Nizam bin Hassan dengan sesungguhnya bersumpah bahawa segala keterangan yang saya berikan di hadapan Jawatankuasa ini adalah benar. Tiada yang tidak benar melainkan benar belaka”.*

Tuan Pengerusi: Okey, teruskan.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *Bismillahirrahmanirrahim. Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.* Salam Malaysia MADANI. Pertamanya, YB Pengerusi, saya mohon maaf atas kelewatan kami, terperangkap dalam *jammed* tadi. Kepada semua Ahli-ahli Yang Berhormat jawatankuasa, saya akan membentangkan Krisis Penderaan dan Keganasan Rumah Tangga Malaysia berkaitan dengan fungsi dan peranan *One-Stop Crisis Centre* bagi Kementerian Kesihatan Malaysia.

Sebagai makluman, saya perlu memperkenalkan kekuatan pasukan KKM pada hari ini yang terdiri daripada Bahagian Perkembangan Perubatan. Saya mewakili Kementerian Kesihatan bagi pihak aspek klinikal iaitu perkhidmatan kecemasan dan trauma, dan juga turut diwakili oleh *National Centre of Excellence for Mental Health*. *Next slide.*

Sebagai gambaran makro, momentum krisis keseluruhan ini tidak pernah surut. Kita boleh lihat daripada carta ini menunjukkan peningkatan yang ketara, daripada 2020 hingga 2025, dan yang terakhir, telah menunjukkan — data kita

menunjukkan terdapat 12,906 kes yang merupakan puncak kepada — kita panggil magnitud insiden ini. Data-data ini saya perolehi daripada Data Pusat Khidmat Bersepadu, hanya menunjukkan bahawa insiden penderaan tidak sekadar pulih ke paras prapandemik, sebaliknya sedang memecut ke trajektori yang tidak pernah berlaku sebelum ini. *Next slide.*

Dari segi tipologi penderaan, berdasarkan kepada corak pemetaan data ini dikumpulkan terbahagi kepada tiga. Yang pertama iaitu fizikal, seksual dan psikologi. Jadi, kita lihat di sini bahawa yang bertanda merah itu adalah ancaman seksual, yang hitam itu adalah fizikal dan yang kelabu, yang agak *narrow* sedikit dia punya — kita panggil carta itu menunjukkan dari segi aspek psikologi.

Walaupun jumlah kes *psychological* rendah secara perbandingan, trajektori menaik dalam penderaan seksual menandakan krisis perlindungan yang kritikal. Kita melihat dalam hal ini, penderaan fizikal merupakan dominasi terhadap segala bentuk kes yang hadir ke *One-Stop Crisis Centre*. Seterusnya, *next slide.*

Dari segi asimetri jantina, kita boleh lihat di sini bahawa kita panggil pemandiri perempuan masih lagi mewakili kumpulan terbesar, melibatkan daripada statistik keseluruhan. Seksual di kalangan perempuan mungkin yang tertinggi iaitu 3,852 kes. Fizikal, 6,174 kes menjadikan total keseluruhan melibatkan pemandiri perempuan adalah 10,176.

OSCC juga mencatatkan beberapa kes yang melibatkan pemandiri lelaki dan *of course*, dalam hal ini, kita melihat total keseluruhan jauh lebih rendah daripada mangsa-mangsa waktu bermandiri di kalangan wanita.

Dr. Hajah Halimah Ali [Kapar]: Tuan Pengerusi, boleh tanya tak? *Is this only OSCC ke? Data ini only OSCC?*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Yes. Okey, dari segi pengumpulan data, Pengerusi dan Ahli Yang Berhormat sekalian, kita mengumpulkan data ini daripada *One-Stop Crisis Centre*. *One-Stop Crisis Centre* ini adalah terletak di Jabatan Kecemasan. Walau bagaimanapun, ada beberapa kes kita mendapati ia nya dikesan kemudian.

Kemudian bermaksud di sini, pada awalnya dia hadir dalam bentuk lain. Mungkin, kesakitan demam dan sebagainya. Dan akhirnya, dia di wad sebagai contohnya, dia akan melaporkan beberapa insiden yang mungkin ada kaitan dengan *One-Stop Crisis Centre*.

So, apa yang berlaku di sini, kita ada data yang dikumpulkan di peringkat hospital, yang akhirnya dikumpulkan oleh *National Centre of Excellence for Mental Health*. So, daripada situ bermakna bagi menjawab pertanyaan YB tadi, data ini ada

beberapa sumber yang akhirnya diselaraskan di bawah *National Centre of Excellence*.

Tuan Pengerusi: Nak tanyalah. Nak tanya itu carta, kenapa 3,852 lebih tinggi daripada 6,000? *The chart is wrong, in terms of* — perempuan, fizikal 6,000. Seksual, 3,800 *supposed to be lower-lah. So that, it looks like it is highest in the sexual, actually is a physical that is the highest-lah.*

Dr. Hajah Halimah Ali: Kesilapan teknikal ke?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Saya rasa, kita letakkan nombor itu *dis-generate* dalam keadaan yang terbalik.

Tuan Pengerusi: So, 3,800 betul ?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Yes.

Tuan Pengerusi: Okey.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Sebenarnya, ini adalah *number* yang kita perolehilah.

Dr. Hajah Halimah Ali: Dan, susulan dengan ini juga, *what do you mean* fizikal lelaki *is 2,153*, fizikal perempuan *is 6,000*. *One-third* lelaki ini, *one-third of* perempuan? Maknanya, *it's getting more*, kan *with* lelaki?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Ia menunjukkan sekarang ini, insiden berkaitan dengan sama ada keganasan rumah tangga ataupun apa-apa yang berkaitan dengan gangguan seksual juga turut melibatkan mangsa pemandiri lelaki.

Dr. Hajah Halimah Ali: *What's wrong?*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Saya tak dapat nak menjawab tentang *what's wrong because this is the* — kita nak menunjukkan ini adalah masalah yang berlaku di komuniti sosial. Sebab kami, OSCC adalah di peringkat akhir mereka datang untuk mendapatkan rawatan.

Tuan Pengerusi: Nombor *correct*? Hanya carta yang tak — okey, okey.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Ya.

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif [Timbalan Ketua Setiausaha (Strategik) Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWK)]: Yang Berbahagia Dato' Pengerusi, jumlah itu tak sama *actually*. Dia nak *point out-lah*. Kalau jumlah daripada kes-kes lelaki dengan perempuan itu, bawah itu total keseluruhan tak sama.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: 12,906. Data kita memang 12,906 keseluruhan untuk 2025.

Tuan Pengerusi: No. Maksud, lelaki fizikal, *2,153 plus 406, you don't get 2,730*.

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Izinkan saya untuk patah balik kepada slaid tadi. *All right.* Ya, sebab ada yang *narrow line* itu tadi, mungkin kita telah kata tertinggal komponen bilangan yang menyebabkan — kita panggil mangsa-mangsa yang dikategorikan sebagai *psychologically affected*.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Bermakna, yang lain-lain lah.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Berdasarkan kepada rekod pengumpulan data, kita bahagikan kepada major kepada tiga ini. Fizikal, psikologi dan seksual. Okey. Bagi episentrum keganasan, ini menunjukkan lokaliti di tempat berlakunya *incest* seumpamanya. Berdasarkan kepada rekod 2025, tumpuan geografi kita menunjukkan Kuala Lumpur dan Putrajaya merupakan kes tertinggi. Keduanya, disusuli oleh Selangor, Sarawak dan Sabah lah.

Jadi, *the context* keganasan rumah tangga, negeri yang menunjukkan bilangan tertinggi ada kaitan dari segi ketumpatan penduduk dan kita boleh lihat, ia nya menyusut. Bukan menyusut. Dia pada kadar yang lebih rendah pada negeri-negeri yang kepadatan penduduknya lebih rendah. Jadi, tiga yang utama yang boleh saya kongsi di sini adalah Kuala Lumpur dan Putrajaya, Selangor dan seterusnya oleh Sarawak.

Tuan Pengerusi: *But Sarawak is not the third most populated state.* Ada per kapita tak?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Kita tak ada data tersebut, per kapita.

Tuan Pengerusi: *So, we shall suppose to do case per capita. Like, every 100,000 people populations, how many penderaan because it is actually different.*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Ya, YB.

Tuan Pengerusi: *So, a more accurate depiction on how frequent things are happening is through every 100,000 population. Best, kita ambil nombor ini dan kita compute sendirilah dengan data daripada populasi. Sekretariat, we need the numbers. I think Sarawak is very high because Sarawak population is not very high. Yet, it is on the number three.*

As for KL and Selangor, I have a feeling that because of the population is very high, so the per capita may not be as high. Okay? Kita nak dapatkan nombor. Can we punch in to excel sheet and then, straight away get the number? Continue.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Sekarang ini kita fokus kepada keganasan rumah tangga. Keganasan rumah tangga menyumbang kepada hampir 60 peratus daripada keseluruhan kes OSCC negara walaupun terdapat sedikit penurunan antara 2024-2025, angka kekal jauh lebih tinggi berbandingnya prapandemik.

Jadi, kita melihat kat sini dalam pecahan 2025, dominasi fizikal melibatkan 6,611 kes daripada keseluruhan 7,689 kes yang direkodkan.

Tuan Pengerusi: Sebelum pandemik berapa?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Sebelum — dia sekitar pandemik itu Pengerusi, dia dalam 2020-2021. 2021...

Tuan Pengerusi: Tapi sebelum 2020?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Maksudnya, awal daripada 2019?

Tuan Pengerusi: Ya, ya

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Kita ada data tersebut tapi disebabkan — kita tidak tunjukkan di sinilah YB.

Tuan Pengerusi: Ya, sebab *what you want to say that is post-pandemic and pre-pandemic is different, right? But you cannot show from 2020, because 2020 is where the pandemic happened already. So...*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: So...

Tuan Pengerusi: Kita perlu tahu daripada 2018, 2019 ataupun 2017, tiga tahun sebelum 2020 dan tiga tahun selepas 2022. *Then, at least then, we have clearer idea-lah.*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Ya, *I agree with you. We have — actually, we have the 2019 punya rekod but we will extract further from the 2018 and onwards. Insya-Allah. Okay, next. [Merujuk kepada slaid pembentangan]*

So, berdasarkan kepada kesemua kes dan data-data yang kita perolehi, kita melihat kepada punca ataupun kita lihat kepada *perpetrator* itu sendiri. Kita dapati paradoks keselamatan kita sebenarnya bahaya berada paling dekat. Bermaksud dekat sini, ia adalah dan kita lihat kepada lingkaran zon merah *catastrophic* itu, dia melibatkan dalam institusi keluarga itu sendiri.

Dalam kes-kes melibatkan suami atau isteri, ada 4,191 kes dan melibatkan ibu bapa kandung dalam 1,545 kes. Yang lain-lain pecahan seperti yang kita lihat dalam carta ini. Melihat daripada carta yang saya kongsi ini, menunjukkan bahawa ancaman itu, ancaman utama berakar umbi di dalam institusi keluarga itu sendiri. Dan *of course* memerlukan pendekatan perundangan dan kita panggil *approach* komuniti sosial yang berbeza.

Kita cuba pecahkan kepada — kita panggil kumpulan umur, yang boleh kita bahagikan kepada tiga fasa. Fasa satu, zaman kanak-kanak itu kosong — daripada lahir, sehinggalah ia mencecah umur sembilan tahun. Kemudian, kita sambungkan juga hingga kepada fasa remaja, iaitu bawah daripada 18 tahun. Dan kita seterusnya dalam fasa ketika dewasa *onwards*, umur 18 tahun ke atas. Dalam aspek pengenalan kes *One-Stop Crisis Centre* yang dikategorikan sebagai aktiviti *suspected child abuse and neglect* (SCAN), kita telah meletakkan had umur adalah 18 tahun ke atas.

Jadi fasa satu, zaman kanak-kanak, seperti yang ditunjukkan dalam catat ini, menunjukkan — kes juga dicatatkan, sama ada dalam bentuk penderaan fizikal, sama ada daripada ibu bapa atau pengabaian melibatkan kanak-kanak termasuklah pembuangan bayi. Diteruskan lagi dalam fasa kedua iaitu fasa remaja, melibatkan 3,899 kes OSCC. Dan seterusnya, kita boleh lihat jumlah yang terbesar dalam fasa dewasa iaitu melibatkan 6,328 kes OSCC dan juga 5,270 keganasan rumah tangga.

Jadi dalam hal ini, dasar intervensi mestilah bersifat dinamik mengikut umur. KKM dan juga pihak NGO tidak boleh menggunakan satu saja tunggak untuk melawan krisis yang sentiasa berevolusi merentasi jangka hayat manusia. *Next*.

Jadi kita cuba rangkumkan dengan dapatan data kita dan hala tuju polisi 2026 dan seterusnya. Kita memfokuskan dalam kita menggubal polisi baharu 2026, kita melihat pada *trending* yang ada, kita melihat kepada apakah fokus yang boleh kita tambah baik dan apakah bentuk baharu yang boleh kita cadangkan? Melihat daripada kotak-kotak ini yang telah saya kongsi, trend meningkat dalam semua aspek dari segi *One-Stop Crisis Centre* secara keseluruhan — secara amnya, keganasan rumah tangga dan krisis kanak-kanak.

Jadi melihat kepada rentas umur ini, *approach* itu kita akan lakukan dalam pelbagai, kita panggil dimensi sesuai dengan tahap umur. Jadi, intervensi itu merangkumi daripada perawatan iaitu fokus operasi di hospital, iaitu *One-Stop Crisis Centre* itu sendiri. Dan juga fokus operasi dari segi aspek intervensi psikologi, memperkasakan undang-undang keganasan domestik dan melibatkan lebih banyak tempat perlindungan wanita.

Dan begitu juga kempen-kempen kesedaran di peringkat awal di sekolah. Dan begitu juga kempen-kempen untuk buat pengecaman awal atau saringan awal, penderaan seksual di sekolah dan juga beberapa kita panggil tindakan yang lebih mandatori agar kes-kes yang mungkin merupakan kanak-kanak berisiko itu boleh diangkat ke pihak berkuasa.

Data KKM 2025 bukan sekadar strategi perubatan; adalah metrik kelemahan perlindungan sosial. Keselamatan tidak lagi bermula di rumah saja. Sistem kesihatan kini merupakan barisan pertahanan terakhir, dan intervensi pelbagai agensi perlu diselaraskan serta-merta. *Next*.

Pusat Khidmat Bersepadu KKM 2025. Suka saya maklumkan kepada semua ahli mesyuarat dan Pengerusi. Kita sedang — kita sebenarnya sudah berada di peringkat akhir dalam mengeluarkan polisi baharu berkaitan dengan *One-Stop Crisis Centre*.

Tuan Pengerusi: Peringkat akhir maksud bila?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *External reviewer*. Dalam kita menggubal polisi perkhidmatan *One-Stop Crisis Centre*, ia adalah kita panggil penambahbaikan yang kita perlu lakukan daripada dokumen asal kita yang telah diterbitkan dalam 2015. Jadi setelah hampir 10 tahun, kita dah di peringkat akhir ini. Bermaksud dekat sini, draf itu sudah siap, kita telah edarkan kepada *external reviewer* untuk melihat kepada kandungan tersebut dan kita telah memperolehi *feedback*, *feedback* yang diperlukan.

Jadi bermakna dekat sini, satu jawatankuasa yang menggubal draf ini akan duduk dan memuktamadkan dokumen tersebut. Namun mungkin...

Dr. Hajah Halimah Ali: Pengerusi, boleh tanya. *Who is your external reviewer?*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *External reviewer* kita — okey. Masa kita menggubal polisi dan penambahbaikan garis panduan untuk OSCC ini, ia melibatkan agensi dalaman KKM dan juga agensi luar KKM. Agensi dalaman KKM adalah melibatkan semua perkhidmatan klinikal yang berkaitan, disokong oleh perkhidmatan sokongan klinikal, iaitu seperti unit kaunseling dan juga turut disertai oleh *National Centre of Excellence for Mental Health*. Itu di dalam dalaman KKM.

Luar KKM melibatkan Jabatan Kebajikan Masyarakat, melibatkan Jabatan Kimia, Polis Diraja Malaysia dan beberapa — dan banyak agensi-agensi luar KKM. So, kami telah beberapa kali telah duduk bersama-sama memuktamadkan perkara ini dan untuk menjawab YB punya pertanyaan tadi, *external reviewer* melibatkan semua agensi dalaman KKM dan juga luar KKM. Luar KKM iaitu PDRM...

Tuan Pengerusi: Apakah sasaran? Sebab apa yang kita kumpulkan masa lawatan ke OSCC adalah garis panduan ini telah pun lewat satu tahun. So, apakah sasaran sekarang? Bilakah kita akan siap dan terbit dan hantar? Dan kedua adalah berkenaan dengan garis panduan ini macam mana KKM dari pihak HQ pastikan semua garis panduan ini *actually* diikuti oleh semua, semua OSCC.

Dan ketiga adalah berkenaan dengan apa yang saya tengok ada *best practices* untuk hospital-hospital tertentu tapi *best practice* ini tidak dikongsi oleh OSCC yang lain. Apakah...

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Gerak kerja...

Tuan Pengerusi: Tindakan daripada KKM untuk pastikan bahawa *all these best practices that happen on the ground and you* kumpulkan *and make sure that all the other OSCC also follow?*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *Alright*, adalah penting supaya dokumen ini adalah menjadi satu dokumen yang telah di-*endorse*-kan oleh pihak tertinggi dalam KKM. Jadi, melihat kepada *nature* OSCC itu sendiri, ia memerlukan konsensus, kebersamaan daripada agensi-agensi di luar KKM.

■1040

Saya tidak nafikan, memang betul seperti yang dinyatakan oleh Pengerusi bahawa telah berlaku kelewatan dalam kita memuktamadkan dengan berkaitan tersebut. Tetapi saya melihat pada perkara ini, dia punya alasan yang saya boleh terima adalah antara perkara yang kita lihat adalah bila kita melihat kepada untuk melancarkan lagi proses perawatan dan kebajikan melibatkan pemandiri ini sendiri, agensi-agensi luar perlu bersama dengan kami. Bersama kami dalam hal ini bermaksud kena bersama-sama memberi keperluan dan bantuan perawatan dan keperluan-keperluan lain di luar waktu-waktu pejabatlah, saya senang cakap. Di luar waktu pejabat.

Begitu juga, saya bersama dengan beberapa pihak berkuasa, antaranya PDRM, kita perlu menjelaskan lagi, memudah cara kepada kes-kes yang di luar daripada kawasan di mana insiden itu berlaku. Bermakna dalam hal ini saya perlu bersama-sama dengan pihak PDRM untuk memudah cara kepada proses-proses siasatan dipihak PDRM itu sendiri. Ambil contoh...

Tuan Pengerusi: Ini tiada kaitan dengan *you* punya sasaran. Bila *you* nak bentangkan *guideline* ini?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Tak. Saya nak menjawab yang pertama tadi, Pengerusi kata kelewatan itu berlaku. *All right*.

Tuan Pengerusi: Ya.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: So, dalam proses-proses ini, kami — kalau kami tak mendapatkan kita orang panggil persetujuan bersama ini, secara holistiknya ia nya tidak boleh saya kata nak *implement* secara *whole* pada semua OSCC . Apa yang berada dalam ruang lingkup saya adalah dari segi perkhidmatan klinikal itu *yes*. *In fact*, sebenarnya ini adalah dia bukan baru pun. Dia adalah satu yang telah kita

bentuk dan kita tengah tambah baik. *All the information that we have* kita panggil — kita dah — telah kita persetujuan sebenarnya, telah kita sampaikan kepada semua petugas-petugas kita di lapangan melalui mesyuarat-mesyuarat ketua-ketua jabatan, mesyuarat-mesyuarat perkhidmatan dan sebagainya.

Cuma beberapa elemen penting yang melibatkan rentas agensi, perkara-perkara itu saya masih lagi memerlukan kita panggil persetujuan bersama sebab ia dokumen yang inklusif dan tidak hanya syok sendiri daripada Kementerian Kesihatan. Bagaimana kami nak bergerak...

Tuan Pengerusi: Boleh tak saya dapatkan *when is the last meeting between* KKM, PDRM dan juga JKM berkenaan dengan garis panduan ini? *When is the last because you cannot say that you are asking for other people's help and then there is no meeting being held*-lah. So, kita perlu tahu bahawa berapa kerap *meeting* ini berlaku dan *when is the last one that you followed up with this meeting?*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Kita kumpul sebab dia besar, Pengerusi. Kita September 2025. 2025. Tetapi dari segi...

Tuan Pengerusi: Hari ini sudah Jun ya, sudah sembilan bulan. So, *last meeting, coordination meeting* adalah September 2025 ya? Okey. Masa itu apakah *bottleneck*? Apakah yang menjadi tidak boleh dapatkan persetujuan sehingga hari ini kita tak dapat garis panduan lagi? Apakah *the line that you need* KDN ataupun JKM punya persetujuan?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Pertamanya adalah dia tentang persetujuan bersama. Apa yang saya boleh katakan dari segi dalaman, perkhidmatan klinikal tiada masalah. Tetapi bila kita nak melancarkan proses perawatan, siasatan, dia ada kaitan dengan PDRM. Saya dimaklumkan perkara ini perlu diuruskan di peringkat tertinggi sebab dia ada berkaitan dengan kita orang panggil Surat Arahan bagaimana supaya saya boleh memudahkan.

Katalah macam satu mangsa ini daripada Ipoh, *example* sahaja. Daripada Ipoh, insiden itu berlaku dekat sana. Dia akhirnya datang ke Hospital Putrajaya untuk dapat rawatan. Proses siasatan itu, dia ada beberapa perkara yang berkaitan dengan Surat Arahan KPN dan sebagainya. Itu pun saya nak kena *settle and of course it's beyond me. Beyond me, but I have raised it to my superior including the highest level that possible to get it solved. All right.*

Begitu juga dengan beberapa perkhidmatan yang kita rasa perlu supaya ia lebih melancarkan perawatan. Contohnya, bantuan kebajikan dan sebagainya. Itu perlukan dari agensi-agensi luar. Dari segi pihak kami, *external reviewer* itu telah kami serahkan pada dokumen. Sebelum daripada kita jadi *external reviewer*,

dokumen ini telah kita bangunkan bersama. So, saya harap agensi-agensi ambil — kita orang panggil dia punya *proactiveness* sendiri dalam memastikan perkara ini boleh diselesaikan sesegera mungkin. *All right*.

So, *that is the* apa yang saya boleh katakan *bottleneck* yang kita sedang hadapi sekarang kenapa dokumen ini tidak boleh dimuktamadkan.

Tuan Pengerusi: Okey. So, boleh saya minta — KKM adalah sekretariat untuk garis panduan ini? Boleh tak kita dapatkan minit mesyuarat daripada mesyuarat terakhir, mesyuarat penyelarasan sebab saya ingin tahu siapa yang hadir pada hari itu. Sebab apa yang berlaku sekarang saya nampak *of course*, apa yang katalah dalam tuan itu sangat benar. Kita perlukan PDRM, tetapi saya rasa orang yang PDRM hantar ataupun KDN hantar tak boleh buat keputusan.

Oleh itu, mesyuarat penyelarasan tidak boleh ada satu keputusan yang muktamad. Lepas itu, tunggu lagi. Tunggu sembilan bulan untuk mendapatkan persetujuan di mana kita *not meeting face to face now. Just a paper on thing, then there is no follow up* lah. So, kita perlu tahu siapa yang pergi, minit mesyuarat penyelarasan itu dan adakah *next time* kita menjadikan satu polisi di mana apabila kita ada mesyuarat penyelarasan untuk OSCC, siapa, pangkat apa yang perlu datang. Sebab memang kita tahulah, sebagai kerajaan kita sentiasa adakan *meeting*, tetapi hantar pembantulah, SUB-lah. Hantar orang yang tak boleh buat keputusan datang mesyuarat. Mesyuarat, mesyuarat, kata nak pergi dapatkan persetujuan yang *management* tertinggi.

At the end, no action. No keputusan, *not even action, no decision*. So, saya ingin tahulah, dapatkan yang itu. Dapatkan yang itu dan memang saya tahu itu adalah satu masalah yang dibangkitkan oleh tuan. Satu masalah di mana kalau *cross* daerah ataupun *cross* tempat, *you* panggil IO dari tempat itu turun datang. Itulah yang menjadikan satu ketunggakan. *But I think the process itself also need to see. We also need to look through the process* sama ada macam mana kita boleh memperbaiki proses untuk setiap kali kita *update* penyelarasan — *update* OSCC, garis panduan OSCC ini. Okey. Boleh kita dapatkan minit mesyuarat ya? Minit mesyuarat September 2025.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Baik. Jadi, slaid saya...

Puan Syerleena binti Abdul Rashid [Bukit Bendera]: Saya — minta maaf, saya ada soalan nak tanya.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Silakan.

Puan Syerleena binti Abdul Rashid: Bagi mangsa yang — mangsa dewasalah yang belum sedia untuk membuat laporan polis, apakah SOP KKM untuk

memastikan bahawa bukti forensik itu dipelihara dan pada masa yang sama ia tak langgar prinsip privasi ataupun autonomi mangsa tersebut?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Yang Berhormat, untuk menjawab pertanyaan tersebut, segala dokumentasi yang ada maklumat yang kita perolehi daripada pemandiri ini, ia adalah termaktub di bawah Akta Rahsia kami sebagai profesion perubatan walaupun pemandiri tersebut ia disebut bukan dikategorikan sebagai pesakit. So, dia tak sepatutnya *leak* dekat situ.

Cuma yang keduanya adalah sekiranya yang 18 tahun ini dia masih lagi membuat keputusan untuk tidak mahu *escalate further*, itu kami punya had *limit* kami. Walau bagaimanapun, kita boleh buat pemakluman. Kita dah bersetuju untuk buat pemakluman perkara ini. Kami akan rekod dan kita dalam kertas cadangan — dalam garis panduan baru, kita ada jawatankuasa bersama *clinical* dan *nonclinical* di luar KKM juga untuk melihat pada perkara-perkara ini yang mana kes ini didaftarkan sebagai kes OSCC, tetapi tidak di-*escalate*-kan kepada PDRM.

Tujuan kita adalah sebagai kita membuat pengumpulan dalam bentuk itu. Sekiranya dia datang untuk kali yang kedua dan ketiga, kita buat — kita ada rekod sebagai membuktikan sebenarnya ini adalah insiden-insiden yang berulang. Sebab lebih betul untuk kita membuat satu bentuk paksaan kepada kita panggil [*Tidak jelas*] tersebut, dia masih lagi dia ada hak untuk dia menentukan sama ada mereka bersetuju ataupun tidak untuk membawa perkara ini kepada pihak polis ataupun perundangan dan sebagainya.

Walaupun, untuk kanak-kanak memang tak ada *exception*-lah sebab dia ada akta sendiri yang kita dalam hal macam ini kita kekal dengan status quo agar perundangan tersebut, aspek mana kita boleh *take over* atau panggil kita punya — kita panggil *custodian* untuk melaporkan bagi pihak yang berumur bawah 18 tahun ke bawah.

Okey. Slaid saya yang berikutnya adalah kita panggil *excerpt* daripada draf polisi kita yang baru dan *of course it's a busy slide*. Cuma kita nak *tackle* beberapa isu yang kita dah letak yang dinamakan sebenarnya ada kelompongan dalam kita punya perkhidmatan OSCC kita berdasarkan kepada polisi lamalah. Jadi, kita melihat kepada OSCC ini, kita cuba memperkasakan kita punya *safety net* dalam memastikan semua aspek kebajikan dan perawatan itu boleh kita lakukan serta-merta dan juga sebagai dalam bentuk pemantauan.

■1050

So, kita melihat kepada tiga *pillar* yang utama, perkhidmatan kita orang kata kita masih lagi berpusatkan kepada pemandiri *or survival centre*, kita

memperkasakan lagi perkhidmatan di kalangan agensi dalaman KKM dan juga di luar KKM dan kita memastikan kesinambungan penjagaan, *the continuum of care* ini bukan setakat terhenti di pihak perawatan hospital atau perubatan sahaja, dia ada *continuum of care* melibatkan keselamatan, kebajikan dan apa-apa berkaitan dengan pemandiri itu sendiri. *Next*.

So, apa yang kita perkasakan lagi adalah berdasarkan kepada tiga teras kolaborasi. Tiga teras kolaborasi. Dalam hal macam ini Pengerusi dan semua Ahli Yang Berhormat, bila kita buat draf itu, kita belajar daripada draf, daripada polisi kita yang pertama kita keluarkan, 2015. Ada beberapa agensi yang tidak dilibatkan secara langsung. Maknanya, dia *towards the end* sahaja baru kita panggil dia. Tapi, kali ini kita merubah dalam bentuk baru, kita memastikan semua pihak yang terbabit akan inklusif, dilibatkan bersama. Jadi, kita lihat sini orbit pertama ini kalau Ahli Yang Berhormat, Pengerusi boleh lihat, ini adalah tentang perkhidmatan klinikal, yang apa perkhidmatan berada dalam Kementerian Kesihatan. Dan orbit yang kedua itu kita lihat lebih kepada *department* ataupun jabatan yang sangat-sangat berkait dalam pengurusan kes-kes OSCC ini. Dan kita juga lihat dalam hal macam ini, bila kita berbincang dalam menggubal draf polisi SOP kita yang baru, tidak ada pihak yang kita tinggalkan. Dan *next slide*.

Dalam hal ini, untuk kita memperkasakan lagi perkhidmatan kita, sebab tadi kalau lihat, Pengerusi boleh nampak dan ahli-ahli yang nampak macam dia seolah-olah berfokus daripada disiplin-disiplin klinikal di hospital dalam slaid. Sekarang ini kita juga memperkasakan perkhidmatan di klinik-klinik kesihatan kerajaan buat sementara ini. Klinik-klinik kesihatan kerajaan. *Alright*. So, dalam hal ini memang kita melibatkan kita panggil kesihatan primer. Dalam draf polisi itu melibatkan kepakaran perubatan keluarga dan mereka telah sama-sama apa ini kita panggil membangunkan satu modul agar perkara ini boleh dilakukan dengan lebih baik oleh semua pegawai-pegawai perubatan baik di hospital dan juga di klinik-klinik kesihatan.

Sebagai makluman Pengerusi dan semua Ahli Yang Berhormat, memanglah sekarang ini kalau kita tengok dari segi taburan klinik yang lebih dekat pada masyarakat adalah klinik-klinik kesihatan dan hospital-hospital ini biasanya ada dekat bandar-bandar sahaja. Tidak dapat tidak, mereka perlulah dilibatkan secara lebih ekstensif dalam perkara ini. Dan slaid ini *just* nak tunjukkan macam mana rangka kerja yang telah dicadangkan oleh semua rakan-rakan kami di klinik kesihatan dalam membantu mengesan, mengesan. Kita pun ada kes-kes yang disyaki telah berlaku penderaan dan sebagainya. Disebabkan sekarang ini kita

punya keluasan kita untuk mengesan jadi lebih luas dan *of course the next thing we need to have is the assistance from the PDRM-lah.*

So, apa yang telah kita mencadangkan dalam hal ini, kita memperkasakan yang kita namakan sebagai *first information report. This is* kita panggil satu *notification* yang kita boleh laporkan melalui bilik gerakan IPD tentang *potential case* yang telah dikesan yang akhirnya akan direkodkan oleh IPD. Dan *of course* dalam hal macam ini, sekiranya kanak-kanak, memang tidak dapat tidak akan dibawa ke pusat OSCC tadi. Tetapi kalau dewasa, setidak-tidaknya jika mereka enggan untuk ke hospital, kita telah ada rekod. Itu antara perkara-perkara yang kita telah lakukan untuk memastikan yang supaya kita ini mendapatkan gambaran yang jelas apakah yang sedang berlaku di komuniti. *Next.*

Bila pesakit sampai, bila pemandiri ini sampai di hospital, proses-proses yang sama dilaksanakan dan kita dalam hal macam ini memang kita *take responsibility* dan memastikan setiap anggota yang bertugas di jabatan kecemasan ini mahir dalam melaksanakan tugas sebagai pemeriksa OSCC. Ini memang kita rancangkan daripada dalam bentuk latihan berkala, *even* telah menjadikan dalam kita punya orientasi punya program adalah perkara-perkara yang mesti dilihat. Begitu juga bahagian kesihatan premier mengambil pendekatan yang sama dalam memastikan OSCC ini dalam proses orientasi dan sebagainya mestilah melibatkan dan lebih tinggi daripada itu adalah kita melibatkan dalam latihan pegawai perubatan juga kepakaran itu sendiri. *Alright.*

Dan untuk di ED ini ada yang secara — ada pesakit yang stabil dan yang tidak stabil dan proses-proses kerja untuk sehingga hari ini memang kes-kes OSCC ini ada *special lane. Special lane in concept* saya tahu Pengerusi dan ahli telah pun membuat lawatan di lapangan hospital-hospital yang berbeza, *of course* kita ada kekangan dari segi infrastruktur. *But in terms of concept*, memang kita semua dah *aware* yang dia ada *special lane* dan *it should be handled separately from the other patients. Next slide.*

Dari segi kita panggil *consent* dan *reporting* untuk *medico-legal*, kita telah membuat beberapa penekanan baru dalam kita panggil aspek penjagaan kanak-kanak berdasarkan kepada Akta Kanak-kanak 2001. So, dalam hal macam ini kita telah bersetuju dalam kita panggil bawah kanak-kanak, bawah 18 tahun, laporan PDRM adalah menjadi mandatori untuk kes rogol dan juga penderaan fizikal dan seksual. Ini kita dah setuju setakat ini, jadi konsep perkara ini mesti dilaporkan. So, tinggal dekat kita untuk laksanakan perkara ini. Okey. Dan ada tindakan tambahan iaitu Borang 9 untuk kita panjangkan kepada Jabatan Kebajikan Masyarakat untuk

perlindungan segera. Ini pun satu aspek yang kita kena kupas, kalau boleh ada satu ketentuan dekat sini Pengerusi. Sebab adalah penting untuk kita *tackle* isu *over the weekend and over long holidays*.

So, dewasa untuk 18 tahun ke atas kita masih lagi menggunakan kaedah-kaedah sedia ada berdasarkan peruntukan-peruntukan yang dibenarkan untuk kita bertindak di bawah kita panggil kapasiti kami sebagai anggota perubatan. So, kita akan meneruskan...

Tuan Pengerusi: Okey, *sorry*. Ini *chop* sikit eh.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Boleh, boleh.

Tuan Pengerusi: Nak tanya KDN dan juga JKM. Yang antara semua cabaran yang dihadapi oleh OSCC, *common* cabaranlah, adalah berkenaan dengan laporan PDRM. Laporan PDRM di mana mereka lapor dan kalau orang ini bukan daripada, *for example*, kawasan tersebut, dia perlu tunggu IO untuk datang jauh dari tempat lain untuk datang ke OSCC, untuk ambil. Lepas itu baru boleh buat pemeriksaan. Dan hanya ada satu hospital. Saya tak tahu kenapa hospital itu boleh buat, mungkin dapatkan — *I think it's JB? Who?* JB, mereka boleh buat, yang JB punya IPD boleh datang, IO datang walaupun di bukan yang kawasan yang tersebut. Boleh saya dapatkan penjelasan daripada PDRM apakah prosedur apabila OSCC panggil, apakah prosedur berkenaan dengan kalau dia bukan dari daerah itu? Ya.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan [Ketua Penolong Pengarah (Bahagian D11) Jabatan Siasatan Jenayah, Polis Diraja Malaysia (PDRM)]: Terima kasih Yang Berhormat Pengerusi.

Tuan Pengerusi: Perlu ambil sumpah dulu. Ya.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Okey.

Tuan Pengerusi: Sesiapa yang nak guna *mic*, cakap, jawab, perlu angkat sumpah. Sebab ini semua rekod ya, *sorry* ya.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: *[Mengangkat sumpah] "Bahawasanya saya, Siti Kamsiah binti Hassan, dengan sesungguhnya bersumpah bahawa segala keterangan yang saya berikan di hadapan jawatankuasa ini adalah benar, tiada yang tidak benar, melainkan benar belaka".*

Tuan Pengerusi: Terima kasih Puan. Teruskan.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Okey, merujuk kepada — ini bidang kuasa menyiasat sebenarnya YB Pengerusi. Sebenarnya di dalam PDRM, dalam undang-undang tidak memperuntukkan, dia hanya bidang kuasa tadbir urus sahaja. Tetapi, jika ada kes-kes di mana yang dilaporkan mangsa ada di balai, contohnya di Selangor, kemudian dia buat *report* di Selangor dan perlu *urgency* untuk siasatan ke

hospital dan sebagainya di Selangor sedangkan kes itu berlaku adalah di Negeri Sembilan contohnya ataupun paling jauh Johorlah saya cakap. So, boleh. Tidak ada isu sebenarnya. Cuma, dia tadbir urus sahaja. Mana-mana pegawai polis boleh bawa sebenarnya.

Tuan Pengerusi: So, IO daripada Selangor boleh pergi OSCC walaupun kejadian itu berlaku di Johor?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Boleh. Membawanya...

Tuan Pengerusi: Kenapa di — *what's happening on the ground is not like that? Even in Hospital Putrajaya, I remember, when we went to Hospital Putrajaya last year*, dia kata ada satu kes dari Kelantan, dia kena tunggu IO daripada Kelantan datang untuk sebelum mereka buat siasatan.

■1100

Why is it that?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: YB, sebenarnya jika ada berlaku sebegini, dia lebih kepada tadbir urus yang ketidakceapan menyelaraskan pengurusan siasatan itu sendiri. Maknanya, sepatutnya kena ada...

Tuan Pengerusi: So, salah siapa?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Maknanya di peringkat yang menerima repot ataupun di peringkat pegawai yang mengendalikan boleh saja dia minta bantuan pegawai lain sebab elemen D11 ataupun elemen PDRM ini ada di mana-mana YB sebenarnya. So, dia cumanya tidak diselaraskan dengan baik. Ini mungkin *case by case basis*-lah saya percaya sebab...

Tuan Pengerusi: *It is not case by case. 90 percent* kan?

Dr. Hajah Halimah Ali: Ha, kita lawat tau. *And even* kalau ada polis — polis apa ni? Bukannya stesen. Ada polis kaunter, pondok polis di hospital itu pun dia kena pergi pula dekat balai polis yang *main* punya. *They cannot do anything* dia kata. *Just* dapat tahu saja.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Sebenarnya ini kena latihanlah sebenarnya. Kena diselaraskan baliklah YB sebenarnya. Saya akan tengok balik dari segi isu ini.

Dan saya mohon juga kepada agensi contohnya di hospital ataupun rujuk terus kepada Bahagian D11 kerana kes-kes yang melibatkan penderaan kanak-kanak, wanita dan sebagainya ini adalah perlu — dia boleh diselaraskan. Dia tak ada isu siapa bidang kuasa menyiasat tu sebenarnya walaupun kertas siasatan itu memang kena buka di negeri yang berkenaan bagi memudahkan tadbir urus, tetapi bantuan siasatan itu boleh dilaksanakan oleh mana-mana pegawai, *delegation of*

powers. Sebab PDRM ini menyiasat kita bukan kerana melihat kepada *boundary* itu sendiri, *boundary* geografi tetapi dari segi tadbir urus sebenarnya. Ini yang perlu diselaraskan.

So, saya percaya perkara-perkara ini boleh ditambah baik sebenarnya dengan adanya latihan dan juga *engagement* dengan semua peringkatlah pelaksanaan di bawah, YB.

Tuan Pengerusi: Okey. So, apa yang berlaku di Hospital JB itu betul. So, sebab balik polis sana akan bantu untuk siasat.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Betul.

Tuan Pengerusi: So, apa yang berlaku sekarang ialah yang lain, di negeri lain, semua tak dapat. [*Dicelah*] Tidak berlaku. *We went to quite many*. So, macam mana kita boleh dari segi polisi kita pastikan semua polis tahu *and* — itu satu.

Yang satu lagi sebelum saya lupa. Saya sendiri *handle* satu kes yang berkenaan dengan mangsa yang kena rogol, pergi ke balai, pegawai balai *actually advise*, nasihatkan dia untuk balik mandi. So, itu berlaku. So apakah tindakan daripada PDRM? Apakah yang boleh buat? Satu, *let's focus on OSCC first and* kedua adalah pengetahuan dari segi *front desk of police*. *I know that not all are trained but at least front desk must know-lah all these cases*.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Okey, memang saya akui masih. Kita tidak nafikan dalam pengendalian ni, tidak semuanya akan mendapat tahap kecekapan ataupun ada *knowledge* yang sebegitu.

Tambahan pula di peringkat siasatan ini dia bermula dengan laporan. Laporan adalah bukan pegawai D11 ataupun pegawai yang diberi latihan, tetapi tidaklah kata menjadikan satu alasan sebenarnya. Latihan dalam perkhidmatan perlu kita bagi. Walaupun latihan dalam perkhidmatan kita ada YB, diberi, walaupun tidaklah kata kerap ataupun tidaklah kata berkala, dia bergantung kepada bajet juga tetapi sentiasa dibagi *in-service training* dibagi. Walau bagaimanapun, pertukaran pegawai, penyeliaan, semua itu adalah antara faktor-faktor bukan faktorunggallah yang menjadikan ketidakcekapan ini.

So, PDRM akan menambah baik — sentiasa menambah baik YB. Kita akui kemungkinan berlaku seperti yang YB cakap tadi, memang ada berlaku tetapi kita akan tambah baik dari segi *knowledge* itu perlu disampaikan kepada semua walaupun berlaku pertukaran, mobiliti pegawai dan sebagainya. Ini penyeliaan juga perlu diambil maklumlah kena ditambah baik.

Tuan Pengerusi: Okey. So, apakah SOP yang perlu tukar sekarang supaya untuk pastikan apabila OSCC laporkan polis, repot polis, polis boleh terus datang dengan cepat supaya kita tak *delay*-lah yang ...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: SOP sudah ada YB sebenarnya.

Tuan Pengerusi: Sudah ada?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: SOP yang saya tunjuk ini...

Tuan Pengerusi: Yang dari daerah lain?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Dia sebenarnya OSCC ini telah di — dah lama dah kita guna pakai sebagai mekanisme untuk mengendalikan kes-kes seksual dan penderaan kanak-kanak ataupun keganasan rumah tangga, YB. Sebenarnya dia lebih kepada apa yang saya lihat adalah kelemahan-kelemahan dalam pengendalian ni adalah *individual* itu sendiri. SOP, penyampaian, semua dah disampaikan.

Tuan Pengerusi: Bolehkah tengok SOP apabila OSCC lapor kepada polis, apa yang polis berlaku, apakah SOP tersebut? Kita tengok sekejap sebab ini saya antara kekanganlah yang saya rasa apabila kita pergi yang antara semua dapat *comment*-lah. *We look through the SOP* dan kita tengok macam mana kita boleh atasi yang ini.

Dr. Hajah Halimah Ali: Pengerusi, *just to get the immediate action*-lah nak tolong OSCC lah, *all over the country*. So, kalau tadi dia nak tunggu, nak latih lagi, nak ini kan lagi, pekeliling daripada PDRM tak boleh keluar *ke*? *Just a simple to alert that if you are being asked by any OSCC then it is your obligation to immediately help because* benda ni *urgent*, benda *urgent*.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: YB, mohon izin. Sebelum wujudnya OSCC lagi pun, PDRM ini menguatkuasakan undang-undang adalah berdasarkan undang-undang dan juga SOP yang memang sedia ada. OSCC ini adalah untuk memperkasakan sahaja. Sebelum ini kita pun — dan dalam masa yang sama, bukan sebelum sahaja tetapi buat masa sekarang ini, SOP dalaman PDRM pun memang ada kerana kita bertindak sebaik sahaja laporan polis dibuat, ada peruntukan undang-undang mewajibkan penerimaan laporan polis walau di mana-mana pun repot polis dibuat. Itu ada diperuntukkan di bawah Kanun Prosedur Jenayah. Memang inilah SOP kita pun memperuntukkan juga, meletakkan juga di dalam SOP selain daripada dalam peruntukan undang-undang.

Maknanya dari segi repot — saya bermula dengan repot. Polis mempunyai kuasa apabila ada repot dibuat. Jadi apabila repot dibuat di mana-mana, tidak kira di balai ataupun di pondok — walaupun di pondok, ia nya *considered* sebagai di balai juga dan repot ini perlu ditulis, direkodkan butiran dia, apa kejadian; apa insiden;

siapa yang melakukannya. Jadi, ini yang membolehkan siasatan dijalankan. Bermakna, sebelum ada SOP OSCC pun, memang itulah tindakan sebenarnya SOP dalaman PDRM. Dah pun ada dan diperkasakan berpunca daripada punca kuasa undang-undang itu sendiri YB.

So, apa yang saya boleh katakan, selain daripada SOP yang sedia ada ini adalah diperkasakan juga dengan latihan-latihan (*training*) di peringkat awal.

Tuan Pengerusi: *Okay. Don't confuse me.* Jangan mengelirukan saya. Saya rasa sekarang sikit keliru.

Okey, kalau satu laporan — kalau ada satu mangsa OSCC pergi OSCC, OSCC buat laporan kalau ada pondok polis. Okey, apa akan terjadi? Pondok polis buat laporan, lepas itu?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Mereka akan maklumkan kepada balai yang berkenaan.

Tuan Pengerusi: Balai berkenaan, lepas itu balai berkenaan hantar IO?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Hantar IO. Betul.

Tuan Pengerusi: Hantar IO, lepas itu...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: IO ataupun pegawai polis. Dia bergantung kepada pegawai polis.

Tuan Pengerusi: Pegawai polislah, pegawai siasatanlah.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Pegawai menyiasat ataupun mana-mana anggota polis. Ha, itu dia tak semestinya pegawai penyiasat.

Tuan Pengerusi: Okey, ya, ya. Pergi ke OSCC supaya pemeriksaan boleh *start*, pemeriksaan forensiklah yang boleh buat. Betul?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Betul.

Tuan Pengerusi: Okey. So, yang ni semua sudah dalam SOP?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Betul.

Tuan Pengerusi: Betul. So, kalau walaupun mangsa itu bukan — kes itu bukan berlaku di tempat balai itu, dia pun boleh hantar IO pergi — hantar pegawai untuk pergi ke OSCC?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Ini yang — sebab...

Tuan Pengerusi: Betul ya?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Betul sebenarnya tetapi perlulah diselaraskan kerana yang menguruskan di bawah itu seperti pegawai — sebab mereka hanya menerima *general rules* sahaja seperti balai polis — pondok polis. Anggota yang bertugas di pondok polis ini, bila dia tengok ini adalah bukan kejadian

di balai berkenaan, *so*, dari segi *general rules* sebab mereka ini anggota tugas am. Tugas biasa yang dia bertukar-tukar setiap hari.

So, bermakna mereka ini tidak ada boleh buat keputusan *there and then*. Jadi, mereka hanya merujuk kepada, “Oh ini, kes ini di Johor.” *So*, dia akan merujuk kepada Johor. Jadi, ini yang sebenarnya di dalam nak mendapatkan keputusan — nak memberikan keputusan supaya dihantar mana-mana pegawai ini yang sebenarnya perlu kesegeraan diambil tindakan oleh *team* siasatan tadi.

So di balai, apabila anggota tadi — anggota pondok tadi dia tengok kejadian di luar kawasan dia, dia akan merujuk repot itu kepada balai yang berkenaan untuk dimaklumkan kepada *team* siasatan. Jadi *team* siasatan pula, inilah yang memerlukan budi bicara ataupun *discretion*. Ha, ini yang menguruskan kes ini. Dia tak semestinya balai dia sahaja sebenarnya. *So*, dia boleh meminta bantuan supaya disegerakan ataupun pemeriksaan itu dibuat. Tapi arahan perlu diberikan.

■1110

Tuan Pengerusi: Okey, puan. *So*, kalau kita nak memperbaiki situasi ini, latihan semua anggota perlu tahulah...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Betul.

Tuan Pengerusi: Semua pegawai dan apabila seseorang ingin menjadi seseorang polis — polislah *you* kena pergi sekolah polis kan? Ada latihan kan? Banyak, semua latihan. Adakah ada satu *chapter* berkenaan dengan OSCC? Pengendalian OSCC supaya *at least the front desk know you cannot ask them to go back to shower. At least the front desk know* kalau OSCC datang *cross* daerah perlu ada hantar orang segera untuk OSCC. Boleh tak kalau kita masukkan sebagai silibuslah untuk anggota polis?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Sebenarnya dalam kursus siasatan, kursus asas siasatan sudah ada SOP siasatan itu sendiri.

Tuan Pengerusi: Tapi ada spesifik untuk OSCC tak?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Ada spesifik.

Tuan Pengerusi: Ya kah?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Ada.

Seorang Ahli: [*Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara*] Tapi tak jalan.

Tuan Pengerusi: Macam ini pun boleh — tak tahulah.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Itulah sebab kita ada Jabatan Integriti dan Pematuhan Standard, YB. *So*, bermakna dia akan berjalan seiring apabila

berlakunya ketidakpatuhan ini, inilah sebagai tindakan susulan yang kita kena ambil. Undang-undang dah ada.

Tuan Pengerusi: Tindakan susulan itu apa?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Tindakan untuk tatatertib dalamanlah.

Tuan Pengerusi: Ah. Okey, saya cadangkan OSCC kalau dalam garis panduan belum tuliskan lagi...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Sudah tulis.

Beberapa Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

Tuan Pengerusi: *No, I* cadangkanlah pihak polis — pihak hospital boleh membuat aduan ke unit integriti, tulis dalam sana supaya semua orang tahu. Unit integriti PDRM apabila daerah tersebut tidak menerima kes dan tidak datang dengan segera. *I think we need to fix a time. For example, in one hour or two hours time,* anggota perlu datang sebab *otherwise how long you want a choose — they want to wait for the police to come. They are* mangsa you know. *They are traumatic and yet, we're waiting half a day, one day just for the police to come to start with pemeriksaan. Is it —* apakah empat jam kah, dua jam kah, *give me an idea of what and then, they can straight away report. Come, sorry ah.*

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman [Timbalan Ketua Setiausaha (Keselamatan), Kementerian Dalam Negeri (KDN): Yang Berhormat Pengerusi, boleh mencelah kah kena angkat sumpah dulu?

Tuan Pengerusi: Angkat sumpah dulu sebelum tercakap, pertama kali angkat sumpah dan seterusnya tak payah.

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Okey. *[Mengangkat sumpah]* “Bahawasanya saya Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman dengan sesungguhnya bersumpah bahawa segala keterangan yang saya berikan di hadapan jawatankuasa ini adalah benar, tidak ada yang tidak benar melainkan benar belaka”. Okey.

YB, saya tertarik dengan perbincangan dan kes-kes Yang Berhormat Pengerusi bangkitkan. Jadi saya rasa mungkin kita lihat SOP dah ada, cuma yang ini mungkin *on the ground* pelaksanaan *on the ground* tidak berlaku seperti mana yang ditetapkan dalam SOP.

Jadi apa yang saya cadangkan supaya pihak D11 PDRM perlu maklumkan semula kepada semua kontinjen supaya sama ada dalam bentuk mesyuarat ataupun pekeliling ataupun surat arahan. Ini supaya semua kontinjen memaklumkan semua balai polis ini bila ada insiden yang melibatkan masalah ini perlu diambil tindakan seperti mana yang puan maklumkan tadi. Sebab saya bimbang benda ini ada *on*

paper tapi pelaksanaan tidak berlaku. Mungkin berlaku di *certain* balai polis, *certain* balai polis tidak sama. Jadi kita perlu *refresh* balik arahan ini. Kalau tidak dia akan berlaku lagi di tempat-tempat lain. Terima kasih YB.

Tuan Pengerusi: Boleh tak kita set satu masa bila *at least* maksimumlah. *Let's say for example* kalau satu OSCC hospital telah pun membuat satu laporan rasmi kepada PDRM sama ada pondok polis kah, balai polis kah, boleh tak kita set kata okey dalam masa *let's say for example, two hours* ataupun empat jamlah, dua ataupun empat jam terpulanglah ataupun tiga jam, polis perlu datang supaya pemeriksaan boleh bermula. Satu garis masa. Lepas tu boleh tak kalau masa itu tidak dipenuhi oleh pihak PDRM, maka pihak hospital boleh buat laporan kepada pihak HQ PDRM supaya ada akauntabiliti.

Sekarang saya rasa kalau kita membuat satu pekeliling sahaja, apa sahaja mungkin tak ada akauntabiliti tahu, dia tak buat pun tak ada orang tahu, tak ada aduan. Oleh itu, kalau kita ada formal. Di Parlimen kita pun boleh tanya berapa aduan yang telah pun dibuat oleh pihak OSCC bagi polis yang tak ada respons dalam masa tiga jam kah, munasabahlah. Tempoh itu kena munasabah tapi sekurang-kurangnya ada sistem akauntabiliti ini.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: YB, mohon izin sebelum saya — saya mengalu-alukan cadangan YB. Cumanya saya nampak dari segi apa isu sebenarnya yang berlaku sebenarnya peringkat pelaksanaan dia lebih kepada pemantauan dan penyelarasan, menyelaraskan tindakan itu di peringkat daerah. So, apa yang saya cadangkan sebelum ini pun dalam perbincangan bersama OSCC pun diletakkan memang kita cadangkan untuk letak satu pegawai penyelararas. Bermakna sekiranya ada apa-apa isu, hospital pun dia memang tahu siapa pegawai yang harus dipegang supaya apa-apa tindakan disegerakan sebab pegawai yang mengendalikan itu berbeza-beza...

Tuan Pengerusi: Pegawai penyelararas ini...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: ...untuk OSCC.

Tuan Pengerusi: ...PDRM ataupun...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: PDRM.

Tuan Pengerusi: PDRM, okey, okey. So, satu polis di...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Di daerah yang kita pertanggungjawabkan dari segi sudut pelaksanaan. So, sebab apa yang mengendalikan kes adalah berbeza-beza dan mereka juga adalah bukan satu *tasking* sebab tak semua IO D11. Mereka juga adalah IO-IO biasa dan juga anggota tugas balai bertukar-tukar.

So, saya cadangkan kita melihat dulu kemudian kita kaji balik nanti, YB. Tapi saya nampak perlu ditetapkan satu penyelaras dalam garis panduan yang baharu ini supaya senang. Dia mesti, dia yang berhubung dengan ada isu pihak hospital pun ada orang yang boleh dihubungi segera supaya tindakan lain sekiranya berlaku ketidakpatuhan ataupun kelewatanlah yang tidak disengajakan ataupun disengajakan. Kita boleh atasi segera sebelum kita kenal pasti kenapa perkara-perkara itu tidak dipatuhi, SOP yang dah disediakan itu tidak dipatuhi.

Tuan Pengerusi: Pegawai penyelaras tersebut...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Pegawai OSCC.

Tuan Pengerusi: Saya faham. Pegawai OSCC PDRM lah.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: PDRM.

Tuan Pengerusi: Dia bertempat di balai daerahlah? Betul *ah*?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Ataupun kita pilih daerahlah sebab senang sebab kes dia kan.

Tuan Pengerusi: So, apa pangkat?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Kita letakkan pegawai — ini kita akan bincang *detailed*.

Tuan Pengerusi: So, apa yang saya takut *ah*, *you* ada satu pegawai *you know*, pangkat rendah. Pegawai itu tak boleh selaraskan bos-bos dia punya pangkat-pangkat pegawai-pegawai yang lebih tinggi daripada dia, dia tak boleh paksa orang itu untuk pergi OSCC untuk buat siasatan.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Betul.

Tuan Pengerusi: So, kalau nak buat pegawai penyelaras, kita kena pastikan orang itu pangkat ada autoriti atau ada *power* supaya boleh arahkan “*you* pergi, *you* pergi”. Kalau dia pangkat sangat rendah, itu tak bergunalah bagi sayalah.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Betul. Saya — YB, kalau — di sini saya nampak Ketua Bahagian Siasatan Jenayah Daerah adalah paling sesuai sebab ruang lingkup siasatan pun dia tahu ataupun yang saya nampak inilah yang paling sesuai. Sama ada Ketua Bahagian Siasatan Jenayah Daerah ataupun ketua polis balai sebab repot itu masuk sebenarnya yang perlu *classify report*, tindakan seterusnya adalah daripada ketua polis balai tapi perlu ditetapkan seorang. Yang saya nampak inilah yang mempunyai autoriti di peringkat daerahlah.

Tuan Pengerusi: Okey, apa yang kita perlu buat sekarang, tukar garis panduan?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Bukan tukar, dia garis...

Tuan Pengerusi: Macam mana? Tambahlah?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Kita tambah baik menyatakan sebegitulah untuk adanya satu *contact person* untuk penyelaras, pegawai penyelaras.

Tuan Pengerusi: Okey. So, saya nak tahu prosedur. Sekarang Puan Siti kata okey, dia cadangkan satu pegawai penyelaras untuk pegawai OSCC di balai daerah. Kalau hari ini kita setuju, boleh tak mereka masukkan ke garis panduan ataupun puan perlukan tak tahu siapa untuk persetujui cadangan ini supaya boleh masukkan dalam garis panduan?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Pengarah Jabatan Siasatan Jenayah lah.

Tuan Pengerusi: Pengarah itu siapa?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Datuk M. Kumar. Bukit Aman lah, Bukit Aman lah.

Tuan Pengerusi: Okey. *So, that is why there is reason you know, we bincang-bincang there is no action because whoever that needs to decide on the thing, is not in the meeting. So...*

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Tapi...

Tuan Pengerusi: Pengarah, pengarah apa?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Pengarah Jabatan Siasatan Jenayah.

Tuan Pengerusi: Okey, Pengarah Jabatan Siasatan Jenayah. Tuan apa nama?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Datuk M. Kumar.

Tuan Pengerusi: Datuk M. Omar?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: M. Kumar.

Tuan Pengerusi: Datuk M. Kumar, Datuk M. Kumar. Oleh itu, apakah yang kita boleh buat sekarang untuk dapatkan persetujuan daripada dia bahawa setiap balai perlu ada pegawai penyelaras OSCC?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Okey, perkara ini saya akan angkat. Biasanya apa-apa juga mesyuarat, apa-apa perkara yang dibincangkan ataupun PDRM sampaikan pada hari ini, saya akan angkat kepada pengarah dan pengarah sekiranya bersetuju, dia boleh mengeluarkan satu Arahan PJSJ, Arahan Pengarah Jabatan Siasatan Jenayah berhubung dengan pengendalian siasatan.

■1120

Itulah yang akan dikeluarkan sekiranya dipersetujui oleh PJSJ.

Tuan Pengerusi: Tetapi ini kalau dia setuju, kena masuk garis panduan ya? Tetapi untuk sekretariat, saya rasa ini syor kitalah. Syor daripada jawatankuasa supaya satu pegawai — so, kita ambil syor Puan Siti lah, satu pegawai penyelaras sama ada pegawai Ketua Polis Daerah ataupun pegawai penyiasatan, kan?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: YB, saya nampak kalau di peringkat PDRM sebab kita agensi, beberapa agensi; JKM dan juga ini, so hospital. So, seeloknya inilah tiga *contact person* yang akan terlibatlah. Daripada JKM pun ada, daripada PDRM pun ada supaya diselaraskan. Kita tahu, kita pegang kepada satu daerah sahaja — satu orang sahaja untuk menyelaraskan. Itu lebih baiklah saya nampak.

Tuan Pengerusi: So, mereka boleh ada *meeting*-lah, *meeting* yang berskala. Kalau ketua daripada KKM, ketua daripada — daerah lah, pegawai dari daerah yang *incharge*, yang *incharge* dari polis, yang *incharge* dari JKM boleh sekurang-kurangnya ada *meeting*, *then* lebih baiklah. Tetapi sekurang-kurangnya sekarang PDRM perlu ada satulah sebab PDRM sekarang tak ada, kan? Tak ada pegawai yang...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Dia *direct* kepada pegawai penyiasat selama hari ini.

Tuan Pengerusi: Ya, ya, itulah. *Okay, it is a very good suggestion*-lah. *At least, somebody responsible for it. At least*, kalau...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Untuk tadbir uruslah sebenarnya, YB.

Tuan Pengerusi: Ha, tadbir urus. Kalau OSCC yang daerah tersebut ada *complain* bahawa polis datang lambat, kita tahu siapa yang kita tanya.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Untuk selaraskan.

Tuan Pengerusi: Untuk selaraskan, okey.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Tuan Pengerusi, kalau saya boleh cadangkan juga sebab berdasarkan kepada dokumen kita ada sebelum ini dan kita cuba tambah baik. Saya rasa *statement* untuk mengatakan balai yang terlibat dalam mengendalikan kes di OSCC itu boleh meminta bantuan kepada balai yang mana insiden itu berlaku. Kena ada *statement* tersebut sebab dia dah menjadi *standard operating* (SOP). Kami tak boleh letakkan di bawah *bracket* Kementerian Kesihatan. Saya dah melangkau saya punya — kita punya arahan itu.

Saya rasa *that is the general statement actually needed by OSCC* supaya saya boleh jadi *cross-reference* kepada pegawai yang kita panggil *beat police* yang dekat hospital. Ini sebenarnya. Maknanya, IPD yang di bawah OSCC bernaung merawat pesakit, IPD itu boleh — maknanya berinteraksi dengan tempat insiden supaya ada *establishment* itu berlaku dan pegawai, ambil contoh kalau kata, berlaku di Putrajaya, IPD Putrajaya boleh bertindak sebagai IO. *I think, that is the statement that we need and we can — I think that's what we want.*

Cuma saya dimaklumkan, setuju tak setujunya, tak boleh datang daripada pihak kita OSCC ini dan itu antara perkara yang tersangkut, YB Pengerusi. Sangkut.

Kena ada satu pertemuan di peringkat Dato', bahagian ini yang *the name mentioned just now* dan daripada Kementerian Kesihatan sendiri untuk bertemu. Kami, pihak kami telah mengaturkan pertemuan tersebut, sampai hari ini tak dapat *update*.

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Yang Berhormat.

Tuan Pengerusi: Bila *you* buat — kadangkala, *you ask for appointment, you ask one-time* memang tak dapatlah. Bila *you asked for appointment*?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *Last two weeks*.

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Tuan Pengerusi.

Tuan Pengerusi: *Two weeks ago*, rasanya kali pertama ataupun berkali-kali sudah?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Berkali-kali sudah.

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Yang Berhormat Pengerusi, saya rasa macam inilah sebab isu ini kita dah bincang dekat sini. So, apa yang boleh buat selepas mesyuarat ini, Puan Kamsiah akan buat satu nota kepada Pengarah Jabatan Siasatan Jenayah Bukit Aman tentang isu yang berbangkit dan cadangan yang kita kemukakan tadi dan selepas itu kalau sekiranya Datuk Kumar masih rasa agak kabur, *then* kita akan panggil pihak JKM untuk *sit down* ataupun Kementerian Kesihatan untuk *sit down*, bincang untuk perhalusi perkara tersebut.

Tuan Pengerusi: Perlu *sit down with them*-lah. *No need to ask whether agree or not. Sit down with them, straight away agree on something, better*. Sebab apa yang kita cakap hari ini dia tak ada dengar, kan? Baik *you sit down* bersama-sama, tetapkan. Pastikan dia dah ada yang jelas. Semua, siapa buat apa, *then* kita boleh teruskan. Okey.

Tuan Zakri bin Hassan [Kangar]: Tuan Pengerusi dan juga Yang Berusaha Puan Siti, saya pasti bahawa pegawai penyelaras ini penting untuk PDRM. Kalau bolehlah, setiap OSCC itu dia ada pegawai khas, nama dia. Contoh, okey, Hospital Sultanah Aminah, dia ada seorang pegawai khas. Sebab saya tengok pelaksanaan PDRM ini kalau untuk sekolah, saya ingat sekolah, sekolah, setiap sekolah dia ada seorang 'bapa angkat' polis berpangkat tinggi. Jadi — nampak, saya guru disiplin dulu, kan. Jadi, bila ada isu berkaitan dengan murid-murid yang bermasalah, jenayah dan sebagainya, kami terus helo kepada pegawai ataupun 'bapa angkat' polis.

Jadi, banyak benda yang *settle*. Banyak benda yang cepat *settle*. Jadi, dia tak perlu tolak-tolak. Tolak ke situ, tolak ke sini. Jadi, dia akan terus bagi arahan dan dia terus sendiri sampai ke sekolah untuk ambil tindakan. Itu yang saya tengok, yang saya nampak berkesan di pihak sekolah dan OSCC pun saya rasa, dia kena ada

seorang khas, bukan Datuk Kumar sahaja. Dia macam siapa-siapa, ASP ataupun sebagainya. Itu cadangan.

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Ya. Yang saya maksudkan Datuk Kumar ini untuk buat keputusan. Cuma *of course*, bila keputusan dah ada, dia akan salur kepada semua IPK dan IPD lah untuk tindakan. Cuma kita kena ingat bahawa kalau tak silap saya, laporan polis sebulan, 300,000. Betul, sebulan? Lebih kurangnya, *plus, minus* 300,000. Pelbagai keslah.

Jadi, yang itu kita kena fahamlah, ya. Maknanya, sebab itu kadang-kadang mungkin akan ada isu kelewatan dan sebagainya sebab dia bukan fokus kes OSCC sahaja. Cuma, cadangan kita untuk ada pegawai penyelaras itu satu yang baiklah supaya ada *contact person* dan yang ini Puan Kamsiah akan bawa kepada Datuk Kumar ini sebab nak dapat keputusan dasar supaya arahan boleh dikeluarkan kepada semua IPK dan IPD untuk ambil tindakan. Terima kasih.

Tuan Pengerusi: Okey. Kita — pihak KKM boleh teruskan.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *Next slide. All right.* Ini sebagai perkongsian kepada semua ahli mesyuarat dan Tuan Pengerusi tentang bagaimana kita melihat kepada *loopholes* yang ada dalam polisi perkhidmatan dan berdasarkan kepada *the best practice* dalam *clinical aspect*.

Jadi, kita telah memperkasakan tentang perawatan yang selama ini kita lihat sedikit tercicir dalam kita mengendalikan kes-kes OSCC ini. Jadi, kalau lihat daripada sini, memang dia sangat holistik dan mengambil — kita panggil ambil sepanjang 28 hari bagi melengkapkan secara — kita panggil *protective amber and the clinical teal* dalam pencegahan dan kawalan infeksi itu sendiri. Slaid ini agak sikit klinikal tetapi *just* sebagai perkongsian sahaja.

All right, dan yang terbaru juga, sekarang ini kita telah — apa yang kita panggil kita telah kupas lebih lanjut tentang trend terkini termasuklah penganiayaan warga emas dan juga dengan trend-trend yang berlaku dalam *domestic violence*. Ini juga kita telah kembangkan dan tambah baik dalam polisi perkhidmatan dan garis panduan.

Begitu juga dalam hal-hal macam ini, instrumen perlindungan undang-undang juga telah kita huraikan secara lebih jelas agar ianya boleh memanfaatkan sebagaimana kepada petugas-petugas, baik di dalam KKM dan luar KKM.

Masih lagi mengekalkan kepada langkah-langkah yang telah kita amalkan sebelum ini. Langkah satu, *emergency protection order*, disusuli dengan *entry protection order* dan akhirnya kepada *protection order* berdasarkan kepada...

Tuan Pengerusi: Ini *emergency protection order* dalam masa dua jam maksudnya apa?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Dia — menurut — ini pegawai JKM sepatutnya menjawab perkara ini. Dikeluarkan oleh pegawai JKM dalam masa dua jam untuk kita sekarang ini menggerakkan mangsa-mangsa setelah selesai rawatan. Boleh menggerakkan...

Tuan Pengerusi: So, OSCC kalau ada keslah, okey, *you* akan lapor kepada JKM terus juga kah?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Ya, kita akan lapor.

Tuan Pengerusi: Oh, okey.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Yes daripada OSCC, kita akan lapor kepada PDRM, kita akan lapor kepada JKM.

Tuan Pengerusi: Terus?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Cuma sekarang ini YB, mekanisme untuk *direct* kepada JKM belum *established* secara meluas. *What we did at our ground level*, kita akan menjadikan Pegawai Kerja Sosial Perubatan sebagai kita punya kita panggil, *bridge point*.

Tuan Pengerusi: Pegawai...

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Pegawai Pekerja Sosial Perubatan *is a KKM* punya staf.

Tuan Pengerusi: *It's a KKM staff*-lah?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *Previously, it was a cadre from JKM.*

Tuan Pengerusi: Oh, setiap OSCC adalah yang ini? Setiap hospital ada yang ini?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Ada. Tak ramai, seorang atau dua.

Tuan Pengerusi: Oh, okey, okey.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: So, dia ada bebanan dia dekat situ.

Tuan Pengerusi: So, yang pegawai ini dia akan buat EPO? Dia akan...

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: No. Saya dimaklumkan, mereka sudah hilang kelayakan untuk buat perkara itu. Ini saya minta JKM. JKM kena itu.

■1130

Tuan Pengerusi: JKM boleh, boleh ulaskan?

Dr. Sopian bin Haji Brahim [Pengarah, Jabatan Pembangunan Kanak-kanak, Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM)]: *[Mengangkat sumpah]*
"Bahawasanya saya, Sopian Brahim dengan sesungguhnya bersumpah bahawa

segala keterangan yang saya berikan di hadapan jawatankuasa ini adalah benar, tiada yang benar, melainkan benar belaka.”

Okey. Yang Berhormat Pengerusi, Ahli-ahli Yang Berhormat, Datuk-datuk, tuan-tuan dan puan-puan. Untuk respons kepada yang mana JKM...

Tuan Pengerusi: *Mic*, dekat sikit.

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Pegawai JKM dah hilang kelayakan untuk ambil apa, untuk keluarkan EPO dalam tempoh dua jam. *Actually*, di beberapa hospital, kita masih ada pegawai kebajikan masyarakat yang mana lantikan daripada pihak JKM. *Cadre post*. Contoh di Muar...

Tuan Pengerusi: Kalau yang ini, boleh kita dapatkan statistik?

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Yang ini *medical social worker*. Yang ini...

Tuan Pengerusi: Ya. So, so, kita perlu ada jawapan bertulis berkenaan dengan pegawai JKM yang ditempatkan di hospital. Berapa banyak, ramailah mengikut daerah — *eh*, mengikut...

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Mengikut hospital?

Tuan Pengerusi: Negeri. Dan — mengikut negerilah.

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Kita sediakan Yang Berhormat YB.

Tuan Pengerusi: Berapa jumlah hospital, jumlah pegawai daripada JKM yang ada?

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Masih ada pegawai-pegawai JKM yang ditempatkan di hospital-hospital. Tapi tak semua. Kalau dulu memang *cadre post* daripada pihak kita. Tapi bila KKM dah melantik *medical social worker* di bawah JKSP itu, *that's why*, di bawah Akta Keganasan Rumah Tangga, pegawai kita yang dilantiklah untuk menjalankan tugas-tugas di bawah untuk perlindungan kes keganasan rumah tangga contohnya.

Jadi, di situ ada mungkin, *gap*-nya di situ. Bila mana pegawai JKSP tak boleh dah buat untuk EPO. Mereka perlu rujuk kepada pihak JKM untuk kita buat tindakan susulan. Sama ada dia perlu EPO, IPO ataupun dapat perlindungan di rumah-rumah inilah yang kita gazetkan sebagai tempat perlindungan di bawah Akta Keganasan Rumah Tangga. Itu maklumat yang saya boleh responslah.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: YB Pengerusi, kami tak ada akses kepada pusat perlindungan sementara ini melainkan daripada JKM itu sendiri. So, apa praktis yang kita lakukan sekarang? Bila saya berinteraksi dengan jabatan — pegawai daripada Jabatan Kerja Sosial Perubatan atau Unit Kerja Sosial Perubatan, nampak tak dia *stop* dekat mana? Sebab dia punya itu dah tak ada akses dah kepada nak mengeluarkan kita *emergency protection*. *They don't have that access*.

So, what at the moment, at the moment, some places, the doctors yang in charge the OSCC will directly call the JKM, provided they have the number, they contact the number. If not, kita terpaksa rely kepada Jabatan Kerja Sosial Perubatan. We are suggesting, in fact we have received suggestion from JKM sendiri untuk melihat kepada status Jabatan Kerja Sosial Perubatan itu sendiri adalah untuk dikembalikan kepada beberapa hak sebelum dipisahkan tadi itu. Tadi itu...

Tuan Pengerusi: Yang, yang sebelum ini dia boleh buat?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Sebelum — sebab dia jadi Jabatan Kerja Sosial Perubatan, dia orang, dia orang tak boleh nak keluaran *Emergency Protection Order*. *They don't have the say to send this particular* pemandiri untuk pergi kepada rumah perlindungan sementara.

Tuan Pengerusi: *Should they, should they have the say on this or should they have...*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *Okay, for this part, for this part, at the moment because I received the information saying that it was a cadre post last time. Why can't that power be bestowed again to the JKSP? But we don't have the power to say that. JKM should come up with suggestion and tell — and of course, there will be a lot more discussion, high level discussion to, to empower them, for the access to the rumah perlindungan and to practice the Emergency Protection Order.*

Tuan Pengerusi: Okey, minta pandangan daripada JKM.

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Yang Berhormat Pengerusi. Saya rasa ini lebih kepada isu perundangan yang mana bila mana pegawai di luar daripada perkhidmatan JKM untuk diwartakan sebagai pelindung, jadi dia memerlukan mungkin pindaan akta di situ dan juga keputusan dasar dari peringkat kita.

Tapi sekiranya kita masih ada *cadre post* di hospital itu, pegawai itu digazet sebagai pelindung, pegawai akhlak, pegawai diberi kuasa dibawa Akta Taska contohnya, dia boleh melaksanakan tugas-tugas yang telah dipertanggungjawabkan di bawah akta-akta berkaitan. Itu mungkin kena ada penyelarasan di situ untuk kita buat sesuatu keputusan.

Tuan Pengerusi: Boleh saya dapat ulasan daripada Encik Daud? Adakah *it needs the akta? No need, right? You just need to* beri kuasa kan?

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: Ini saya kena perhalusi dulu akta itu YB. Sebab selalunya yang pegawai-pegawai pelindung yang dilantik ini pegawai JKM. Yang luar daripada pegawai JKM dipanggil pembantu pelindung. Pembantu pelindung dia tak ada kuasa untuk buat laporan sosial dan sebagainya. So, yang itu saya rasa ada kekangan.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* EPO boleh buat?

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: EPO, PO semua *has to be from* pegawai pelindung. Tapi sekarang ini bila...

Tuan Pengerusi: *But — okay, let's say for example right, and I understand laporan definitely needs to come from* pegawai pelindunglah untuk pergi mahkamah semua. Tapi bagi EPO, *is there a need to change the act* supaya orang selain daripada pelindung untuk dapat kuasa itu?

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: *Honestly* saya kena *check* dulu, YB. Saya tak dapat *detail* itu *but I have to check on the* pembantu pelindung itu sendiri buat masa ini.

Tuan Pengerusi: *You give more power to* pembantu pelindung, *that's it what?*

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: Betul.

Tuan Pengerusi: *But it's — this* pegawai perubatan ini, pegawai pelindung perubatan ini, pembantu pelindung.

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: Ya.

Tuan Pengerusi: *Are they* pembantu pelindung *or nothing at all?*

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: Ya. Buat masa ini, bukan. Dia pegawai kerja sosial di Kementerian Kesihatan sahaja. Pembantu pelindung ini orang luar.

Tuan Pengerusi: *Oh, so they are not even* pembantu pelindung?

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Untuk makluman Yang Berhormat Pengerusi dan tuan tadi, pembantu pelindung dilantik di bawah seksyen 8, di Akta Kanak-kanaklah. Maknanya orang luar boleh dilantik sebagai pembantu pelindung. Pelindung kita di bawah seksyen 8 yang mana bertugas di JKM lah.

Cuma untuk isu-isu keganasan rumah tangga ini, mungkin ada dua perkara yang kita boleh lihatlah. Pertama, tentang isu *domestic violence* itu sendirilah. Maknanya kes itu ditangani di bawah Akta Keganasan Rumah Tangga. Tapi bila melibatkan anak-anak yang perlukan *emergency protection* ini, tempat selamat contohnya, dia boleh bertindak sebagai pelindunglah. Makna, di pihak kitalah. Pelindung JKM kena membantu. Membuat tindakan susulan penempatan ke rumah kanak-kanak contohnya, kepada orang yang layak dan sesuai contohnya ataupun kepada waris-waris yang ada lah. Jadi, itu mungkin dua perkara.

Tapi untuk pembantu pelindung tadi, kita boleh lantik pegawai-pegawai JKSP sebagai pembantu pelindung. Sebab memang kebanyakan sukarelawan yang ada di

bawah JKM, contohnya *home help* punya *services*, kita ada sukarelawan. Mereka pun dilantik sebahagiannya sebagai pembantu pelindung.

Tapi pembantu pelindung ini, dia punya — dia *just bridging* sahajalah. Dia kena *refer* kepada pelindung juga, dia kena bawa ke tempat-tempat yang bersesuaianlah kalau dia nak rujuk kes. Dia punya tugas untuk *refer* sahaja. Bawa ke pelindung, pelindung akan buat tindakan susulan untuk penyediaan laporan, bawa ke mahkamah. Ataupun pembantu pelindung ni boleh saja hantar kes itu ke balai polis, contohnya. Tapi kalau pembantu pelindung tu di JKSP sendiri, memang fasiliti kesihatan, dia memang dah berada di dalam kawasan yang kita *consider* selamatlah di situ. Jadi itu mungkin perkara-perkara yang kita kena lihat juga.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Pengerusi, kami ambil maklum tentang input yang telah diberikan dan perkara ini turut dibincangkan semasa kita merangka SOP baru kita inilah. Cuma saya nak berkongsi kepada semua, ini adalah satu kita panggil *step* yang agak penting dalam kita memberikan perawatan kepada pemandiri ini.

Tak semua pemandiri ni perlu kemasukan ke wad. Jadi, kita perlu segera pindahkan mereka, dapat kebajikan yang sepatutnya diberi kepada mereka. Dan ini perkara yang selalu menjadi isu kepada cuti panjang dan *over the weekend*. Kita mencadangkan supaya mekanisme *coverage 24/7* sebagai pegawai pelindung itu perlu dikembangkan sama ada dalam bentuk *on-call*, secara *on-call* lah.

Maknanya kita — sebab kita perlukan *just a* — kita panggil, *words from them, then okay, you boleh send* kepada tempat sekian, sekian, sekian. *That's all we need*. Apa yang berlaku sekarang YB Pengerusi, hospital mengambil apa kita panggil, ruang yang ada untuk menempatkan mereka dekat sini sedangkan waktu tersebut, makan mereka dan segalanya, keselamatan mereka, kita tak boleh nak beri jaminan 100 peratus.

Jadi saya minta perkara ini kalau boleh diputuskanlah. Kalau tak dapat di sini, mungkin di peringkat lebih ataslah. Dan saya melihat JKSP itu sendiri pun, kalau kata dia jadi pembantu pegawai pelindung, melainkan dituliskan secara jelas, mereka ini boleh memindahkan, membuka dan sebagai *whatever* — *at least* sekurang-kurangnya kepada rumah perlindungan itu sendiri. *[Ketawa]*

Dan *of course*, kena tengok dalam proses nak *transfer and all that*, waktu perlukan keselamatan *and all that*. Saya minta itu sahaja kalau boleh. Ini antara perkara-perkara juga yang tersangkutlah juga Dr. Sopian.

Tuan Pengerusi: Ini saya nak catatkan juga ya. Ini lawatan masa kita pergi enam OSCC. Ini antara *common* cabaranlah. Cabaran yang *common*, di mana *weekend and then non-office hour cannot get* pelindung.

■1140

I understand there is a kesihatan mental problem also with the pelindung juga. Kadangkala pelindung banyak kerja dan lain-lain. Mungkin satu mekanisme yang lebih tambah macam mana kita boleh pastikan bahawa kita tak ambil *bed* daripada hospital sebab hospital juga banyak kes yang memang *medical problem*. *They are running out of beds. So, they cannot keep the mangsa in the hospital just because the pelindung is having — so there is something that the JKM needs to do* lah.

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: Yang Berhormat Pengerusi, *just* nak tanya *do I have to* angkat sumpah?

Tuan Pengerusi: [Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara] *You don't need. You ex officio.*

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: Okey, tak perlu.

Tuan Pengerusi: [Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara] *Ex officio don't need right?*

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: Dia bagi maklumat sahaja. So, tadi pun masa — *just double check* tadi. Saya pun *concur* dengan fasal akta tadi, YB. Saya dapat maklumat daripada HQ pun bagi tahu *under the* Akta KRT hanya pegawai JKM sahaja, buat masa ini. Nanti bila kita nak *briefing* YB *on* RUU PKS nanti dia akan terlibat juga untuk buat pindaan nanti. *Maybe we have registered* pegawai sosial nanti dia boleh kita turunkan kuasa.

On pasal tadi isu-isu yang kita bangkitkan bila kita buat lawatan di OSCC di hospital-hospital. Saya, yang pertama yang di *especially* di KL dia ada bangkitkan bahawa bila luar waktu pejabat ataupun di waktu malam dia tak ada satu *dedicated* pegawai JKM yang dia boleh *contact*. Ini saya dah bincang dengan JKM, pegawai JKM. Mereka nak selaraskan ini dengan semua OSCC supaya ada satu *dedicated* pegawai. Betul ya Encik?

So, as is for the time being yang isu yang dihadapi oleh OSCC sekarang ini bila dah selesai kes untuk dapatkan pegawai yang boleh dihubungi di PKMD, di daerah-daerah, kita akan cuba selaraskan secepat yang boleh, yang itu kita boleh selesaikan dahulu sebelum kita *work on* pegawai pelindung di KKM.

Tuan Pengerusi: Okey, teruskan.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Teruskan. So, ini ada beberapa elemen penting bagi kita menjamin keselamatan dan keadilan diberikan kepada semua

pemandiri. Kita juga telah tidak ada banyak sangat perubahan yang kita lakukan. Cuma, kita terapkan kepada kita panggil kapasiti yang telah, yang boleh dilaksanakan oleh Jabatan Kimia, contohnya dalam bentuk sekarang.

Other than that, saya tak nampak dekat sini ada apa-apa yang perlu saya *highlight*-kan untuk dikongsikan dengan semua ahli mesyuarat *but we have to make sure chain of custody ini is a very important element. So that, what other evidence we have can be pressed against the perpetrator in case. For future* punya — *for the next* kita panggil keadilan yang patut diberikan kepada pemandiri.

Okey, juga saya nak kongsi dekat sini pelan penjagaan pascarawatan dan *rehab*. Ini daripada segi komponen perawatan di peringkat hospital, klinik kesihatan dan juga sebahagiannya turut disokong oleh Jabatan Kerja Sosial Perubatan dan mungkin juga Unit Psikologi Kaunseling sama ada pihak kerajaan ataupun mana-mana *engagement* yang telah sedia ada dengan semua NGO-NGO yang boleh memberikan bantuan psikologi dan sebagainya.

Ini yang kita telah ulaskan lebih lanjut supaya — dan ialah sebagai sebahagian daripada SOP agar ia mudah dirujuk oleh pegawai-pegawai rentas daripada hospital ataupun klinik kesihatan itu sendiri.

Ini adalah ruangan komitmen kami dalam memastikan setiap pemandiri mendapat keadilan, kebajikan dan perawatan yang diperlukan dalam memastikan setiap satu daripada *step* pengecaman, pengumpulan bahan bukti dan rangkaian produk itu sentiasa berada seiring dengan perjalanan kita panggil *first presentation to the hospital* lah until *they go back to the society*.

Ini adalah cabaran utama ekosistem OSCC. Ini mungkin YB Pengerusi dan ahli-ahli jawatankuasa setelah melihat sini apa yang kami hadapi. Sebagai makluman, arahan untuk OSCC ini berada di jabatan kecemasan keluar tahun 1993. Ada sebahagian hospital wujud selepas itu, kebanyakan hospital sudah sedia ada dalam keadaan sepertinya. Memang tidak dinafikan ada kekangan dalam ruangan fizikal. Bagaimanapun, dari pihak perkhidmatan kecemasan dan trauma kami memastikan konsep dan perjalanan pesakit boleh akan dilaksanakan mengikut standard yang telah kita tetapkan berdasarkan pada polisi-polisi yang telah keluarkan.

Walau bagaimanapun, kita melihat sehingga kini OSCC ini bergerak atas sokongan perkhidmatan kecemasan itu sendiri. Tiada peruntukan khusus untuk operasi OSCC yang disediakan di bawah daripada KKM atau di peringkat kita panggil kod jabatan. Apa yang saya boleh kongsi bersama Pengerusi dan semua ahli mesyuarat, dalam MBOR baharu — MBOR maknanya *Medical Brief of*

Requirements, sekiranya ada hospital baharu memang elemen OSCC, fasiliti OSCC akan dilengkapkan sekali.

Hospital-hospital yang dah terbina ini dia memerlukan lebih banyak kita panggil *makeshift* dan sebagainya. Jadi, ini menyebabkan kadang-kadang gambaran ahli jawatankuasa yang melawat *you* akan nampak kadang kenapa sini nampak cantik, sini tak nampak cantik. Ini adalah kita panggil cabaran yang saya boleh rumuskan sebagai itulah keadaannya yang boleh kita berikan.

Okey, cabaran operasi dan latihan kami ambil maklum sebagai PDRM kita ada anggota yang berpindah, pencen dan sebagainya dan saya boleh menjamin ini adalah satu latihan yang dilaksanakan secara berkala dan berterusan. *All right*. Dalam *expect* Kementerian Kesihatan, di mana kita hospital terutamanya sentiasa mengikut standard *Malaysian Standard of Quality and Healthcare*. OSCC ini ada elemen yang mana dia melihat kepada berapa banyak pegawai dan petugas di jabatan kecemasan terlatih di dalam OSCC itu sendiri dan dia ada *percentage* yang kami kena *apply*.

So, we are banking on that to make sure that our service in line and in lieu with whatever service requirement and the service standard yang telah kita tetapkan. Halangan sistemik dan penyelarasan agensi.

Dalam kita punya draf baru ini antara yang kita tubuhkan adalah jawatankuasa yang boleh bergerak secara bersama di peringkat hospital, di peringkat negeri dan di peringkat kebangsaan dan kita telah namakan siapa yang ada dalam jawatankuasa tersebut termasuk KPI-nya sekali. Berapa kerap mereka harus berjumpa dan berbincang.

Tuan Pengerusi: Ya tuan. Ada satu perkara juga yang saya tengok daripada lawatan ke OSCC adalah berkenaan dengan *data collection*. *Even among KKM. All your OSCC, the category that they take is different. Not to mention the cross ministry* tetapi untuk OSCC sahaja pun kategori tak sama. *So, how do we* selaraskan yang ini? *I think it has to be* masuk ke garis panduan di mana bukan sahaja dari — *I think the OSCC itself. The case category must be the same.*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Yes.

Tuan Pengerusi: *Which one you want to collect, what you want to collect?*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *It is included. There is a statement regarding the* pengumpulan data. Apa yang saya boleh kongsi dekat sini, kita telah meletakkan amanah ini kepada *National Center of Excellence* sebagai pengumpulan data terakhir. Cumanya ada beberapa... *[Dicelah]*

Tuan Pengerusi: Kategori?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Untuk kategori-kategori ini... *[Dicelah]*

Tuan Pengerusi: Akan sama?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Kita akan selaraskan balik.

Tuan Pengerusi: Akan selaraskanlah.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Sebab dia ada banyak borang-borang lain. PL201, A dan macam-macam. Dia kena ada *synchronisation* dekat situ.

Tuan Pengerusi: Itu digital kah?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Seseengah hospital digital, seseengah hospital manual.

Tuan Pengerusi: Kena digitalkanlah.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *We plan to digitalize.*

Tuan Pengerusi: Senang sahaja you masuk sahaja. Kalau hospital yang jauh, mungkin tak boleh. Tapi hospital, *I mean in West Malaysia most of it* kita ada Internet. *You* selaraskan dengan itu *dashboard*. *You* boleh masukkan supaya kita selaraskan semua.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Kami akan bergerak dengan dasar pendigitalan KKM lah. Dasar pendigitalan *healthcare*. *We try.*

Tuan Pengerusi: *You don't need to follow that. You put the excel sheet, everyone can follow the Google Form.*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Pengerusi, *the problem...* *[Dicelah]*

Tuan Pengerusi: *Just use the Google Form, you can collect already.*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *I agree with that. I agree with that. But someone has to create the template and the data storage itu.*

Tuan Pengerusi: *Google Form, I'm sure the HQ know how to — KKM HQ know how to do that one.*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *I agree with you, YB Pengerusi.*

Tuan Pengerusi: *So, you put a Google Form kalau you buat. Yang kedua, sebab Google Form itu dari segi verification all that still not as good. At least you have one they own, they own collect. The other one you put a Google Form. Supaya HQ you dapat dashboard. Lepas pendigitalan KKM you have a good dashboard lah. But you don't need that. You just need a Google Form to have a dashboard.*

So, there is no excuse that we cannot do a pendigitalan except the very rural hospital.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *I agree with you Pengerusi, we can at the national level — looking at my seat, we can do that. But the input come from this small hospital. So, that activity, the facility, the infrastructure, the networking should be there. So, we are looking at that. At the moment, the hybrid still needs to be in function. They will give to us PL — whatever form. That one sebenarnya memang tanggungjawab kami untuk melihat balik. We have to go to Pusat Informatik Kesihatan untuk — I know you don't like it. There's a lot of bureaucracy that I have to go through to streamline the data.*

Tuan Pengerusi: *Yeah, I understand, but at least the category must be the same.*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *Alright.*

Tuan Pengerusi: *First start, even you don't have a digital, whatever reason, category must be the same supaya the data has got meaning to it. Otherwise, your national data doesn't have meaning to save you.*

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *I totally agree with you.*

Tuan Pengerusi: Okey.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *Alright. So, the last component, halangan perundangan dalam sosiopsikologi ini. Ini memanglah kita — apa yang saya boleh buat pada kali ini, untuk melaksanakan perkara ini, awareness, latihan berterusan kena dilaksanakan supaya semua orang daripada komuniti sampai ke hospital atau klinik kesihatan, akhirnya keluar daripada hospital dan balik kepada masyarakat. Semua orang kena tahu. Bermakna, bukan Kementerian Kesihatan sahaja, semua orang terlibat dekat sini. Jadi, saya rasa ini slaid saya yang terakhir. Oh, ada satu lagi, last slide. Ini untuk cadangan untuk penambahbaikan yang telah kita terapkan masuk di dalam garis panduan baharu dan polisi ya.*

Apa yang saya telah saya nyatakan tadi, pemeraksanaan operasi latihan dan kepakaran. Kita wajibkan modul asas OSCC. Sesetengah negeri aktif, sesetengah negeri kita akan paksakan mereka supaya lebih aktif, menjadikan MSQH ini sebagai sandaran kami untuk melihat kepada *performance* dan *service delivery*.

Alright. Pengukuhan dan pembiayaan infrastruktur. Yang ini dalam di bawah langsung di bawah kita panggil Bahagian Perkembangan Perubatan dan pada kali ini kita akan juga mengguna pakai semua agensi-agensi dalaman kami termasuk NCEMH (*National Centre of Excellence for Mental Health*) dan juga mungkin apa ini bahagian Jabatan Kerja Sosial Dan Perubatan.

Integrasi sistem dan pendekatan antara agensi. Jawatankuasa yang telah kita tubuhkan daripada peringkat hospital daerah, negeri dan nasional menjadi forum

untuk kita bersama-sama melihat kepada apa yang boleh ditambah baik, menjamin perkhidmatan sentiasa berada di dalam yang terbaik. Di sini juga Pengerusi, kami yang saya cakap tadi, data PL201A, apa yang kita dapati sebenarnya kita nak *synchronise*-kan balik dengan data-data yang dikumpul oleh PDRM dan JKM itu sendiri. Maknanya, luar dan dalaman dalam data itu kita pun kena *sit down* bersama-sama. Ini saranan daripada Kementerian Kesihatan supaya tak adalah timbul lagi kita panggil kekeliruan, tanya KKM, ini *aspect* ini akan timbul, JKM, polis dan sebagainya.

Kami mencadangkan supaya pelaksanaan kempen kesedaran ini *no longer based on one agency. It should become* — bila kita buat itu dia melibatkan semua agensi-agensi dalaman KKM dan luar KKM, dan *of course* dekat sini peruntukanlah. Peruntukan itu. Tapi, untuk mendapatkan kita panggil *crowd* itu, *this is the best way to handle it and it should be for the new future* ini, memang kena lakukan lebih kerap. Harap-harapnya boleh dijadikan sebagai satu agenda kerajaan dalam memastikan kita menurun kita punya statistik insiden-insiden yang berkenaan. *And of course*, pengukuhan SOP dan perundangan ini perlukan sokongan semua orang. Semua orang termasuklah Bahagian Hal Ehwal Undang-Undang dan sebagainya. So, ini slaid saya yang terakhir. Saya tamatkan di sini dahulu. Terima kasih.

Tuan Pengerusi: Okey, kita teruskan dengan pihak PDRM.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: *Assalamualaikum*. Salam sejahtera dan salam Malaysia MADANI. Yang Berhormat Pengerusi, Ahli-ahli Yang Berhormat dan juga ahli-ahli mesyuarat yang dihormati sekalian. Saya *Senior Assistant Commissioner Police* Siti Kamsiah binti Hassan, Ketua Penolong Pengarah Bahagian Siasatan Seksual, Wanita & Kanak-kanak (D11) Bukit Aman. Hadir bersama saya pada hari ini adalah pegawai daripada Unit Kanak-Kanak untuk mesyuarat kali ini. Pertama sekali, saya ucapkan terima kasih atas kesempatan yang diberikan kepada PDRM, Yang Berhormat Pengerusi, bagi membentangkan tentang peranan PDRM dalam pengendalian kes penderaan kanak-kanak, keganasan rumah tangga dan juga melibatkan peranan di OSCC.

Jadi, sebagaimana dibentangkan oleh KKM sebentar tadi, OSCC diwujudkan sebagai mekanisme penyelarasan antara agensi bagi membantu mangsa keganasan rumah tangga, keganasan seksual, penderaan wanita dan kanak-kanak bagi mendapatkan pemeriksaan dan juga bantuan segera perlindungan secara menyeluruh di suatu tempat secara konsepnya. Jadi, dalam konteks ini PDRM memainkan peranan sebagai agensi penguatkuasaan undang-undang yang bertanggungjawab dalam menjalankan siasatan dan juga memberi perlindungan

kepada mangsa serta memastikan pelaku dibawa ke muka pengadilan. Namun demikian, pendekatan yang diamalkan pada hari ini bukan lagi semata-mata berorientasikan siasatan sahaja. Sebaliknya berteraskan *victim-centered approach* iaitu kita juga memastikan keperluan keselamatan iaitu *escort*, keselamatan dan juga kebajikan.

Sebab itulah, PDRM juga menyelaraskan, menyalurkan seberapa segera apabila laporan dibuat kepada JKM kerana itu perlindungan adalah menempatkan perlindungan di tempat selamat dan sebagainya adalah bidang kuasa JKM. Jadi, sebagai agensi yang menjalankan siasatan dah melihat sebagai adanya risiko dan ancaman, kita selaraskan untuk tujuan kebajikan, perlindungan dan juga memastikan keutamaan ini, keselamatan mangsa ini diberikan sepanjang proses pengendalian kes. *Next*.

Untuk skop taklimat saya pada pagi ini, saya terus fokus kepada lima isu ini yang saya bawakan terus terkait sama dengan peranan PDRM iaitu pertama sekali adalah aliran kerja PDRM apabila menerima kes OSCC.

Keduanya adalah isu yang sering dibangkitkan sebagaimana kita dimaklumkan iaitu berkaitan kesukaran membuat laporan polis iaitu isu laporan polis dan ketidakselarasan pengambilan laporan.

Ketiga adalah persoalan mengenai penglibatan PDRM dalam pengendalian kes di OSCC ataupun perananlah PDRM.

Keempat adalah isu latihan dan juga kompetensi pegawai yang mengendalikan kes.

Kelima adalah isu kelewatan kehadiran polis serta pengurusan bukti forensik dalam siasatan. Jadi, taklimat ini akan secara langsungnya adalah memberi peranan PDRM dalam isu-isu yang dibangkitkan tadi.

Seterusnya adalah — okey, pertama sekali Yang Berhormat Pengerusi, apabila sesuatu kes ini dirujuk ke OSCC, penglibatan PDRM bermula seawal laporan polis itu diterima di mana maklumat ataupun laporan polis itu biasanya sama ada kalau mangsa itu terus pergi kepada OSCC, sama ada doktor yang membuat laporan polis ataupun pegawai kebajikan, mana-mana orang yang membuat laporan polis termasuklah mangsa itu sendiri ataupun ahli keluarga. So, laporan polis itu perlulah diterima dan dicatatkan sebagai satu dalam laporan polislah. Maknanya, ada butiran siapa penerima, apa perlakuan yang berlaku, perlu...

Tuan Zakri bin Hassan: Saya nak tanya sikit. Penerimaan laporan ini, individu lain. Setakat maklumat yang kami jumpa baru-baru ini, apa — kalau NGO macam mana? Kalau NGO yang buat laporan?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Boleh. Boleh. Mana-mana individu yang mengetahui tentang kejadian itu boleh membuat laporan polis. Boleh diterima sebagai *First Information Report*.

Tuan Zakri bin Hassan: Sebab ada laporan daripada NGO kata kami tak boleh, tak boleh lapor, kami tak diterima, dia suruh baliklah.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Boleh. Di dalam peruntukan seksyen 107, mana-mana laporan polis boleh dilaporkan oleh mana-mana individu yang mengetahui tentang kejadian. Ini dalam undang-undang pun ada dinyatakan.

Tuan Pengerusi: So, latihan lagi. Ini masalah NGO pergi lapor tak boleh?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Ini dalam undang-undang pun ada dinyatakan. Sebenarnya itu adalah yang memang PDRM, saya rasa semua pegawai PDRM pun tahu. Sebab ini pun termaktub di dalam Akta... *[Tidak jelas]*

Tuan Pengerusi: So, apa yang NGO ataupun orang awam boleh buat apabila polis tak mahu menerima?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Terus merujuk kepada — isu itu terus pergi kepada OCPD yang berkenaan. Lapor kepada...

Tuan Pengerusi: OCPD lah?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: ...OCPD terus. Sebab pengurusan laporan polis itu di balai yang berkenaan. Jadi, selesaikan terus isu itu, jangan tangguh. Sebab di dalam akta dan di dalam SOP memang jelas. Laporan polis memang tak boleh ditolak. Dan ada arahan-arahan pun, arahan pentadbiran, arahan Pengarah Jabatan Siasatan Jenayah dan ada pegawai pun diambil tindakan berhubung dengan isu tidak menerima laporan polis ini. Dan laporan polis itu perlu dicatit dan juga di mana-mana dia dianggap sebagaimana laporan itu diterima di balai yang berkenaan sekiranya dibuat di pondok polis pun.

■1200

Tetapi, saya terangkan terus, sekiranya laporan itu dibuat untuk menjalankan — dibuat oleh mana-mana pihak yang mengetahui, setakat mana dia mengetahui tentang kejadian, untuk membolehkan siasatan itu dijalankan, itu adalah tidak menjadi isu. Tetapi sekiranya mangsa itu sendiri, mereka yang berkonflik itu tidak ingin membuat laporan, ini yang akan menjejaskan sehingga ke peringkat pendakwaan. Menjalankan siasatan, tak ada isu. Polis terima, siasatan dijalankan, tetapi ini yang dinamakan dalam undang-undang, tidak ada *locus standi* apabila mangsa itu sendiri, dia tak nak. Ha, itu, tetapi siasatan boleh dijalankan.

Okey. Seterusnya adalah selepas laporan polis diterima, siasatan akan dijalankan di mana pelantikan pegawai penyiasat, pengelasan repot tadi menjurus

sekiranya ada elemen jenayah, bermakna siasatan akan diklasifikasikan di bawah seksyen kesalahan berkenaan oleh pegawai penyiasat. Siasatan untuk dari segi tadbir urusnya adalah dari segi pengendalian kes di mana kejadian jenayah itu berlaku, siasatan akan dijalankan oleh daerah yang berkenaan.

Tetapi sebagaimana tadi yang telah dibangkitkan oleh YB Pengerusi, sekiranya berlaku di luar kawasan, repot dibuat di daerah yang bukan daerah itu, kejadian itu berlaku di situ, sebenarnya dalam undang-undang, di dalam SOP tidak menetapkan hanya daerah berkenaan, kejadian di dalam daerah berkenaan sahaja perlu dihantar ke hospital yang berkenaan. Tidak ada kerana siasatan tu perlu dibuat oleh — janji dia adalah pegawai yang mempunyai kuasa untuk menyiasat. Di dalam undang-undang hanya menyatakan kuasa menyiasat adalah bagi pegawai yang berpangkat Sarjan atau ke atas. So, ini yang kita pegang, tapi dari segi tadbir urus kes, memudahkan tadbir urus, itu dibolehkan.

Kemudian, *delegations of power*-lah. Bermakna, mintalah bantuan daripada balai-balai yang berkenaan untuk mempercepatkan proses siasatan itu dijalankan dan ini pun dilaksanakan oleh pihak PDRM, Yang Berhormat Pengerusi.

Dan seterusnya, dalam proses siasatan ini juga, pihak polis akan — untuk — dalam tindakan siasatan ini juga, di mana ada keperluannya untuk merujuk kepada Jabatan Kebajikan Masyarakat dan juga ke hospital seperti di OSCC tadi untuk tujuan pembuktian kes. So...

Tuan Pengerusi: Okey. Yang ni ya, saya nak tengok tugas *escort* mangsa ke hospital. So, setiap mangsa yang pergi balai, polis perlu hantar pergi hospital ataupun dia panggil, "*You pergi hospital sekarang*". Yang mana?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Dia dalam dua — dia macam ini YB Pengerusi, kehadiran polis semasa pemeriksaan itu bukanlah mandatori sebenarnya. Dia tidak mandatori...

Tuan Pengerusi: *It's mandatory right?* Seperti yang kita diberi taklimat, dia mandatori. Betul.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Kes pengambilan sampel, yes. Untuk kes pengambilan sampel, yes, sebab dia memerlukan *chain of evidence* itu. Kita menjaga integriti itu, tetapi dalam kes-kes yang mana — contohnya dalam kes keganasan rumah tangga yang melibatkan orang dewasa, kita tengok *case-by-case basis*. Bermakna tidak ada pengambilan sampel ini diperlukan, pemeriksaan, tetapi perlu ada polis PDRM itu, borang khusus disertakan. Disertakan, dinyatakan kes apa, repot mana, apa keperluan yang perlu diambil.

Tuan Pengerusi: Okey. Itu kes kita itu sudah kita selesai untuk sama ada polis perlu tapi *escort* ke hospital, apa yang kita dengarlah ada dua perkara, satu adalah *you* pergi hospital sendirilah

Kedua, lagi teruk ya. Yang ini adalah berkenaan dengan — saya kalau saya mangsa, saya tak tahulah, *I* pergi saja balai yang berhampiran yang saya tahu. Saya pergi ke balai tersebut, orang di situ cakap “*Oh, ini bukan balai sini. You pergi balai satu lagi*”. Dia kena pergi balai satu lagi. *You imagine* ya, *I* kena tumbuklah, apalah oleh suami. Sekarang *I* pergi balai pun, balai sebenarnya *escort* kalau pergi hospital ke apa ke, tapi balai yang boleh cakap “*Ini bukan balai saya. Ini balai itu. You kena pergi balai itu*”. Lepas pergi balai itu, *then* dia — so, ini masalah yang berlaku *on the ground* tahu.

So, apakah yang kita boleh buat? Adakah ini masuk pekeliling atau apa? *At least the escort is done. You sent to the hospitals* terus.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Macam mana? YB, saya tak faham. Apa tadi? Mohon di...

Tuan Pengerusi: Faham tak? Kalau ada mangsa — okey, saya nak pergi ke antara satu keslah ya. Adalah pergi hospital — pergi balai, balai, pegawai anggota polis cakap dengan mangsa di mana ini bukan kawasan balai ini. Balai A lah. “*You perlu pergi balai B*”. Dia pergi balai B lepas itu, “*Ha, you kena pergi hospitallah*”, macam itulah. Tapi sebenarnya balai A ini yang terima laporan daripada mangsa perlu *escort* ke hospital. Betul? Kalau — *you write it here, your slide* nombor dua, tugas *escort* mangsa ke hospital.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Untuk kes...

Tuan Pengerusi: Sama ada balai itu kawasan dia ke bukan kawasan balai itu ke bukan, dia perlu *escort* mangsa ke hospital.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Okey. YB, sebenarnya di dalam pelaksanaan-pelaksanaan sebab daerah yang mengendalikan kes, kita dah bahagikan dari segi tadbir urus sebegitu. Sebenarnya dalam konteks sebenar, sekiranya ada *urgency*, sebenarnya polis itu boleh membawa mangsa itu terus ke hospital.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* So, boleh?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Ya, sebab dalam undang-undang tidak...

Tuan Pengerusi: *You* punya perkataan ialah “boleh”. *You* gunakan yang...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Ya.

Tuan Pengerusi: Bukan “mestilah”?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Dia macam ini...

Tuan Pengerusi: “Mesti” ataupun “boleh”? “Boleh” maksud budi bicara anggota tapi “mesti” maksud ini adalah dasar.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Dia bergantung kepada kes tadi. Kalau kes yang melibatkan pengambilan sampel, kes rogol khususnya, dalam SOP memang ada. Memang kita kena ada *escort* dan *escort* itu, *escort* inilah yang isu menjadi tadbir urus tadi di mana mereka disebabkan bukan di kawasan mereka, sepatutnya polis, mana-mana polis boleh. Janji dia — selagi dia polis, dia kena bawa. Tetapi disebabkan isu yang timbul bukan dalam jurisdiksi ataupun dalam *territory* kejadian itu berlaku di kawasan dia, ini yang selalunya ditolak. Sebenarnya tidak menjadi isu untuk mana-mana polis untuk pergi mengiringi, janji ada diselaraskan. Ini yang saya nampak kelemahan berlaku apabila wujudnya keputusan dibuat untuk tidak dihantar itu disebabkan adalah dia di luar bidang tadbir urus dia.

Dalam undang-undang sebenarnya...

Dato’ Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: YB Pengerusi, mungkin YB Pengerusi nak penjelasan, kalau dia pergi balai A, tidakkah balai A terus urus, tak suruh pergi balai B pula sebab *you* di balai B *you* kena pergi balai B. Ha, itu YB maksudkan.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Ya.

Dato’ Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Maknanya boleh tak balai A terus urus?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Boleh. Boleh terus, boleh terus. Boleh terus dia hantar sebab dia kena melihat kepada...

Tuan Pengerusi: Tapi yang perkataan yang *you* guna ialah “boleh”. Maksud, kalau dia tak mahu pun boleh.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Bukan, mahu tak boleh. Dia macam ini, YB sebab dia sewajarnya untuk dibawa terus ke hospital. Ha, itu yang ‘boleh’ saya cakap sebab dia polis. Dia tidak ada, tapi mereka meletakkan — yang saya nampaklah, bila dah jadi isu macam ini, bermakna pegawai yang mengendalikan kes itu, dia memilih untuk cari dulu balai yang berkenaan. Ha, ini yang saya nampak. Ini kelemahan tadbir urus yang sepatutnya mereka melihat keperluan undang-undang itu lebih utama berbanding daripada pentadbiran. Ini yang saya nampaklah.

Jadi, sebagaimana yang YB cakap tadi, sepatutnya bila ada berlalu kejadian-kejadian jenayah ini sebab kita kena melihat nak *urgency case* untuk kita *preserve* keterangan. So, mangsa itu dalam ancaman. So, kena hantar ke hospital itu dahulu merujuk untuk kita — untuk keselamatan dia dan juga untuk *preserve*

keterangan tadi. Tapi di sini yang saya nampak, kelemahan berlaku apabila mereka meletakkan isu yurisdiksi tadbir urus itu yang utama. So, ini yang saya nampak. Saya akui, kena akui, ada berlaku. So, ini yang kita kena tambah baik untuk supaya tidaklah jadi isu lagi, dirujuk ke balai berkenaan, menyebabkan kelengahan dan akan memberi kesan kepada aspek siasatan.

Tuan Pengerusi: Okey, terus.

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Satu YB, saya nak tanya. Kalau katalah aduan itu dibuat di OSCC, OSCC di hospitallah. Jadi, tadi kata kena tunggu pegawai polis datang dulu ataupun terus pemeriksaan dibuat?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Kalau saya respons pada soalan tersebut, sekiranya dia datang — kata dia datang sendiri tanpa — serah dirilah. Maknanya, dia datang tanpa peneman, daripada OSCC kita dah *detect*, dimaklumkan mana nak *[Tidak jelas] ...as such*, dia akan pergi ke bilik OSCC, kami akan *interact* dengan polis.

■1210

Setengah hospital sudah ada *beat police*, kita akan buat laporan terus kepada balai polis berkenaan sama ada kalau katalah dalam hal macam ini, pemandiri itu boleh *report* terus, okey. Sekiranya tak ada, *beat police* waktu tu tak ada petugas, kita akan panggil balai yang berhampiran untuk datang bantu buat, ambil kita panggil *report*, ambil *report*.

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Balai tu akan datanglah walaupun kes tu mungkin berlaku di tempat lain?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Ya.

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Tak ada isulah ya?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Yes.

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Dia datanglah ya eh?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Sebab dalam hal macam ini adalah isu tadi adalah kita nak dalam polisi baru kita dah setuju bersama, *words* yang kita pakai adalah '*shall*', wajib datang. Maknanya dia kena kalau kata saya ada OSCC, wajib datang ke OSCC sebab kemungkinan ada susulan yang nak ambil sampel *on that*.

Yang kedua Pengerusi adalah tentang kita bercakap tentang peneman, peneman. Dalam saya tengok polisi kita, kita sebenarnya meletakkan syarat wajib juga kita pakai perkataan, "*shall provided when the safety of the patient is of concern*." Diletak dalam bentuk perkataan macam tu. Makna dalam elemen ini, kita berpandangan mungkin NGO boleh memainkan peranan *provided that* balai ada *connection* ataupun ada *networking* dengan NGO.

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Terima kasih. Yang YB Pengerusi bangkitkan tadi isu dia pergi balai A, balai A suruh pergi balai B. Sepatutnya A itu dah ambil tindakan. So, isu ini yang YB bangkit supaya benda ni tak berlaku, betul YB eh?

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: Saya melihat — kalau saya boleh respons sikit, kadang-kadang perkara ini balik kepada kita punya kesediaan petugas di lapangan. Kemungkinan perkara itu berlaku? Ya. Makna dia tak ada *expertise*, *provided* dia kena pergi ke tempat lain. Cuma kita sekarang ini isu adalah adakah dia ini perlu pengiring atau tak? Adakah dia boleh pergi sendiri? *By right best practice everyone should have equal capacity. You come to us, I take the response.* Hah ini balikkah sama ada kesediaan dari segi pengetahuan teknikal ataupun kita panggil kapasitilah, kapasiti.

Tuan Pengerusi: *Okay, anyway need to* tambah baik yang ini. Hah okey?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Seterusnya adalah perlindunganlah. Untuk isu perlindungan ini memang PDRM walaupun sebagai pelindung, juga sebagai pelindung di bawah akta...

Tuan Pengerusi: Polis juga pelindung? Sama macam JKM punya pelindung?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Polis ada..

Tuan Pengerusi: *Not the same or same?*

Seorang Ahli: Lain.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Dia...

Seorang Ahli: Pelindung keselamatan.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Pelindung keselamatan. So, dalam konteks ini seksyen 19 itu polis akan mengiringi untuk sekiranya dalam kes-kes memerlukan mangsa untuk balik ke rumah dia supaya untuk menjaga keselamatan dia, nak ambil barang dan sebagainya. Pegawai perlindungan yang dilantik adalah di bawah JKM. Ini kuasa melindungi untuk mengiringi, *escort* ke premislah sekiranya kejadian itu berlaku. Dan, seterusnya peranan pihak polis juga adalah sebagai untuk menyempurnakan perintah-perintah sekiranya — perintahlah, EPO ataupun apa-apa juga perintah perlindungan ni, pihak polislah yang kena menyempurnakan kepada mereka yang dikeluarkan perintah itu tadi.

Seterusnya, *next*. Ini tadi adalah isu *report* sebenarnya YB. Saya rasa saya dah sentuh tadi siapa boleh buat *report* dan juga di mana boleh buat *report*, di mana-mana balai polis di mana ada peruntukan di dalam undang-undanglah yang mewajibkan polis itu menerima *report* dan mencatatkan butir-butir *report* tersebut.

Dan, seterusnya antara cabarannya adalah tidak semua di hospital itu ataupun OSCC itu di tempat — ada pondok polis dan juga tidak semua tempat itu ada internet sekiranya peruntukan, *facilities* Internet terutamanya di Sabah Sarawak, di pedalaman. Jadi ini juga kemudahan dari segi orang kata untuk berhubunglah secara terus sekiranya berlaku keperluan untuk diselaraskan tindakan semasa laporan dibuat. Dan juga anggota yang bertugas adalah anggota yang bukan anggota yang tetap untuk OSCC. Anggota polis ini adalah anggota tugas am biasa di mana mereka juga tertakluk kepada mobiliti dan juga keperluan kepada latihan.

Tiada perjawatan khusus, senang saya cakap YB terutama juga pegawai penyiasat pun sama juga. Pegawai penyiasat D11 sahaja yang kebanyakannya terdedah ataupun lebih *exposed* kepada siasatan kes-kes yang melibatkan trauma ataupun kes-kes seksual dan sebagainya. Tetapi pelaksanaan sebenar di bawah adalah pegawai penyiasat yang dia buat semua kes dan mungkin dia hanya ada — di daerah itu hanya ada satu sahaja pegawai penyiasat, satu ataupun dua sahaja yang menjalankan siasatan.

Dan, seterusnya amalan semasa. Memang kita juga selain daripada SOP PDRM, kita juga orang kata merujuk kepada garis panduan OSCC yang sedia ada dan juga yang ditambah baik ini akan datang, kita akan guna yang ditambah baik. Inilah YB.

Next, ketidakseragaman penglibatan PDRM. Ini adalah yang sebagaimana dinyatakan tadi yang ketidakseragaman itu adalah apabila melibatkan laporan polis ataupun keperluan untuk tugas-tugas *escort* tadi. Sebenarnya apa yang penting selain daripada *escort* untuk pengambilan sampel, untuk integriti ataupun *chain of evidence* tadi, dia sebenarnya adalah apa yang penting adalah apa yang kita nak pihak hospital itu buat perlu dinyatakan. Maknanya, itu sebab pihak PDRM wajib untuk mengeluarkan PDRM 59 tadi. Maknanya dalam tu menyatakan kes apa, apa yang sepatutnya pihak hospital untuk buat pemeriksaan dari segi *angle* apa untuk tujuan pembuktian kes dan seterusnya juga kita selaraskan dengan pihak hospital dari segi keperluan contohnya untuk selain daripada pemeriksaan fizikal tadi adalah untuk impak trauma seperti psikiatri dan juga perlindunganlah.

Ini yang pihak PDRM akan sampaikan kepada pihak hospitallah, pihak KKM dan juga keperluan kepada laporan perubatan. Saya dah nyatakan dekat situ di mana dalam polis, PDRM 59 tadi dia mengandungi ringkasan fakta kes. Walau bagaimanapun, isu ini juga sering juga dibangkitkan di mana dah pergi pada polis, polis pun dah ambil *statement* tapi pergi kepada hospital, hospital pun nak tanya lagi. Sebenarnya, skop adalah berbeza-beza. PDRM *details* keterangan nanti adalah di

dalam sekiranya melibatkan kanak-kanak bermakna CIC itu akan kita jalankan di CIC untuk mengambil keterangan secara menyeluruh. Dan di hospital adalah di mana skop pihak hospitallah, rawatan, sejarahnya, sakit dan sebagainya itu saya percaya setiap peringkat pun akan ada juga temu bual. Jadi di sini keperluan-keperluan pemeriksaan itu akan dinyatakan oleh pihak PDRM, mereka yang menjalankan siasatan ini, kenapa *you* perlu periksa, bahagian mana yang perlu diperiksa dan juga selebihnya kepakaran pihak hospitallah.

Dan, seterusnya siasatan ini akan berakhir kepada laporan perubatan dan juga untuk dibawa kepada pihak Pendakwa Raya, Jabatan Peguam Negara untuk kita dapatkan nasihat dan juga keputusan kepada siasatan. *Next*.

Apa yang penting PDRM memastikan pemeriksaan perubatan ini dijalankan berdasarkan keperluan siasatan yang jelas dan lengkap melalui borang tadi perlu ada untuk menyatakan apa perkara-perkara yang perlu diperiksa bagi membantu proses pembuktian kes sebenarnya.

Next, dan ini berhubung dengan isu kecekapan, kompetensilah sebenarnya YB. Tidak dinafikan memang PDRM mengakui...

Tuan Pengerusi: *Maybe you talk about — can speed to the next one.*

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Betul, okey *next*. Tentang kelewatan juga, ini saya pun dah sentuh tadi pengambilan sampel di mana SOP perlu dipatuhi. Pengambilan sampel itu perlu ada kehadiran polis jika ada melibatkan pengambilan sampel-sampel.

Tuan Pengerusi: *You* kata tidak semua kes yang dirujuk ke OSCC memerlukan pengambilan sampel kan?

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Betul.

Tuan Pengerusi: So, untuk yang tak perlukan pengambilan sampel, boleh tak OSCC terus buat rawatan kah apa? Ataupun perlu tunggu polis untuk datang untuk sahkan bahawa...

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Tak perlu.

Tuan Pengerusi: ...tak perlu pengambilan sampel.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Tak perlu. Itu sebab adanya ringkasan tadi itu, ringkasan kes keperluan permohonan daripada PDRM itu perlu ada.

Tuan Pengerusi: Okey. So, pihak OSCC tahulah ada kes yang tak payah polis untuk datang, okey, okey.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: *Next*. Ini akhir — *slide* saya yang akhir YB.

Tuan Pengerusi: Okey.

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Memang PDRM komited...

Tuan Pengerusi: *Alright.*

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Itulah...

Tuan Pengerusi: *Alright...*

SAC Siti Kamsiah binti Hassan: Dan kita akan memberi sokonganlah dalam melaksanakan. Terima kasih.

Tuan Pengerusi: Okey, terima kasih. Memang saya rasa ni OSCC ini memang ada sistem baik, sekarang sudah okey tapi ada beberapa perkaralah yang kita perlu tambah baik lagi. Okey, pihak JKM.

Dr. Sopian bin Haji Brahim: *Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh*, salam sejahtera, salam Malaysia MADANI. Yang Berhormat Pengerusi, Ahli-ahli Yang Berhormat, Datuk-datuk, tuan-tuan dan puan-puan yang saya kasihi. Untuk pembentangan seterusnya daripada pihak JKM, tajuk "*Pengendalian Kes Kanak-kanak dan Mangsa Pasca OSCC, Peranan Pelindung JKM Dalam Perlindungan Kaunseling dan Penempatan Sementara*", oleh KPWKPM.

■1220

Jadi, pembentangan ini akan menerangkan bukanlah khusus kepada OSCC. Sebenarnya, selepas kes dirujuk kepada pihak JKM, apakah tindakan-tindakan lanjut yang perlu dibuat oleh pelindung? Contohnya, untuk penempatan ke institusi kepada keluarga ataupun kepada mana-mana pihak yang sesuai untuk menjaga kanak-kanaklah.

So, next slide. Kenapa OSCC penting bagi pihak kita, JKM? Ia sangat-sangat membantulah untuk membuat pengesanan kes penderaan dan pengabaian kanak-kanak di peringkat awal melalui pelbagai *multidiscipline* punya *approach*-lah. Dari segi kepakaran pihak hospital untuk membantu penyediaan laporan contohnya, untuk kita menilai sejauh mana kes itu berisiko untuk dikembalikan kepada pihak keluarga ataupun penempatan ke institusi.

Kedua, untuk pemeriksaan perubatan yang dijalankan bagi membolehkan aspek kecederaan itu didokumenkan secara sistematik bagi tujuan perundangan dan pendakwaan contohnya.

Ketiga, kanak-kanak dapat menerima rawatan perubatan dan perlindungan segera tanpa kelewatan melalui tindakan susulan oleh pelindung.

Yang keempat, dari segi penyelarasan tindakan rentas agensi...

Tuan Pengerusi: Untuk slaid-slaid macam ini, tak payah baca. Terus. Kepentingan OSCC ini semua orang tahu.

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Okey, *alright. Then*, seterusnya saya melihat — ingin menunjukkan bagaimana kes-kes yang dirujuk kepada pihak JKM, trend kes-

kes penderaan yang menunjukkan peningkatan konsisten daripada 2023 hingga 2025.

Untuk 2023, sebanyak 8,536 kes dirujuk kepada pihak JKM meningkat kepada 9,624 pada 2024 dan seterusnya, meningkat lagi ke 10,578 kes. Untuk kes sehingga Mac, *first quarter*, 2,746. So, *more or less* kalau kita buat *prediction* dari segi trend itu, dia akan menjangkau ke 10,000 juga sekiranya kes-kes yang dirujuk pada *second quarter* itu meningkat lagi .

Jadi, ini adalah gambaran kepada beban tugas yang ditanggung oleh pelindung kita, di JKM lah. Untuk makluman semua juga, sebagai maklumat tambahan, tidak semua kes ini ditempatkan ke institusi kanak-kanak. Contoh, pada 2025 itu, memang 10,000 yang dirujuk kepada pihak JKM tetapi yang ditempatkan ke institusi kita ke tempat selamat cuma 220 kes sahaja, lebih kurang dua peratus.

Selebihnya itu, dipulangkan kepada keluarga untuk jagaan dan seliaan contohnya, diserahkan kepada orang yang sesuai, dijadikan anak pelihara dan pelbagai lagi *method*. Ada juga kes yang NFA contohnya, kita pulangkan kepada keluarga. Jadi, itu adalah trend. Maknanya, tak semua kes itu masuk ke institusi kita JKM. Okey, *next*.

Dari segi statistik jenis-jenis penderaan secara keseluruhan, daripada 10,000 kes yang telah direkodkan pada 2025, melibatkan pelbagai kategori penderaan, dari segi kes-kes pengabaian yang paling banyak. Seterusnya, diikuti dengan kes penderaan seksual dan fizikal. So, ini konsisten juga untuk *first quarter*. Trend yang sama ditunjukkan oleh kes-kes yang berlakulah di — insiden-insiden yang berlaku ini.

Tuan Pengerusi: Apa yang saya tengok, untuk slaid ini, berbanding dengan slaid keempat KKM, OSCC kes untuk tahun 2025, seksual untuk OSCC punya kes, kita sekitar 4,200 lebih sebab perempuan *plus* lelaki. Slaid KKM, *you* kalau *you* bandingkan, dia tak sama tahu angka itu. Penderaan seksual dengan penderaan fizikal.

Penderaan bagi KKM, statistik lebih tinggi daripada JKM. *What is the reason? Not all go to OSCC, I understand. So, what JKM is supposed to have — is supposed to have more than what OSCC. Now, OSCC reported more cases than JKM. Can you see? Both of them are 2025 statistics.* Kalau kita campurlah, seksual untuk lelaki dan perempuan, *3,852 plus 406, you get about 4,200 something. Then, you see. Look at this sexual is 3,100. Why ?*

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: Yang Berhormat Pengerusi, *if I can just ask some clarification.* Kalau data daripada KKM ini meliputi semua kanak-kanak dan bukan kanak-kanak ke?

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Ya, KRT semua.

Tuan Pengerusi: *JKM is supposed to have more. Supposed-lah, because not all go to OSCC. But, it cannot be OSCC more than JKM. That means, whatever that happened is OSCC is not captured by JKM, which is not correct. But, what is happening in JKM, perhaps-lah, there are reports straight to the JKM, KKM is not capturing. But, now it looks like JKM is not capturing KKM punya data. What happened ?*

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Sebagai tambahan Yang Berhormat Pengerusi, di JKM kita ada sistem anak dan dalam Akta Kanak-kanak di bawah Seksyen 118 itu, dia daftar kanak-kanak yang memerlukan pemeliharaan dan perlindungan itu memang kita ada. Satu buku yang *very specific*, nama, *detail*, pelaku semua ada dalam itu.

Kita *capture* bermula Julai 2025, kita telah melancarkan satu sistem yang mana sistem anak. Sistem anak ini dia adalah data yang diwajibkan oleh pihak JKM, *captured* di bawah Seksyen 118, Akta Kanak-kanak itu untuk kita jaga daripada *day one* budak itu lahir, kalau dia perlu *protection*, sehinggalah...

Tuan Pengerusi: Okey, okey. *You're still not answering the question-lah. So, does that mean that the cases in OSCC doesn't necessarily go captured by JKM because they don't need perlindunganlah. So, let's say for example, kalau I cedera, I di-clasified sebagai OSCC tetapi all these are like — not jatuh, it's not all on OSCC. So, OSCC — so, in what cases — so, only those that need perlindungan masuk dalam JKM?*

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Yes. Ya, betul.

Tuan Pengerusi: *Then, the JKM data is actually underreporting of what is really happening. Sebab, although those they only need perlindungan, you record is correct, but you should also record an overall number of the laporan penderaan, you know. Sebab, what — MPs always ask JKM, we don't ask KKM on their number. On the number of penderaan, number of pengabaian, number of penderaan fizikal, sexual and all these, we asked JKM.*

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Okey. Yang Berhormat Pengerusi, kalau kita tengok *next slide* itu, dia ada trend bagaimana kes dirujuk kepada pihak JKM. Untuk makluman semua, daripada rujukan-rujukan — sumber rujukan ini memang *mostly* daripada pihak KKM lah. Kita tengok 2025 itu, sebanyak 7,000 kes. Ini termasuk...

Tuan Pengerusi: *I understand. The problem is not all — what is happening — okay. I understand, if your number, their number is a subset of your number. I cannot believe that now your number is lower than them because they are supposed to be your subset. For example, kalau JKM you captured all the data, what is happening in the country, you are supposed to have a data that — yes, hospital kerajaan gives you the majority of it.*

These hospital kerajaan number should be the total number that is given by KKM. Then, for you, you will have extra. I would have imagined that the number that is given by KKM, your jumlah is not higher than their jumlah, not the other way around.

Dr. Khairul Nizam bin Hassan: *YB, if I can interject, see regarding the data that we have presented to you, that is the total number of cases including kids and adults. That's why the number is much higher. But, for anyone below 18 years old presented to OSCC, it will be considered under SCAN.*

So, that one by right should be captured by JKM. [Dicelah] Yes. Though the question is whether you have captured the numbers of SCAN or not, regardless whether patient need to go to pusat perlindungan or not.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara] Faham, faham. So...*

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: *As long as referred to JKM by Borang 9 lah. Kita akan check.*

Tuan Pengerusi: *SCAN — so, Borang 9 — SCAN Borang 9, you will go lah? Okey, okey. Then, okay. I got it already because it is — okay. Alright.*

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: *Okey. Kita terus kepada next slide tadi. Okey, inilah trend bagaimana kes-kes yang dirujuk, sumber-sumber rujukan yang kita terimalah daripada pelbagai pihak sebenarnya. Talian Kasih, daripada pihak polis, ahli keluarga sendiri, sekolah dan juga, hospital kerajaan.*

Jadi, memang dalam 60-over percent-lah, memang kes-kes yang dirujuk kepada kita, kebanyakan daripada pihak hospital lah, yang mana telah melalui saringan di OSCC dan telah ada medical report semualah untuk kita ambil tindakan susulan, dibawa ke mahkamah untuk dapatkan court order contohnya, ataupun penempatan ke institusi-institusi yang bersesuaian.

Seterusnya, ini adalah jumlah keseluruhan pelindung, existing pelindung yang ada di lapangan.

■1230

Sebenarnya untuk makluman semua, kita — kalau kita tengok keseluruhan, ada 582 orang di seluruh Malaysia yang bertugas sebagai pelindung dan pegawai

akhlak. Tapi khusus untuk *handle* kes-kes daripada OSCC, hanya 351 oranglah yang bertugas di daerah-daerahlah yang kita *mobilise* untuk bantu tugas-tugas di lapangan.

Tapi kalau kita tengok dari segi trend tadi, memang 60 peratus tugas-tugas ini dilaksanakan oleh 351 orang ini. Kalau kita tengok kes di JKM ini, dia ada kes perlindungan kanak-kanak, kes kanak-kanak terlibat jenayah, kes di luar kawal, kes memerlukan perlindungan segera. Kalau kita tengok analisis di JKM, memang 60 persen kes perlindungan kanak-kanak yang didera ini. *That's why* dia punya komposisi itu, kita letakkan *60 percent* daripada kita punya tugas-tugas operasi kepada pelindung. Okey, *next*.

Seterusnya, ini data, data pelindung-pelindung kita di setiap negeri tadilah. Kalau kita tengok di Johor, contohnya di Johor, dia ada kes yang agak *heavy*-lah di Johor kan. So, penempatan pegawai-pegawai di daerah ataupun negeri-negeri berkenaan, kita *mapping*-kan berdasarkan kes-kes yang ditangani ataupun dikendalikan oleh pihak negeri ataupun daerah. Ini adalah taburan...

Tuan Pengerusi: Apakah nisbah kes satu pelindung, agak-agak *average* purata kena *handle* berapa kes?

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Ha dia — okey. YB, kalau kita tengok dari segi trend, kalau di JB sahaja, 1:84. Yang ini merangkumi kes perlindungan kanak-kanak, kes akhlak tadi, terlibat jenayah dan juga kes-kes yang melibatkan pengangkatan semua. Tapi kalau kita tengok trend di seluruh Malaysia, kita punya *target* sebelum ini, sebelum ada penempatan pegawai COS yang baru, 1:30-1:35. Memang dah *ideally*, dah *meet the target*-lah.

Cuma JPKK, JKM sedang dalam proses untuk *mapping* semula sebab ada daerah-daerah, contoh di Machang, 1:8 sahaja. Maknanya satu pelindung jaga lapan kes atau lima, *less than 10*. Jadi kita kena menyusun atur semula dan saranan daripada Tuan TKSU tadi juga, kita ambil kira untuk penugasan di 140 lokasi OSCC yang kita akan *mobilise* secara sepenuhnya. Okey. *Next*.

Peranan JKM melalui pelindung kanak-kanak, ini di bawah seksyen 8, Akta Kanak-kanak memang secara jelaslah pelindung ini tugas-tugasnya untuk membuat siasatan, untuk membawa kes ke mahkamah, untuk membuat penempatan ke institusi-institusi yang bersesuaian. Tapi memang di lapangan, kita akui, ada di sesetengah hospital itu, dari segi respons itu, dia sangat-sangat pelbagai dari segi trend kes yang diuruskan. Contoh di JB, sangat *heavy*, di KL sangat *heavy*, di Selangor.

Jadi *response rate* itu memang berbeza. Di sesetengah tempat memang tak ada isu pun untuk kita melawat ke wad untuk tengok budak dan membuat tindakan susulan. Memang cepat. Tetapi di beberapa daerah atau negeri, memang kita akui, ada sedikit permasalahan untuk kita hadir, contohnya. Dan satu perkara lagi YB Pengerusi, di pihak JKM juga, kita ada 41 buah institusi kanak-kanak.

19 buah itu khusus untuk penempatan kes penderaan ini. 19 buah ini pun, dia punya kapasiti dah *over*, *overcrowding* dekat situ, *overcrowded*. Jadi, kita kena menyusun aturlah bila kes itu dirujuk. Kita kena buat penyesuaian sebab ada kekangan di institusi juga. Dari segi pembantu perawatan kesihatan (PPK) untuk penjagaan bayi, contohnya *toddlers* ini, ada isu-isu berkaitan dengan *human resources*.

Jadi, itu yang kita perlu pertimbangkan untuk membuat tindakan susulan bila ada, bila mana kes itu berlaku, boleh kata lambakan di dalam wad lah. Lambat kita nak ambil itu, ada masa yang mungkin seminggu, dua minggu, kita minta pihak hospital *hold*. Tapi itu lebih kepada kerja-kerja *interagency* lah. Maknanya pihak hospital pun alhamdulillah memahami dengan kekangan di pihak JKM bila mana...

Tuan Pengerusi: Adakah tempat selamat ini tidak cukup ataupun apakah yang menyebabkan begitu lama kalau kita kata tunggu *over the weekend*, *I can understand*-lah. *At least I can understand that. But why even seven days?*

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: YB, di pihak JKM kita telah mengambil tindakan proaktif dengan menukar fungsi institusi sedia ada. Contoh di Kempas. *Instead of* asrama akhlak sebelum ini, kita dah jadikan dia sebagai rumah kanak-kanak *which is* tempat selamat di bawah Akta Kanak-kanak. Di STB Marang, melaksanakan dwifungsi juga. Dia juga beroperasi sebagai sekolah diluluskan untuk kes-kes terlibat jenayah dan juga kes memerlukan penempatan, perlindungan segera di tempat selamat.

Tuan Pengerusi: Tapi mereka tak campurlah?

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Kita — tak campur. Dibuat berasingan.

Tuan Pengerusi: Tak campur? Oh, okey, asing. Kena asing sebab satu pembuli, satu yang dibuli oleh orang, *you* campur?

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Yes. Dia kalau sama jantung, kita sekalikan dan blok berasingan.

Tuan Pengerusi: Hah? Sama jantung, *you* sekalikan?

Dr. Sopian bin Haji Brahimi: Tak, blok berasingan. Kes di — contoh, di Marang, kita gazatkan sebahagian blok itu sebagai tempat selamat. Ada *fencing*

semualah. Tapi untuk aktiviti pembelajaran, dia boleh bersekalilah. Kita buat penyelarasan macam itu. Akademik punya aktiviti, kerohanian, solat.

Tuan Pengerusi: Tapi itu orang yang masuk asrama akhlak itu, dia yang bermasalah. Mungkin dia buli orang, dia keganasan dan lain-lain. Yang satu lagi, dia mangsa keganasan tahu. *You* campurkan mereka dalam kelas?

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Ada. Kita buat kelas akademik. Tapi *so far* dalam kawalan.

Tuan Pengerusi: Ada ya? *Oh*, tapi, tak ada kes lah? *Oh*, okey.

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Sebab dia *under supervision* oleh pegawai kes masing-masing di institusi.

Tuan Pengerusi: Okey, okey.

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Masing-masing ada pegawai yang akan *handle* dia orang. Okey.

Untuk seterusnya, bagaimana proses kerja di pihak kita, pelindung. Bila mana kes dirujuk, kita akan pertama, membuat siasatanlah di bawah Akta Kanak-kanak [Akta 611]. Melihat gambaran menyeluruh, bagaimana keadaan kanak-kanak, keluarga dan risiko-risiko tertentu bila mana kita pulangkan semula kepada keluarga. Adakah *perpetrator* itu telah diambil oleh pihak polis, direman contohnya. *So*, perkara-perkara itu kita kena *consider*.

Kedua, dari segi pelindung, pelindung akan buat penilaian risiko tadilah. Dari segi keselamatan, bagaimana kanak-kanak boleh *still* kekal dengan keluarga ataupun perlu di-*remove* daripada keluarga dan diletakkan sementara di tempat selamat, tempat-tempat selamat tadi. Okey.

Seterusnya, untuk siasatan pelindung ini, kita akan berpandukan kepada Borang 9 yang mana sangat komprehensif. Semua elemen melibatkan kepakaran-kepakaran yang ada di pihak hospital, kita gunakan untuk penyediaan laporan pelindung contohnya.

Dan keempat, pengurusan kes ini kita laksanakan secara bersepadu juga melalui rentas agensi melibatkan PDRM, hospital, pihak sekolah contohnya dan juga PBT lah.

Seterusnya, dari segi penempatan pula, penempatan ini kita kena melihat kepada kesesuaian dan kapasiti kanak-kanak dan juga *range* umur. Sebab ada sesetengah tempat selamat itu dia cuma boleh diletakkan kes kanak-kanak yang mencapai umur 12 saja. Sesetengah institusi, dia 13 hingga 18. Jadi, kita kena menyesuaikan keadaan itu dengan kanak-kanak yang dirujuk kepada pihak JKM.

Untuk pelan intervensi tadi, kita ada pelan jangka pendek dan jangka panjang yang melibatkan kes yang dirujuk kepada pihak kitalah.

Kalau kanak-kanak itu perlukan orang yang layak dan sesuai, proses akan dilaksanakan di peringkat negeri untuk mengenal pasti siapakah OLS yang boleh menjaga kanak-kanak ataupun ada lagi elemen bila mana keluarga pelihara sendiri yang telah dibuat saringan, ada ujian-ujian tertentu psikometrik TAJMA yang membolehkan mereka menjadi keluarga pelihara. Proses itu dilakukan oleh pihak ibu pejabat dan penempatan secara mungkin *long-term* di peringkat institusi sehingga mencapai umur 18 tahun ataupun tiga tahun kita akan *review* semula perintah mahkamah itu sama ada selepas tiga tahun keluarga telah kembali berfungsi dengan baik contohnya, kita akan pulangkan kanak-kanak.

Sekiranya masih tidak boleh — apa, kita jangka untuk memberi jagaan sebaiknya, kita akan kekalkan penempatan di institusi. So, proses ini akan berlaku di pihak kita untuk melihat kepada perkara-perkara yang berkaitan dengan elemen emosi, psikologi dan sosial yang lainlah.

Okey, dari segi prosiding mahkamah, ini *of course* kalau ke mahkamah itu pihak pelindung akan menyediakan laporan pelindung dan kita akan membuat pengesyoran kepada pihak mahkamah bagi kanak-kanaklah sama ada kanak-kanak itu perlu ditempatkan di institusi kanak-kanak ataupun dikembalikan kepada keluarga. Itu dua perkara yang biasa kita lakukanlah berdasarkan siasatan tadilah ya.

■1240

Pelaksanaan perintah mahkamah ini pula dia akan ada sesi-sesi seliaan yang perlu dilakukan oleh pihak pelindung bila mana kes itu dikembalikan kepada keluarga untuk tempoh-tempoh tertentu. Jadi, ini yang berlaku di lapanganlah sebagaimana kes-kes yang kita *handle* sekaranglah. Ada banyak perkara yang dilakukan oleh pelindung untuk membuat pemantauan. Sekiranya penempatan kepada orang yang layak dan sesuai, kita akan *review* semula, akan membuat lawatan berkala dan minta dia datang ke pejabat untuk melaporkan semula keadaan anak-anak yang dijaga.

Dari segi aspek persekolahan, kesihatan, aspek kemahiran di institusi pun kita berikanlah kepada kanak-kanak dan sebelum kanak-kanak dibebaskan daripada institusi, kita melihat kepada keseluruhan perspektif atau aspek yang memberi jaminan bahawa kanak-kanak telah selamat untuk ditempatkan semula, kita akan bebaskanlah kepada keluarga untuk diberi jagaanlah.

Seterusnya, ini adalah data yang kita terima daripada pihak hospitallah, OSCC, 140 orang. Untuk makluman YB Pengerusi, *cadre post* yang ada di hospital

ada 60 jawatan JKM lah; 53 yang di sini, tujuh kosong. So, untuk makluman, macam Johor Bahru dia tak ada. Dah tak ada *cadre post* itu. Dia sepenuhnya bawah JKSP. Tetapi di beberapa buah hospital di negeri-negeri lain atau daerah lain memang *still* adalah, tetapi 60 sahaja berbanding 140. Maknanya, *less than 50 percent* pegawai kita ditempatkan di hospital, fasiliti kesihatan.

Cabaran semasa, *of course* dari segi penyelarasan tugas-tugas setiap agensi... [Dicelah]

Tuan Pengerusi: 60 daripada 140?

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Yes.

Tuan Pengerusi: Okey.

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Okey. Dari segi tenaga manusia, kepakaran, apa semua. Dari segi intervensi pemulihan kepada kanak-kanak tadi memang satu cabaran yang sangat besarlah kepada pihak JKM. Kes-kes yang dikendalikan semakin kompleks yang melibatkan pelbagai — dengan adanya AI, apa semua, dengan isu-isu pedofilia yang mana pihak polis sedang bertungkus-lumus untuk mengekang kegiatan-kegiatan ini. So, secara tak langsung ia memberikan satu bebanan atau cabaran kepada pihak JKM lah untuk menangani kes-kes yang melibatkan isu-isu seksual pada ketika ini.

Dari segi hala tuju, hala tuju untuk kita tambah baik dari segi mekanisme rujukan tadi memang perlulah *under* — kita jangka sekiranya ada *dedicated officer* — memang JKM pelindung ini tugasnya 24 jam, tetapi *over the weekend* itu kadang-kadanglah. Ada isu *miscommunication* atau lambat respons itu memang kita akui berlaku di beberapa tempat yang mana melibatkan kes yang agak tinggi. Kapasiti pelindung dan pada ketika ini kita masih ada kekosongan lagi sebenarnya untuk pengisian perjawatan mengikut fasa di bawah kelulusan pihak kerajaan untuk penambahan pelindung dan pegawai akhlak. So, mungkin kita boleh tingkatkan lagi, perkasakan lagi dari segi pelindung ataupun pegawai akhlak yang ada di lapangan untuk membantu pelbagai pihak; hospital dan pihak PDRM.

Pengurusan kes yang bersepadu. Ini juga salah satu cabaran sebab bila mana ada *miscommunication*, kita kena tangani secara berhemah melibatkan agensi. Masing-masing memerlukan sokongan masing-masing. Pihak hospital, kita perlukan sokongan bilamana kes itu kita tak dapat tempatkan dalam masa yang cepat. Biasanya pelindung akan berbincang dengan pakar kanak-kanaklah, minta ini sikit, ada fleksibiliti untuk kita ambil kes itu. Memang berlaku.

Dari segi dasar perundangan, Akta Kanak-kanak. Mungkin ada perkara-perkara yang perlu di-review semula, dilihat semula dan juga pengurusan data tadi

yang saya nampak dalam pembentangan sebelum ini. Untuk fasa 2, pembangunan Sistem Anak. Kita bercadang untuk membuat integrasi sistem daripada pihak polis, KKM dan juga mungkin MOE dan pada ketika ini untuk fasa 1, untuk Sistem Anak, untuk semakan pesalah jenayah seksual kanak-kanak kita dah boleh *check real time* melalui integrasi sistem dengan e-Kehakiman. Jadi, kalau kita *key in IC number*, *automatically* dia akan *appear* sama ada orang disemak itu telah — adalah pesalah jenayah kanak-kanak. Itu telah di — ini *existing* punya inilah yang telah ada dalam sistem anak.

So, *way forward*-nya, untuk fasa kedua memang cadangan kita untuk *integrate the whole* sistem-sistem yang ada dengan Sistem Anak sebab dalam Akta 611 memang salah satu tugas ataupun tanggungjawab JKM perlu ada daftar kanak-kanak yang memerlukan pemeliharaan dan perlindungan di bawah seksyen 118 dan untuk itu juga kita ada Pendaftar Kanak-kanak dan Penolong Pendaftar Kanak-kanak. Untuk makluman, Pendaftar Kanak-kanak ini juga diwartakan oleh — diluluskan oleh YB Menteri.

Tuan Pengerusi: *This one is topic of another theme ya. We focus on OSCC* supaya kita *cut short*. Nanti kita petang ada *meeting* lagi.

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Yes. Isu pengurusan data, YB. Yang kita nak fokuskan di mana rangkaian ke hadapan adalah pengurusan data itu tadi supaya ada penyelarasan. So, untuk itu saya mengucapkan terima kasih atas... *[Dicelah]*

Tuan Zakri bin Hassan: Saya ada satu soalan. Berdasarkan maklumat yang kami terimalah. Berdasarkan kepada lawatan kami itu, kalau untuk JKM ini, kebanyakan tempat yang kami pergi itu dia masalah dia adalah pegawai JKM ini dia masalah selepas pejabat, lepas *time office*. Dia — atau ada kaedah-kaedah lain untuk misal kata macam polis tadi kita letak pegawai khas, contoh. Adakah JKM kita boleh letak seorang pegawai yang — pegawai *in charge* untuk kalau ada isu dia boleh *direct contact*? Terima kasih.

Dr. Sopian bin Haji Brahim: YB Pengerusi, untuk makluman semua, Akta Kanak-kanak yang digubal pada 2001 adalah kombinasi tiga akta; Akta Pelindungan Kanak-kanak, Akta Mahkamah Juvana dan Akta Pelindungan Wanita dan Gadis. Bila akta ini dipinda pada 2015, kita telah memasukkan elemen seksyen 8A itu, pembantu pelindung yang mana untuk menangani isu-isu nak *outreach* ataupun pergi segera ke tempat-tempat di *remote area*. Contoh di Kapit kan. Kita tak ada di satu lokaliti yang sangat besar.

Kita tak ada kapasiti pelindung ini berada di mana-mana. *That's why* kita ada elemen pembantu pelindung. Begitu juga di luar waktu pejabat sebenarnya.

Pembantu pelindung ini sepatutnya memainkan peranan membantu pihak JKM, tetapi dari segi *capacity building*-lah semula yang kita kena lihat. Elemen itu sebenarnya telah ditangani secara proaktif oleh kerajaan melalui pindaan Akta Kanak-kanak pada 2016 itu dengan adanya elemen pembantu pelindung *which is* orang luar sendiri yang bantu pelindung ini. Tapi mungkin dari segi latihan, keupayaan kita ataupun ada setengah itu mungkin *passionate* dalam bidang kanak-kanak, tapi dia tak tahu nak buat macam mana ataupun masih lagi ragu-ragu untuk melaksanakan tugas sebagai pembantu pelindung. Yang itu mungkin kita perlu lihat semula, YB Pengerusi.

Tuan Pengerusi: Okey. Itu sahaja. Terima kasih banyak-banyak. Kita ada *meeting* yang panjang. Terima kasih kepada pihak KKM, pihak PDRM dan juga pihak JKM kerana sudi datang mesyuarat ini. Tak ada soalan-soalan lain? Okey, kita tamatkan untuk mesyuarat pagi ini. Terima kasih.

[Mesyuarat ditangguhkan pada pukul 12.48 tengah hari]