

MANUAL KUALITI MS ISO 9001:2015



HOSPITAL MELAKA

Jalan Mufti Haji Khalil, 75450 Melaka

MK-HM-01	Pindaan: 00	No. Keluaran : 01
-----------------	--------------------	--------------------------

Disediakan oleh	Tandatangan : Nama : DR. NATALIA HANUM BINTI HASSIM Jawatan : KETUA UNIT KUALITI Tarikh : 30 OGOS 2018
Disokong oleh	Tandatangan : Nama : DR. HJH. ZARINA BINTI SAHROM @ SHAHROM Jawatan : TIMBALAN PENGARAH PERUBATAN I Tarikh : 30 OGOS 2018
Diluluskan oleh	Tandatangan : Nama : DR. HATIJAH BINTI HJ. MOHD TAN Jawatan : PENGARAH Tarikh : 30 OGOS 2018

REKOD PINDAAN

No. Pindaan: oo	Tarikh:
-----------------	---------

Bil.	Nombor / Tajuk Dokumen	Keluaran	Keterangan	Mukasurat terlibat	Tarikh Pindaan

KANDUNGAN

PERKARA	MUKA SURAT
1.0 PENGENALAN	5
1.1 Umum	5
1.2 Objektif Manual Kualiti	5
1.3 Kelulusan Manual Kualiti	5
1.4 Dokumen Terkawal	5
1.5 Bahan Rujukan Berkaitan	5
2.0 MAKLUMAT MENGENAI ORGANISASI	7
2.1 Latar Belakang Organisasi	7
2.2 Objektif Organisasi	7
2.3 Visi	8
2.4 Misi	8
2.5 Struktur Organisasi	8
2.6 Piagam Pelanggan	9
2.7 Aktiviti Organisasi	9
2.8 Pemegang Amanah dan Pelanggan Organisasi	10
3.0 SKOP PELAKSANAAN, DASAR KUALITI DAN OBJEKTIF KUALITI	11
3.1 Skop Pelaksanaan	11
3.2 Pengecualian Skop Pelaksanaan	11
3.3 Dasar Kualiti	11
3.4 Objektif-objektif Kualiti	12
4.0 KONTEKS ORGANISASI	13
4.1 Memahami Organisasi dan Konteksnya	13
4.2 Memahami Kehendak Dan Jangkaan Pihak Berkepentingan	13
4.3 Skop Sistem Pengurusan Kualiti	13
4.4 Sistem Pengurusan Kualiti dan Prosesnya	14
5.0 KEPIMPINAN	15
5.1 Kepimpinan dan Komitmen	15
5.2 Dasar Kualiti	15
5.3 Peranan, Tanggungjawab dan Bidang Kuasa Organisasi	16
6.0 PERANCANGAN	17
6.1 Pengurusan Risiko dan Peluang	17
6.2 Objektif Kualiti Dan Perancangan Untuk Mencapainya	17
6.3 Perancangan Perubahan Sistem Pengurusan Kualiti	18
7.0 SOKONGAN	19
7.1 Sumber	21
7.2 Kompetensi	21
7.3 Kesedaran	21
7.4 Komunikasi	21
7.5 Maklumat Didokumentasikan	21

8.0 OPERASI	24
8.1 Perancangan dan Kawalan Operasi	24
8.2 Keperluan Untuk Produk dan Perkhidmatan	25
8.3 Rekabentuk dan Pembangunan Perkhidmatan	26
8.4 Kawalan Terhadap Proses, Produk dan Perkhidmatan Yang Sediaan Luar	26
8.5 Penyediaan Pengeluaran dan Perkhidmatan	29
8.6 Pelepasan Produk Dan Perkhidmatan	31
8.7 Kawalan Output Yang Tidak Akur	31
9.0 PENILAIAN PRESTASI	32
9.1 Pemantauan, Pengukuran, Analisa dan Penilaian	32
9.2 Audit Dalaman	32
9.3 Kajian Semula Pengurusan	33
10.0 PENAMBAHBAIKAN	35
10.1 Am	35
10.2 Ketidakakuran dan Tindakan Pembetulan	35
10.3 Penambahbaikan berterusan	36
11.0 LAMPIRAN	36
i. Carta Organisasi Hospital Melaka	37
ii. Senarai Objektif Kualiti Hospital Melaka	38
iii. Sistem Pengurusan Kualiti serta Hubungkait Antara Proses Hospital Melaka	40
iv. Contoh Pelan Pengurusan Risiko yang Digunapakai di Hospital Melaka	41
v. Carta Alir Proses Utama Perawatan Pesakit	42

1.0 PENGENALAN

1.1 UMUM

Manual Kualiti ini memaparkan perkhidmatan-perkhidmatan yang dilaksanakan oleh anggota-anggota Hospital Melaka. Manual ini disediakan berasaskan keperluan MS ISO 9001: 2015. Ianya memberi penerangan mengenai struktur organisasi, dasar kualiti dan objektif kualiti yang diamalkan secara berterusan bagi memenuhi keperluan pelanggan.

Sistem Pengurusan Kualiti (SPK) ini diperlengkapkan dengan dokumen-dokumen prosedur kualiti dan arahan kerja serta dokumen-dokumen sokongan yang berkaitan seperti akta-akta tertentu, pekeliling, garis panduan dan borang-borang.

1.2 OBJEKTIF MANUAL KUALITI

- Menerangkan mengenai dasar kualiti dan keperluan kualiti.
- Menggariskan proses utama organisasi.
- Menerangkan kaedah-kaedah pengurusan, pemantauan dan penambahbaikan proses.
- Menjelaskan hubungkait pelbagai aktiviti yang membentuk proses-proses tersebut.

1.3 KELULUSAN MANUAL KUALITI

Penerbitan Manual Kualiti Hospital Melaka adalah tanggungjawab Pengurusan Atasan organisasi. Manual ini diluluskan oleh Pengarah Hospital Melaka.

1.4 DOKUMEN TERKAWAL

Manual Kualiti Hospital Melaka adalah **DOKUMEN TERKAWAL** dan semua peraturan dalam pengendaliannya adalah tertakluk kepada peraturan-peraturan yang tertera dalam prosedur kualiti Kawalan Dokumen.

1.5 BAHAN RUJUKAN BERKAITAN

Bahan rujukan berkaitan yang digunakan dalam penyediaan Manual Kualiti ini ialah:

- *Malaysian Standard MS ISO 9001:2015, Quality Management Systems – Fundamentals and Vocabulary.*
- *Malaysian Standard MS ISO 9001:2015, Quality Management Systems – Requirements (MS ISO 9001:2015, IDT).*
- Surat Pekeliling Kemajuan Pentadbiran Awam Bilangan 2 Tahun 2002 – Garis Panduan Bagi Melaksanakan MS ISO 9001:2008 Dalam Perkhidmatan Awam.
- Perintah Am Kerajaan.
- Arahan Perbendaharaan.

- Pekeliling-Pekeliling Kemajuan Pentadbiran Awam.
- Pekeliling Jabatan Kesihatan Negeri Melaka dan Kementerian Kesihatan Malaysia.
- *Clinical Practice Guidelines / Standard Operating Procedures.*

Manual Kualiti ini adalah dokumen terkawal di mana penyediaan, kelulusan, pengedaran, pindaan dan sebagainya mestilah berdasarkan prosedur yang didokumenkan bagi kawalan ke atas dokumen-dokumen Sistem Pengurusan Kualiti. Oleh itu, tindakan penyalinan tanpa kebenaran yang sewajarnya adalah tidak dibenarkan sama sekali.

2.0 MAKLUMAT MENGENAI ORGANISASI

2.1 LATAR BELAKANG ORGANISASI

Hospital Melaka dahulunya dikenali sebagai Hospital Besar Melaka yang terletak di Bukit Palah telah dibina pada awal 1930an. Ia telah dirasmikan oleh Sir Cecil Clementi, Gabenor Negeri-Negeri Selat pada 12 Februari 1934.

Hospital Melaka merupakan hospital yang terakhir dari beberapa hospital yang pernah wujud di Melaka bermula dari penjajahan Portugis (tahun 1511), penjajahan Belanda (1641) dan penjajahan Inggeris (1824). Semasa pendudukan Jepun dalam Perang Dunia Kedua, dua blok Hospital Melaka telah dijadikan Kolej Perubatan yang bernama **'IKA DAGAIKU'**.

Bangunan Lama Hospital Melaka telah dibina diatas tanah seluas 17 hektar yang menempatkan 6 blok bangunan bertingkat, asrama jururawat, kuarters staf dan Kolej Kejururawatan Melaka. Ia terletak bersebelahan Jalan Mufti Haji Khalil dan Masjid Negeri Al Azim. Jaraknya dari pusat bandar adalah 4 km.

Pada tahun 1999, Hospital Melaka telah menambah blok bertingkat yang mempunyai 16 wad dan menempatkan Jabatan Kecemasan dan Trauma, Jabatan Radiologi, Unit Rawatan Rapi, Unit Pemulihan Koronari, *Special Care Nursery*, Dewan Bedah dan Kamar Bersalin. Bangunan baru ini telah dirasmikan oleh YAB Datuk Seri Utama Dr. Mahathir Bin Mohamad pada 9 Ogos 1999. Secara keseluruhan, Hospital Melaka mempunyai 26 kepakaran dan subkepakaran dan sebanyak 1,091 bilangan katil. Selain daripada memberikan perkhidmatan kepada pesakit-pesakit dari tiga daerah di negeri Melaka, Hospital Melaka turut dijadikan pusat rujukan kes dari kawasan yang bersempadan seperti Johor Utara (Muar, Tangkak dan Segamat) serta Negeri Sembilan (Tampin).

2.2 OBJEKTIF ORGANISASI

Objektif Hospital Melaka adalah seperti dibawah:

- Menyediakan rawatan kepakaran kepada pelanggan.
- Memberi perkhidmatan rawatan kecemasan dan trauma yang efektif.
- Memberi perkhidmatan rawatan pesakit dalam serta rawatan harian yang berkualiti.
- Memastikan bahawa semua personel perubatan menjalani latihan dan pembelajaran perubatan yang berterusan.
- Menjalankan penyelidikan dan audit demi meningkatkan rawatan yang berkualiti serta penambahbaikan berterusan.

2.3 VISI

Untuk menjadikan Hospital Melaka Pusat Kecemerlangan Serantau yang berupaya memberikan rawatan yang prihatin, cekap dan berkesan menerusi budaya kerja berpasukan, profesional dan penyayang serta menggunakan teknologi maklumat yang terkini.

2.4 MISI

Untuk menyediakan rawatan kepakaran yang berkualiti kepada masyarakat melalui semangat kerja berpasukan, profesional dan penyayang.

Perkhidmatan ini hendaklah memberi tumpuan kepada pesakit, saksama dan mudah diperolehi oleh semua dengan menggunakan teknologi yang bersesuaian serta personel yang terlatih.

2.5 STRUKTUR ORGANISASI

2.5.1 Hospital Melaka diketuai oleh Pengarah Hospital yang bertanggungjawab keatas:

- i) Segala pengurusan hospital yang meliputi bahagian pentadbiran, pengurusan kewangan dan pembangunan hospital.
- ii) Mengawal segala peruntukan dan sumber lain yang diletakkan dibawah jagaannya supaya tidak berlaku sebarang kerugian, kehilangan atau pembaziran wang awam.
- iii) Memastikan pengurusan kewangan berjalan lancar dengan cekap dan teratur dan perlu mewujudkan pelbagai jenis kawalan/ mekanisme seperti sasaran/ petunjuk prestasi, kaedah pemantauan personel yang mencukupi dan terlatih serta pengagihan/ penurunan tugas dan kuasa.

2.5.2 Timbalan-timbalan Pengarah (Perubatan) Hospital adalah Pegawai Perubatan yang membantu Pengarah Hospital dalam pentadbiran dan pengurusan klinikal serta melaksanakan apa jua tugas yang diarahkan oleh Pengarah Hospital.

2.5.3 Timbalan Pengarah (Pengurusan) adalah seorang Pegawai Tadbir dan Diplomatik yang membantu Pengarah Hospital dalam melaksanakan dasar-dasar pentadbiran dan pengurusan kewangan, sumber manusia, khidmat sokongan hospital (penswastan) dan latihan personel.

2.5.4 Ketua-ketua Jabatan/ Unit adalah mereka yang mengetuai dan menguruskan jabatan atau unit masing-masing.

2.5.5 Sila rujuk Carta Organisasi Hospital Melaka (**lampiran 1**).

2.6 PIAGAM PELANGGAN

- 2.6.1 Hospital Melaka berjanji untuk memberikan perkhidmatan secara profesional, selamat, mesra, penyayang dan berkualiti.
- 2.6.2 Keutamaan akan diberikan kepada kes kritikal dan separa kritikal di Jabatan Kecemasan dan Trauma dengan masa menunggu seperti berikut:
- Kes kritikal (Zon Merah) dirawat dengan serta merta
 - Kes separa kritikal (Zon Kuning) dirawat dalam masa 30 minit
 - Lain-lain kes (Zon Hijau) akan dilihat mengikut keutamaan keadaan pesakit
- 2.6.3 Perkhidmatan Klinik Pakar akan diberikan mengikut giliran dan/atau keadaan pelanggan. Keutamaan akan diberikan kepada kanak-kanak, ibu hamil, warga emas dan orang kurang upaya.
- 2.6.4 Maklumat akan diberikan kepada pelanggan berkenaan penyakit dan perawatan.
- 2.6.5 Kerahsiaan maklumat peribadi, penyakit dan perawatan yang diberikan kepada pelanggan adalah dijamin.
- 2.6.6 Hak pesakit akan dihormati
- 2.6.7 Kemudahan dan persekitaran yang bersih, selesa dan selamat disediakan.

2.7 AKTIVITI ORGANISASI

Hospital Melaka melaksanakan aktiviti-aktiviti utama seperti berikut:-

2.7.1 Perkhidmatan Rawatan Pesakit Dalam

Perkhidmatan ini merangkumi aktiviti penilaian, pemeriksaan, pendiagnosan penyakit serta pemberian rawatan yang bersesuaian kepada pesakit.

2.7.2 Perkhidmatan Rawatan Kecemasan

Menyediakan perkhidmatan kepakaran perubatan kecemasan mengikut keadaan dan keterukan kes (*triage*). Ia menyediakan rawatan pra-hospital (perkhidmatan ambulans), rawatan kritikal, separa kritikal dan kes-kes biasa serta kes-kes *medicolegal*.

2.7.3 Perkhidmatan Rawatan Harian

Perkhidmatan ini merangkumi kes-kes pembedahan, perubatan dan pediatrik yang mendapat rawatan secara harian.

2.7.4 Perkhidmatan Pakar Rawatan Pesakit Luar

Menyediakan 15 perkhidmatan kepakaran & subkepakaran untuk rawatan susulan setelah discaj dari wad dan pesakit-pesakit yang dirujuk oleh klinik/ hospital kerajaan dan swasta.

2.7.5 Perkhidmatan Forensik

Perkhidmatan yang melibatkan pengurusan kematian dan bedah siasat serta kes-kes *medicolegal*.

2.7.6 Perkhidmatan Sokongan Klinikal

Perkhidmatan ini melibatkan pengurusan spesimen yang dikendalikan oleh Jabatan Patologi, pemeriksaan X-ray serta *ultra-sound* yang dikendalikan oleh Jabatan Radiologi dan pembekalan ubat-ubatan oleh Jabatan Farmasi. Hospital Melaka juga menyediakan perkhidmatan fisioterapi, pemulihan carakerja dan rehabilitasi.

2.7.7 Perkhidmatan Sokongan Bukan Klinikal

Perkhidmatan sokongan bukan klinikal memberikan perkhidmatan sokongan yang mengutamakan pelanggan luaran dan dalaman melalui Unit Pentadbiran, Rekod Perubatan, Sajian Makanan, Pendidikan Pesakit dan Kerja Sosial Perubatan .

2.7.8 Perkhidmatan Hospital Kluster

Beberapa perkhidmatan kepakaran telah diklusterkan bermula tahun 2014 ke Hospital Jasin & Hospital Alor Gajah.

2.8 PEMEGANG AMANAH DAN PELANGGAN ORGANISASI

2.8.1 Pemegang amanah kepada Hospital Melaka secara amnya ialah Kementerian Kesihatan Malaysia dan Kerajaan Malaysia.

2.8.2 Pelanggan-pelanggan Hospital Melaka terdiri dari kalangan seperti dibawah:

- i) Kakitangan hospital yang memerlukan rawatan dan khidmat nasihat,
- ii) Pesakit serta waris mereka,
- iii) Orang awam yang berurusan dengan Hospital Melaka untuk mendapatkan perkhidmatan yang sedia ada,
- iv) Penderma-penderma darah

3.0 SKOP PELAKSANAAN, DASAR KUALITI DAN OBJEKTIF KUALITI

3.1 SKOP PELAKSANAAN

Skop pelaksanaan dan persijilan Sistem Pengurusan Kualiti MS ISO 9001 : 2015 di Hospital Melaka adalah seperti berikut :-

Melaksanakan perkhidmatan rawatan pesakit dalam, perkhidmatan rawatan kecemasan dan rawatan harian serta perkhidmatan sokongan klinikal dan bukan klinikal yang berasaskan kepada keperluan MS ISO 9001:2015.

Sistem Pengurusan Kualiti MS ISO 9001:2015 Hospital Melaka dilaksanakan di lokasi berikut:-

HOSPITAL MELAKA

JALAN MUFTI HAJI KHALIL

75400 MELAKA

3.2 PENGECUALIAN SKOP PELAKSANAAN

Skop pelaksanaan tidak termasuk **klausu 8.3 Reka Bentuk dan Pembangunan Produk dan Perkhidmatan.**

Klausu ini tidak berkaitan kerana Hospital Melaka tidak terlibat dalam rancangan dan proses pelaksanaan sebarang rekabentuk dan perkembangan yang berkaitan dengannya.

3.3 DASAR KUALITI

3.3.1 Dasar Kualiti Hospital Melaka adalah seperti berikut :-

“Hospital Melaka komited untuk memberikan perkhidmatan secara profesional, cepat dan berkesan supaya dapat memenuhi kehendak pelanggan dan tahap profesionalisme demi mencapai kecemerlangan pada setiap masa.”

3.3.2 Untuk mencapai hasrat tersebut Hospital Melaka mestilah:

- **Melaksana dan mengekalkan Sistem Pengurusan Kualiti yang mematuhi keperluan-keperluan MS ISO 9001:2015.**
- **Meningkatkan keberkesanan Sistem Pengurusan Kualiti yang dilaksanakan secara berterusan dan sentiasa membuat semakan terhadap kecukupan dan pembangunan sumber-sumber untuk memastikan pencapaian objektif-objektif yang telah ditetapkan.**

3.4 OBJEKTIF-OBJEKTIF KUALITI

Objektif Kualiti diwujudkan oleh Hospital Melaka untuk melaksanakan dasar kualiti bagi memenuhi keperluan perkhidmatan serta meningkatkan mutu Sistem Pengurusan Kualiti.

Pihak pengurusan Hospital Melaka hendaklah memastikan objektif kualiti diwujudkan bagi aktiviti yang relevan (utama) untuk pencapaian kualiti.

Senarai Objektif Kualiti Hospital Melaka adalah seperti di **lampiran 2**.

4.0 KONTEKS ORGANISASI

4.1 MEMAHAMI ORGANISASI DAN KONTEKSNYA

Hospital Melaka memantau dan mengkaji semula maklumat berkaitan isu-isu luaran dan dalaman yang berkaitan. Isu-isu ini dibincangkan di dalam mesyuarat di peringkat hospital dan jabatan atau unit. Pemantauan tindakan yang diputuskan pada mesyuarat terdahulu hendaklah dikaji semula pada mesyuarat berikutnya.

Isu-isu luaran merangkumi perihal aduan pelanggan dan media sosial, isu persekitaran, perundangan dan lain-lain. Manakala isu-isu dalaman pula boleh merangkumi aspek positif atau negatif.

4.2 MEMAHAMI KEHENDAK DAN JANGKAAN PIHAK BERKEPENTINGAN

Pihak pengurusan atasan Hospital Melaka telah menentukan pihak yang berkepentingan dengan perkhidmatan dan Sistem Pengurusan Kualiti seperti:

- a) Pelanggan luaran: pesakit dan orang awam
- b) Pelanggan dalaman: anggota kerja Hospital Melaka
- c) Pemegang amanah (rujuk klausa 2.8)
- d) NGO
- e) Agensi-agensi kerajaan yang berkaitan

Untuk memastikan keakuran yang berterusan, pihak berkepentingan dan keperluan mereka sentiasa dipantau dan dikaji semula semasa mesyuarat-mesyuarat yang melibatkan pengurusan atasan dan ketua-ketua unit.

4.3 SKOP SISTEM PENGURUSAN KUALITI

Skop bagi system pengurusan kualiti MS ISO 9001:2015 adalah seperti yang dinyatakan dalam klausa 3.1.

Semua keperluan standard ISO diguna pakai di dalam sistem pengurusan kualiti (kecuali klausa 8.3) dan melibatkan semua jabatan dan unit di Hospital Melaka. Skop ini telah mengambil kira perkara berikut:

- a) Isu luaran dan dalaman
- b) Keperluan pihak berkepentingan dan
- c) Perkhidmatan yang disediakan

4.4 SISTEM PENGURUSAN KUALITI DAN PROSESNYA

Hospital Melaka mewujudkan, melaksanakan dan menyelenggarakan dan menambah baik sistem pengurusan kualiti termasuk proses yang diperlukan dan interaksi selaras dengan keperluan standard MS ISO 9001:2015

4.4.1 Interaksi proses-proses didalam SPK diringkaskan dalam peta hubungkait proses (**lampiran 3**). Ia memberi gambaran mengenai turutan dan hubungkait antara proses utama dan sokongan dalam SPK yang meliputi:

- a) Input dan output didalam proses ini.
- b) Turutan dan interaksi didalam proses ini.
- c) Kriteria dan kaedah yang digunakan untuk memastikan keberkesanan operasi dan kawalan proses ini.
- d) Sumber-sumber yang diperlukan.
- e) Tanggungjawab dan autoriti untuk proses ini.
- f) Menangani risiko dan peluang mengurangkan risiko mengikut kehendak 6.1.
- g) Menilai & melaksanakan perubahan untuk memastikan proses ini mencapai matlamat MS ISO 9001:2015.

4.4.2 Hospital Melaka menggunakan garis panduan yang dikeluarkan oleh Arkib, Pekeliling, dan Akta-akta yang berkaitan.

5.0 KEPIMPINAN

5.1 KEPIMPINAN DAN KOMITMEN

5.1.1 Am

Pengurusan Atasan Hospital Melaka komited dalam mewujudkan, melaksanakan Sistem Pengurusan Kualiti dan melakukan penambahbaikan secara berterusan dengan:

- a) Mengambil kebertanggungjawaban terhadap keberkesanan SPK
- b) Mewujudkan dasar kualiti dan objektif kualiti
- c) Menggunakan pendekatan proses dan pemikiran berasaskan risiko
- d) Memastikan sumber-sumber yang diperlukan adalah mencukupi
- e) Memastikan penyampaian kepentingan pengurusan kualiti yang berkesan untuk mencapai tahap pematuhan dan matlamat yang dikehendaki serta menggalakkan penambahbaikan.

5.1.2 Fokus kepada pelanggan

Pengurusan atasan Hospital Melaka sentiasa prihatin terhadap keperluan pelanggan dan memastikan semua maklumbalas diambil kira untuk penambahbaikan perkhidmatan.

Maklumbalas daripada pelanggan mengenai perkhidmatan dikenalpasti dan ditentukan melalui:

- a) Kajian kepuasan pelanggan
- b) Piagam pelanggan
- c) Peti cadangan
- d) Maklumbalas aduan yang cepat & efektif

Selain daripada memenuhi keperluan spesifik pelanggan, kemudahan dan keperluan tambahan yang perlu telah disediakan untuk meningkatkan kepuasan pelanggan.

Pihak Pengurusan Atasan juga memastikan risiko dan peluang yang memberi kesan kepada perkhidmatan dan kepuasan pelanggan ditentukan serta ditangani dengan efektif.

5.2 DASAR KUALITI

5.2.1 Membangunkan Dasar Kualiti

Pengurusan Atasan Hospital Melaka telah mewujudkan Dasar Kualiti untuk memimpin dan memandu Hospital Melaka ke arah peningkatan prestasi secara berterusan.

Dasar Kualiti Hospital Melaka yang diwujudkan adalah:

- a) Bersesuaian dengan pelan tahunan hala tuju Hospital Melaka
- b) Dapat menyediakan asas untuk mewujudkan dan mengkaji semula objektif - objektif kualiti
- c) Mengandungi komitmen untuk mematuhi keperluan-keperluan MS ISO 9001:2015
- d) Mengandungi komitmen untuk meningkatkan keberkesanan SPK secara berterusan

5.2.2 Mengkomunikasikan Dasar Kualiti

Dasar Kualiti ini disebarikan untuk difahami oleh semua anggota melalui latihan, taklimat dan dipamerkan di lokasi strategik. Audit Dalaman digunakan untuk memastikan Dasar Kualiti telah difahami dan dipraktikkan. Pengurusan atasan sentiasa mengkaji semula Dasar Kualiti ini dari masa ke semasa untuk memastikan kesesuaian yang berkesan.

5.3 PERANAN, TANGGUNGJAWAB DAN BIDANG KUASA ORGANISASI

Tanggungjawab dan kuasa untuk semua anggota dijelaskan dalam Carta Organisasi, surat perlantikan, surat kuasa, senarai tugas dan prosedur-prosedur kualiti yang didokumenkan.

Pihak Pengurusan memastikan bahawa setiap anggota mengetahui tanggungjawab dan kuasa yang diberikan melalui mesyuarat, latihan dan taklimat untuk memastikan SPK dilaksanakan dan dikekalkan dengan cekap dan berkesan.

Hospital Melaka telah melantik Timbalan Pengarah (Perubatan) I Hospital Melaka sebagai Wakil Pengurusan Kualiti. Beliau bersama ahli jawatankuasa MS ISO mempunyai peranan & tanggungjawab seperti berikut:

- a) Memastikan proses-proses yang diperlukan dalam SPK diwujudkan, dilaksanakan dan dikekalkan serta memberikan output yang dimaksudkan.
- b) Melaporkan kepada Pengurusan Atasan mengenai prestasi SPK dan sebarang keperluan untuk penambahbaikan.
- c) Memastikan kesedaran mengenai keperluan-keperluan pelanggan diwujudkan di kalangan anggota hospital.
- d) Memastikan integriti sistem pengurusan kualiti dikekalkan.

6.0 PERANCANGAN

6.1 TINDAKAN MENYATAKAN RISIKO DAN PELUANG

6.1.1 Dalam usaha untuk mencapai penambahbaikan, risiko dan peluang dalam Sistem Pengurusan Kualiti Hospital Melaka telah dikenalpasti dan ditentukan dalam pelan risiko di unit/jabatan masing-masing.

Pelan ini diwujudkan dengan mengambil kira:

- a) Isu-isu luaran dan dalaman
- b) Keperluan-keperluan pihak berkepentingan
- c) Proses-proses didalam SPK dan kesan proses-proses tersebut kepada perkhidmatan.

Contoh pelan pengurusan risiko yang digunapakai di Hospital Melaka adalah seperti di **lampiran 4**.

6.1.2 Pelaksanaan tindakan-tindakan yang telah dinyatakan dalam pelan risiko dan peluang sentiasa dipantau dan dikaji semula keberkesannya, terutamanya semasa audit dalaman dan Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan.

6.2 OBJEKTIF KUALITI DAN PERANCANGAN UNTUK MENCAPAINYA

6.2.1 Pengurusan atasan telah mewujudkan objektif-objektif kualiti yang selaras dengan Dasar Kualiti. Objektif-objektif kualiti ini diwujudkan di setiap Jabatan dan Unit dan ianya berdasarkan kepada konsep **SMART**:

- | | | |
|----------|---|--|
| S | - | <i>Spesifik</i> (khas atau khusus) |
| M | - | <i>Measurable</i> (boleh diukur) |
| A | - | <i>Achievable</i> (boleh dicapai dalam masa yang ditetapkan) |
| R | - | <i>Reasonable</i> (sasaran seharusnya munasabah) |
| T | - | <i>Timeliness</i> (boleh dipantau dari masa ke semasa) |

Objektif-objektif kualiti ini juga disebarikan untuk difahami oleh semua anggota Jabatan/ Unit masing-masing melalui latihan, taklimat dan dipamerkan di lokasi strategik. Data-data yang berkaitan

dikumpul dan dianalisa bagi menilai pencapaiannya dan seterusnya dilaporkan dalam Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan. Sebarang pindaan atau pengemaskinian akan dilakukan dari masa ke semasa.

6.2.2 Selain daripada mengikut konsep SMART dalam perancangan objektif kualiti, setiap unit/jabatan akan mengenalpasti perkara-perkara seperti dibawah:

- a) Apa yang akan dilakukan
- b) Sumber yang diperlukan
- c) Pegawai yang bertanggungjawab
- d) Tempoh objektif kualiti dilaporkan
- e) Cara hasil dinilai

6.3 MERANCANG PERUBAHAN

Hospital Melaka melakukan perubahan terhadap perancangan dengan kaedah yang sistematik, menilai potensi dan kesan perubahan serta mengambil tindakan bersesuaian agar integriti SPK dipelihara. Dalam melakukan perubahan, perkara yang dipertimbangkan adalah:

- a) Tujuan perubahan dan kesannya
- b) Integriti sistem pengurusan kualiti
- c) Kecukupan sumber
- d) Tanggungjawab dan bidang kuasa

7.0 SOKONGAN

7.1 SUMBER

7.1.1 Am

Hospital Melaka amat komited dalam menentukan dan menyediakan sumber yang diperlukan oleh sistem pengurusan kualiti. Sumber-sumber ini diperlukan bagi mewujudkan, melaksanakan, menyelenggarakan dan menambahbaik secara berterusan SPK.

Pengenalpastian dan perancangan penyediaan sumber-sumber yang diperlukan seperti sumber manusia, peralatan, mesin dan sebagainya dilakukan semasa mesyuarat Pengurusan Atasan. Ia mengambil kira:

- a) Keupayaan dan kekangan sumber dalaman sedia ada
- b) Keperluan yang harus diperolehi dari penyedia luar

7.1.2 Modal insan

Hospital Melaka menentukan dan menyediakna modal insan yang diperlukan untuk melaksanakan sistem pengurusan kualiti yang berkesan serta untuk operasi dan kawalan prosesnya. Keperluan modal insan sentiasa dikaji semula dari masa ke semasa.

7.1.3 Prasarana

Hospital Melaka menentukan, menyediakan serta menyelenggarakan prasarana seperti bangunan dan utiliti, peralatan, pengangkutan, serta teknologi maklumat dan komunikasi untuk mencapai keakuran perkhidmatan.

7.1.4 Persekitaran untuk operasi proses

Persekitaran kerja di Hospital Melaka ditentukan dan diuruskan dengan sewajarnya untuk memenuhi permintaan perkhidmatan. Ia merangkumi persekitaran kerja yang menggabungkan faktor manusia dan fizikal, seperti:

- a) Sosial
- b) Psikologi
- c) Fizikal

Bagi memastikan aspek ini dipantau dan dipenuhi, jawatankuasa keselamatan & kesihatan pekerjaan telah ditubuhkan. Jawatankuasa ini bermesyuarat untuk mengenalpasti dan mencadangkan keperluan-keperluan keselamatan dan kesihatan di tempat kerja.

7.1.5 Sumber pemantauan dan pengukuran

7.1.5.1 Am

Peralatan pemantauan dan pengukuran telah ditentukan untuk proses yang berkaitan. Peralatan tersebut mestilah sesuai dengan jenis pemantauan dan pengukuran yang dibuat serta diselenggara untuk memastikan ianya sentiasa dalam keadaan yang baik.

7.1.5.2 Kebolehesanan pengukuran

Untuk menentukan kesahihan keputusan pemantauan dan pengukuran, peralatan yang digunakan hendaklah diperiksa, diuji serta dikalibrasi sebelum digunakan. Ini adalah untuk memastikan peralatan berada di dalam keadaan yang sempurna untuk digunakan. Peralatan pengukuran hendaklah:

- a) Dikalibrasi dan diverifikasi dalam jangkamasa yang tertentu atau sebelum digunakan mengikut piawaian yang berkaitan. Dalam keadaan dimana piawaian tidak wujud, asas kalibrasi dan verifikasi perlu direkodkan.
- b) Dilakukan penyesuaian yang diperlukan jika terdapat masalah ke atas peralatan tersebut.
- c) Dinyatakan status kalibrasi.
- d) Dijaga dari gangguan yang akan menyebabkan kerosakkan atau pengukuran menjadi tidak sah/sahih.
- e) Dijaga daripada kerosakkan sewaktu penggunaannya, penyelenggaraan dan penyimpanan.

7.1.6 Pengetahuan organisasi

Hospital Melaka memastikan hanya kakitangan yang mempunyai kelayakan dari segi akademik, latihan, kemahiran dan pengalaman untuk melaksanakan tugas yang memberi kesan kepada kualiti perkhidmatan. Pengetahuan diperolehi dari sumber-sumber berikut:

- a) Sumber dalaman. Contoh: pengalaman anggota, latihan berkaitan bidang kerja (*on-job training*), *continuous medical education* (CME), penambahbaikan daripada insiden dan aduan pelanggan.
- b) Sumber luaran. Contoh: standard ISO, *clinical practice guideline* (CPG), persidangan, kursus, garis panduan dan *standard operating procedure* (SOP) daripada Kementerian Kesihatan atau pembekal.

Semua pengetahuan ini perlu diselenggara, dikekalkan dan sentiasa ada apabila diperlukan. Rekod berkaitan pengetahuan ini disimpan didalam fail yang berkenaan, seperti fail CME atau latihan, secara manual dan portal secara atas talian (*online*).

7.2 KEKOMPETENAN

Hospital Melaka memastikan semua anggota yang ditugaskan adalah bersesuaian samaada dari segi kelayakan akademik, kompetensi, latihan mahupun pengalaman. Keperluan latihan akan dikenalpasti apabila terdapat perubahan didalam tugas anggota, peralatan dan teknologi.

Hospital Melaka mengambil strategi seperti berikut:

- a) Menentukan kemahiran yang perlu ada pada anggotanya yang menjalankan tugas yang memberi kesan kepada kualiti perkhidmatan.
- b) Memberi latihan sekiranya perlu atau mengambil tindakan-tindakan yang lain untuk memenuhi keperluan kemahiran
- c) Menilai keberkesanan tindakan-tindakan yang telah diambil untuk memenuhi keperluan kemahiran melalui laporan kejadian insiden/aduan, borang keberkesanan latihan, pencapaian indikator kualiti dan audit-audit yang berkaitan.
- d) Menyelenggara rekod-rekod mengenai pendidikan, latihan, kemahiran dan pengalaman anggota.

7.3 KESEDARAN

Hospital Melaka memastikan anggota organisasi mengetahui akan kepentingan Dasar Kualiti, Objektif Kualiti dan tugas-tugasannya. Selain itu, mereka dipastikan untuk mengambil maklum akan bagaimana mereka menyumbang kepada pencapaian objektif-objektif kualiti serta implikasi jika tidak mematuhi keperluan sistem pengurusan kualiti.

7.4 KOMUNIKASI

Pengurusan Hospital Melaka akan menyampaikan maklumat berkaitan keberkesanan sistem pengurusan kualiti kepada semua anggota organisasi melalui mesyuarat, taklimat, surat arahan, papan kenyataan, lawatan pemantauan, media elektronik dan lain-lain sumber dari semasa ke semasa.

7.5 MAKLUMAT DIDOKUMENTASIKAN

7.5.1 Am

Dokumentasi Sistem Pengurusan Kualiti HM merangkumi:

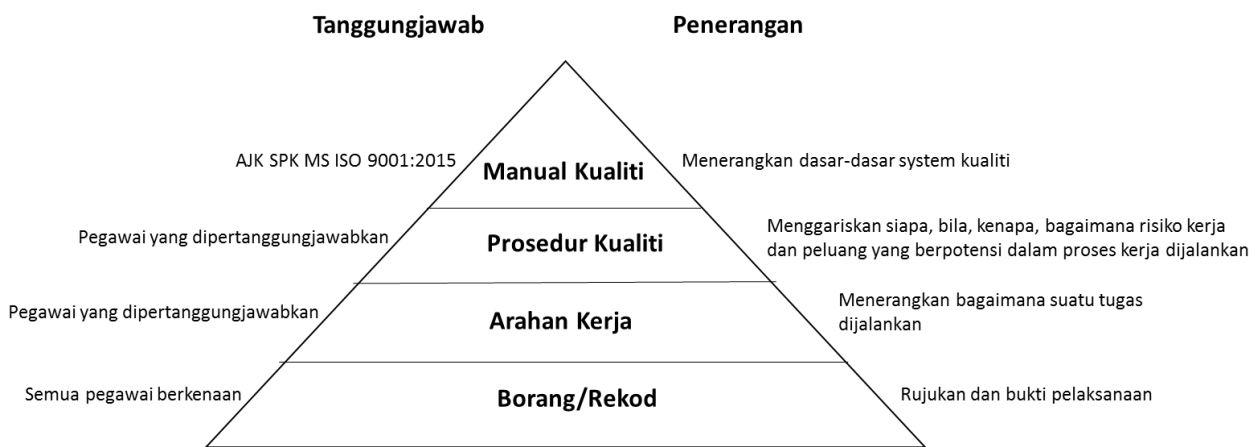
- a) Maklumat didokumenkan yang diperlukan oleh Standard ISO 9001:2015,
- b) Dokumen, termasuk prosedur dan rekod untuk memastikan perancangan, operasi dan kawalan proses yang berkesan, dan

- c) Dokumen yang diperolehi daripada pihak luar seperti Kementerian Kesihatan, Jabatan Kesihatan dan pembekal.

Sistem Pengurusan Kualiti ini dinyatakan dalam 4 peringkat dokumentasi iaitu:

- a) Manual Kualiti
- b) Prosedur Kerja
- c) Arahan Kerja
- d) Dokumen Sokongan/ Rujukan /Rekod Kualiti

Hieraki Dokumentasi Sistem Pengurusan Kualiti MS ISO 9001:2015 Hospital Melaka dan tanggungjawab anggota bagi menyediakan kesemua tahap dokumen adalah seperti **Rajah 1**.



Rajah 1. Hieraki Dokumentasi Sistem Pengurusan Kualiti MS ISO 9001:2015 Hospital Melaka

7.5.2 Mewujudkan dan mengemas kini

Hospital Melaka mewujudkan dan mengemaskini maklumat didokumentasikan dengan mengambil kira kesesuaian:

- a) Pengenalpastian dan perihalan
- b) Format dan media (elektronik)
- c) Kajian semula dan kelulusan bagi kesesuaian dan kecukupan. Proses kelulusan maklumat didokumentasikan adalah seperti berikut:

Manual Kualiti	Pengarah Hospital Melaka
Prosedur Kualiti	Pengarah Hospital Melaka/Wakil Pengurusan
Arahan Kerja	Ketua Jabatan/Unit

- d) Proses pengemaskinian atau pindaan ke atas dokumen adalah seperti berikut:
 - Cadangan untuk meminda dokumen dilakukan oleh pemilik dokumen.
 - Pindaan ini disemak oleh Pengawal Dokumen dan diluluskan oleh Wakil Pengurusan.
 - Pindaan dibuat di laman sesawang yang dikawalselia oleh pegawai IT yang telah dilantik.
 - Senarai rekod pindaan disimpan secara *hard copy* & *soft copy* oleh pengawal dokumen.

7.5.3 Kawalan maklumat didokumentasikan

- 7.5.3.1 Hospital Melaka mengawal dan melindungi maklumat didokumentasikan mengikut standard dengan melantik seorang Pengawal dan Pembantu Pengawal Dokumen. Semua dokumen ini boleh diakses melalui laman sesawang Hospital Melaka (<http://hmelaka.moh.gov.my>).

8.0 OPERASI

8.1 PERANCANGAN DAN KAWALAN OPERASI

Penyampaian perkhidmatan Hospital Melaka adalah bermula dari mengenalpastian keperluan, sumber yang sedia ada, dan proses yang terlibat sehingga tercapai sasaran yang ditetapkan.

- a) Polisi dan Dasar Kementerian Kesihatan Malaysia
- b) Kuasa yang dipertanggungjawabkan
- c) Objektif Kualiti Jabatan
- d) Sasaran Kerja Tahunan
- e) Pelan Tindakan
- f) *Outcome Based Budget (OBB)* Permohonan dan keperluan pelanggan
- g) Laporan Tahunan
- h) *Key Performance Indicator (KPI)*
- i) Pelan Risiko dan Peluang

Pelan tindakan bagi aktiviti-aktiviti utama HM disediakan dan diselaraskan mengikut keperluan yang telah dinyatakan di atas.

Proses bagi menghasilkan perkhidmatan didokumenkan dalam Prosedur Kualiti serta Arahan Kerja yang berkaitan (jika perlu).

Jadual pelaksanaan aktiviti disediakan dan dilaksanakan berdasarkan sumber yang tersedia iaitu peruntukan kewangan, tenaga manusia, kemudahan peralatan dan garis panduan yang telah ditetapkan.

Anggota Hospital Melaka diberikan latihan berterusan bagi meningkatkan pengetahuan dan kemahiran.

Perbelanjaan bagi melaksanakan aktiviti menggunakan peruntukan yang diterima dan permohonan tambahan akan dibuat apabila perlu.

Pelaksanaan aktiviti HM juga perlu mengikut Arahan Perbendaharaan, Pekeliling Kemajuan Perkhidmatan Awam, Prosedur Kualiti, Arahan Kerja dan lain-lain garis panduan yang telah ditetapkan.

Dokumen-dokumen sokongan yang diperlukan (misalnya borang, senarai semak, laporan) untuk merekod, membuktikan, mengesahkan proses penghasilan perkhidmatan serta perkhidmatan yang disampaikan dikenalpasti dalam prosedur yang berkaitan. Ini adalah untuk memastikan objektif yang ditetapkan dipenuhi.

Pemantauan dijalankan melalui penganalisan data dan maklumat serta lawatan secara berkala mengikut jadual atau apabila perlu.

Penilaian pencapaian aktiviti HM dilakukan secara berterusan. Kelemahan-kelemahan atau punca masalah akan dikenalpasti dan penyiasatan dijalankan sekiranya tidak mencapai sasaran.

Tindakan penambahbaikan dilaksanakan dan keberkesanannya dinilai.

8.2 KEPERLUAN UNTUK PRODUK DAN PERKHIDMATAN

8.2.1 Komunikasi dengan pelanggan

Organisasi telah mewujudkan saluran berkomunikasi yang berkesan dengan pelanggan melalui:

- a) Penyampaian maklumat perkhidmatan menerusi papan iklan, piagam pelanggan, poster dan media elektronik.
- b) Pertanyaan pelanggan melalui kaunter pertanyaan/telefon.
- c) Maklumbalas dan aduan anggota melalui kajian kepuasan pelanggan dan peti cadangan.
- d) Pengendalian atau pengurusan hak milik pelanggan, jika berkaitan.
- e) Keperluan untuk tindakan kontigensi seperti pelan lantai laluan kecemasan.
- f) Ahli lembaga pelawat HM.

8.2.2 Menentukan keperluan untuk produk dan perkhidmatan

Semasa menentukan keperluan untuk produk dan perkhidmatan, keperluan tersebut mestilah jelas, cukup dan betul:

- a) Keperluan pelanggan dan pihak berkepentingan (dicatatkan dalam borang, kad, buku, arahan dan lain-lain dokumen yang berkaitan),
- b) Keperluan peraturan dan perundangan (contoh: bayaran, kebenaran, dokumen sokongan dan kepatuhan kepada akta dan undang-undang), dan
- c) Keperluan tambahan yang ditentukan oleh pihak Hospital Melaka.

Keperluan-keperluan ini mestilah boleh dipenuhi untuk produk dan perkhidmatan yang diberikan.

8.2.3 Kajian semula keperluan untuk produk dan perkhidmatan

Semakan dilaksanakan ke atas keperluan-keperluan tertentu sebelum produk dan perkhidmatan disampaikan kepada pelanggan. Ini bertujuan untuk memastikan Hospital Melaka mempunyai keupayaan untuk memenuhi keperluan tersebut setelah menerima permintaan dari pelanggan. Selain itu, kajian semula ini adalah untuk memastikan:

- a) Keperluan perkhidmatan dijelaskan dengan terperinci.
- b) Sebarang perbezaan di antara keperluan yang dinyatakan dan kehendak yang dinyatakan terdahulu diselesaikan dan dimaklumkan kepada pelanggan dan semua yang terlibat dalam proses sebelum penyampaian perkhidmatan. Semua perbezaan perlu direkodkan
- c) Setiap permohonan yang diterima disemak terlebih dahulu dan hanya permohonan yang dapat dipenuhi sahaja diproses. Sekiranya perkhidmatan yang diminta tidak dapat dipenuhi, rujukan akan dibuat kepada pihak atasan untuk tindakan selanjutnya.

8.2.4 Perubahan keperluan untuk produk dan perkhidmatan

Hospital Melaka akan memaklumkan tentang perubahan/pindaan dalam perkhidmatan kepada anggota melalui pekeliling, memo jabatan dan media elektronik.

8.3 REKA BENTUK DAN PEMBANGUNAN PRODUK DAN PERKHIDMATAN

Klausa ini tidak berkaitan kerana Hospital Melaka tidak terlibat dalam rancangan dan proses pelaksanaan sebarang rekabentuk dan perkembangan yang berkaitan dengannya.

8.4 KAWALAN TERHADAP PROSES, PRODUK DAN PERKHIDMATAN SEDIAAN LUAR

8.4.1 Am

Kawalan telah dilaksanakan untuk memastikan proses, produk dan perkhidmatan yang diterima memenuhi keperluan yang ditetapkan. Ia termasuk proses, produk dan perkhidmatan yang diperolehi secara perolehan, *outsourc*e dan daripada agensi kerajaan yang berkaitan.

Perkhidmatan penyelenggaraan fasiliti dan peralatan serta perkhidmatan pembersihan dilaksanakan oleh syarikat konsesi Medivest Sdn.Bhd. berdasarkan *Planned Preventive Maintenance (PPM)* dan *Hospital Specific Implementation Plan (HSIP)*. Lima perkhidmatan ini adalah :

- a) Perkhidmatan Penyelenggaraan Fasiliti
 - *Facility Engineering Maintenance Service- FEMS*
- b) Perkhidmatan Penyelenggaraan Biomedikal
 - *Biomedical Engineering Maintenance Service-BEMS*
- c) Perkhidmatan Pembersihan
 - *Cleaning Service*
- d) Perkhidmatan Kainan

- *Laundry and linen Service*
- e) Perkhidmatan Sisa – sisa klinikal
- *Clinical Waste Disposal*

Penyelenggaraan dilaksanakan ke atas 12 sistem berikut:

- i. Bekalan elektrik
- ii. Bekalan air sejuk
- iii. Bekalan air panas
- iv. Sistem peparitan
- v. Sistem kumbahan
- vi. Sistem penghawa dingin dan ventilasi
- vii. Sistem perlindungan kebakaran
- viii. Sistem gas perubatan
- ix. Sistem komunikasi
- x. Sistem *transportasi vertikal* (lif)
- xi. Sistem perlindungan petir
- xii. Sistem LPG dan gas industri

Pemantauan perkhidmatan-perkhidmatan ini dilaksanakan oleh pegawai juruteru operasi hospital, dan Pengurusan Hospital Melaka menerusi Jawatankuasa Penswastan dan Mesyuarat Validasi dimana permasalahan berhubung dengan perkhidmatan-perkhidmatan serta tindakan-tindakan untuk mengatasinya diutarakan.

Kriteria untuk penilaian, pemilihan, pemantauan prestasi dan penilaian semula telah ditetapkan dalam pekeliling, arahan, kontrak dan lain-lain dokumen yang berkaitan.

8.4.2 Jenis dan takat kawalan

Kawalan yang dilaksanakan bersesuaian dengan tahap atau impak proses, produk dan perkhidmatan yang dibekalkan kepada produk dan perkhidmatan di Hospital Melaka. Kawalan ini juga telah dinyatakan dalam pekeliling, arahan, kontrak dan lain-lain dokumen yang berkaitan.

Verifikasi dan pemeriksaan turut dilaksanakan untuk memastikan proses, produk dan perkhidmatan tersebut telah memenuhi keperluan. Ia dilaksanakan semasa penerimaan produk dan perkhidmatan dan juga selepas produk dan perkhidmatan digunakan. Pemantauan juga dilaksanakan ke atas keberkesanan kawalan yang dilakukan oleh penyedia luaran itu sendiri (jika perlu). Penggantian, pemulangan, penyediaan semula proses, produk

dan perkhidmatan perlu dilakukan oleh penyedia luaran jika tidak memenuhi keperluan yang ditetapkan.

Semua dasar perolehan adalah mengikut Arahan Perbendaharaan dan Pekeliling-pekelling serta surat-surat Pekeliling Perbendaharaan yang terkini. Bagi HM semua urusan pembelian dan pembayaran dikendalikan melalui sistem 1GFMAS dan e-Perolehan baharu.

HM menilai dan memilih pembekal berdasarkan kepada keperluan organisasi. Kriteria pemilihan dan penilaian diwujudkan dan ditetapkan. Kriteria pemilihan pembekal adalah berdasarkan:

- a) Ketepatan masa penyerahan barangan
- b) Kualiti bekalan
- c) Perkhidmatan susulan yang diberikan
- d) Sebutharga
- e) Kontrak Pusat
- f) Pembekal Tunggal
- g) Pekeliling Perolehan Terkini

Prestasi pembekal akan dinilai sekurang-kurangnya enam bulan sekali. Rekod-rekod akan disimpan. Pembekal yang dipilih adalah berdasarkan kepada senarai pembekal yang diwujudkan di jabatan. Penilaian prestasi pembekal akan dibincangkan didalam mesyuarat kewangan jabatan jika diperlukan berdasarkan Penilaian Prestasi Pembekal.

Sekiranya terdapat perkhidmatan yang diluar kemampuan organisasi untuk melaksanakannya, perkhidmatan tersebut akan diperolehi dari punca luar. Perkhidmatan ini akan dipantau dengan rapi supaya ia memenuhi kehendak organisasi.

8.4.3 Maklumat untuk penyedia luar

Maklumat mengenai perolehan menjelaskan bahan yang hendak diperolehi meliputi:

- a) Kelulusan pembelian dan spesifikasi produk /bekalan atau perkhidmatan yang diperlukan berdasarkan anggaran keperluan Jabatan/unit.
- b) Diuruskan oleh anggota yang berkelayakan dan dilantik
- c) Menepati Sistem Pengurusan Kualiti (Arahan Pebendaharaan)
- d) Dikendalikan melalui sistem 1GFMAS dan ePerolehan baharu
- e) Penilaian prestasi penyedia luar contoh: Rating system (secara dalam talian)
- f) Melakukan verifikasi & validasi terhadap penyedia luar contoh:
 - i. Melakukan mesyuarat validasi bersama pihak konsesi
 - ii. Melaksanakan verifikasi ke atas bahan atau perkhidmatan yang diperolehi dengan membandingkan dengan ciri-ciri yang ditetapkan, pengujian atau pemeriksaan

g) Spesifikasi bekalan dan perkhidmatan yang dikehendaki dijelaskan dalam dokumen berikut:

- i. Pesanan tempatan /inden kerja
- ii. Spesifikasi
- iii. Dokumen sebutharga
- iv. Dokumen *tender*
- v. *Letter of indent*

Hospital Melaka memastikan *dokumen tender* /sebutharga yang lengkap disediakan sebelum tawaran dipanggil.

8.5 PENYEDIAAN PENGELUARAN DAN PERKHIDMATAN

8.5.1 Kawalan penyediaan pengeluaran dan perkhidmatan

Memastikan semua aktiviti di bawah proses utama dijalankan di dalam keadaan yang terkawal untuk menjamin kualiti perkhidmatan. Kriteria yang telah ditetapkan sebagai terkawal adalah seperti yang berikut:

- a) Menyediakan maklumat mengenai perkhidmatan melalui dokumen-dokumen yang menjelaskan bagaimana perkhidmatan diberikan atau aktiviti dilaksanakan dan bagaimana hasil hendak dicapai (contoh: Prosedur, Manual Prosedur Kerja, Fail Meja, Garis Panduan, SOP, Pekeliling, Peraturan, Arahan, Akta dan Undang-Undang).
- b) Pelaksanaan aktiviti-aktiviti pemantauan dan pengukuran serta penggunaan peralatan yang bersesuaian,
- c) Penggunaan infrastruktur dan persekitaran yang bersesuaian,
- d) Dilaksanakan oleh anggota yang kompeten.
- e) Melaksanakan validasi sekiranya hasil tidak boleh disahkan melalui pemantauan dan pengukuran
- f) Melaksanakan tindakan untuk mencegah kesilapan manusia, dan
- g) Melaksanakan aktiviti pelepasan, penyampaian dan selepas penyampaian perkhidmatan.

8.5.2 Pengenalpastian dan kebolehesanan

Pihak pengurusan Hospital Melaka akan memberi identifikasi kepada proses dan perkhidmatan yang akan disampaikan kepada pelanggan. Langkah-langkah ini ialah:

- a) Pesakit
 - Identifikasi pesakit melalui sistem tagging.

- b) Anggota kerja
 - Semua anggota diberi tanda pengenalan jabatan untuk mengenalpasti tugas, bidang kuasa dan memudahkan rujukan oleh pelanggan dan staf organisasi.
- c) Asset
 - Semua aset yang diperolehi daripada sebarang peruntukan akan direkodkan dalam inventori/harta modal mengikut Arahan Perbendaharaan
- d) Ubatan
 - Ubat2 dikenalpasti melalui label dan tarikh luput dimana berkaitan
- e) Dokumen klinikal
 - Semua rekod aduan/maklumbalas berkenaan perkhidmatan yang diberikan dikodkan
 - Semua fail diberikan nombor fail
 - Rekod-rekod pesakit adalah mengikut angka dokumen pengenalan
 - Segala maklumat rawatan yang telah diberikan kepada pelanggan dicatat di dalam rekod pesakit.

8.5.3 Harta kepunyaan pelanggan atau penyedia luar

Pihak pengurusan Hospital Melaka memastikan semua harta pelanggan dijaga dan diselenggara dengan sempurna sewaktu berada di bawah kawalannya. Produk yang dibekalkan oleh pelanggan direkodkan penerimaannya, dijamin keselamatannya (jika berkenaan), dijamin kerahsiaannya (jika berkaitan) dan jika hilang, rosak dan tidak boleh digunakan, ianya akan dilaporkan kepada pelanggan. Rekod-rekod diselenggara dan disimpan.

8.5.4 Pemeliharaan

Hospital Melaka memastikan pengendalian, penyimpanan, pemeliharaan dan penghantaran dilaksanakan mengikut langkah-langkah yang betul. Kawalan suhu dan penyimpanan ubat-ubatan, vaksin, reagen, spesimen, dan bahan kimia hendaklah dikawal berpandukan polisi, manual dan arahan.

Pengendalian dan penyimpanan makanan mestilah pada suhu dan tempat yang betul untuk mengelakkan jangkitan, kerosakan dan pembaziran. Semasa mengendalikan pesakit, maruah, rahsia dan hak pesakit akan dipelihara serta mengamalkan diplomasi secara professional.

8.5.5 Aktiviti selepas hantar serah

Hospital Melaka akan memastikan keperluan bagi aktiviti selepas hantar serah yang berkaitan dengan produk dan perkhidmatan memenuhi perkara-perkara berikut:

- a) Keperluan berkanun dan peraturan

- b) Akibat tidak diingini yang mungkin timbul berkaitan produk dan perkhidmatannya
- c) Keadaan, kegunaan serta hayat produk dan perkhidmatan yang dimaksudkan
- d) Keperluan pelanggan
- e) Maklum balas pelanggan

8.5.6 Kawalan perubahan

Organisasi ini akan menyemak semula dan mengawal perubahan terhadap pengeluaran atau penyediaan perkhidmatan, setakat yang perlu bagi memastikan keakuratan berterusan terhadap keperluan. Hospital Melaka juga akan mengekalkan maklumat didokumentasikan yang memerihalkan hasil kajian semula perubahan, orang yang membenarkan perubahan, dan apa-apa tindakan yang perlu hasil daripada kajian semula itu.

8.6 PELEPASAN PRODUK DAN PERKHIDMATAN

Produk dan perkhidmatan perlu disemak, disahkan atau diluluskan untuk memastikan produk dan perkhidmatan tersebut telah memenuhi keperluan-keperluan yang ditetapkan dalam Sistem Pengurusan Kualiti. Ia tidak boleh diberikan atau disampaikan kepada pelanggan jika belum disahkan atau diluluskan oleh anggota atau pegawai yang bertanggungjawab.

Hospital Melaka telah menyatakan keperluan ini didalam dokumen-dokumen yang berkaitan. Bukti semakan, pengesahan atau kelulusan serta anggota atau pegawai yang bertanggungjawab turut didokumenkan dalam rekod-rekod yang berkaitan.

8.7 KAWALAN OUTPUT TAK AKUR

8.7.1 Hospital Melaka mengambil tindakan yang sesuai berdasarkan keadaan ketakakuran dan kesannya terhadap keakuratan produk dan perkhidmatan. Antara cara-cara untuk menguruskan output tak akur adalah seperti dibawah:

- a) Membuat pembetulan
- b) Membuat pengasingan, pembendungan, pemulangan atau penggantungan penyediaan produk dan perkhidmatan
- c) Memaklumkan pelanggan
- d) Mendapatkan kebenaran untuk penerimaan di bawah konsesi

8.7.2 Organisasi ini mengekalkan maklumat didokumentasikan yang:

- a) Memerihalkan ketakuran
- b) Memerihalkan tindakan yang diambil
- c) Memerihalkan apa-apa konsesi yang diperoleh
- d) Mengenal pasti kuasa yang memutuskan tindakan berkenaan dengan ketakakuran.

9.0 PENILAIAN PRESTASI

9.1 PEMANTAUAN, PENGUKURAN, ANALISA DAN PENILAIAN

9.1.1 Am

Hospital Melaka telah menentukan aktiviti dan proses yang perlu dipantau dan diukur dalam dokumen dan pelan tindakan yang berkaitan. Tujuan utama aktiviti pemantauan, pengukuran, analisis dan penilaian adalah untuk menyediakan maklumat mengenai prestasi dan keberkesanan Sistem Pengurusan Kualiti. Rekod dan maklumat yang berkaitan diselenggara dan dikekalkan sebagai panduan dan bukti kepada aktiviti ini.

9.1.2 Kepuasan Pelanggan

Hospital Melaka memantau tanggapan pelanggan tentang tahap keperluan dan jangkaan mereka yang telah dipenuhi melalui:

- a) Maklumbalas dan aduan pelanggan dari pelbagai sumber
- b) Kajian kepuasan pelanggan
- c) Surat penghargaan dan pujian
- d) Peti cadangan

9.1.3 Analisis dan penilaian

Hospital Melaka menjalankan analisis dan penilaian ke atas data dan maklumat yang penting daripada aktiviti pemantauan dan pengukuran. Teknik statistik digunakan mengikut kesesuaian. Keputusan analisis digunakan untuk menilai:

- a) Keakuran produk dan perkhidmatan,
- b) Tahap kepuasan pelanggan,
- c) Prestasi dan keberkesanan Sistem Pengurusan Kualiti,
- d) Perancangan telah dilaksanakan dengan berkesan,
- e) Keberkesanan tindakan untuk menangani risiko dan peluang,
- f) Prestasi penyedia luar (pembekal dan konsesi),
- g) Keperluan untuk penambahbaikan Sistem Pengurusan Kualiti.

Hasil analisa akan dibentang di Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan.

9.2 AUDIT DALAMAN

Hospital Melaka mempunyai prosedur bagi melaksanakan audit dalaman. Audit dalaman dilaksanakan untuk mengesahkan samada sistem pengurusan kualiti mematuhi peraturan yang ditetapkan serta mengenalpasti keberkesanan sistem kualiti.

Audit dalaman dijalankan oleh juruaudit-juruaudit terlatih. Pengauditan dilakukan sekurang-kurangnya setahun sekali dengan meliputi semua Prosedur Kualiti dan lokasi serta mengambil kira kepentingan proses terlibat dan penemuan audit-audit yang lepas.

Walaupun pengauditan merangkumi semua Prosedur Kualiti, keutamaan diberi kepada bahagian di mana terdapat kelemahan yang nyata dan berulang.

Prosedur Audit Dalaman menyatakan tanggungjawab untuk membuat perancangan dan pelaksanaan dilakukan oleh Ketua Pasukan Audit Dalaman dan juruaudit-juruaudit yang dilantik. Laporan keputusan audit dan rekod berkaitan dipelihara.

Laporan Audit Dalaman direkod dan dimaklumkan kepada personel/ unit yang bertanggungjawab secara langsung ke atas aktiviti yang diaudit untuk tindakan segera dan pembetulan serta penambahbaikan untuk menghapuskan ketidakakuran dan puncapuncanya.

Audit susulan dilakukan untuk mengesahkan pelaksanaan dan keberkesanan tindakan pembetulan yang dibuat. Hasil Audit Dalaman dibentangkan dalam Mesyuarat Kaji Semula Pengurusan.

9.3 KAJIAN SEMULA PENGURUSAN

9.3.1 Am

Pengurusan atasan mengadakan mesyuarat Kajian Semula pengurusan (MKSP) sekurang-kurangnya dua kali setahun untuk memastikan kesesuaian, kecukupan dan keberkesanan system pengurusan kualiti berterusan. MKSP bertujuan untuk menilai peluang-peluang peningkatan dan perubahan yang perlu ke atas SPK termasuk mengkaji semula dasar kualiti dan objektif-objektif kualiti Hospital Melaka. Mesyuarat secara *ad hoc* boleh dilaksanakan sekiranya terdapat isu-isu yang perlu diambil tindakan segera. Di dalam mesyuarat ini agenda hendaklah berdasarkan tujuan memanggil mesyuarat. Keputusan mesyuarat diminitkan untuk tindakan pembetulan, pencegahan dan penambahbaikan yang berterusan.

9.3.2 Input kajian semula pengurusan

Agenda yang dibincangkan dan dikaji semula semasa MKSP adalah seperti berikut:

- a) Susulan dari kajian semula pengurusan yang lepas,
- b) Keputusan audit (dalaman dan luaran),
- c) Maklumbalas pelanggan dan pihak berkepentingan (aduan, kajian kepuasan dan cadangan),

- d) Perubahan isu luaran dan dalaman yang berkaitan dengan Sistem Pengurusan Kualiti,
- e) Prestasi proses dan keakuran perkhidmatan (termasuk pencapaian objektif kualiti),
- f) Status ketidakakuran dan tindakan pembetulan,
- g) Status pemantauan dan pengukuran (contoh: pemantauan indikator),
- h) Keberkesanan tindakan dalam menangani risiko dan peluang,
- i) Kecukupan sumber,
- j) Prestasi penyedia luar (pembekal dan konsesi),
- k) Cadangan dan peluang penambahbaikan

9.3.3 Output kajian semula pengurusan

Hasil dari MKSP mestilah meliputi keputusan-keputusan dan tindakan-tindakan yang berkaitan dengan:

- a) Peluang penambahbaikan,
- b) Keperluan untuk perubahan Sistem Pengurusan Kualiti,
- c) Peningkatan kualiti perkhidmatan kepada pelanggan,
- d) Keperluan sumber.

10.0 PENAMBAHBAIKAN

10.1 AM

Hospital Melaka akan menentukan dan memilih peluang untuk penambahbaikan, dan melaksanakan apa-apa tindakan yang perlu, bagi memenuhi keperluan pelanggan dan meningkatkan kepuasan pelanggan. Ini termasuk:

- a) Menambah baik produk dan perkhidmatan untuk memenuhi keperluan serta mengambil kira keperluan dan ekspektasi di masa hadapan
- b) Membetulkan, mencegah atau mengurangi kesan-kesan yang tidak diingini
- c) Menambahbaik prestasi dan keberkesanan Sistem Pengurusan Kualiti.

10.2 KETAKAKURAN DAN TINDAKAN PEMBETULAN

10.2.1 Hospital Melaka akan mengambil langkah-langkah berikut dalam menangani sebarang ketakakuran, termasuk yang timbul daripada aduan:

- a) Bertindakbalas terhadap ketakuran itu dan, jika berkenaan:
 - i. Mengambil tindakan untuk mengawal dan membetulkannya
 - ii. Menguruskan akibatnya
- b) Menilai keperluan untuk mengambil tindakan dan menghapuskan penyebab ketakakuran, supaya tidak berulang atau berlaku di tempat lain dengan cara:
 - i. Menyemak semula dan menganalisis ketakuran
 - ii. Menentukan penyebab ketakakuran
 - iii. Menentukan jika ketakuran serupa wujud, atau mungkin boleh berlaku
- c) Melaksanakan apa-apa tindakan yang diperlukan
- d) Menyemak semula keberkesanan apa-apa tindakan pembetulan yang diambil
- e) Mengemakini risiko dan peluang yang ditentukan semasa perancangan, jika perlu
- f) Membuat perubahan dalam system pengurusan kualiti jika perlu

Tindakan pembetulan hendaklah bersesuaian dengan kesan ketakuran yang dihadapi.

10.2.2 Hospital Melaka akan mengekalkan maklumat didokumentasikan sebagai bukti:

- a) Keadaan ketakuran dan apa-apa tindakan susulan yang diambil
- b) Hasil apa-apa tindakan pembetulan

10.3 PENAMBAHBAIKAN BERTERUSAN

Hospital Melaka akan menambahbaik kecukupan dan keberkesanan Sistem Pengurusan Kualiti secara berterusan melalui penggunaan dan pelaksanaan dasar kualiti, objektif kualiti, hasil audit dalaman, analisis data, tindakan pembetulan dan hasil keputusan Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan.

11.0 LAMPIRAN

1. Carta Organisasi Hospital Melaka
2. Senarai Objektif Kualiti Hospital Melaka
3. Sistem Pengurusan Kualiti serta Hubungkait Antara Proses Hospital Melaka
4. Contoh Pelan Pengurusan Risiko yang Digunapakai di Hospital Melaka
5. Carta Alir Proses Utama Perawatan Pesakit