



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan

No. Dokumen

PK - HM - INDUK - 01

No. Keluaran : 01

Disediakan oleh

Tandatangan :

Nama : DR. NATALIA HANUM BINTI HASSIM

Jawatan : KETUA UNIT INOVASI

Tarikh : 15.01.2018

Disokong oleh

Tandatangan :

Nama : DR. HJH. ZARINA BINTI SAHROM @ SHAHROM

Jawatan : TIMBALAN PENGARAH PERUBATAN I

Tarikh : 15.01.2018

Diluluskan oleh

Tandatangan :

Nama : DR. HATIJAH BINTI HJ. MOHD TAN

Jawatan : PENGARAH

Tarikh : 15.01.2018



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI
Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

REKOD PINDAAN

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



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

1. OBJEKTIF

Prosedur ini menjelaskan langkah-langkah mengadakan Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan yang bertujuan untuk memastikan kesesuaian, kecukupan dan keberkesanan yang berterusan Sistem Pengurusan Kualiti ISO 9001:2015 Hospital Melaka di dalam mencapai objektifnya.

2. SKOP

Prosedur ini akan digunapakai oleh pihak pengurusan Hospital Melaka dalam mengkaji semula sistem pengurusan kualiti organisasi secara berkala bagi memastikan kesesuaian, kecukupan, keberkesanan dan keselarasan yang berterusan dengan halatuju strategik organisasi.

3. RUJUKAN

Manual Kualiti

PK-HM-INDUK-04	Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan dan Pencegahan Bagi Ketakakuran
PK-HM-INDUK-05	Audit Kualiti Dalaman
PK-HM-INDUK-07	Penilaian Pencapaian Objektif Kualiti

4. TERMINOLOGI

WP	Wakil Pengurusan
PH	Pengarah Hospital
AJK	Ahli Jawatankuasa yang ada dalam mesyuarat
MKSP	Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan
SPK	Sistem Pengurusan Kualiti
Urusetia	Urusetia ISO Hospital Melaka
KJ / KU	Ketua Jabatan dan Ketua Unit



HOSPITAL MELAKA


PROSEDUR KUALITI

Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

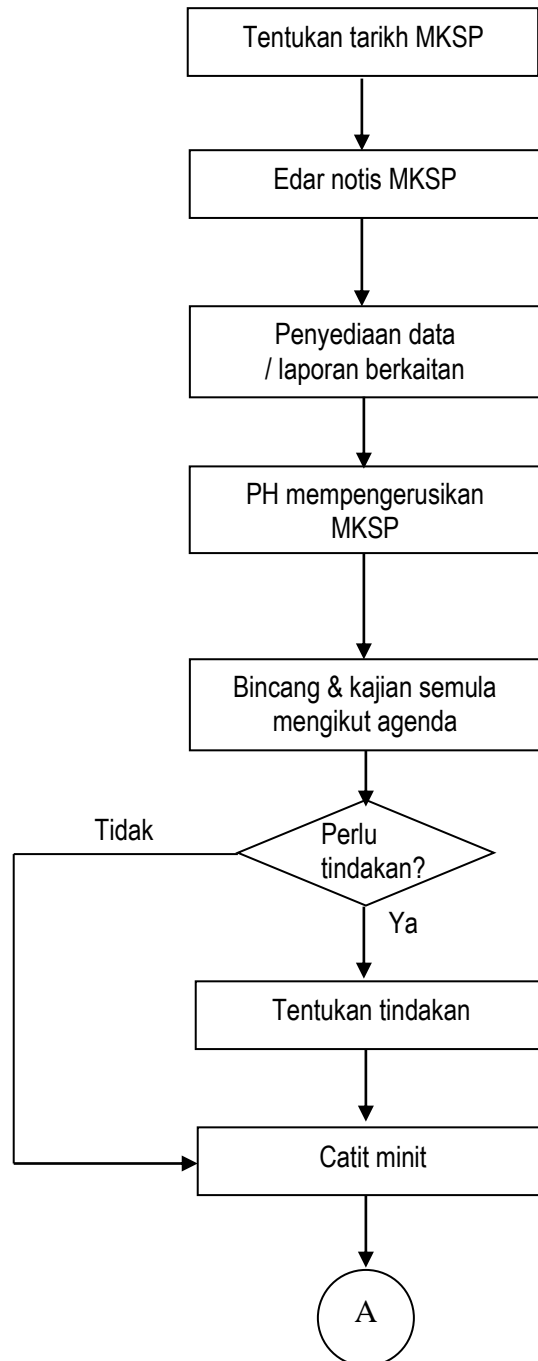
5. TANGGUNGJAWAB DAN TINDAKAN

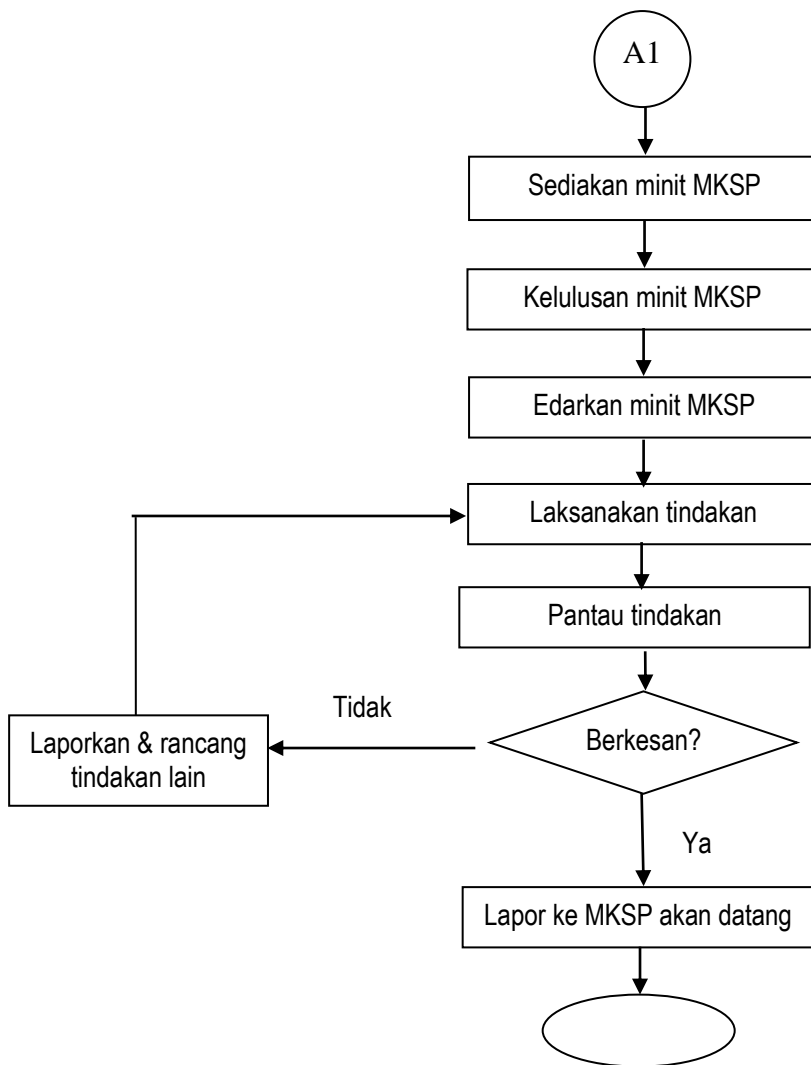
TANGGUNGJAWAB	TINDAKAN
WP / Urusetia PH AJK MKSP	5.1 Pelaksanaan MKSP 5.1.1 Menyelaras dan memastikan kehadiran AJK MKSP pada hari mesyuarat diadakan serta keperluan-keperluan lain. 5.1.2 Mempengerusikan MKSP atau jika tidak dapat mempengerusikan MKSP pada hari berkenaan atas sebab-sebab tertentu, beliau hendaklah menurunkan kuasa kepada Timbalannya. 5.1.3 Memastikan MKSP dilaksanakan berdasarkan agenda yang telah ditetapkan. Jika ada perkara-perkara lain yang ingin dibincangkan, ia boleh dikemukakan selepas agenda utama. 5.1.4 Mengemukakan laporan / data yang telah disediakan untuk dibincang dan dikaji semula oleh AJK MKSP. 5.1.5 Berbincang dengan lebih lanjut jika terdapat sebarang masalah yang perlu diambil tindakan atau perkara yang berpotensi untuk menjadi masalah bagi mengenalpasti tindakan penyelesaian. 5.1.6 Dari pelbagai perkara yang telah dibincang dan dikaji semula, tentukan tindakan-tindakan yang perlu diambil termasuk menentukan jangkamasa yang perlu dan anggota yang bertanggungjawab untuk: <ul style="list-style-type: none">(i) Penambahbaikan ke atas SPK atau proses-prosesnya (cth. penambahbaikan perancangan latihan, penyelenggaraan peralatan, pelaksanaan audit kualiti dalaman, dsb.),(ii) Penambahbaikan ke atas perkhidmatan (cth. mengurangkan aduan pelanggan, meningkatkan pemarkahan dalam kaji selidik kepuasan pelanggan, dsb.), dan(iii) Keperluan sumber-sumber (cth. sumber manusia, kewangan, dsb.).
AJK MKSP PENCATIT MINIT	5.1.7 Pencatit minit seramai tiga orang AJK MS ISO, terdiri daripada dua orang wakil klinikal dan seorang wakil pengurusan dilantik secara bergilir dan dipersetujui semasa mesyuarat Jawatankuasa MS ISO. 5.1.8 Mencatit semua agenda yang dibincang dan mengkaji semula semua ketetapan dan tindakan-tindakan yang perlu diambil.

 HOSPITAL MELAKA	PROSEDUR KUALITI Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan	No. Pindaan: 00 Tarikh: 15.01.2018
PENCATIT MINIT PH WP	5.2 Minit MKSP 5.2.1 Sediakan minit MKSP berdasarkan catitan yang dibuat semasa MKSP. 5.2.2 Majukan minit MKSP yang telah siap kepada PH untuk kelulusan. 5.2.3 Membuat semakan dan meluluskan minit MKSP. Jika ada pindaan/pembetulan, arahkan WP/Urusetia untuk berbuat demikian. 5.2.4 Setelah diluluskan, buat salinan secukupnya dan edarkan kepada semua AJK MKSP.	
	5.3 Tindakan Ke Atas Ketetapan MKSP 5.3.1 Melaksanakan tindakan-tindakan melalui surat-surat arahan/memo daripada WP. 5.3.2 Rujuk PK-HM-INDUK-04 Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan dan Pencegahan Bagi Ketakakuran untuk menjalankan tindakan pembetulan atau penambahbaikan. 5.3.3 Pemantauan tindakan-tindakan pembetulan akan diselenggarakan oleh pengerusi aktiviti-aktiviti kualiti di dalam AJK MKSP. 5.3.4 Semua tindakan yang diambil dan hasilnya mestilah dilaporkan semasa MKSP yang akan datang. Laporan ini boleh juga dikemukakan dari semasa ke semasa (mengikut keperluan) dalam mesyuarat pengurusan atau mesyuarat Ketua Jabatan/Unit.	



6. CARTA ALIRAN







HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan

No. Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018

7. REKOD KUALITI

BIL.	JENIS REKOD	LOKASI	TEMPOH PENYIMPANAN
1.	Surat panggilan MKSP	Unit Inovasi	2 tahun
2.	Minit MKSP	Unit Inovasi	5 tahun (Minit yang melebihi 5 tahun akan dihantarkan kepada pihak pentadbiran untuk urusan pelupusan / penyimpanan oleh Arkib)

8. PENGURUSAN RISIKO

Rujuk Fail Pengurusan Risiko

9. KLAUSA BERKAITAN

4.4 Sistem pengurusan kualiti dan prosesnya

5.1 Kepimpinan dan komitmen

6.0 Perancangan

7.0 Sokongan

8.0 Operasi

9.0 Penilaian prestasi

10.0 Penambahbaikan

10. LAMPIRAN

Tiada.