



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Audit Kualiti Dalaman

No. Dokumen	PK - HM -INDUK - 03	No. Keluaran : 01
--------------------	----------------------------	--------------------------

Disemak oleh	Tandatangan : Nama : DR. HASMAH BINTI HASHIM Jawatan : KETUA AUDIT DALAMAN 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

Audit Kualiti Dalaman

No: Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

REKOD PINDAAN

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

 HOSPITAL MELAKA	PROSEDUR KUALITI Audit Kualiti Dalaman	No: Pindaan: 00 Tarikh: 15.01.2018
---	---	---

1. OBJEKTIF

Prosedur ini menjelaskan kaedah pelaksanaan audit kualiti dalaman ke atas Sistem Pengurusan Kualiti Hospital Melaka untuk:

- (i) Memastikan semua aktiviti yang terlibat di dalam Sistem Pengurusan Kualiti diaudit mengikut perancangan untuk mengesahkan sistem berfungsi dengan berkesan serta tindakan pembetulan dan pencegahan dapat dilakukan dengan efektif; dan
- (ii) Mengenalpasti peluang-peluang untuk meningkatkan keberkesanan Sistem Pengurusan Kualiti secara berterusan.

2. SKOP

Prosedur ini digunakan oleh Juruaudit Kualiti Dalaman untuk merancang dan melaksanakan audit kualiti dalaman ke atas Sistem Pengurusan Kualiti ISO 9001:2015 yang dilaksanakan oleh Hospital Melaka.

3. RUJUKAN

Manual Kualiti
 PK-HM-INDUK- 04 Tindakan Pembetulan dan Pencegahan Ketakakuran

4. TERMINOLOGI

Audit	Proses yang sistematik, berkecuali dan didokumenkan untuk mendapatkan bukti-bukti audit dan menilainya secara objektif untuk menentukan sejauh mana kriteria-kriteria audit telah dipenuhi.
Penemuan audit	Keputusan penilaian daripada bukti-bukti audit yang telah dikumpulkan dan dibandingkan dengan kriteria-kriteria audit.
Bukti audit	Rekod, kenyataan fakta atau maklumat-maklumat lain yang berkaitan dengan kriteria audit.
Kriteria audit	Polisi, prosedur atau keperluan yang digunakan sebagai rujukan.



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Audit Kualiti Dalaman

No: Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

Ketidakpatuhan	Perlaksanaan tertentu yang tidak memenuhi keperluan yang telah ditetapkan.
AKD	Audit Kualiti Dalaman.
WP	Wakil Pengurusan
KAKD	Ketua Audit Kualiti Dalaman
PAKD	Pasukan Audit Kualiti Dalaman
KPAKD	Ketua Pasukan Audit Kualiti Dalaman
SPK	Sistem Pengurusan Kualiti
NCR	<i>Non - Conformance Report</i>
Auditee	Anggota yang diaudit



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Audit Kualiti Dalaman

No: Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

5. TANGGUNGJAWAB DAN TINDAKAN

TANGGUNGJAWAB	TINDAKAN
WP	5.1 Pemilihan Pasukan Audit Kualiti Dalaman
	5.1.1 Memilih PAKD (termasuk KPAKD) di kalangan anggota Hospital Melaka.
Urusetia ISO	5.2 Latihan Pasukan Audit Kualiti Dalaman
	5.2.1 Memberi latihan bengkel AKD untuk membolehkan PAKD yang dipilih dapat melaksanakan audit dalaman yang berkesan.
KAKD	5.3 Perancangan Audit Kualiti Dalaman
	5.3.1 Menyediakan Jadual Perancangan AKD Tahunan (Lampiran 1) yang menunjukkan kekerapan AKD dan aktiviti yang hendak diaudit. AKD mestilah dilaksanakan sekurang-kurangnya sekali setahun dengan mengambil kira kepentingan aktiviti yang hendak diaudit dan prestasi SPK semasa AKD sebelumnya.
	5.3.2 Menyediakan Jadual AKD yang menunjukkan aktiviti yang perlu diaudit, tarikh, skop audit, nama PAKD dan Auditee serta memastikan bahawa setiap Juruaudit tidak akan mengaudit tugasnya sendiri.
	5.3.3 Menyediakan Surat Pemberitahuan AKD dan mengedarkannya kepada PAKD dan KJ/KU yang berkenaan 2 minggu sebelum tarikh audit (Program AKD dilampirkan bersama).
KAKD	5.3.4 Membuat semakan ke atas dokumen kualiti yang berkaitan dengan aktiviti yang hendak diaudit seperti Manual Kualiti, Prosedur Kualiti, Arahan Kerja dan laporan-laporan AKD yang terdahulu.
KPAKD/ Urusetia ISO	5.3.5 Menyediakan Senarai Semak (Lampiran 2) berdasarkan dokumen-dokumen kualiti yang telah disemak dan hendaklah disiapkan sebelum audit dilaksanakan.



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Audit Kualiti Dalaman

No: Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

TANGGUNGJAWAB	TINDAKAN
WP PAKD	<p>5.4 Pelaksanaan Audit</p> <p>5.4.1 Mengadakan Mesyuarat Pembukaan dengan pihak yang akan diaudit. Mesyuarat ini bertujuan untuk menjelaskan tujuan dan skop audit, kaedah yang akan digunakan semasa audit, laporan audit dan perkara-perkara lain yang bersesuaian.</p> <p>5.4.2 Melaksanakan audit dengan mengumpulkan bukti-bukti audit melalui temuramah, pemerhatian, semakan dan pengesahan ke atas dokumen dan rekod yang berkaitan dengan aktiviti yang diaudit.</p> <p>5.4.3 Jika terdapat ketakakuran, rekod dalam Borang Laporan Ketakakuran (NCR) (Lampiran 3) dan dapatkan tandatangan daripada KJ/KU serta cadangan tindakan pembetulan.</p> <p>5.4.4 Mengadakan perbincangan untuk membuat keputusan berkenaan dengan semua penemuan audit. Penemuan audit yang tidak jelas dan sukar diputuskan hendaklah dikemukakan kepada KAKD.</p>



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Audit Kualiti Dalaman

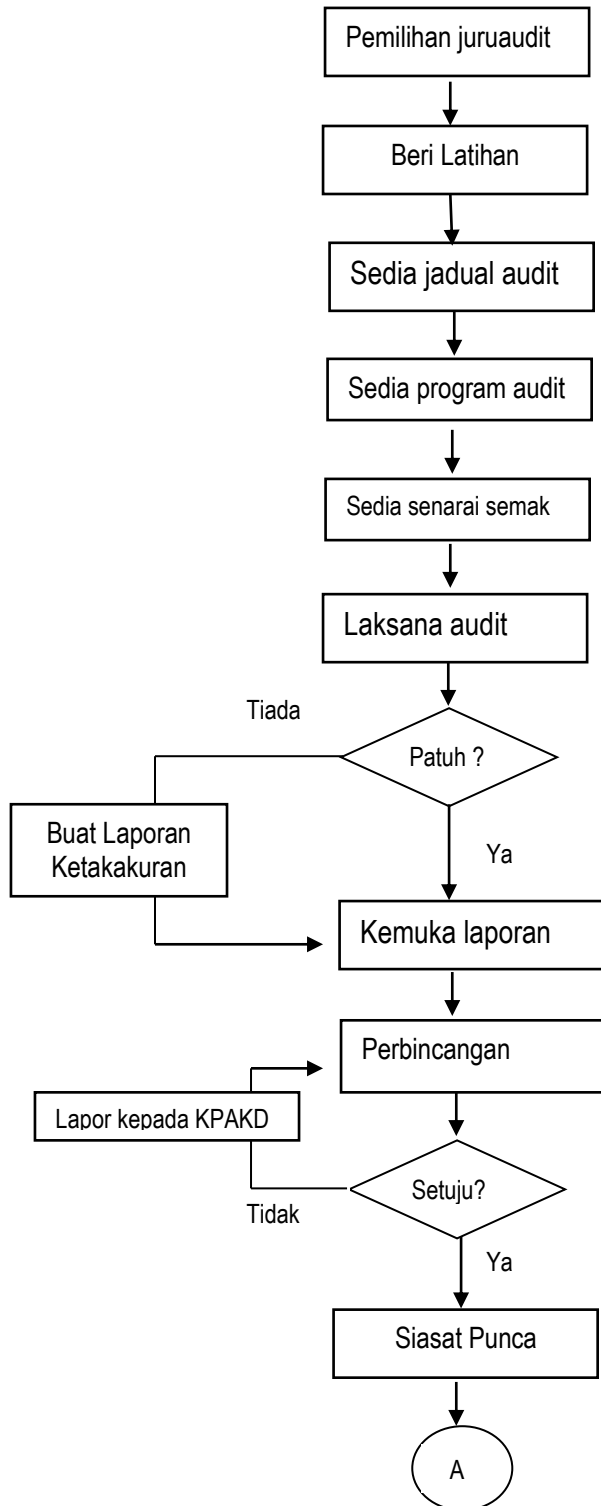
No: Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

TANGGUNGJAWAB	TINDAKAN
<p>PAKD</p> <p>PAKD</p> <p>PAKD/WP</p>	<p>5.5 Laporan Audit</p> <p>5.5.1 Penemuan audit yang diputuskan sebagai Ketidakpatuhan dan Pemerhatian hendaklah dilaporkan di dalam Borang Laporan Ketakakuran (Lampiran 3).</p> <p>5.5.2 Laporan AKD mestilah dipersetujui oleh kedua-dua iaitu juruaudit dan auditee. Jika terdapat perselisihan pendapat mengenai laporan tersebut, ia mestilah dikemukakan kepada KAKD/WP untuk penyelesaian.</p> <p>5.5.3 Borang Laporan Ketakakuran perlu dilengkapi berserta bukti penemuan dan diserahkan kepada PAKD/Urusetia ISO pada tarikh dan masa yang ditetapkan.</p> <p>5.5.4 Mengadakan Mesyuarat Penutup dengan auditee. Mesyuarat ini bertujuan untuk mengemukakan laporan AKD dan perkara-perkara lain yang bersesuaian.</p>
<p>PAKD</p> <p>PAKD/Urusetia ISO</p> <p>KAKD</p> <p>Urusetia ISO</p>	<p>5.6 Audit Susulan</p> <p>5.6.1 Jalankan audit susulan bagi mengesahkan tindakan pembedahan yang dipersetujui telah dilaksanakan oleh auditee sebelum ditutup.</p> <p>5.6.2 Kemukakan Laporan Audit Susulan kepada Urusetia ISO/ KAKD /WP.</p> <p>5.6.3 Teliti Laporan Audit Susulan dan kenalpasti ketakakuran yang masih belum diambil tindakan pembedahan atau memerlukan tindakan penyelesaian jangka panjang atau melibatkan dasar untuk mengatasinya.</p> <p>5.6.4 Buat Laporan Audit secara keseluruhan dan rumusan.</p> <p>5.6.5 Laporkan hasil audit kualiti dalaman kepada Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan seperti berikut:</p> <p>(i) Laporan ketakakuran dan tindakan pembedahan yang telah diambil; dan</p> <p>(ii) Ketakakuran yang tidak dapat diatasi untuk keputusan.</p> <p>5.6.6 Failkan rekod-rekod audit kualiti dalaman untuk semakan.</p>



6. CARTA ALIRAN



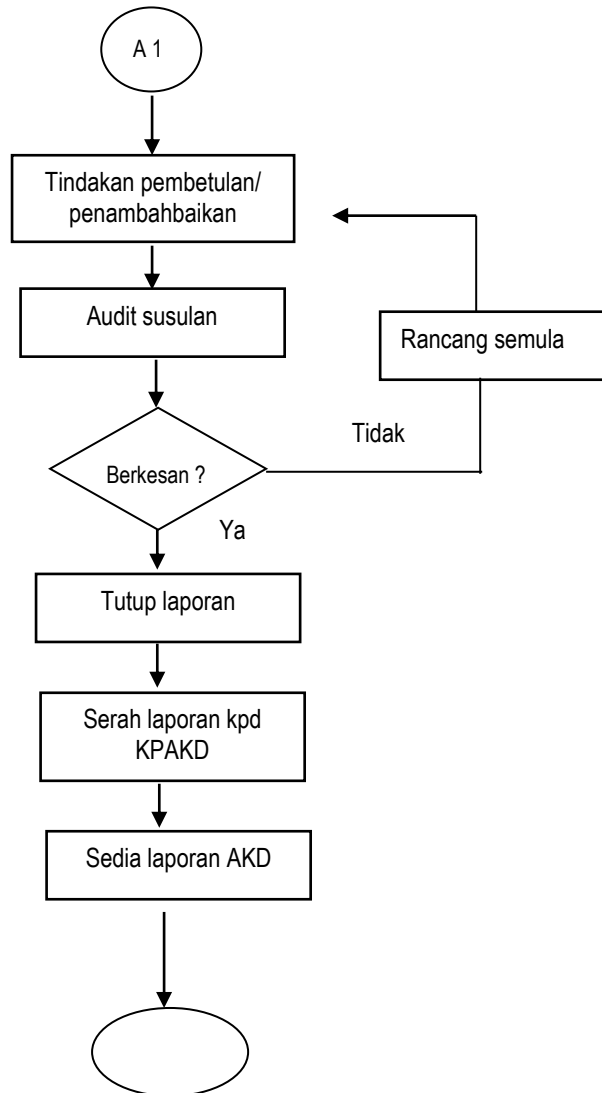


HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

Audit Kualiti Dalaman

No: Pindaan: 00
Tarikh: 15.01.2018



 HOSPITAL MELAKA	PROSEDUR KUALITI Audit Kualiti Dalaman	No: Pindaan: 00 Tarikh: 15.01.2018
---	---	---

7. REKOD KUALITI

BIL	JENIS REKOD	LOKASI	TEMPOH PENYIMPANAN
1.	Jadual Perancangan AKD Tahunan	Unit Kualiti	3 tahun
2.	Program AKD	Unit Kualiti	7 tahun
3.	Surat Panggilan AKD	Unit Kualiti	7 tahun
4.	Senarai Semak	Unit Kualiti	7 tahun
5.	Laporan Ketakakuran	Unit Kualiti	7 tahun
6.	Laporan Audit Dalaman	Unit Kualiti	7 tahun
7.	Surat Perlantikan Juruaudit Audit Kualiti Dalaman	Unit Kualiti	7 tahun
8.	Surat Pemberitahuan Mengenai Audit Kualiti Dalaman	Unit Kualiti	7 tahun

Lampiran

- Lampiran 1 : Jadual Perancangan AKD Tahunan
- Lampiran 2 : Senarai Semak
- Lampiran 3 : Borang Laporan Ketakakuran (NCR)

 HOSPITAL MELAKA	PROSEDUR KUALITI Audit Kualiti Dalaman	No: Pindaan: 00 Tarikh: 15.01.2018
---	---	---

8. INPUT

8.1 Sumber Manusia

Pengarah Hospital
 Wakil Pengurusan
 Ketua Jabatan
 Ketua Unit
 Ketua Audit Kualiti Dalaman
 Anggota Yang Terlibat

8.2 Data/Informasi

Standard MS ISO 9001:2015
International Standard ISO 19011
 Manual Kualiti
 Prosedur Kualiti
 Arahan Kerja
 Dokumen Luaran

8.3 Peralatan

Komputer
 Mesin fotostat
 Mesin Binding

9. PENGURUSAN RISIKO

Rujuk Fail Pengurusan Risiko.

 HOSPITAL MELAKA	PROSEDUR KUALITI Audit Kualiti Dalaman	No: Pindaan: 00 Tarikh: 15.01.2018
---	---	---

10. KLAUSA BERKAITAN

- 7.1.3 Prasarana
- 7.1.4 Persekitaran untuk Operasi Proses
- 7.1.6 Pengetahuan Organisasi
- 7.2 Kekompetenan
- 7.3 Kesedaran
- 7.5.3 Kawalan Maklumat Didokumentasi
- 8.1 Perancang dan Kawalan Operasi
- 8.5.1 Kawalan Penyediaan Pengeluaran dan Perkhidmatan
- 8.5.2 Pengenalpastiaan dan Kebolehesanan
- 9.2 Audit Dalaman
- 10.0 Penambahbaikan
- 10.2 Ketakakuran dan Tindakan Pembetulan
- 10.3 Penambahbaikan Berterusan

Jadual Perancangan Audit Kualiti Dalam Tahunan

Hospital Melaka

Tahun: _____

AKTIVITI	Jan	Feb	Mac	Apr	Mei	Jun	Jul	Ogs	Sep	Okt	Nov	Dis
1.Audit Kualiti Dalam Hospital								√				

Disediakan oleh: _____

Disahkan oleh : _____

Tandatangan : _____

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

Tarikh : _____

 HOSPITAL MELAKA	PROSEDUR KUALITI Audit Kualiti Dalaman	No: Pindaan: 00 Tarikh: 15.01.2018
---	---	---

LAMPIRAN 2

**SENARAI SEMAKAN AUDIT
HOSPITAL MELAKA**

Prosedur :
No. Dokumen:

Juruaudit:
Tarikh:

Bil.	Soalan / Topik	Rujukan	Pertanyaan Kepada Auditee	Perlaksanaan Aktiviti Respon	Bukti Yang Perlu Disemak	Catitan

 HOSPITAL MELAKA	PROSEDUR KUALITI Audit Kualiti Dalaman	No: Pindaan: 00 Tarikh: 15.01.2018
---	---	---

Lampiran 3

Borang Laporan Ketakakuran (NCR)

No. Audit: _____ Tahun: _____	No. NC: _____	
Tarikh Audit: _____	Lokasi Diaudit: _____	
<p style="text-align: center;">Jenis NCR</p> <input type="checkbox"/> Major <input type="checkbox"/> Minor <input type="checkbox"/> Observation	Prosedur diaudit : _____ _____ No. Dokumen : _____ Juruaudit: _____	
No Klausu:		
1. Keterangan NCR: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%; text-align: center;"> _____ (Nama & Tandatangan Juruaudit) </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> _____ (Nama & Tandatangan Auditee) </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> _____ (Nama & Tandatangan Ketua Unit) </div> </div>		
2. Keputusan Hasil Siasatan dan Pengenalpastiaan Punca (Bagaimana/Kenapa ketakakuran terjadi?). Sertakan lampiran jika perlu.		
3. Tindakan Pembedulan : <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> _____ (Nama & Tandatangan Ketua Unit) </div>		
4. Verifikasi / Tindakan Susulan: <input type="checkbox"/> Tindakan Pembedulan Memuaskan <input type="checkbox"/> Tindakan Pembedulan Tidak Memuaskan Komen : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> _____ (Nama & Tandatangan Juruaudit) </div> <div style="width: 45%;"> Tarikh: _____ </div> </div>		