



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

**Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan Dan Pencegahan Bagi
Ketakakuran**

No. Dokumen

PK - HM - INDUK - 04

No. Keluaran : 01

Disemak 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

**Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan
Dan Pencegahan Bagi Ketakakuran**

No. Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

REKOD PINDAAN

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



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

**Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan
Dan Pencegahan Bagi Ketakakuran**

No. Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

1. OBJEKTIF

Prosedur ini menggariskan langkah-langkah bagi memastikan tindakan diambil terhadap sesuatu ketakakuran sebagai suatu usaha untuk menambahbaikkan sistem pengurusan kualiti.

2. SKOP

Prosedur ini digunakan oleh pengurusan Hospital Melaka untuk menentukan dan memilih peluang serta melaksanakan tindakan yang sewajarnya untuk membetulkan, mencegah atau mengurangkan kesan yang tidak diingini demi menambahbaikkan prestasi perkhidmatan dan keberkesanan sistem pengurusan kualiti.

3. RUJUKAN

Manual Kualiti

Garis panduan pelaporan insiden 2.0

PK-HM-I-03 Pengurusan Aduan Awam

PK- HM-I-05 Audit Kualiti Dalaman

PK-HM-I-07 Penilaian Pencapaian Objektif Kualiti

Laporan *Hospital Performance Indicators for Accountability* (HPIA) dan *Key Performance Indicators* (KPI)

Garis panduan pelaporan Short Fall in Quality bagi *Hospital Performance Indicators for Accountability* (HPIA) dan *Key Performance Indicators* (KPI)



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

**Tindakan Pembedulan, Penambahbaikan
Dan Pencegahan Bagi Ketakakuran**

No. Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

4. TERMINOLOGI

Ketakakuran	Aspek-aspek perkhidmatan, proses dan sebagainya yang tidak memenuhi keperluan/saranan yang ditetapkan.
Pembedulan	Memperbetulkan sesuatu ketakakuran yang telah berlaku
Tindakan Pembedulan	Tindakan yang diambil untuk mengelakkan daripada sesuatu ketakakuran berulang
Tindakan Penambahbaikan	Usaha yang dilakukan secara berterusan atau konsisten untuk memperbaiki/menambahbaikan sesuatu perkhidmatan atau proses
Tindakan Pencegahan	Langkah-langkah yang diambil untuk menghalang potensi berlakunya ketakakuran.
PH	Pengarah Hospital
WP	Wakil Pengurusan
TPP	Timbalan Pengarah Perubatan
KUI	Ketua Unit Inovasi
KPJ	Ketua Penyelia Jururawat
KPH	Ketua Penyelia Hospital
KJ / U	Ketua Jabatan / Unit
Ahli Mesyuarat	Ahli-ahli Mesyuarat MKSP / Mesyuarat Pengurusan Hospital/ lain-lain
AJK	Ahli Jawatankuasa yang berkaitan
HPIA	<i>Hospital Performance Indicators for accountability</i>
KPI	<i>Key performance indicators</i>



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI


Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan
Dan Pencegahan Bagi Ketakakuran

No. Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

5. TANGGUNGJAWAB DAN TINDAKAN

TANGGUNGJAWAB	TINDAKAN
PH/ TPP/KUI/ KPJ/KPH/KJ/U	<p>5.1. Menerima laporan ketakakuran dari pelbagai sumber seperti berikut:</p> <ul style="list-style-type: none">5.1.1 Aduan Pelanggan5.1.2 Laporan insiden5.1.3 Kajian Kepuasan Pelanggan5.1.4 Laporan objektif kualiti/ HPIA/ KPI5.1.5 Laporan Audit Dalaman/luaran5.1.6 Isu-isu yang dibangkitkan semasa mesyuarat5.1.7 Cadangan penambahbaikan yang diterima dari staf.5.1.8 Dan lain-lain sumber
PH/ TPP/KUI/ KPJ/KPH/KJ/U	<p>5.2. Mengambil tindakan terhadap ketakakuran</p> <ul style="list-style-type: none">5.2.1. Kenalpasti aspek-aspek ketakakuran yang berlaku.5.2.2. Mengambil tindakan untuk mengawal dan membetulkan keadaan.5.2.3. Mengambil tindakan untuk menguruskan akibatnya (<i>damage control</i>).5.2.4. Menilai keperluan untuk mengambil tindakan menghapuskan penyebab ketakakuran, supaya tidak berulang atau berlaku di tempat lain dengan cara:<ul style="list-style-type: none">i) Menyemak semula dan menganalisis ketakakuranii) Menentukan penyebab ketakakuran (<i>root cause analysis</i>)iii) Menentukan jika ketakakuran serupa wujud, atau mungkin boleh berlaku.5.2.5. Melaksanakan apa-apa tindakan yang diperlukan5.2.6. Menyemak semula keberkesanan apa-apa tindakan pembetulan yang diambil5.2.7. Mengemas kini risiko dan peluang yang ditentukan semasa perancangan (jika perlu)

 <p>HOSPITAL MELAKA</p>	<p align="center">PROSEDUR KUALITI</p> <p align="center">Tindakan Pembeduan, Penambahbaikan Dan Pencegahan Bagi Ketakakuran</p>	<p align="center">No. Pindaan: 00</p> <p align="center">Tarikh: 15.01.2018</p>
	<p>5.2.8. Membuat perubahan dalam sistem pengurusan kualiti (jika perlu)</p> <p>* Tindakan pembeduan hendaklah bersesuaian dengan kesan ketakakuran yang dihadapi.</p> <p>5.2.9. Setiap jabatan/unit yang terlibat hendaklah mengekalkan maklumat didokumentasikan sebagai bukti dan menyerahkan sesalinan kepada Unit Inovasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Keadaan ketakakuran dan apa-apa tindakan susulan yang diambil ii) Hasil apa-apa tindakan pembeduan 	
<p>PH/ TPP/KUI/ KPJ/KPH/KJ/U</p>	<p>5.3 Penambahbaikan berterusan</p> <p>5.3.1 Tindakan penambahbaikan secara berterusan harus diambil demi kesesuaian, kecukupan dan keberkesanan sistem pengurusan kualiti menerusi pelbagai jawatankuasa-jawatankuasa yang telah atau perlu ditubuhkan.</p> <p>5.3.2. Setiap jawatankuasa/jabatan/unit hendaklah mengambil kira keputusan analisis dan penilaian, dan output daripada kajian semula pengurusan, bagi menentukan jika terdapat keperluan atau peluang yang sepatutnya ditangani sebagai sebahagian daripada penambahbaikan berterusan.</p>	



HOSPITAL MELAKA

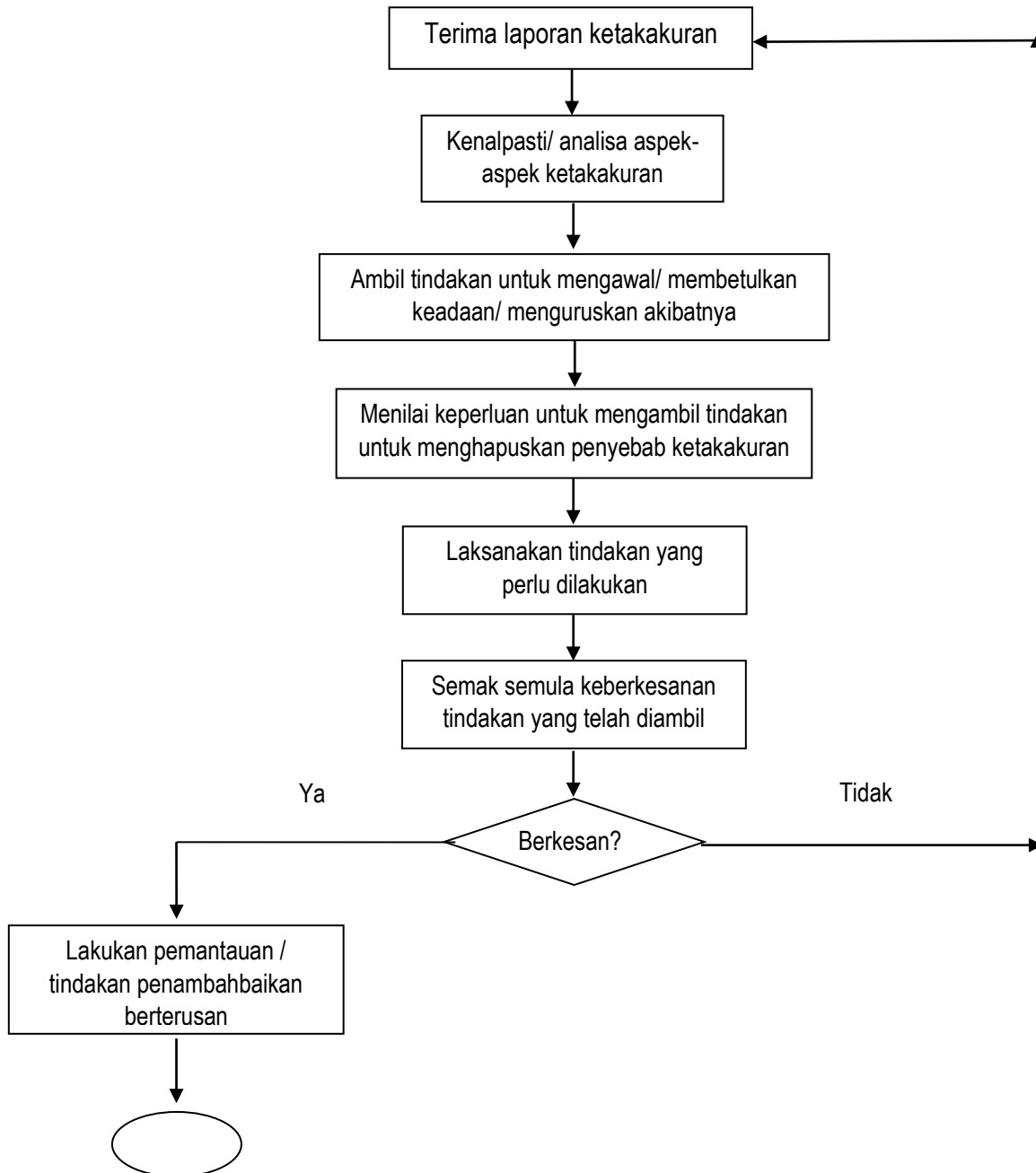
PROSEDUR KUALITI

Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan
Dan Pencegahan Bagi Ketakakuran

No. Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

6. CARTA ALIRAN





HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

**Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan
Dan Pencegahan Bagi Ketakakuran**

No. Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

7. REKOD KUALITI

BIL.	JENIS REKOD	LOKASI	TEMPOH PENYIMPANAN
1.	Laporan audit <ul style="list-style-type: none">- Audit Dalaman ISO- Audit Luaran ISO- Audit/Survey Akreditasi MSQH- Audit KPI/HPIA- Audit Klinikal- Audit-audit yang dilakukan di jabatan/unit masing-masing	Unit Inovasi	2 Tahun
2.	Borang Analisa Objektif Kualiti Jabatan/Unit	Unit Inovasi	2 Tahun
3.	Borang Pelaporan KPI/HPIA	Unit Inovasi	2 Tahun
4.	Laporan Insiden	Unit Inovasi	5 Tahun
5.	Laporan <i>Short Fall in Quality (SIQ)/ Root Cause Analysis (RCA)</i>	Unit Inovasi	5 Tahun
6.	Laporan <i>Peri-operative Mortality Review (POMR)/ Morbidity & Mortality Review</i>	Unit Inovasi	5 Tahun

LAMPIRAN

Rujuk senarai HPIA/KPI/Objektif Kualiti dan lain-lain.



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

**Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan
Dan Pencegahan Bagi Ketakakuran**

No. Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

8. INPUT

8.1 Sumber Manusia

Pengarah Hospital

Timbalan Pengarah Klinikal

Timbalan Pengarah Pengurusan

Wakil Jabatan / Unit

Pembantu Tadbir (Pentadbiran)

Urusetia ISO 9001

8.2 Data / Informasi

Format Pelaporan Objektif Kualiti

Format kamus spesifikasi Objektif Kualiti

Laporan Objektif Kualiti

8.3 Peralatan

Komputer

Pencetak

9. PENGURUSAN RISIKO

Rujuk Fail Pengurusan Risiko.



HOSPITAL MELAKA

PROSEDUR KUALITI

**Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan
Dan Pencegahan Bagi Ketakakuran**

No. Pindaan: 00

Tarikh: 15.01.2018

10. KLAUSA BERKAITAN

- 4.2 Memenuhi keperluan & jangkaan pihak yang berpentingan
- 5.1 Kepimpinan & komitmen
- 5.3 Peranan, tanggungjawab & bidang kuasa organisasi
- 5.3 Peranan, tanggungjawab & bidang kuasa organisasi
- 6.1 Tindakan menyatakan risiko & peluang
- 6.2 Objektif kualiti & perancangan utk mencapainya
- 6.3 Merancang perubahan
- 7.4 Komunikasi
- 7.5.2 Mewujudkan & mengemaskini
- 7.5.3 Kawalan maklumat didokumentasikan
- 8.2.2 Menentukan keperluan untuk produk & perkhidmatan
- 8.2.3 Kajian semula keperluan untuk produk & perkhidmatan
- 8.5.1 Kawalan penyediaan pengeluaran & perkhidmatan
- 8.7 Kawalan output tak akur
- 9.0 Penilaian prestasi
- 10.0 Penambahbaikan