



**HOSPITAL MELAKA**

# **PROSEDUR KUALITI**

**Penilaian Pencapaian Objektif Kualiti**

**No. Dokumen**

**PK - HM - INDUK - 05**

**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**  
Penilaian Pencapaian Objektif Kualiti

No. Pindaan: 00  
Tarikh: 15.01.2018

**REKOD PINDAAN**

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



**HOSPITAL MELAKA**

# **PROSEDUR KUALITI**

## **Penilaian Pencapaian Objektif Kualiti**

**No. Pindaan: 00**  
**Tarikh: 15.01.2018**

### **1. OBJEKTIF**

Prosedur ini adalah garis panduan untuk pengumpulan, pemantauan, penganalisan dan penilaian data-data berkaitan Objektif Kualiti. Sebarang penambahbaikan akan diselia melalui Prosedur Kualiti Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan dan Pencegahan bagi Ketakakuran (PK-HM-Induk-04).

### **2. SKOP**

Prosedur ini akan digunakan bagi pengumpulan dan penganalisan data-data yang berkaitan dengan pencapaian Objektif Kualiti Jabatan atau Unit.

### **3. RUJUKAN**

MK-HM-01	Manual Kualiti
PK-HM-INDUK-01	Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan
PK-HM-INDUK-02	Kawalan Dokumen
PK-HM-INDUK-04	Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan dan Pencegahan bagi Ketakakuran

### **4. TERMINOLOGI**

<b>PH</b>	- Pengarah Hospital
<b>KUI</b>	- Ketua Unit Inovasi
<b>WP</b>	- Wakil Pengurusan
<b>TPP</b>	- Timbalan Pengarah Perubatan
<b>MKSP</b>	- Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan
<b>KJ / KU</b>	- Ketua Jabatan / Ketua Unit
<b>WJ</b>	- Wakil Jabatan
<b>PPK</b>	- Pemilik Prosedur Kualiti



HOSPITAL MELAKA


# PROSEDUR KUALITI

## Penilaian Pencapaian Objektif Kualiti

No. Pindaan: 00  
Tarikh: 15.01.2018

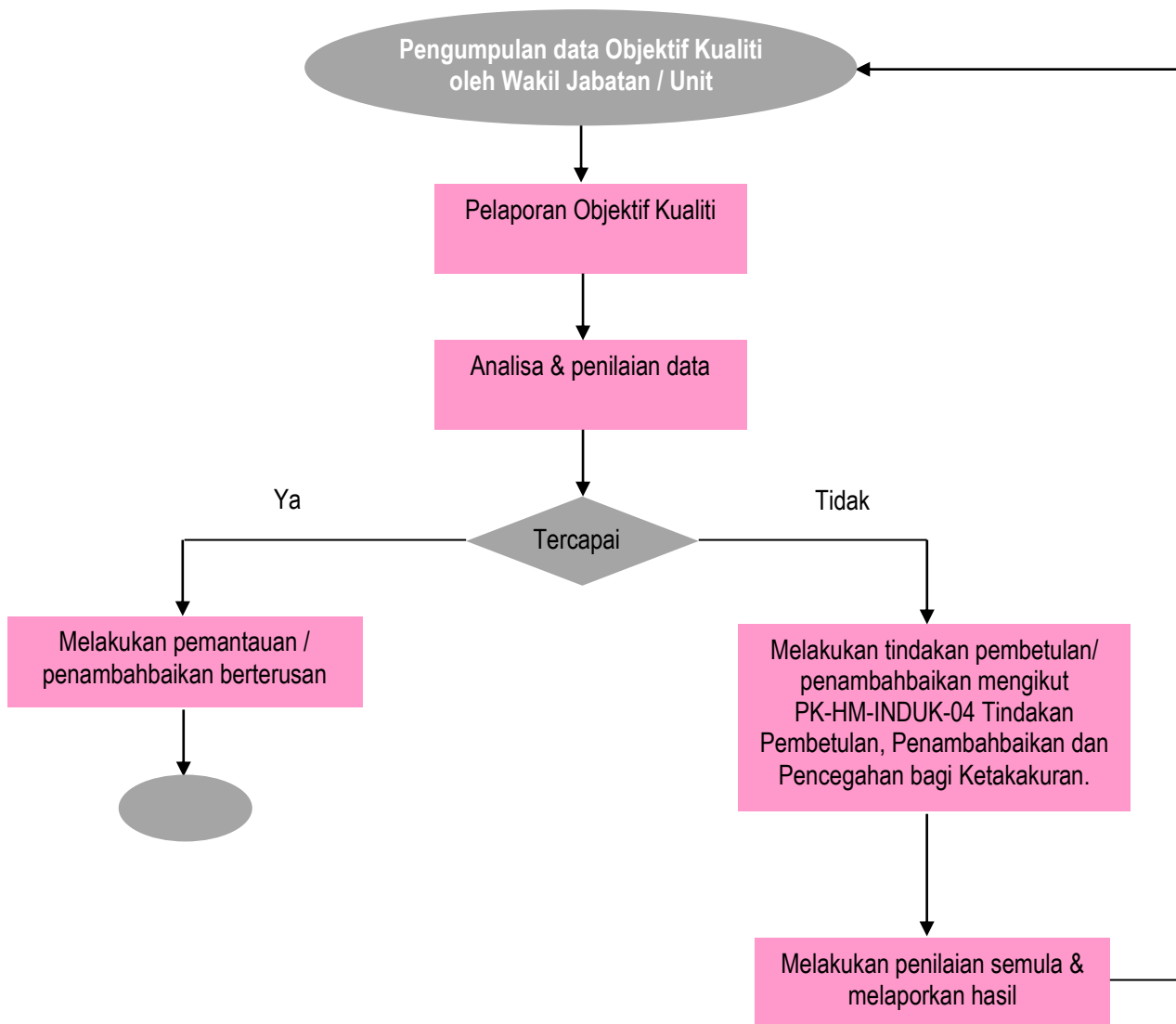
### 5. TANGGUNGJAWAB DAN TINDAKAN

TANGGUNGJAWAB	TINDAKAN
PPK	<p><b>5.1 Menetapkan Objektif Kualiti</b></p> <p>5.1.1 PPK harus menetapkan Objektif Kualiti yang harus dipantau dan dirasakan relevan dengan skop perkhidmatan. Objektif Kualiti tersebut hendaklah:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Seiring dengan Dasar Kualiti Hospital Melaka</li><li>- Boleh diukur</li><li>- Dipantau</li><li>- Mengambil kira keperluan yang diterima pakai</li><li>- Dikomunikasikan kepada kakitangan hospital</li><li>- Dikemaskinikan mengikut kesesuaian</li></ul> <p>5.1.2 Kamus spesifikasi Objektif Kualiti hendaklah disediakan oleh PPK berdasarkan format yang ditetapkan oleh KUI (lampiran).</p>
KUI	<p><b>5.2 Menyelaraskan pelaporan dan pengumpulan Objektif Kualiti</b></p> <p>5.2.1 Menyediakan format kamus spesifikasi dan borang pelaporan Objektif Kualiti untuk tujuan pemantauan dan penganalisan.</p> <p>5.2.2 Memastikan pelaporan Objektif Kualiti dilakukan oleh WJ mengikut keperluan/frekuensi pelaporan yang telah ditetapkan oleh PPK.</p> <p>5.2.3 Memastikan ketakakuran telah diambil tindakan penambahbaikan oleh jabatan/unit yang terlibat mengikut PK-HM-INDUK-04 Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan dan Pencegahan bagi Ketakakuran.</p> <p>5.2.4 Menyediakan laporan analisa Objektif Kualiti yang akan dibentangkan di dalam MKSP (rujuk PK-HM-INDUK-01 Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan).</p>

 <p><b>HOSPITAL MELAKA</b></p>	<p align="center"><b>PROSEDUR KUALITI</b></p> <p align="center"><b>Penilaian Pencapaian Objektif Kualiti</b></p>	<p align="right"><b>No. Pindaan: 00</b></p> <p align="right"><b>Tarikh: 15.01.2018</b></p>
<p><b>WJ</b></p>	<p><b>5.3 Mengumpul dan melaporkan data Objektif Kualiti</b></p> <p>5.3.1 Data-data berkaitan dengan pelaporan Objektif Kualiti dikumpul berdasarkan kaedah yang telah ditetapkan oleh PPK.</p> <p>5.3.2 Data-data ini hendaklah dilaporkan kepada Unit Inovasi dengan menggunakan borang pelaporan Objektif Kualiti (lampiran) mengikut frekuensi yang telah ditetapkan.</p> <p>5.3.3 Salinan borang ini hendaklah disimpan di jabatan/unit masing-masing untuk tujuan pengauditan.</p>	
<p><b>KJ / KU / WJ</b></p>	<p><b>5.4 Menganalisa pencapaian Objektif Kualiti</b></p> <p>5.4.1 Pencapaian Objektif Kualiti hendaklah dianalisis dan dinilai.</p> <p>5.4.2 Pencapaian ini hendaklah dibentangkan di peringkat jabatan/unit sebagai pemakluman prestasi perkhidmatan jabatan/unit tersebut.</p> <p>5.4.3 Sebarang ketakakuran hendaklah diambil tindakan berdasarkan PK-HM-INDUK-04 Tindakan Pembetulan, Penambahbaikan dan Pencegahan bagi Ketakakuran.</p>	



6. CARTA ALIRAN





**HOSPITAL MELAKA**

# **PROSEDUR KUALITI**

## **Penilaian Pencapaian Objektif Kualiti**

**No. Pindaan: 00**  
**Tarikh: 15.01.2018**

### **7. REKOD KUALITI**

<b>BIL.</b>	<b>JENIS REKOD</b>	<b>LOKASI</b>	<b>TEMPOH PENYIMPANAN</b>
1.	Borang Jadual Kajian Objektif	Pejabat Pentadbiran	5 Tahun
2.	Borang Analisa Kajian Objektif Kualiti Jabatan / Unit	Pejabat Pentadbiran	5 Tahun
3.	Borang Laporan Bulanan Objektif Kualiti Jabatan / Unit	Pejabat Pentadbiran	5 Tahun

### **8. INPUT**

#### **8.1 Sumber Manusia**

Pengarah Hospital  
Timbalan Pengarah Klinikal  
Timbalan Pengarah Pengurusan  
Wakil Jabatan / Unit  
Pembantu Tadbir (Pentadbiran)  
Urusetia ISO 9000

#### **8.2 Data / Informasi**

Format Pelaporan Objektif Kualiti  
Format kamus spesifikasi Objektif Kualiti  
Laporan Objektif Kualiti

### **9. PENGURUSAN RISIKO**

Rujuk Fail Pengurusan Risiko



**HOSPITAL MELAKA**

# **PROSEDUR KUALITI**

## **Penilaian Pencapaian Objektif Kualiti**

**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
- 6.1 Tindakan menyatakan risiko & peluang
- 6.2 Objektif kualiti & perancangan untuk 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



HOSPITAL MELAKA

# PROSEDUR KUALITI

Penilaian Pencapaian Objektif Kualiti

No. Pindaan: 00  
Tarikh: 15.01.2018

Lampiran

## KAMUS SPESIFIKASI BAGI OBJEKTIF KUALITI HOSPITAL MELAKA 2018

Jabatan/Unit		
Prosedur Kerja		
Objektif Kualiti		
Dimensi Objektif Kualiti		
Rationale		
Definisi terma		
Kriteria	<i>Kriteria Inclusion</i>	
	<i>Kriteria Exclusion</i>	
Numerator (a)		
Denominator (b)		
Formula		
Sasaran		
Frekuensi pelaporan		
Pengumpulan Data	Dimana data dikumpul?	
	Siapa yang mengumpul data?	
	Bagaimana data dikumpul?	
Nota		