

MANUAL SISTEM PENGURUSAN KUALITI

No Dokumen: HAG-MK-03
Tarikh Kuatkuasa : 11 Ogos 2018

Disediakan oleh	Disemak oleh
Dahlia Binti Md Shah	Dr Suraidah Binti Karim
Penyelaras MS ISO	Pengarah Hospital
1 Ogos 2018	5 Ogos 2018

KAWALAN DOKUMEN

Dokumen ini adalah DOKUMEN TERKAWAL dan tertakluk kepada peraturan-peraturan berikut :-

- a) Diberi nombor kawalan tertentu dan dikemaskini apabila terdapat pindaan.
- b) Dipinda mana-mana bahagian atau keseluruhannya oleh Jawatan Kuasa Induk MS ISO HAG atau seperti yang diputuskan di dalam Mesyuarat Kaji Semula Pengurusan atau di atas keperluan semasa dengan kelulusan Pengarah Hospital
- c) Dokumen Terkawal adalah seperti dipaparan skrin manakala setiap dokumen bercetak tidak lagi dianggap sebagai Dokumen Terkawal kecuali yang diberi nombor edaran iaitu di Unit Kualiti.

REKOD PINDAAN MANUAL KUALITI

BIL	RUJUKAN PINDAAN/ MUKA SURAT TERLIBAT	TARIKH KUATKUASA	NO. KELUARAN/VERSI
1.	Perubahan keseluruhan kandungan manual kualiti mengikut keperluan MS ISO:2008	1 OKT 2014	HAG-MK-01
2.	Perubahan keseluruhan kandungan manual kualiti mengikut keperluan MS ISO 9001:2015	1 SEPT 2017	HAG-MK-02
3.	Pindaan pada klausa 2.3 Keterangan lanjut bagi klausa 3.0, 4.1,4.4,5.3, 6.3,7.5,8.4.1,8.4.2 dan 8.5.3.	1 OGOS 2018	HAG-MK-03

ISI KANDUNGAN

1.1 Pengenalan Manual Kualiti	4
1.2 Objektif Manual Kualiti	4
1.3 Skop Pelaksanaan.....	4
2.0 MAKLUMAT MENGENAI ORGANISASI	5
2.1 Latar belakang Organisasi	5
2.2 Carta Organisasi.....	5
2.3 Perkhidmatan yang diberikan.....	5
Perkhidmatan Rawatan Pesakit Dalam.....	5
2.4 Visi	6
2.5 Misi.....	6
2.6 Alamat hospital	6
3.0 DEFINISI, SINGKATAN DAN RUJUKAN	7
3.1 DEFINISI	7
3.2 SINGKATAN.....	8
3.3 RUJUKAN.....	8
4.0 KONTEKS ORGANISASI.....	9
4.1 Keperluan Am	9
4.2 Memahami Kehendak dan Jangkaan Pihak Berkepentingan.....	9
4.3 Skop Sistem Pengurusan Kualiti	9
4.4 Sistem Pengurusan Kualiti dan Proses-prosesnya	9
4.4.1 Turutan dan interaksi proses-proses dalam Sistem Pengurusan Kualiti (SPK)	9
4.4.2 Penyimpanan dan Pemeliharaan Dokumen	10
5.0 KEPIMPINAN.....	10
5.1 Kepimpinan dan Komitmen	10
5.1.1 Am	10
5.1.2 Fokus Kepada Pelanggan.....	10
5.2 Dasar Kualiti	11
5.2.1 Mewujudkan Dasar Kualiti.....	11
5.2.2 Menyebarkan Dasar Kualiti	11
5.3 Peranan, Tanggungjawab dan Kuasa Dalam Organisasi	11
5.3.1 Penyelaras Sistem Pengurusan Kualiti	11
6.0 Perancangan	12
6.1 Pengurusan Risiko.....	12
6.2 Objektif Kualiti dan Perancangan Untuk Mencapainya	12
6.3 Perancangan Perubahan Sistem Pengurusan Kualiti	13
7.0 SOKONGAN.....	13
7.1 Sumber	13
7.1.1 Am	13
7.1.2 Tenaga Kerja	14
7.1.3 Infrastruktur.....	14
7.1.4 Persekitaran Operasi	14

7.1.5 Pemantauan dan Pengukuran sumber	14
7.1.6 Pengetahuan Organisasi.....	15
7.2 Kompetensi dan Latihan	15
7.3 Kesedaran	16
7.4 Komunikasi	16
7.5 Maklumat yang didokumenkan.....	16
7.5.2 Menyedia dan Mengemaskini.....	17
7.5.3 Kawalan Maklumat yang didokumenkan	17
8.0 OPERASI.....	18
8.1 Perancangan dan Kawalan Operasi.....	18
8.2 Keperluan untuk produk dan perkhidmatan.	18
8.2.1 Komunikasi pelanggan	18
8.2.2 Penentuan Keperluan Berkaitan Produk dan Perkhidmatan.....	19
8.2.3 Kajian semula Keperluan Berkaitan Produk dan Perkhidmatan.....	19
8.2.4 Perubahan kepada Keperluan Produk dan Perkhidmatan	19
8.4 Kawalan Terhadap Produk dan Perkhidmatan yang Dibekalkan Dari Luar.....	20
8.4.1Am	20
8.4.2 Jenis dan Tahap Kawalan	20
8.4.3 Maklumat Kepada Pembekal Luar	21
8.5 Penyediaan Produk dan Perkhidmatan	21
8.5.1 Kawalan Penyediaan Produk dan Perkhidmatan.....	21
8.5.2 Identifikasi dan Kemudahkesanan.....	22
8.5.3 Harta Milikan Pelanggan atau Penyedia Luar.....	22
8.5.4 Pemeliharaan.....	22
8.5.5 Aktiviti Selepas Penghantaran Produk/Penyampaian Perkhidmatan	23
8.5.6 Kawalan Perubahan.....	23
8.6 Pelepasan Produk dan Perkhidmatan	23
8.7 Kawalan Output Yang Tidak Akur	23
9.0 PENILAIAN PRESTASI.....	24
9.1 Pemantauan, Pengukuran, Analisis dan Penilaian.....	24
9.1.1 Am	24
9.1.2 Kepuasan Pelanggan.....	24
9.1.3 Analisis dan Penilaian	24
9.3 Kajian Semula Pengurusan.....	26
9.3.1Am	26
9.3.2 Input Semakan.....	26
9.3.3 Output Semakan	26
10.0 PENAMBAHBAIKAN.....	27
10.1 Am	27
10.2 Ketidakkakuran dan Tindakan Pembetulan.....	27
10.3 Penambahbaikan berterusan	27

PENGENALAN

1.1 Pengenalan Manual Kualiti

Manual Sistem Pengurusan Kualiti ini disediakan bagi menetapkan keperluan sistem pengurusan kualiti bagi skop penyampaian perkhidmatan rawatan pesakit luar dan pesakit dalam di Hosp Alor Gajah yang memenuhi Standard MS ISO 9001:2015.

Manual ini juga mengandungi Maklumat Organisasi, Dasar Kualiti, Objektif Kualiti serta bertujuan sebagai panduan untuk meningkatkan kepuasan pelanggan melalui penggunaan sistem yang berkesan, termasuk proses penambahbaikan sistem dan jaminan keakuratan kepada pelanggan dan keperluan undang-undang serta peraturan dan MS ISO 9001:2015.

1.2 Objektif Manual Kualiti

Tujuan Manual Kualiti ini disediakan adalah untuk:

- a. Menerangkan maklumat asas organisasi Hospital Alor Gajah
- b. Menerangkan berkenaan Sistem Pengurusan Kualiti (SPK) termasuk perincian, skop dan justifikasi bagi keperluan standard yang tidak dimasukkan ke dalam SPK
- c. Menerangkan hubungan dan kaitan antara proses-proses utama di HAG dan perkaitan dengan keperluan standard MS ISO 9001:2015.
- d. Mengenalpasti dan menangani risiko-risiko dan peluang berdasarkan keperluan tindakan yang berkaitan.
- e. Menyediakan asas bagi mengaudit SPK HAG.

1.3 Skop Pelaksanaan

Skop Pendaftaran/Pensijilan Sistem Pengurusan Kualiti adalah meliputi semua perkhidmatan rawatan pesakit dalam dan pesakit luar di Hospital Alor Gajah.

Sistem Pengurusan Kualiti (SPK) Hospital Alor Gajah dilaksanakan adalah memenuhi keperluan-keperluan MS ISO 9001:2015. Jadual di bawah menjelaskan keperluan di dalam MS ISO 9001:2015 yang tidak di terpakai serta justifikasinya dikeluarkan dari skop SPK HAG:

Klausa	Justifikasi untuk dikeluarkan dari skop SPK HAG
8.3	HAG tidak terlibat dalam rancangan rekabentuk dan perkembangan yang berkaitan dengannya

2.0 MAKLUMAT MENGENAI ORGANISASI

2.1 Latar belakang Organisasi

HAG adalah Hospital Tanpa Pakar dan terletak di Daerah Alor Gajah dengan keluasan 699.3 km persegi mempunyai jumlah penduduk seramai 170,500 orang (2013). Bandar Alor Gajah terletak 26 km dari Melaka Bandaraya Bersejarah dan 25 km dari Hospital Melaka.

HAG mula ditubuhkan pada tahun 1906 dengan 29 katil sahaja. Hospital ini berfungsi sebagai sebuah institusi yang menyediakan perkhidmatan rawatan kepada pesakit luar dan dalam di mana ia turut disokong oleh perkhidmatan klinikal dan bukan klinikal untuk memastikan pesakit mendapat rawatan yang terbaik dan berkesan.

HAG yang baru telah mula beroperasi pada 18 Februari 2013 dengan mempunyai 4 wad dan jumlah 76 katil. Pada bulan Januari 2016 bilangan katil telah bertambah kepada 95 katil kerana pertambahan unit baru dan peningkatan kemasukan pesakit. Pada tahun 2013 juga Konsep Hospital kluster telah diperkenalkan. Hospital Alor Gajah, Hospital Jasin dan Hospital Melaka dikenali sebagai hospital kluster melaka. Di bawah konsep ini, perkhidmatan kepakaran dari Hospital Melaka dikembangkan di hospital daerah. Ia bertujuan memberi kemudahan akses pesakit dari luar bandar Melaka untuk menikmati perkhidmatan kepakaran berdekatan rumah mereka dan mengurangkan kesesakan pesakit di hospital Utama (Hospital Melaka). Susulan projek kluster, perkhidmatan baru seperti Unit Rawatan Rapi telah mula ditawarkan mulai Januari 2017 dan Dewan Bedah bagi perkhidmatan pembedahan telah mula beroperasi mulai September 2017. Bilangan Klinik Pakar juga telah bertambah dari segi disiplin dan kekerapan perkhidmatannya.

2.2 Carta Organisasi

Sila rujuk **Lampiran 1**

2.3 Perkhidmatan yang diberikan

A. PERKHIDMATAN KLINIKAL

Perkhidmatan Rawatan Pesakit Dalam

- i. Wad Kenanga 2A (Wad Lelaki)
- ii. Wad Kenanga 2B (Wad Perempuan)
- iii. Wad Kenanga 2B (Wad Kanak-kanak)
- iv. Wad Kenanga 2C (Wad Materniti dan Neonate)
- v. Wad ICU (Gunasama)
- vi. Kamar Bersalin
- vii. Pembedahan

Perkhidmatan Rawatan Pesakit Luar

- i. Jabatan Kecemasan dan Trauma
- ii. Jabatan Pesakit Luar
- iii. Unit Hemodialisis
- iv. Klinik Pakar Atas Lawatan

B. PERKHIDMATAN SOKONGAN KLINIKAL

- i. Unit Patologi
- ii. Unit Pengimejan Diagnostik
- iii. Unit Perkhidmatan Bahan Steril
- iv. Unit Fisioterapi
- v. Unit Pemulihan Carakerja
- vi. Unit Perubatan Forensik
- vii. Unit Kawalan Infeksi

C. PERKHIDMATAN SOKONGAN BUKAN KLINIKAL

- i. Unit Sajian dan Dietetik
- ii. Unit Pentadbiran
- iii. Unit Kewangan dan Hasil
- iv. Unit Teknologi Maklumat dan Komunikasi
- v. Unit Pengurusan Aset
- vi. Unit Rekod Perubatan
- vii. Unit Kejuruteraan
- viii. Unit Kualiti

2.4 Visi

Untuk menjadikan Hospital Alor Gajah sebuah institusi perubatan yang memberi perkhidmatan perubatan yang berkualiti dan efisien

2.5 Misi

Hospital Alor Gajah akan berusaha secara profesional dan beretika dalam melaksanakan program rawatan dan perubatan berteraskan budaya sikap penyayang, kerja berpasukan dan ketelusan pentadbiran kepada semua pelanggan dalam persekitaran yang selesa.

2.6 Alamat hospital

Hospital Alor Gajah
Jalan Paya Datuk
78000 Alor Gajah
Melaka

3.0 DEFINISI, SINGKATAN DAN RUJUKAN

3.1 DEFINISI

A. Pelanggan

Pelanggan HAG termasuklah:

- a. Pelanggan Luaran iaitu Pesakit yang menerima rawatan di HAG
- b. Pelanggan Dalaman iaitu Anggota antara jabatan di HAG

B. Pihak Berkepentingan adalah orang atau kumpulan yang mempunyai kepentingan dalam kejayaan atau prestasi HAG:

- a. Kementerian Kesihatan Malaysia
- b. Jabatan Kesihatan Negeri Melaka
- c. Agensi Kerajaan yang terlibat secara langsung dengan HAG seperti Jabatan Akauntan Negara, AADK dan Polis serta tidak langsung seperti Bomba, Pejabat Daerah Alor Gajah dan lain-lain.

C. Produk

Perkhidmatan yang ditawarkan oleh setiap unit di HAG kepada pelanggan dalaman dan luaran.

D. Pihak Pengurusan HAG

Pihak Pengurusan HAG terdiri daripada Pengarah Hospital, Timbalan Pengarah Hospital dan Ketua Unit.

E. Wakil Pengurusan (WP)

Anggota yang dilantik oleh Pengarah Hospital bagi membantu Unit Kualiti untuk memantau dan memastikan Sistem Pengurusan Kualiti HAG dilaksanakan selaras dengan keperluan MS ISO 9001:2015.

F. Ketua Juruaudit (KJ)

Ketua Juruaudit ialah anggota yang dilantik oleh Pengarah Hospital yang mengetuai pasukan juruaudit dalaman bagi menjalankan audit untuk SPK. Beliau akan mengetuai sepasukan juruaudit terlatih untuk merancang, melakukan dan melaporkan tentang pematuhan sistem-sistem dan penemuan-penemuan kepada Unit Kualiti.

G. Pegawai Pengawal Dokumen

Anggota yang dilantik oleh Pengarah Hospital untuk membantu WP dan KJ dalam mengawal dan menyelenggara Dokumen Kualiti SPK

H. Maklumat DiDokumentasikan

Dokumen yang dikawal dalam Sistem Pengurusan Kualiti iaitu adalah Manual Kualiti, dokumen rujukan serta borang digunakan.

3.2 SINGKATAN

HAG Hospital Alor Gajah
JKNM Jabatan Kesihatan Negeri Melaka
KJ Ketua Juruaudit
KKM Kementerian Kesihatan Malaysia
MKSP Mesyuarat kajian Semula Pengurusan
MSB Medinvest Sdn Berhad
SPK Sistem Pengurusan Kualiti
WP Wakil Pengurusan

3.3 RUJUKAN

Bil	Rujukan
1.	Malaysian Standard (MS ISO 9001: 2015) : Quality Management System Requirements (Second Revision) Departments of Standards Malaysia
2.	PTPA Bil 1 Tahun 2018: Panduan Pelaksanaan Sistem Pengurusan Kualiti Berasaskan MS ISO 9001:2015 Bagi Sektor Agensi Kerajaan
3.	Overview Pengurusan Risiko Sektor Awam
4.	Perintah Am
5.	Arahan Perbendaharaan
6.	Pekeliling-Pekeliling Kemajuan Perkhidmatan Awam
7.	Pekeliling-Pekeliling / Surat-Surat Pekeliling Perbendaharaan
8.	Pekeliling-Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
9.	Pekeliling-Pekeliling Perkhidmatan
10.	Buku Garis Panduan Klinikal (CPG)
11.	Arahan Pentadbiran

4.0 KONTEKS ORGANISASI

4.1 Keperluan Am

HAG menentukan isu-isu luaran dan dalaman dengan merujuk kepada halatuju Pelan Strategik Jabatan Kesihatan Negeri Melaka 2018-2022. Isu boleh merangkumi dari aspek kesihatan, perundangan, teknologi dan sosial yang mempengaruhi hala tuju perancangan strategik organisasi.

Senarai isu adalah merujuk kepada Pelan Tindakan / Pelan strategik jabatan. Isu ini dianalisa, dipantau dan disemak semula semasa mesyuarat Pelan Strategik HAG. setiap tahun

4.2 Memahami Kehendak dan Jangkaan Pihak Berkepentingan

HAG menentukan, memantau dan mengkaji semula keperluan dan jangkaan pihak yang berkepentingan melalui mesyuarat-mesyuarat yang melibatkan pihak berkenaan, mesyuarat pengurusan di peringkat KKM, JKNM atau peringkat HAG. Rujuk **Lampiran 2** berkenaan keperluan pihak berkepentingan. Diantara pihak berkepentingan adalah seperti dinyatakan di bawah:

- a) Pihak yang mempunyai kepentingan merangkumi pemegang amanah, iaitu Kementerian Kesihatan Malaysia dan Jabatan Kesihatan Negeri Melaka
- b) Kementerian Kewangan dan Jabatan Akauntan Negara
- c) Kerajaan Negeri Melaka
- d) Agensi-agensi kerajaan yang lain (Bomba, Polis, Syarikat Air Melaka Berhad)
- e) Pihak Berkuasa Tempatan (Pejabat Daerah, Pejabat Tanah)

Kehendak pelanggan diperolehi melalui peti cadangan dan kajian kepuasan pelanggan. Semakan menyeluruh dibuat semasa Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan (MKSP).

4.3 Skop Sistem Pengurusan Kualiti

Skop pendaftaran Sistem Pengurusan Kualiti ISO 9001:2015 di Hospital Alor Gajah adalah seperti yang dinyatakan pada para 1.3 merangkumi perkhidmatan seperti dinyatakan pada para 2.3.

4.4 Sistem Pengurusan Kualiti dan Proses-prosesnya

4.4.1 Turutan dan interaksi proses-proses dalam Sistem Pengurusan Kualiti (SPK)

Interaksi proses-proses dalam SPK HAG diringkaskan dalam peta hubungkait proses pada **Lampiran 3**. Ia memberi gambaran mengenai turutan dan hubungkait antara proses utama dan sokongan dalam Sistem Pengurusan Kualiti HAG yang meliputi:

- a) Input dan output dalam proses ini
- b) Turutan dan interaksi dalam proses ini
- c) Kriteria dan kaedah yang digunakan untuk memastikan keberkesanan operasi dan kawalan proses ini
- d) Sumber-sumber yang diperlukan.
- e) Tanggungjawab dan bidang kuasa untuk proses ini
- f) Menyatakan risiko dan peluang mengurangkan risiko
- g) Menilai proses ini dan melaksanakan apa-apa perubahan yang diperlukan bagi memastikan bahawa proses ini mencapai hasil yang dimaksudkan;
- h) Menambahbaik proses dan Sistem Pengurusan Kualiti

4.4.2 Penyimpanan dan Pemeliharaan Dokumen

Pegawai Pengawal Rekod HAG dilantik bagi memastikan hanya maklumat dokumentasikan yang terkini dimuatnaik ke dalam *sharing folder* HAG.

Simpanan maklumat didokumentasikan adalah merujuk kepada garis panduan yang dikeluarkan oleh Arkib, Pekeliling dan Akta terkini.

5.0 KEPIMPINAN

5.1 Kepimpinan dan Komitmen

5.1.1Am

Pengurusan atasan HAG memberi komitmen mereka dalam membangun, melaksana dan menambahbaik secara berterusan keberkesanan SPK melalui :

- a. Menubuhkan Jawatan Kuasa Kualiti yang terdiri daripada pengurusan atasan dan semua ketua unit bagi memastikan SPK dilaksanakan dengan berkesan dan mencapai keputusan yang telah dirancang,
- b. Mewujudkan, menyemak dasar dan objektif kualiti dan pencapaiannya,
- c. Menghebahkan kepentingan Sistem Pengurusan Kualiti serta kepentingan penglibatan anggota di dalam sistem ini
- d. Mengadakan audit dalam bagi melihat pelaksanaan SPK
- e. Menggalakkan penambahbaikan
- f. Melaksanakan mesyuarat kajian semula pengurusan, dan
- g. Memastikan sumber mencukupi.

5.1.2 Fokus Kepada Pelanggan

Pengurusan atasan HAG prihatin terhadap keperluan pelanggan dan memastikan semua maklumbalas diambil kira untuk penambahbaikan perkhidmatan bagi memenuhi kepuasan pelanggan. Pekeliling Kemajuan Pentadbiran Awam (Pengendalian Aduan Awam) digunapakai bagi memastikan aduan pelanggan diambil tindakansewajarnya.

Maklumbalas daripada pelanggan mengenai perkhidmatan dikenalpasti dan ditentukan melalui Kajian kepuasan pelanggan luaran dan dalaman serta Peti cadangan / aduan. Hasil cadangan dari Kajian Kepuasan pelanggan dibincangkan di dalam MKSP dan dipertimbangkan jika bersesuaian.

5.2 Dasar Kualiti

5.2.1 Mewujudkan Dasar Kualiti

Pengurusan atasan masih mengekalkan dasar kualiti HAG iaitu:

Hospital Alor Gajah komited memberikan perkhidmatan perawatan pesakit yang berkualiti

Akan memberi perkhidmatan yang memenuhi kehendak dan kepuasan pelanggan serta kepatuhan kepada perundangan

Gembeling tenaga kearah penambahbaikan kepada pengurusan kualiti secara berterusan selaras dengan budaya korporat Kementerian Kesihatan Malaysia

5.2.2 Menyebarkan Dasar Kualiti

Dasar Kualiti ini dihebahkan kepada semua anggota organisasi supaya difahami melalui taklimat, mesyuarat dan dipamerkan dilokasi yang bersesuaian. Ia juga disemak dari masa ke semasa untuk memastikan kesesuaian yang berterusan.

5.3 Peranan, Tanggungjawab dan Kuasa Dalam Organisasi

Pengarah HAG mengeluarkan surat pelantikan Jawatankuasa MS ISO iaitu penyelaras, Ketua Juru Audit, Pegawai Pengawal Dokumen serta ahli Jawatan Kuasa yang lain. Surat pelantikan juru audit dalam dikeluarkan sebelum audit dalam diadakan dan skop tugas dimaklumkan sebelum audit bermula.

Tanggungjawab dan kuasa anggota lain ditunjukkan di dalam carta organisasi, surat lantikan, surat kuasa, senarai tugas dan fail meja. Tanggungjawab dan bidang kuasa ini dimaklumkan oleh Ketua Unit kepada anggota yang berkaitan semasa melaporkan diri dan dari masa ke semasa. Ketua Unit juga hendaklah memastikan dokumen yang berkaitan dengan tanggungjawab dan kuasa disemak dan dikemaskini secara berterusan.

5.3.1 Penyelaras Sistem Pengurusan Kualiti

Jawatankuasa MS ISO peringkat HAG ditubuhkan dianggotai oleh pengurusan atasan dan semua ketua unit. Seorang penyelaras dilantik bagi mengetuai jawatan kuasa ini. Beliau bersama semua Ahli Jawatankuasa mempunyai peranan dan tanggungjawab seperti berikut:

- a. Memastikan SPK HAG memenuhi keperluan *standard* MS ISO9001:2015
- b. Memastikan proses-proses yang diwujudkan mencapai output yang dikehendaki
- c. Melaporkan prestasi SPK, merangkumi peluang penambahbaikan, perubahan atau inovasi, dan melaporkan kepada pengurusan atasan
- d. Memastikan keperluan & fokus kepada pelanggan dilaksanakan di seluruh organisasi
- e) Memelihara integriti SPK dikekalkan dan diselenggarakan termasuk sekiranya terdapat keperluan perancangan dan pelaksanaan.

6.0 Perancangan

6.1 Pengurusan Risiko

Dalam perancangan Sistem Pengurusan Kualiti, pihak pengurusan HAG telah mengenalpasti dan menentukan risiko dan peluang bagi memastikan SPK mencapai hasil dikehendaki, mencegah dan mengurangkan kesan tidak diingini serta penambahbaikan berterusan.

Pihak pengurusan HAG dan ketua unit mengenalpasti dan menyediakan pelan risiko serta peluang penambahbaikan. Pelaksanaan tindakan-tindakan yang telah dinyatakan dalam Pelan Risiko dan Peluang dipantau dan dikaji semula keberkesananannya semasa audit dalaman dan MKSP.

6.2 Objektif Kualiti dan Perancangan Untuk Mencapainya

Objektif kualiti diwujudkan selaras dengan dasar kualiti supaya pencapaian dapat dinilai dan dianalisis secara keseluruhan. Objektif kualiti diedar kepada setiap unit dan pemantauan pencapaian dilakukan mengikut tempoh ditetapkan.

Tanggungjawab setiap peringkat di dalam memastikan objektif kualiti dilaksanakan di dalam Sistem Pengurusan Kualiti seperti berikut:

- a) Peringkat organisasi - Tanggungjawab Pengurusan bagi menentukan objektif ditetapkan selaras dengan matlamat organisasi.
- b) Peringkat Unit – Ketua Unit bertanggungjawab mengenalpasti proses-proses yang ada hubungkait dengan Objektif organisasi dan *menentukan* Objektif Kualiti yang dapat menyokong Objektif Organisasi.
- c) Peringkat Pemberian Perkhidmatan – Anggota di Unit berkaitan menyampaikan perkhidmatan mengikut proses dan objektif kualiti yang ditetapkan dan laporan pemantauan disediakan.

Objektif Kualiti dipantau, disemak dan dianalisis untuk memastikan kesesuaian dan mengenalpasti peluang penambahbaikan keatas Sistem Pengurusan Kualiti, khususnya semasa MKSP. Senarai objektif kualiti ini boleh dilihat pada [Lampiran 4](#).

6.3 Perancangan Perubahan Sistem Pengurusan Kualiti

Pihak Hospital Alor Gajah akan melakukan perubahan terhadap perancangan dengan kaedah yang sistematik, menilai potensi dan kesan perubahan, dan mengambil tindakan bersesuaian agar integriti SPK dipelihara.

Dalam melakukan perubahan perkara yang dipertimbangkan adalah:

- a) Tujuan perubahan dan kesannya
- b) Integriti SPK
- c) Kecukupan sumber
- d) Tanggungjawab dan bidangkuasa

Bagi memastikan perubahan dibuat, HAG melakukan tindakan :

- i. Mesyuarat atau perbincangan
- ii. Membuat surat lantikan atau pemakluman melalui memo dalaman kepada anggota yang terlibat
- iii. Menenalpasti segala sumber yang ada bagi melaksanakan perubahan

7.0 SOKONGAN

7.1 Sumber

7.1.1Am

Pihak pengurusan Hospital Alor Gajah akan menyediakan sumber untuk mewujudkan, melaksanakan, menyelenggara dan menambahbaik sistem pengurusan kualiti. Perkara yang dipertimbangkan:

- a) Keupayaan dan kekangan sumber dalaman
- b) Keperluan daripada pembekal luar

Sumber ini merangkumi sumber manusia, latihan, sumber kewangan, kemudahan-kemudahan fizikal atau infrastruktur, peralatan dan persekitaran kerja. Keperluan sumber akan ditentukan berdasarkan maklumat berikut:

- a) Pelan Tindakan
- b) Mesyuarat Kaji Semula Pengurusan (MKSP)
- c) Pembangunan- keperluan program baru
- d) Permohonan dari unit setiap awal tahun
- e) Semakan separuh penggal kedudukan peruntukan
- f) Lain-lain saluran maklumat yang berkaitan

Keperluan sumber latihan, peralatan, projek pembangunan dan naik taraf, akan dikemukakan ke Jabatan Kesihatan Negeri Melaka pada awal tahun. Manakala sumber manusia, permohonan tambahan belanja mengurus, sumber-sumber baru akan dimajukan kepada pihak berkaitan apabila terdapat keperluan.

7.1.2 Tenaga Kerja

Pengurusan Hospital Alor Gajah akan sentiasa menentu dan menyediakan sumber manusia yang perlu untuk pelaksanaan Sistem Pengurusan Kualiti yang berkesan dan operasi serta kawalan prosesnya. Keperluan sumber manusia ini sentiasa dikaji semula dari masa ke masa mengikut keperluan semasa dan dasar Kementerian Kesihatan atau Kerajaan Malaysia.

7.1.3 Infrastruktur

HAG menyediakan Infrastruktur yang diperlukan untuk perkhidmatan dan kemudahan pesakit. Infrastruktur merangkumi:

- a) bangunan, ruang kerja dan kemudahan
- b) peralatan proses(perkakasan/"hardware"dan perisian/"software" ,dan
- c) perkhidmatan sokongan(seperti alat komunikasi).

Infrastruktur ini diselenggara secara berjadual melalui syarikat konsesi atau mengikut kontrak, perjanjian dan spesifikasi yang telah ditetapkan.

7.1.4 Persekitaran Operasi

Persekitaran kerja ditentu dan diuruskan dengan sewajarnya untuk memenuhi keperluan perkhidmatan. Ia merangkumi persekitaran kerja dari yang memberi impak kepada aspek fizikal seperti suhu dan pengudaraan, aspek sosial dan aspek psikologi.

Bagi memastikan aspek ini dipantau dan dipenuhi, beberapa aktiviti dan jawatan kuasa dilaksanakan di peringkat organisasi. Di antara tindakan diambil oleh pengurusan Hospital Alor Gajah adalah :

- i. Mewujudkan Jawatan kuasa Keselamatan dan Kesihatan Pekerja (JKKP). Jawatankuasa ini bermesyuarat dan mengadakan audit keselamatan untuk mengenalpasti dan mencadangkan keperluan-keperluan keselamatan dan kesihatan di tempat kerja.
- ii. Hari Interaksi Bersama Pelanggan iaitu di antara anggota Hospital Alor Gajah dan Pengarah Hospital
- iii. Khidmat kaunseling melalui program AKRAB kepada anggota kerja yang memerlukan.
- iv. Mengadakan kursus pengurusan stress setiap tahun
- v. Menganjurkan aktiviti social dan kebajikan untuk anggota melalui kelab kebajikan dan social (KEKASEH)
- vi. Pengiktirafan anggota melalui Anugerah Pekerja Bulanan Terbaik dan Anugerah Pekerja Cemerlang tahunan.

7.1.5 Pemantauan dan Pengukuran sumber

7.1.5.1Am

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 Kemudahkesanan Pengukuran

Bagi menentukan kesahihan keputusan pemantaun dan pengukuran, semua peralatan diperiksa, diuji atau dikalibrasi sebelum digunakan bagi memastikan peralatan di dalam keadaan sempurna untuk digunakan. Peralatan pengukuran mestilah:

- a) Dikalibrasi dan diverifikasi dalam jangka masa tertentu atau sebelum digunakan berdasarkan piawaian pengukuran yang berkaitan. Jika piawaian tidak wujud, asas untuk kalibrasi dan verifikasi perlu direkodkan,
- b) Status kalibrasi dinyatakan,
- c) Dijaga dari gangguan yang boleh menyebabkan pengukuran tidaksah/sahih, dan
- d) Dijaga daripada kerosakan sewaktu penggunaan, penyelenggaraan dan penyimpanan.

Jika peralatan memberi bacaan yang tidak menepati keperluan, keputusan pengukuran terdahulu perlu disemak semula, termasuk perkhidmatan yang terjejas disebabkan oleh keputusan tersebut. Tindakan sewajarnya diambil terhadap peralatan dan perkhidmatan tersebut. Rekod-rekod yang berkaitan dengan kalibrasi atau verifikasi dikekalkan.

7.1.6 Pengetahuan Organisasi

HAG mengenalpasti dan menentukan pengetahuan yang perlu untuk operasi proses bagi mencapai keakuratan perkhidmatan. Pengetahuan ini dikekalkan dan sentiasa ada apabila diperlukan melalui:

- a) sumber dalaman seperti sesi Continues Medical Education (CME)
- b) sumber luaran seperti kursus, garispanduan dan SOP daripada Kementerian Kesihatan atau agensi lain.

Pengetahuan yang sedia ada akan dinilai dan sebarang keperluan pengetahuan tambahan akan dipertimbang jika terdapat perubahan di dalam Sistem Pengurusan Kualiti.

7.2 Kompetensi dan Latihan

Semua anggota yang ditempatkan adalah dipastikan sesuai sama ada dari segi kelayakan pendidikan, kompetensi, latihan atau pengalaman. Keperluan latihan akan dikenalpasti melalui cadangan Pelan Operasi Latihan (POL) yang dikenalpasti pada awal tahun. HAG juga akan mengambil langkah-langkah seperti berikut:

- a) Menghantar anggota menjalani latihan sangkutan terutama jika terdapat perkhidmatan baru diperkenal
- b) Memberi latihan atau mengambil tindakan-tindakan yang lain untuk memenuhi keperluan kemahiran
- c) Menilai keberkesanan tindakan-tindakan yang telah diambil untuk memenuhi keperluan kemahiran
- d) Menyelenggara rekod-rekod akademik, latihan, kemahiran, dan pengalaman

7.3 Kesedaran

Pengurusan Hospital Alor Gajah memastikan anggota organisasi sedar akan kepentingan Dasar Kualiti, Objektif Kualiti dan tugas-tugasnya dan bagaimana mereka menyumbang kepada pencapaian objektif-objektif kualiti serta implikasi jika tidak mematuhi keperluan sistem pengurusan kualiti. Kesedaran diberi melalui taklimat, mesyuarat, risalah dan paparan maklumat di papan kenyataan.

7.4 Komunikasi

Maklumat berkaitan keberkesanan sistem pengurusan kualiti disampaikan kepada semua anggota organisasi melalui mesyuarat, taklimat, surat arahan,paparan pada papan kenyataan,media elektronik dan lain-lain sumber dari semasa ke semasa.

7.5 Maklumat yang didokumenkan

7.5.1Am

Dokumentasi Sistem Pengurusan Kualiti Hospital Alor Gajah 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 agensi lain.

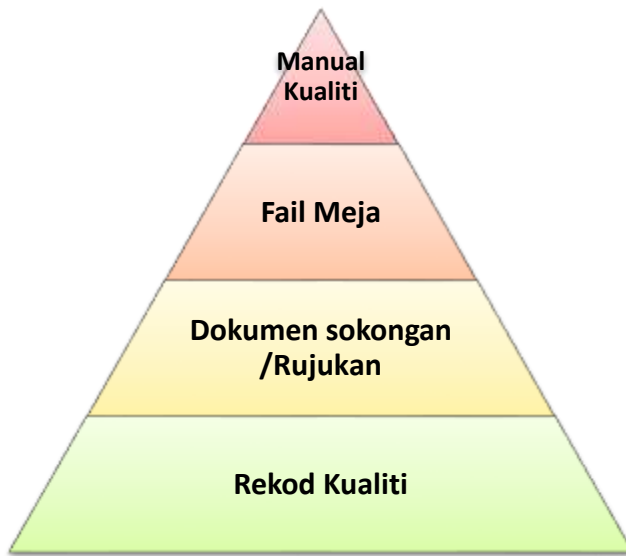
Dokumen Rujukan:

Manual Kualiti dan Fail Meja merupakan rujukan utama di dalam SPK.

Prosedur kualiti dan arahan kerja kualiti tidak lagi digunapakai sebagai rujukan utama.

Rujukan lain seperti Manual Prosedur Kerja (MPK), Standard Operating Perosedur (SOP), Polisi,Akta, Garispanduan, Clinical Practice Guidelines dan lain-lain turut digunapakai sebagai rujukan.

Hieraki Dokumentasi Sistem Pengurusan Kualiti MSI SO 9001:2015 Hospital Alor Gajah pada Rajah 1:



Rajah1:Hieraki Dokumentasi Sistem Pengurusan Kualiti MS ISO9001:2015

7.5.2 Menyedia dan Mengemaskini

Nombor versi akan bertambah jika berlaku pindaan pada Manual Kualiti. Nombor keluaran baru akan digunakan jika pindaan melebihi 50%. Pegawai Pengawal Dokumen akan memuatnaik versi atau keluaran terkini ke dalam sharing folder MS ISO. Hardcopy Manual Kualiti akan disimpan di unit Kualiti.

Bagi dokumen lain, setiap ketua unit bertanggungjawab mengenalpasti, menyedia, mengemaskini rujukan tersebut. Satu senarai Dokumen–Rujukan (*Masterlist*) hendaklah dikenalpasti, disedia, disimpan, dikemaskini dan salinan diberi kepada Pegawai Pengawal Dokumen. Masterlist rujukan ini mempunyai deskripsi tajuk, tarikh terbitan, versi atau tarikh dikemaskini serta medium (hardcopy atau softcopy atau atas talian).

7.5.3 Kawalan Maklumat yang didokumenkan

HAG melaksanakan kawalan maklumat didokumenkan bagi memastikan:

- a) Sentiasa ada dan sesuai digunakan dimana dan bila ianya diperlukan
- b) Dilindungi secukupnya (cth kehilangan kerahsiaan, digunakan secara tidak sesuai atau kehilangan integriti)

7.5.3.2 Kaedah kawalan maklumat didokumenkan adalah melalui:

- a) Pengawasan edaran, akses, carian semula dan penggunaannya
- b) Penyimpanan dan pemeliharaan
- c) Kawalan ke atas sebarang pindaan seperti kawalan versi dan keluaran
- d) Tempoh penyimpanan dan pelupusan rekod

Dokumen dan rekod-rekod akan dibuat indeks dan dikelaskan bagi memudahkan pencarian semula (*retrievable*). Kabinet fail dan fail-fail dan lain- lain tempat penyimpanan rekod ditandakan dengan jelas. Rekod akan disimpan di tempat yang sesuai dan selamat.

Adalah menjadi tanggungjawab setiap Ketua Unit dan para anggota untuk menjaga, mengawal dan memelihara rekod-rekod yang diwujudkan berkaitan tugas harian yang dijalankan. Kawalan ke atas rekod ini hendaklah mematuhi keperluan mengikut akta dan garis panduan yang ditetapkan.

8.0 OPERASI

8.1 Perancangan dan Kawalan Operasi

Penyampaian perkhidmatan Hospital Alor Gajah adalah bermula dari proses merancang, melaksana dan mengawal proses tersebut yang terlibat sehingga tercapai sasaran yang ditetapkan. Di dalam proses perancangan penyampaian perkhidmatan dan kawalan proses, perkara berikut diambilkira:

- a) Objektif kualiti dan keperluan perkhidmatan
- b) Keperluan sumber dan dokumen untuk sesuatu perkhidmatan
- c) Menetapkan keperluan perkhidmatan melalui Piagam Pelanggan, Polisi dan Dasar Kementerian KesihatanMalaysia
- d) Rekod yang berkaitan dengan penyampaian perkhidmatan di senggara dan disimpan
- e) Sasaran Kerja Tahunan
- f) Pelan Tindakan jabatan dan Pelan Strategik JKNNM
- g) Pelan Risiko dan Peluang

Kawalan proses dilaksanakan melalui pemantauan indicator seperti Objektif kualiti, KPI, QA, HPIA di setiap unit dan aktiviti audit dalam. 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 pelanggan

HAG memastikan saluran komunikasi dua hala yang berterusan diwujudkan antara pelanggan dan anggota jabatan. Bentuk maklumat dan kaedah penyampaian adalah seperti berikut:

- a) Maklumat perkhidmatan melalui papan tanda, piagam pelanggan, media elektronik dan poster
- b) Pertanyaan, pengendalian kontrak dan permintaan termasuk sebarang perubahan melalui kaunter pertanyaan/telefon
- c) Maklumbalas pelanggan melalui kajian kepuasan pelanggan dan peti cadangan

8.2.2 Penentuan Keperluan Berkaitan Produk dan Perkhidmatan

Semasa menentukan keperluan untuk produk dan perkhidmatan,keperluan tersebut dipastikan mematuhi :

- a) Keperluan dan harapan pelanggan terhadap perkhidmatan diberikan iaitu melalui Piagam pelanggan
- b) Keperluan peraturan dan perundangan contoh keperluan bayaran bil, dokumen sokongan dan kepatuhan kepada akta dan undang-undang.
- c) Keperluan tambahan yang ditentukan oleh pihak pengurusan tertinggi

8.2.3 Kajian semula Keperluan Berkaitan Produk dan Perkhidmatan

HAG akan menjalankan kajian semula (semakan) sebelum memberi komitmen untuk memberi perkhidmatan kepada pelanggan.

Semakan semula keperluan termasuk :

- a) Keperluan pelanggan yang dinyatakan atau tidak, tetapi perlu dilakukan
- b) Keperluan yang ditetapkan oleh organisasi
- c) Keperluan yang ditetapkan oleh badan perundangan atau peraturan baru
- d) Keperluan kontrak yang berbeza dari kontrak terdahulu

Proses semakan dibincangkan di dalam MKSP atau mesyuarat semakan semula keperluan dengan pihak MSB melalui mesyuarat semakan HSIP dan lain-lain mesyuarat yang bersesuaian.

8.2.4 Perubahan kepada Keperluan Produk dan Perkhidmatan

HAG memastikan perubahan maklumat berkaitan produk dan perkhidmatan yang dipinda dan personel yang terlibat dimaklumkan dan peka terhadap pindaan tersebut (contoh:pertukaran temujanji)

- a) Sebarang perbezaan diantara keperluan yang dinyatakan adalah dimaklumkan kepada pelanggan dan semua yang terlibat dalam proses sebelum penyampaian perkhidmatan, sama ada melalui lisan atau secara bertulis.
- b) Setiap permohonan yangditerima, 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.

8.3 Rekabentuk dan Pembangunan Perkhidmatan (Rujuk 3.1)

Rujuk klausa 3.1 skop pelaksanaan.Klausa ini tidak digunapakai kerana jabatan tidak terlibat dengan aktiviti rekabentuk dan pembangunan proses.

8.4 Kawalan Terhadap Produk dan Perkhidmatan yang Dibekalkan Dari Luar

8.4.1Am

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

Pemberi perkhidmatan dari luar yang utama adalah Medinvest Sdn Bhd yang memberi perkhidmatan pembersihan, bekalan linen, penyelenggaraan dan pembaikan kerosakan peralatan dan pengurusan sisa. Selain itu, perkhidmatan kawalan keselamatan dan penyelenggaraan sebahagian komputer juga diberi oleh syarikat swasta yang dilantik melalui kontrak kerajaan.

Kriteria untuk penilaian, pemantauan prestasi dan penilaian semula telah ditetapkan dalam kontrak, perjanjian konsesi dan lain-lain dokumen yang berkaitan.

8.4.2 Jenis dan Tahap Kawalan

Kawalan yang dilaksanakan bersesuaian dengan tahap atau impak proses, produk dan perkhidmatan yang dibekalkan kepada produk dan perkhidmatan di HAG. Kawalan yang dilakukan oleh organisasi terhadap pemberi perkhidmatan/ produk dari luar termasuklah:

- a) Verifikasi dan pemeriksaan untuk memastikan proses, produk dan perkhidmatan tersebut telah memenuhi keperluan. Ia dilaksanakan semasa penerimaan produk dan perkhidmatan dan juga selepas produk dan perkhidmatan digunakan.
- b) Pemantauan keatas keberkesanan kawalan yang dilakukan oleh penyedia luaran itu.
- c) Penggantian, pemulangan, penyediaan semula proses, produk dan perkhidmatan dilakukan oleh penyedia luaran jika tidak memenuhi keperluan yang ditetapkan. Penalti dikenakan mengikut perjanjian kontrak dan konsesi sekiranya pemberi perkhidmatan tidak memberi perkhidmatan seperti dinyatakan di dalam perjanjian konsesi dan kontrak.
- d) Penemuan dari pemantauan perkhidmatan dan tindakan penalti ke atas Medinvest Sdn Bhd dimaklumkan semasa Mesyuarat Penswastaan setiap bulan.

Bagi penyedia perkhidmatan selain dari syarikat konsesi, kriteria pemilihan dan penilaian diwujudkan dan ditetapkan. Kriteria pemilihan pembekal adalah berdasarkan:

- 1) Menepati Spesifikasi Bekalan/Perkhidmatan
- 2) Tempoh Penghantaran/Pelaksanaan Dalam Masa Yang Ditetapkan
- 3) Kualiti Bekalan/Perkhidmatan
- 4) Perkhidmatan Yang Diberikan Semasa Dan Selepas Bekalan/Perkhidmatan Dijalankan
- 5) Masa Tindak Balas (*Response Time*)
- 6) Harga yang berpatutan

Prestasi penyedia luar akan dinilai sekurang-kurangnya setahun sekali. Rekod-rekod akan disimpan. Penilaian prestasi mereka dibincangkan di dalam Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan. Bagi perolehan melalui e-perolehan, penilaina pembekal akan dilakukan terus secara online setiap kali barang diterima.

8.4.3 Maklumat Kepada Pembekal Luar

Keperluan yang berkaitan dengan proses, produk dan perkhidmatan yang ingin diperolehi daripada luar mestilah jelas dan cukup sebelum berkomunikasi dengan penyedia yang berkenaan. Ia termasuk maklumat dalam dokumen seperti pesanan pembelian, kontrak dan spesifikasi.

Pihak Hospital Alor Gajah mestilah memaklumkan kepada dinyatakan di bawah kepada pembekal luaran :

- a) Proses, produk atau perkhidmatan (Spesifikasi) yang hendak diberi
- b) Memastikan setiap bekalan atau perkhidmatan yang dibekalkan oleh pembekal perlu disahkan sempurna dan memenuhi spesifikasi yang ditetapkan atau kandungan perjanjian
- c) Diuruskan oleh personel yang berkelayakan
- d) Syarat, kawalan dan pemantauan yang akan dilaksanakan oleh organisasi ke atas prestasi pembekal
- e) Aktiviti verifikasi ke atas bahan atau perkhidmatan yang diperolehi dengan membandingkan dengan ciri-ciri yang ditetapkan, pengujian atau pemeriksaan termasuklah pemeriksaan di premis pembekal jika berkaitan.

8.5 Penyediaan Produk dan Perkhidmatan

8.5.1 Kawalan Penyediaan Produk dan Perkhidmatan

Memastikan semua aktiviti dibawah proses utama dirancang dan 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 penyampaian dan tindakan susulan selepas penyampaian perkhidmatan.

8.5.2 Identifikasi dan Kemudahkesanan

Pihak pengurusan Hospital Alor Gajah memberi identifikasi kepada proses dan perkhidmatan yang akan disampaikan kepada pelanggan. Di antara langkah-langkah diambil ialah:

- a) Aktiviti di dalam pemberian perkhidmatan adalah menggunakan nama, nombor kad pengenalan atau nombor pendaftaran.
- b) Semua pelanggan yang datang mendapat rawatan atau perkhidmatan di klinik didaftarkan mengikut nombor kad pengenalan mereka. Setiap rawatan yang diberikan, keputusan ujian makmal dicatatkan di dalam kad rawatan. Kad rawatan disusun mengikut empat digit nombor terakhir kad pengenalan.
- c) Setiap spesimen makmal yang diambil dari pelanggan untuk dijalankan ujian akan dilabelkan.
- d) Semua preskripsi diterima dilengkapi nama dan no kad pengenalan pesakit. Ubat-ubatan diberi adalah dipastikan sama nombor, tarikh dan masa pada slip QMS di farmasi dan pada pesaki, berlabel, mempunyai tarikh luput dan nombor kelompok.
- e) FilemX-ray pesakit akan disimpan mengikut tatacara yang telah ditetapkan dan ditanda dengan nama pesakit, nombor pendaftaran dan tarikh pengambilan.
- f) Infrastruktur yang digunakan diberikan nombor kod
- g) Dokumen SPK Hospital Alor Gajah dikenalpasti melalui nama atau nombor dokumen
- h) Fail didaftarkan dan diberi nombor fail
- i) Semua aset yang diperolehi diberi didaftarkan dan diberi nombor pendaftaran aset mengikut Arahan Perbendaharaan.

8.5.3 Harta Milikan Pelanggan atau Penyedia Luar

HAG mewujudkan prosedur pengurusan hak milik pesakit bagi memastikan harta milik pelanggan dan penyedia luaran (pembekal), termasuk maklumat peribadi pelanggan dijaga dan diselenggara dengan sempurna semasa dibawah kawalan atau digunakan oleh Hospital Alor Gajah. Kawalan keatas harta milik pelanggan meliputi:

- a. Direkodkan penerimaannya,
- b. Dikenalpasti, disahkan, dijaga dan dipastikan selamat,
- c. Dijamin kerahsiaannya,
- d. Jika hilang, rosak atau tidak boleh digunakan lagi, ia akan dilaporkan kepada pelanggan atau pembekal, dan
- e. Rekod yang berkaitan dikekalkan.

Harta hakmilik pelanggan ini adalah seperti spesimen darah, spesimen kahak, urin yang akan dikembalikan semula kepada pelanggan dalam bentuk keputusan hasil ujian makmal.

8.5.4 Pemeliharaan

Pemeliharaan merangkumi identifikasi, pengendalian, pembungkusan, penyimpanan, perlindungan dan penghantaran untuk memastikan produk sentiasa dalam keadaan yang sempurna, selamat dan mencukupi. Pemeliharaan ini termasuk produk yang digunakan dalam perkhidmatan seperti specimen, ubat-ubatan, vaksin dan bahan pelarutnya serta sisa klinikal.

8.5.5 Aktiviti Selepas Penghantaran Produk/Penyampaian Perkhidmatan

Keperluan untuk aktiviti selepas penghantaran produk atau penyampaian perkhidmatan mestilah dipenuhi.Ia merangkumi aktiviti seperti perkhidmatan temujanji,rawatan susulan dan kawalan aktiviti keciciran.

Perkara berikut diambil kira dalam pelaksanaan proses ini,yang mana berkaitan dengan produk dan perkhidmatan di Hospital Alor Gajah

- a) Keperluan peraturan dan perundangan,
- b) Kesan yang tidak diingini berkaitan dengan produk dan perkhidmatan
- c) Penggunaan dan jangkamasa produk dan perkhidmatan,
- d) Keperluan pelanggan,
- e) Maklumbalas pelanggan.

8.5.6 Kawalan Perubahan

Sebarang perubahan yang dibuat semasa proses penyediaan dan penyampaian perkhidmatan disemak dan dikawal,terutama yang melibatkan dokumen-dokumen rasmi dan Sistem Pengurusan Kualiti. Bukti dikekalkan dalam dokumen dan rekod yang berkaitan untuk menunjukkan hasil perubahan tersebut,siapa yang mengesahkan perubahan tersebut dan apa-apa tindakan yang timbul daripada perubahan tersebut.

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.

Bukti semakan, pengesahan atau kelulusan serta anggota atau pegawai yang bertanggungjawab turut didokumenkan dalam rekod-rekod yang berkaitan.

8.7 Kawalan Output Yang Tidak Akur

Produk, perkhidmatan (output) termasuk selepas penyampaian perkhidmatan atau selepas pemberian produk yang tidak memenuhi atau tidak akur kepada keperluan adalah dikawal untuk memastikan produk dan perkhidmatan tersebut tidak digunakan atau diberi atau disampaikan kepada pelanggan.

Kawalan merangkumi tindakan seperti berikut:

- a) Pembetulan (membetulkan ketidakakuran),
- b) Pengasingan, memulangkan atau menggantung pemberian t perkhidmatan,
- c) Memaklumkan kepada pelanggan, dan
- d) Mendapatkan pengesahan daripada pihak yang berkenaan jika produk atau perkhidmatan tersebut ingin digunakan dengan bersyarat.
- e) Merekodkan tindakan diatas dalam dokumen yang berkaitan.

9.0 PENILAIAN PRESTASI

9.1 Pemantauan, Pengukuran, Analisis dan Penilaian

9.1.1 Am

Hospital Alor Gajah 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.

Proses Pemantauan merangkumi langkah seperti berikut:

- a) Menjalankan audit dalaman sistem kualiti.
- b) Menjalankan aktiviti-aktiviti pemantauan, penilaian dan analisa data untuk perbandingan pencapaian dengan objektif kualiti.
- c) Penganalisan ketakakuran dan data kualiti yang berkaitan.
- d) Pengukuran dan pemantauan kepuasan pelanggan.
- e) Melaksanakan tindakan segera dan pembetulan berdasarkan Prosedur Tindakan Pembetulan, apabila proses sistem kualiti tidak memenuhi keperluan kualiti.

9.1.2 Kepuasan Pelanggan

Memenuhi keperluan pelanggan merupakan salah satu objektif SPK HAG. Maklumat daripada pelanggan akan didapati melalui :

- a) Maklumbalas dan aduan pelanggan dari pelbagai sumber
- b) Kajian kepuasan pelanggan
- c) Surat Penghargaan dan pujian
- d) Peticadangan

Maklumat/data yang diperolehi akan dianalisa. Tindakan pembetulan, pencegahan dan penambahbaikan berterusan diambil oleh ketua unit yang berkaitan. Hasil penemuan dimaklumkan kepada pihak pengurusan dan dibentang di dalam Mesyuarat kajian semula Pengurusan.

9.1.3 Analisis dan Penilaian

Hospital Alor Gajah menjalankan analisis dan penilaian keatas data dan maklumat daripada aktiviti pemantauan dan pengukuran. Teknik statistic 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.

Analisis data menyediakan maklumat-maklumat berhubung: -

- 1) Pencapaian Hospital Performance Indicator Approach (HPIA)
- 2) Pencapaian Key performance Indicator (KPI)
- 3) Pencapaian objektif kualiti jabatan.
- 4) Kepuasan hati pelanggan.
- 5) Aduan dan maklumbalas pelanggan.
- 6) Prestasi Pembekal
- 7) Tahap pematuhan pemberian perkhidmatan kepada keperluan dan dokumentasi SPK melalui audit dalam
- 8) Pelaksanaan aktiviti latihan

Data di atas dilaporkan dan dibentangkan dalam MKSP, Mesyuarat Ketua Unit, Mesyuarat Kualiti, Mesyuarat *Incident Reporting* dan mesyuarat mengikut program lain.

9.2 Audit Dalaman

Hospital Alor Gajah melaksanakan audit dalam secara berjadual untuk mengesahkan samada sistem pengurusan kualiti mematuhi peraturan yang ditetapkan serta mengenal pasti keberkesanan sistem kualiti.

Audit dalaman dijalankan oleh juruaudit terlatih dan tidak terlibat secara langsung keatas aktiviti yang diaudit. 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 dimana 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 keatas aktiviti yang diaudit untuk tindakan segera dan pembedahan serta penambahbaikan untuk menghapuskan ketidakakuran dan punca-puncanya.

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

9.3 Kajian Semula Pengurusan

9.3.1Am

Hospital Alor Gajah mengkaji dan menyemak semula Sistem Pengurusan sekurang-kurangnya setahun sekali. Mesyuarat kajian Semula Pengurusan (MKSP) biasanya ia akan dilaksanakan selepas setiap sesi audit dalaman. Ia bertujuan untuk memastikan SPK terus sesuai, mencukupi dan berkesan. Kajian semula ini akan meliputi penilaian keatas peluang-peluang penambahbaikan dan keperluan perubahan SPK termasuk dasar dan objektif kualiti. Penyemakan semula akan dibuat dalam Mesyuarat Kaji Semula Pengurusan yang dipengerusi oleh Pengarah Hospital.

Ahli terdiri daripada Ahli Jawatan kuasa MS ISO Hospital Alor Gajah. Anggota lain boleh dijemput untuk turut hadir mesyuarat tersebut sekiranya perlu. Mesyuarat secara *ad hoc* boleh diadakan sekiranya terdapat isu yang perlu tindakan serta merta. Dalam keadaan ini, agenda mesyuarat adalah berdasarkan tujuan panggilan mesyuarat. Mesyuarat kaji semula ini akan membincangkan input dan output Kajian Semula Pengurusan.

9.3.2 Input Semakan

Maklumat atau data-data berikut perlu disedia dan dianalisis oleh Ketua-Ketua Unit dan pegawai yang diarahkan sebagai input utama dalam kajian semula pengurusan:

- a) Susulan dari kajian semula pengurusan yang lepas,
- b) Penemuan audit (dalaman dan luaran),
- c) Maklum balas pelanggan dan pihak berkepentingan (aduan, kajian kepuasandan cadangan),
- d) Perubahan isu luaran dan dalaman yang berkaitan dengan Sistem Pengurusan Kualiti,
- e) Prestasi proses dan keakuratan perkhidmatan (termasuk pencapaian objektif kualiti),
- f) Status ketidakakuratan dan tindakan pembetulan,
- g) Keberkesanan tindakan dalam menangani risiko dan peluang,
- h) Kecukupan sumber,
- i) Prestasi penyedia luar (pembekal dan konsesi) dan
- j) Cadangan dan peluang penambahbaikan

9.3.3 Output Semakan

Kajian semula pengurusan mestilah merumuskan keputusan dan tindakan yang merangkumi:

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

Keputusan dan tindakan daripada kajian semula pengurusan diminit dan diedarkan kepada yang berkenaan untuk pelaksanaan tindakan. Pengurusan atasan bertanggungjawab untuk memastikan semua keputusan dan tindakan dilaksana dengan sewajarnya.

10.0 PENAMBAHBAIKAN

10.1 Am

Hospital Alor Gajah akan menentukan dan memilih peluang-peluang penambahbaikan dan melaksanakan sebarang tindakan yang perlu untuk memenuhi keperluan dan meningkatkan kepuasan pelanggan. Penambahbaikan ini termasuklah:

- a. Menambah baik produk dan perkhidmatan untuk memenuhi keperluan serta mengambilkir keperluan dan ekpektasi dimasa hadapan
- b. Membetulkan, mencegah atau mengurangkan kesan-kesan yang tidak diinginkan
- c. Menambahbaik prestasi dan keberkesanan Sistem Pengurusan Kualiti

10.2 Ketidakakuran dan Tindakan Pembedulan

Jika berlaku ketidakakuran termasuklah sebarang aduan yang timbul, HAG akan:

- a) mengambil tindakan terhadap ketidakakuran dengan:
 - i. mengawal dan membetulkannya
 - ii. Menangani akibat-akibatnya
- b) menilai keperluan tindakan untuk menghapuskan punca ketidakakuran agar tidak berulang atau berlaku ditempat lain dengan;
 - i. mengkaji dan menganalisa ketidakakuran
 - ii. Menentu punca ketidakakuran
 - iii. menentukan samada ketidakakuran yang serupa ada berlaku atau berpotensi akan berlaku lagi
- c) menjalankan tindakan yang perlu
- d) mengkaji semula keberkesanan tindakan pembedulan yang telah diambil
- e) mengenalpasti risiko dan peluang terkini semasa perancangan dan jika perlu:
- f) membuat perubahan keatas Sistem Pengurusan Kualiti

Tindakan pembedulan hendaklah bersesuaian dengan kesan ketidakakuran yang terjadi. HAG akan menyimpan semua dokumen berkaitan sebagai bukti terhadap:

- a) jenis ketidakakuran dan sebarang tindakan susulan;
- b) keputusan terhadap tindakan pembedulan tersebut

10.3 Penambahbaikan berterusan

HAG melaksanakan penambahbaikan dan keberkesanan Sistem Pengurusan Kualiti secara berterusan. Input penambahbaikan adalah melalui pelaksanaan dan pemantauan dasarkualiti, objektif kualiti, audit dalaman, maklum balas pelanggan, cadangan penambahbaikan ketua unit dan pengurusan atasan Kementerian Kesihatan Malaysia serta dari penganalisaan data. Cadangan penambahbaikan dibentangkan dan dimaklumkan di dalam Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan, Mesyuarat Pengurusan, Mesyuarat ketua Unit dan lain-lain mesyuarat.

APPENDIKS

BIL	PERKARA	NO APPENDIK
1.	Carta Organisasi	Lampiran 1
2.	Kehendak dan Jangkaan Pihak Berkepentingan	Lampiran 2
3.	Turutan dan interaksi proses-proses dalam Sistem Pengurusan Kualiti	Lampiran 3
4.	Senarai objektif kualiti	Lampiran 4

