

# LAPORAN TAHUNAN KUALITI 2023



**PENGARAH PENERBITAN:**

Dr Mohd Nasir bin Abdul Kadir

**PENGURUS PENERBITAN:**

Wan Mohd Khairuddin bin  
Wan Omar

**PENGURUS KREATIF:**

Dr Raja Najmi Hanis binti  
Raja Ismail

**PENGURUS EDITOR:**

Dr Nik Maryam binti  
Nik Ab Rahman

**EDITOR:**

Nur Shamili Binti Che Hasim

**PEMBACA PRUF:**

Dr Muhammad Rahmat bin  
Che Omar

Dr Nur Afney binti Mustapha

**KULIT & GRAFIK:**

Dr Raja Najmi Hanis binti  
Raja Ismail

# ISI KANDUNGAN

SEKAPUR SIREH	04
PENGENALAN	06
CARTA ORGANISASI	08
1.0 BEBAN KERJA HOSPITAL	09
1.1 STATISTIK HOSPITAL	11
1.2. UNIT SUMBER MANUSIA	18
1.3. UNIT KESELAMATAN	19
2.0 <i>QUALITY IMPROVEMENT COMMITTEE (QIC)</i>	21
2.1 KPI & HPIA	22
2.2. <i>GOOD SERVICE DELIVERY (GSD)</i>	28
2.3. UNIT KOMUNIKASI KORPORAT	39
2.4 KEPUASAN PELANGGAN	41
3.0 AUDIT KESELAMATAN	43
3.1 <i>INCIDENT REPORTING &amp; PATIENT SAFETY</i>	44
3.2 <i>MEDICATION SAFETY</i>	46
3.3 <i>TRANSFUSION SAFETY</i>	48
3.4 <i>PERI-OPERATIVE MORTALITY REVIEW</i>	54
3.5 <i>MATERNAL MORTALITY</i>	56
3.6 <i>PERINATAL MORTALITY</i>	61
3.7 KAWALAN INFEKSI	65
3.8 UNIT KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN	73
3.9 <i>FIRE SAFETY</i>	76
3.10 <i>DISASTER MANAGEMENT</i>	78
PENUTUP	81
TERIMA KASIH	82



# SEKAPUR SIREH

## SAYA PENGALAMAN TERBAIK PESAKIT

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh dan Salam Sejahtera,

Syukur ke hadrat Illahi kerana dengan izin-Nya, Laporan Tahunan Kualiti Hospital Tanah Merah (HTM) bagi tahun 2023 dapat diterbitkan. Laporan ini adalah refleksi kepada pencapaian penting yang telah dicapai sepanjang tahun serta usaha berterusan dalam memberikan perkhidmatan kesihatan yang berkualiti dan berkesan kepada pesakit serta pemegang taruh.


“

Sebagai Lead Hospital bagi Hospital Kluster Barat, HTM terus memainkan peranan penting dalam menyampaikan perkhidmatan kesihatan yang terbaik kepada masyarakat, khususnya di Daerah Tanah Merah. Kejayaan hospital ini tidak hanya terletak pada rawatan yang diberi, tetapi juga kepada usaha berterusan untuk meningkatkan pengalaman pesakit secara keseluruhan melalui pendekatan yang holistik dan profesional.

Melalui pelaksanaan Lean Transformasi 1.0 (2016-2019) dan kini diteruskan dengan Lean Transformasi 2.0 (2023-2027), HTM komited untuk mencapai visi dan misi menyediakan perkhidmatan yang lebih efisien dan berfokus kepada pengurangan pembaziran (*waste*). Dengan tagline “Saya Pengalaman Terbaik Pesakit”, kami bertekad untuk memberikan pengalaman yang luar biasa kepada pesakit melalui rawatan yang cekap dan efektif.

Inisiatif *Good Services Delivery* (GSD) yang diperkenalkan adalah satu langkah signifikan ke arah memperkukuhkan kestabilan proses kerja dan memastikan penyampaian perkhidmatan yang konsisten dan berkualiti. Pendekatan ini bukan sahaja memberi manfaat kepada pesakit, tetapi juga mempertingkatkan kesejahteraan dan produktiviti kakitangan HTM. Transformasi ini juga menekankan kepada pembangunan infrastruktur serta penambahbaikan berterusan dalam perkhidmatan kesihatan yang seiring dengan prinsip *lean healthcare*.

“Ya Allah kami sedang berusaha, bantulah kami”  
#together  
“HTMdihatiku”



**Dr Mohd Nasir bin Abd Kadir**  
Pengarah Hospital Tanah Merah



# VISI

Kami menyediakan **pengalaman terbaik pesakit** dengan **rawatan yang efektif dan efisien**, bersama-sama mentransformasikan cara penyampaian perkhidmatan kesihatan dan **menjadi contoh pada 2027**.

# MISI

Misi kami adalah berdasarkan 5Es

## 01 EXPERIENCE

Kesemua staf akan memastikan pengalaman yang terbaik bagi pesakit dan pelanggan yang mendapatkan rawatan di HTM yang terbaik berdasarkan suara pelanggan dan kemampuan semasa hospital.

## 03 EFFICIENCY

Perlaksanaan inisiatif GSD berlandaskan lean transformasi akan menumpukan kepada dua faktor utama, Lean Operation System dan Lean Design Development mampu menjadikan cara penyampaian perkhidmatan yang efisien kepada staf dan pesakit.

## 05 EXCELLENT

Pengamalan budaya penambahbaikan yang berterusan melalui pelaksanaan kaizen samada untuk jangka masa singkat, sederhana mahupun jangka masa panjang.

## 02 EFFECTIVE

Menyediakan perkhidmatan yang efektif sesuai dengan SOP dan clinical guideline yang disampaikan oleh staf yang berkelayakan

## 04 ENVIRONMENT

Setiap perkhidmatan yang ditawarkan akan menitik berat pada patient safety, safe procedure dan kerahsiaan. Pada masa yang sama kondusif kepada staf dan pesakit.

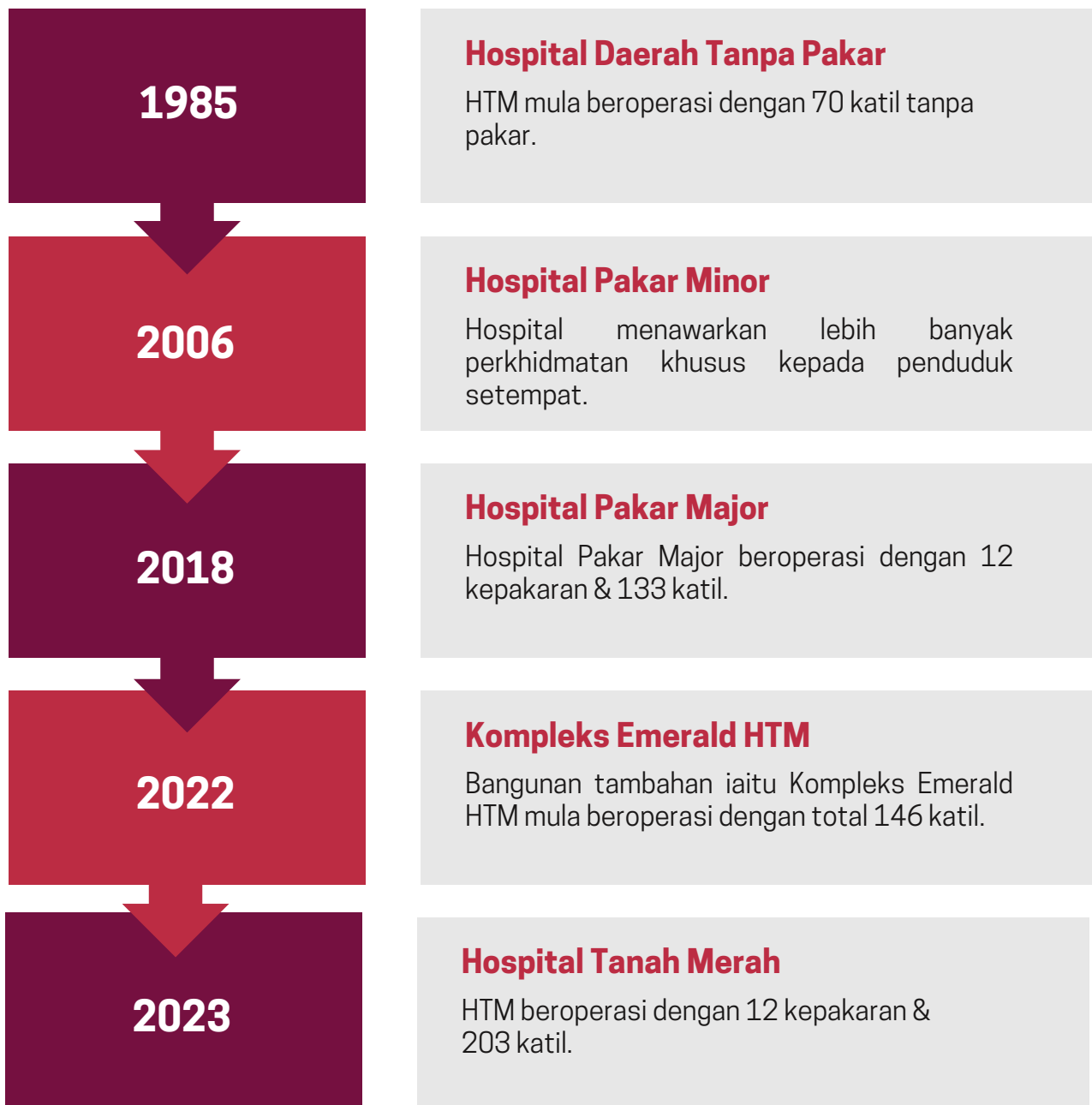
Together



# LATAR BELAKANG

## SEJARAH HOSPITAL TANAH MERAH

Hospital Tanah Merah (HTM) terletak di Bukit Remah, Tanah Merah, Kelantan. Hospital ini mula dibina pada tahun 1975 dan memulakan operasi pada tahun 1985 sebagai sebuah hospital daerah tanpa pakar. Pada awalnya, HTM berfungsi dengan empat wad utama, unit kecemasan, dan bilik bersalin. Namun, seiring dengan peningkatan permintaan perkhidmatan kesihatan, hospital ini telah dinaik taraf secara berperingkat.



# LEAN OPERATIONAL SYSTEM

## Melalui inisiatif *Good Service Delivery*

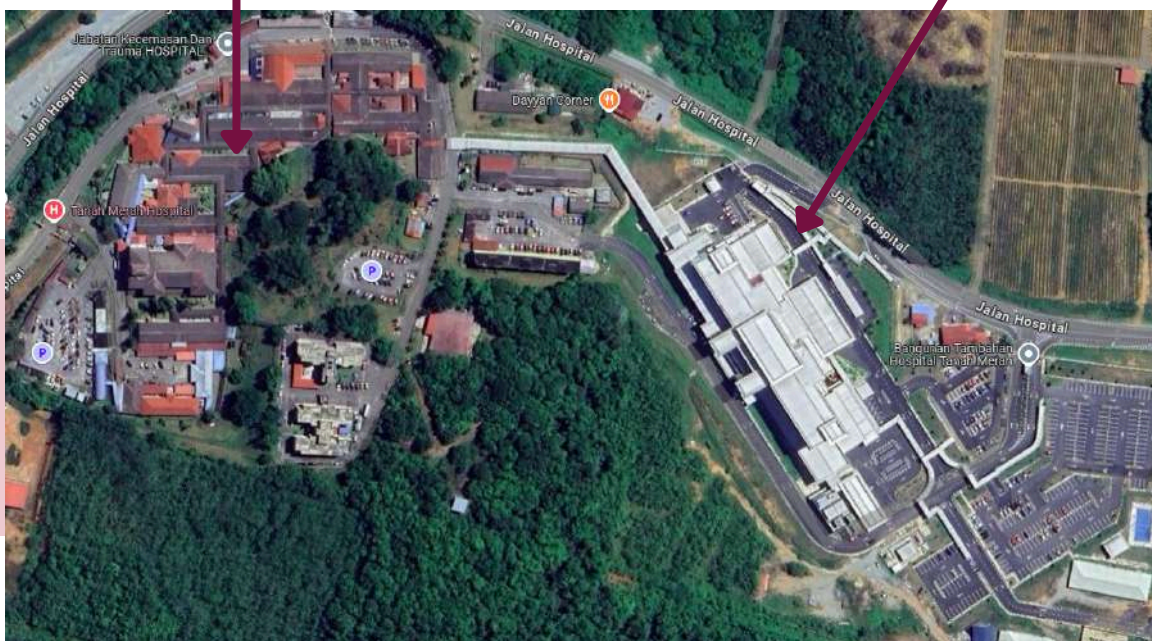
Sejak beberapa tahun kebelakangan ini, HTM telah mengorak langkah ke arah meningkatkan kualiti perkhidmatan melalui pelaksanaan *Lean Transformation*. *Lean Transformation 1.0* (2016-2019) telah membantu hospital dalam memperkemas proses dalaman dan memperbaiki penyampaian perkhidmatan secara menyeluruh melalui inisiatif *Good Services Delivery* (GSD). Pelaksanaan *Lean Healthcare* bertujuan meningkatkan keberkesanan operasi harian hospital, menumpukan kepada penambahbaikan perkhidmatan, pengurangan masa menunggu, dan meningkatkan kualiti rawatan pesakit.

Kini, HTM sedang dalam fasa *Lean Transformation 2.0* (2023-2027) yang berfokus kepada pembangunan jangka masa sederhana. Inisiatif ini memberi tumpuan kepada peningkatan pengalaman pesakit semasa mereka menerima rawatan, memastikan bahawa setiap perkhidmatan yang diterima adalah berkualiti dan efisien.

Dengan pembangunan fasiliti yang berterusan dan pelaksanaan *Lean Transformation*, Hospital Tanah Merah berada di landasan yang kukuh untuk menjadi pusat kesihatan yang bukan sahaja memenuhi, tetapi melangkaui jangkaan pesakit dan masyarakat setempat. HTM komited dalam memberi perkhidmatan yang terbaik kepada setiap individu yang menerima rawatan di hospital ini, selaras dengan visi hospital untuk mencapai kecemerlangan dalam penjagaan kesihatan.

### KOMPLEKS SAPPHIRE

### KOMPLEKS EMERALD



# CARTA ORGANISASI





# 1.0 BEBAN KERJA HOSPITAL

**103%**

Kadar penggunaan katil , BOR dicatatkan pada tahun 2023.

**81%**

daripada jumlah pesakit HTM adalah pesakit luar iaitu seramai 74, 283 orang pesakit.



# PECAHAN JUMLAH KATIL MENGIKUT FASILITI

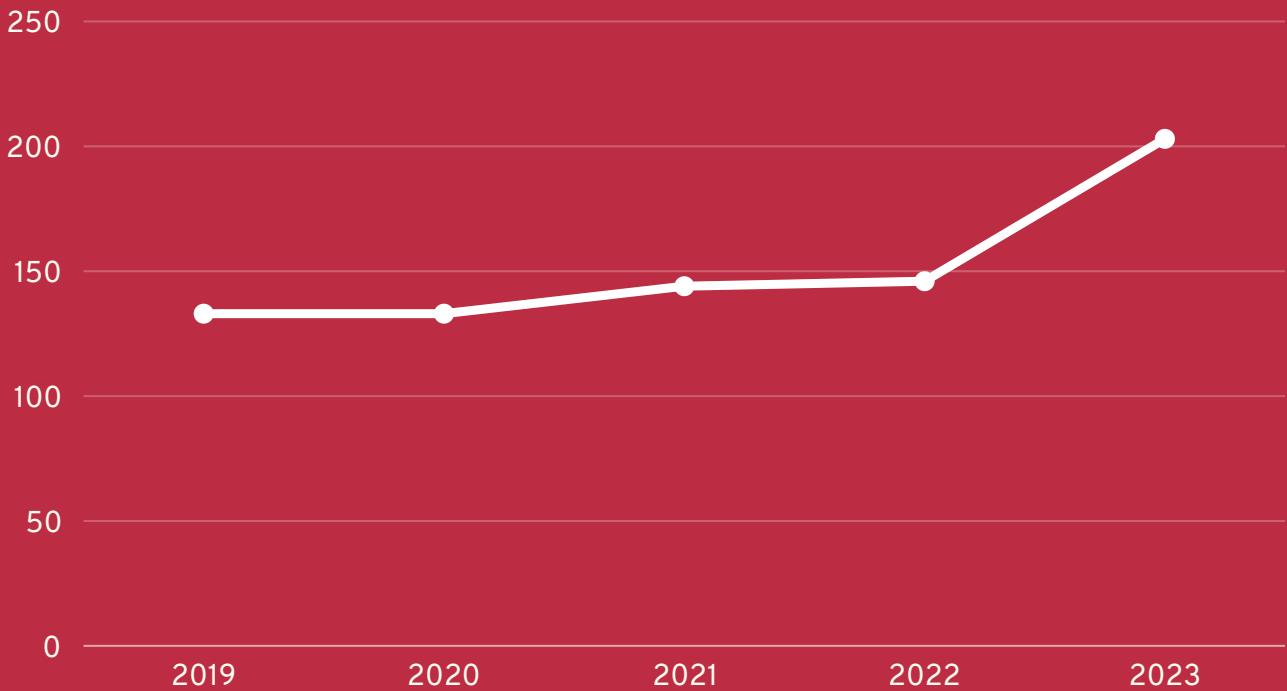
Bil	Disiplin	Wad	Bil. Katil	Kategori
1	Perubatan Am	6A	24	Lelaki
		6B	24	Perempuan
Jumlah			48	
2	Psikiatri	6A	4	Lelaki
		6B	4	Perempuan
Jumlah			8	
3	Pediatrik	2	24	Kanak- Kanak
Jumlah			24	
4	Neonatologi	SCN	20	Kanak- Kanak
		NICU	5	
Jumlah			25	
5	Pembedahan Am	2	2	Kanak- Kanak
		5B	26	Gunasama
Jumlah			28	
6	Ortopedik	2	2	Kanak- Kanak
		5A	26	Gunasama
Jumlah			28	
7	Otorinolaringologi	2	1	Kanak- Kanak
		5B	2	Gunasama
Jumlah			3	
8	Oral Maxxilo Fasial	2	1	Kanak- Kanak
		5A	2	Gunasama
Jumlah			3	
9	Obstetrik	3	23	Perempuan
		4	12	
Jumlah			35	
10	Ginekologi	3	5	Perempuan
Jumlah			5	
11	Anestesiologi	ICU	12	Gunasama
Jumlah			12	
Jumlah Keseluruhan			219	

Jadual 1 : Pecahan jumlah katil mengikut disiplin



JUMLAH KATIL HTM

TAHUN 2019-2023



Rajah 1: Jumlah katil Hospital Tanah Merah

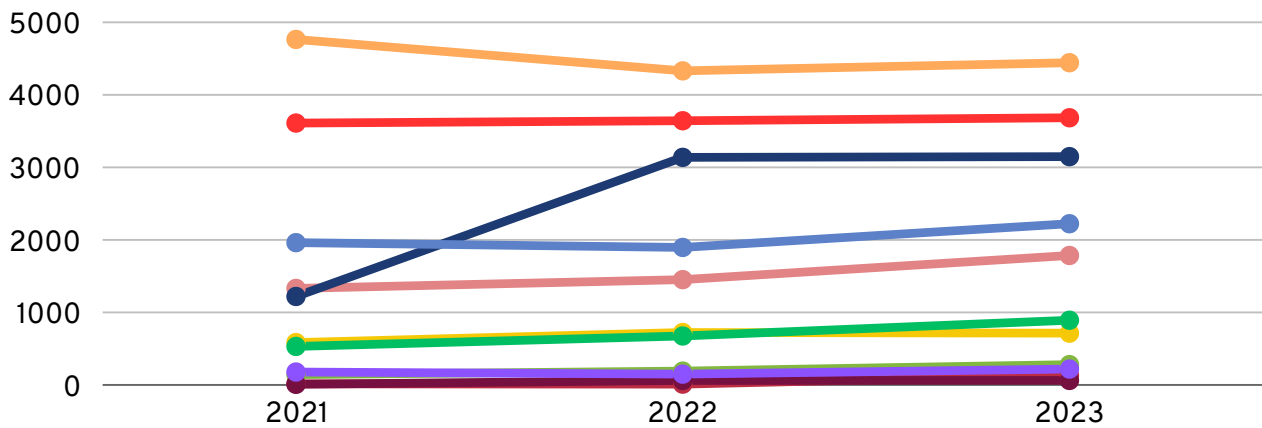
# 1.1 STATISTIK PERKHIDMATAN PESAKIT DALAM

Berlaku penambahan bilangan katil sebanyak 57 katil yang sediakan pada tahun 2023 berbanding tahun 2022. Jadual 2 dibawah menunjukkan jumlah peningkatan bilangan katil di Hospital Tanah Merah.

Tahun	2019	2020	2021	2022	2023
Jumlah Katil	133	133	144	146	203

Jadual 2 : Bilangan katil HTM mengikut tahun





Rajah 2 : Kemasukan Pesakit ke wad mengikut disiplin

Secara keseluruhan, jumlah kemasukan pesakit ke wad pada tahun 2023 mencatatkan sebanyak 17580 pesakit. Jumlah ini menunjukkan peningkatan sebanyak 8.05% berbanding tahun 2022.

Rajah 2 menunjukkan Jabatan Obstetrik mencatatkan jumlah kemasukan ke wad tertinggi diikuti dengan Jabatan Perubatan dan Jabatan Pediatrik.

Bil	Disiplin	2021	2022	2023
1	Perubatan	3611	3643	3684
2	Pembedahan	1331	1452	1785
3	Obstetrik	4764	4331	4443
4	Ginekologi	584	723	714
5	Pediatrik	1220	3138	3148
6	Neonatologi	1962	1896	2223
7	Ortopedik	531	675	892
8	ORL	142	191	280
9	Psikiatri	15	11	132
10	Bedah Mulut	9	62	62
11	Anestesiologi	178	149	217
<b>JUMLAH</b>		<b>14347</b>	<b>16271</b>	<b>17580</b>

Jadual 3 : Kemasukan ke Wad Mengikut Disiplin



# KADAR PENGGUNAAN KATIL

BED OCCUPANCY RATE (BOR)

BOR 2023:  
**102 %**

BOR 2021

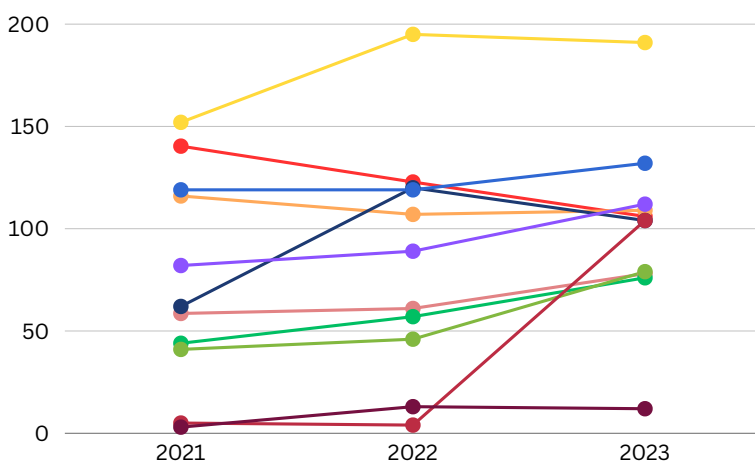
**93.14**

BOR 2022 +4.5%

**97.31**

BOR 2023 +4.8%

**102.00**



Rajah 3 : Kadar penggunaan katil 2021-2023

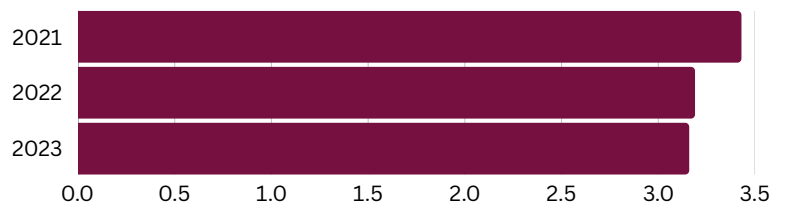
## Kadar Penggunaan Katil

Kadar penggunaan katil (*Bed Occupancy Rate*) hospital bagi tempoh tiga (3) tahun menunjukkan peningkatan sebanyak 4.8% bagi tahun 2023. Ini ekoran penambahan bilangan katil dan jumlah kemasukan pesakit ke wad.

Bil	Disiplin	2021	2022	2023
1	Perubatan	140.3	122.83	106.36
2	Pembedahan	58.57	61.27	77.78
3	Obstetrik	116.98	106.58	108.56
4	Ginekologi	152.33	194.98	191.14
5	Pediatrik	61.64	119.71	103.5
6	Neonatologi	119.38	119.35	132.33
7	Ortopedik	44.00	56.5	75.62
8	ORL	40.82	46.12	78.45
9	Psikiatri	4.79	4.11	103.56
10	Bedah Mulut	3.15	12.79	11.96
11	Anestesiologi	81.81	89.48	112.60
<b>JUMLAH</b>		<b>93.14</b>	<b>97.31</b>	<b>102.00</b>

Jadual 4 : BOR Mengikut Disiplin

## Purata Harian Pesakit Tinggal (ALOS)



Rajah 4 : Purata harian pesakit tinggal 2021-2023

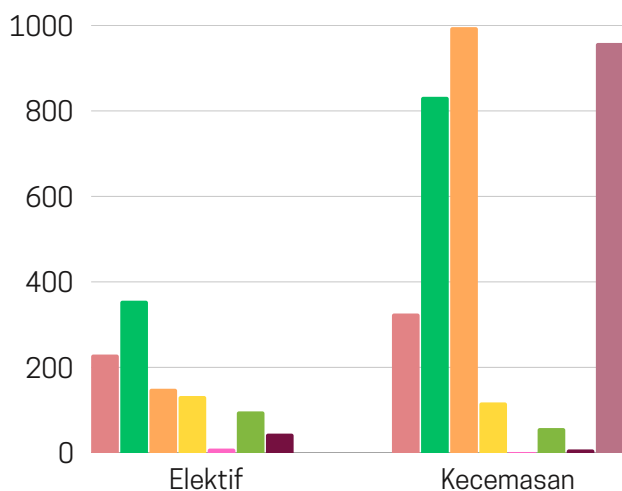
## Average Length of Stay (ALOS) 2023

**3.16**

Rajah 4 menunjukkan kadar purata harian pesakit tinggal di wad pada tahun 2023 adalah 3.16 iaitu menurun 0.03 hari berbanding 3.19 pada tahun 2022.



# JUMLAH PEMBEDAHAN ELEKTIF & KECEMASAN 2023



Rajah 5 : Jumlah pembedahan mengikut disiplin

## Jumlah Pembedahan Mengikut Disiplin

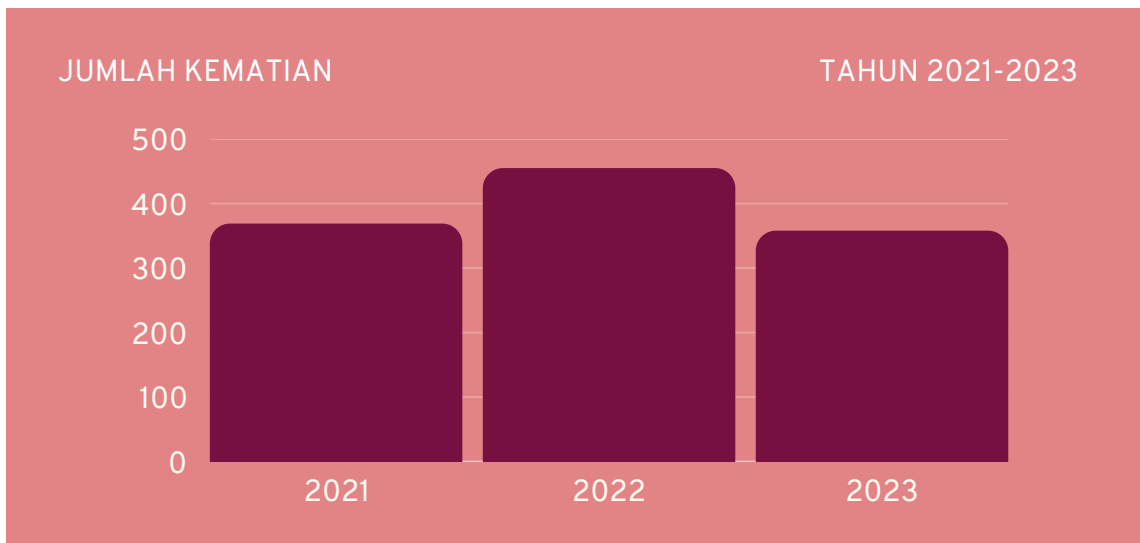
Secara keseluruhan, jumlah pembedahan kes kecemasan lebih tinggi berbanding kes elektif pada tahun 2023 iaitu sebanyak 3300 kes. Pembedahan elektif tertinggi telah dijalankan oleh Jabatan Ortopedik (356) diikuti Jabatan Pembedahan Am (230) serta Jabatan Obstetrik (150). Manakala pembedahan kecemasan tertinggi dicatatkan oleh Jabatan Obstetrik (996) diikuti Jabatan Ortopedik (833) dan Jabatan Pembedahan Am (326).

Bil	Disiplin	Elektif	Kecemasan	Jumlah
1	Pembedahan	230	326	556
2	Obstetrik	150	996	1146
3	Ginekologi	133	118	251
4	Ortopedik	356	833	1189
5	ORL	97	58	155
6	Bedah Mulut	45	8	53
7	Oftalmologi	10	2	12
<b>JUMLAH</b>		<b>1021</b>	<b>3300</b>	<b>4321</b>

Jadual 5: Jumlah Pembedahan Mengikut Disiplin



# KEMATIAN PESAKIT DALAM

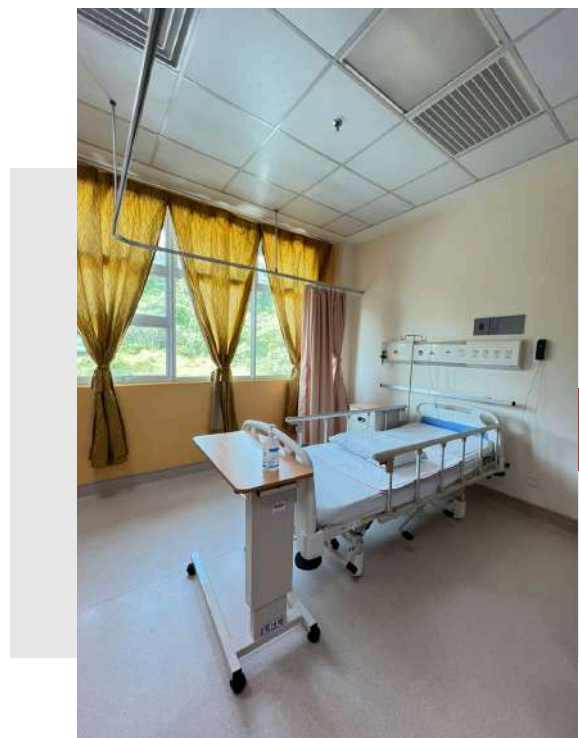


Rajah 6 : Jumlah Kematian Pesakit Dalam 2021-2023

Jumlah kematian pada tahun 2023 adalah 358 iaitu menurun sebanyak 21.3% berbanding tahun 2022.

TAHUN	JUMLAH KEMATIAN
2021	369
2022	455
2023	358

Jadual 6: Jumlah Kematian

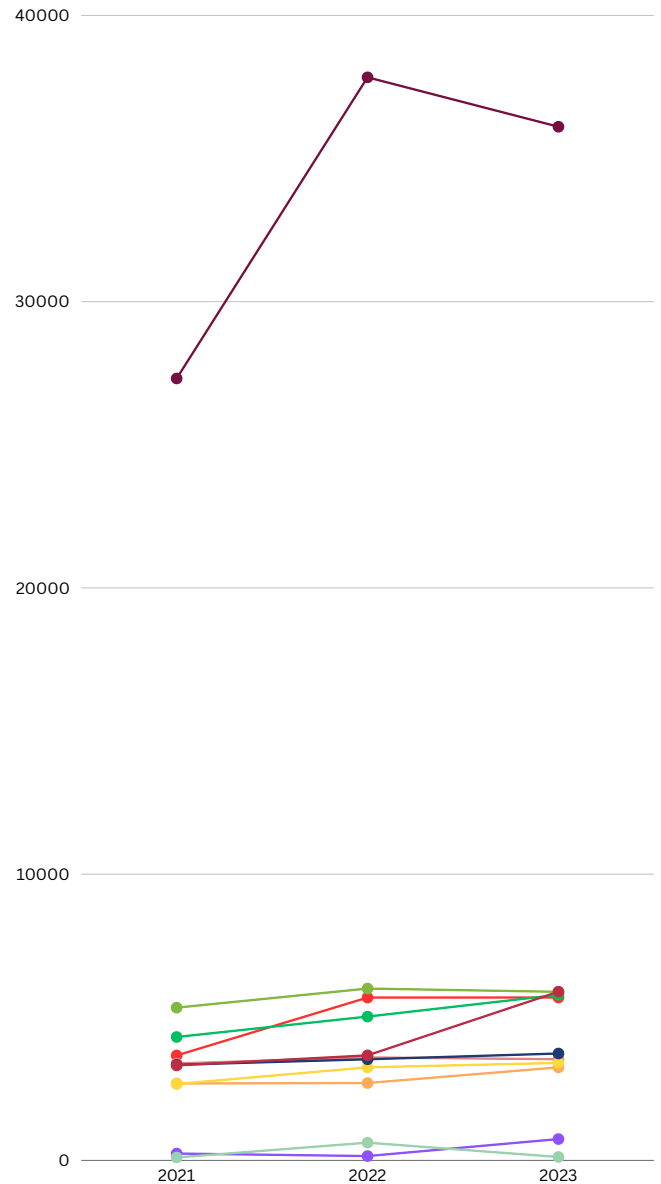


# PERKHIDMATAN PESAKIT LUAR

## KEDATANGAN PESAKIT KE KLINIK PAKAR & JABATAN KECEMASAN & TRAUMA MENGIKUT DISIPLIN

BIL	DISIPLIN	2021	2022	2023
1	PERUBATAN AM	3666	5689	5690
2	PEMBEDAHAN AM	3387	3598	4600
3	PEDIATRIK	3340	3532	3734
4	OBSTETRIK	2686	2702	2181
5	GINEKOLOGI	2670	3250	3406
6	ORTOPEDIK	4311	5024	5784
7	PSIKIATRI	3318	3669	5892
8	OTORINOLARINGOLOGI	5336	6003	5889
9	BEDAH PLASTIK	121	192	132
10	ANESTESIOLOGI	239	151	745
11	REHABILITASI	102	619	119
12	KECEMASAN & TRAUMA	27316	37837	36111
	<b>JUMLAH KESELURUHAN</b>	<b>56492</b>	<b>72266</b>	<b>74283</b>

Jadual 7: Jumlah Pesakit Luar



Rajah 7: Jumlah kedatangan pesakit luar 2021-2023

Secara keseluruhan, jumlah kedatangan pesakit ke klinik pakar dan Jabatan Kecemasan & Trauma menunjukkan tren peningkatan sebanyak 2.7% pada tahun 2023 dengan catatan sebanyak 74283 pesakit berbanding tahun 2022.

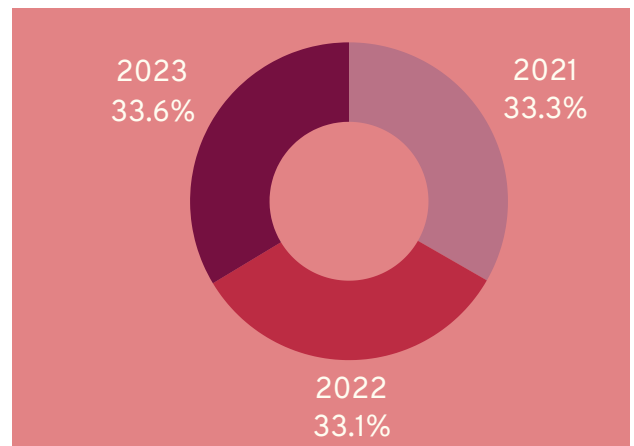




# JUMLAH KEDATANGAN RAWATAN HARIAN (*DAYCARE*)

TAHUN	JUMLAH KEDATANGAN
2021	8729
2022	8667
2023	8816

Jadual 8 : Jumlah kedatangan pesakit ke rawatan harian tahun 2021- 2023



Rajah 8 : Jumlah kedatangan pesakit ke rawatan harian tahun 2021 - 2023

Jadual 8 menunjukkan jumlah kedatangan pesakit rawatan harian meningkat sebanyak 1.7% pada tahun 2023 berbanding tahun 2022.

## BEBAN KERJA SOKONGAN KLINIKAL

### PERKHIDMATAN SOKONGAN KLINIKAL

BIL	JABATAN / UNIT	2021	2022	2023
1	PATOLOGI	622948	705327	694250
2	RADIOLOGI	35985	45794	53031
3	FISIOTERAPI	23314	31482	39321
4	PEMULIHAN CARA KERJA	1515	2476	3643
	<b>JUMLAH KESELURUHAN</b>	<b>683762</b>	<b>785079</b>	<b>790245</b>

Jadual 9: Beban Kerja Sokongan Klinikal

Jadual 9 menunjukkan jumlah beban kerja di 4 jabatan/unit bagi perkhidmatan sokongan klinikal adalah sebanyak 790245. Pada tahun 2023, jumlah beban kerja telah meningkat sebanyak 0.65% daripada tahun 2022. Peratusan peningkatan ini disumbang oleh kenaikan beban kerja di Jabatan Radiologi dan Fisioterapi.

# 1.2 UNIT SUMBER MANUSIA

## LATAR BELAKANG

Unit sumber manusia bertanggungjawab ke atas pengurusan kakitangan dan perkhidmatan supaya diselenggara dengan sempurna mengikut undang-undang dan peraturan-peraturan yang telah ditetapkan. Di samping itu, unit ini menyelenggara senarai perjawatan berdasarkan waran perjawatan yang diluluskan oleh pihak kementerian kesihatan malaysia (KKM) dan mengemasikini data perjawatan iaitu Jawatan, Isi, Kosong (JIK). Data-data perjawatan ini turut dikemaskini melalui aplikasi *Human Resouces Management Information System* (HRMIS).

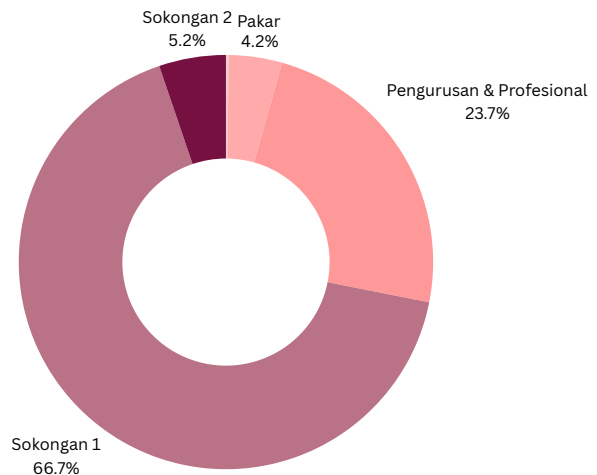
## STATISTIK & PENCAPAIAN PERJAWATAN KESELURUHAN

Jawatan	Jumlah	Isi	Kosong
Pengarah	1	1	0
Pengurusan Tertinggi	1	2	-1
Pakar	61	39	22
Pengurusan & Profesional	326	223	103
Sokongan 1	704	626	78
Sokongan 2	146	97	49
<b>Jumlah Keseluruhan</b>	<b>1239</b>	<b>988</b>	<b>251</b>

Jadual 10 : Jumlah Perjawatan Keseluruhan

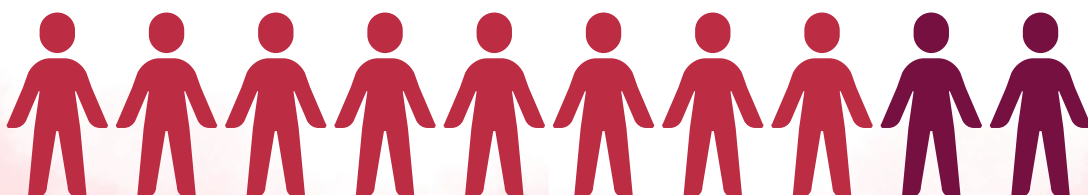
Peratus Pengisian  
Jawatan  
 $(988 \div 1239) \times 100 =$

**79.74%**



Rajah 9: Peratus perjawatan keseluruhan

Jadual 10 menunjukkan kedudukan perjawatan mengikut kategori kumpulan pada tahun 2023. Pengisian tertinggi adalah dari kumpulan sokongan 1 dan pengurusan dan profesional. Kumpulan pakar mencatatkan peratusan tertinggi bagi perjawatan kosong iaitu dengan catatan hanya sebanyak 63.9% pengisian berbanding kumpulan perjawatan lain.



# 1.3 UNIT KESELAMATAN

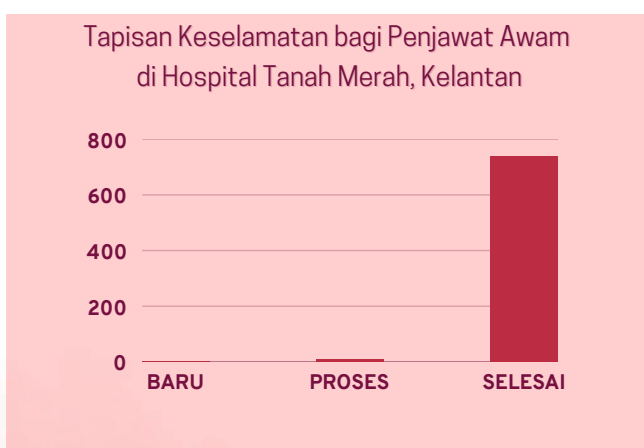
## LATAR BELAKANG

Pengurusan keselamatan perlindungan menjadi asas dalam memastikan sistem keselamatan perlindungan dapat dilaksanakan dengan teratur dan berkesan selaras dengan Arahan Keselamatan (Semakan dan Pindaan 2017) dan Akta Rahsia Rasmi 1972 (Akta 88) serta pekeliling-pekeliling yang sedang berkuat kuasa. Langkah-langkah keselamatan yang baik adalah arahan yang mudah difahami dan penguatkuasaan ke atas perkara tersebut. Unit Keselamatan HTM dipertanggungjawabkan ke atas pengurusan keselamatan perlindungan di hospital ini yang terdiri dari Kader-Kader Pejabat Ketua Pegawai Keselamatan Kerajaan Malaysia (CGSO) Jabatan Perdana Menteri.

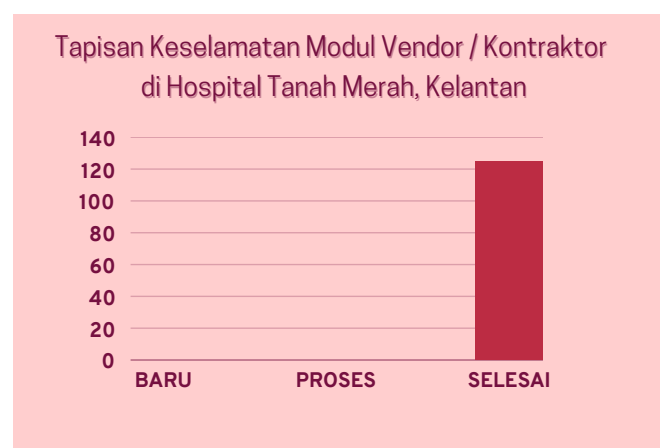
Pengurusan keselamatan perlindungan hendaklah diberi perhatian serius melalui pelaksanaan langkah-langkah keselamatan dan memupuk budaya keselamatan perlindungan dalam tugas harian bagi memastikan kerahsiaan dokumen rasmi kerajaan dan aset-aset kerajaan terpelihara dengan baik serta penyampaian perkhidmatan kerajaan diberikan dengan teratur dan berkesan. Tindakan ini diterjemahkan kepada sistem kawalan keselamatan perlindungan yang merangkumi perkara berikut :

1. Dasar Pengurusan Keselamatan Perlindungan
2. Keselamatan Fizikal
3. Keselamatan Dokumen
4. Keselamatan Peribadi
5. Keselamatan Teknologi Maklumat atau *Information, Communication and Technology* (ICT)

## STATISTIK & PENCAPAIAN



Rajah 10 : Permohonan Tapisan Keselamatan - sistem e-Vetting 2.0 Modul Penjawat Awam di Hospital Tanah Merah



Rajah 11 : Permohonan Tapisan Keselamatan sistem e-Vetting 2.0 Modul Vendor dan Kontraktor/Pakar Perunding di Hospital Tanah Merah

Rajah 10 dan 11 menunjukkan status permohonan tapisan keselamatan penjawat awam dan vendor/kontraktor sistem e-Vetting 2.0 di HTM seperti mana perenggan 152 - 154, Arahan Keselamatan (Semakan dan Pindaan 2017). Secara keseluruhannya, sebanyak 738 permohonan kategori penjawat awam dan 125 permohonan kategori vendor/kontraktor telah lulus tapisan keselamatan.

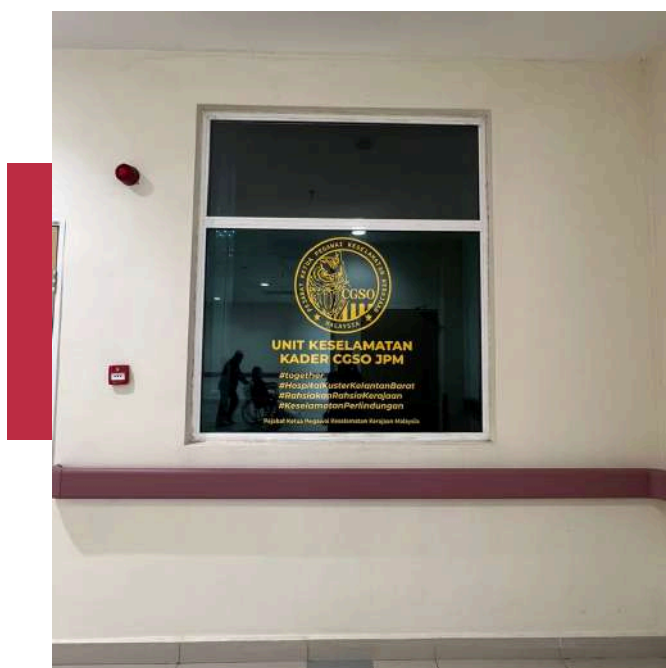
## AKTIVITI & LATIHAN

BIL	AKTIVITI / TAJUK	KEKERAPAN
1	Taklimat Arahan Keselamatan (Semakan dan Pindaan 2017)	2
2	Taklimat Keselamatan Peribadi -Sistem e-Vetting Modul Penjawat Awam	2
3	Orientasi Keselamatan Fizikal Pengawal Keselamatan Swasta	1
4	Coaching Keselamatan Peribadi Sistem e-Vetting 2.0 Modul Penjawat Awam	2
5	Pemantauan Keselamatan Fizikal -Pengawal Keselamatan Swasta	12

Jadual 11 : Aktiviti yang telah dijalankan sepanjang Januari hingga Disember 2023

## KESIMPULAN

Tapisan keselamatan merupakan satu proses yang dapat membantu menentang kegiatan-kegiatan subversif, espionaj, sabotaj dan keganasan sama ada dari dalam atau luar negara. Proses ini mampu mengenal pasti kelemahan keperibadian pegawai awam atau mana-mana individu/komuniti yang berkhidmat di dalam premis kerajaan yang memungkinkan mereka terlibat dengan pendedahan maklumat rahsia rasmi kerajaan.



# 2.0 QUALITY IMPROVEMENT COMMITTEE

QIC adalah satu unit yang ditubuhkan bagi memantau pencapaian perkhidmatan klinikal dan juga bukan klinikal seterusnya membantu melaksanakan tindakan penambahbaikan ke arah perkhidmatan yang lebih berkualiti.

## 2.1 KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI) & HOSPITAL PERFORMANCE INDICATOR FOR ACCOUNTABILITY (HPIA)

KPI merupakan elemen Program *Quality Assurance*. KPI digunakan untuk mengukur dan memantau pencapaian kualiti perkhidmatan di hospital-hospital kerajaan. Indikator-indikator tersebut menggambarkan pencapaian sesebuah hospital secara menyeluruh serta dapat mengukur pencapaian jabatan serta anggotanya terutama pakar klinikal bagi jabatan klinikal berkaitan.

Pemantauan HPIA serta perkhidmatan klinikal program perubatan (KPI) telah dilancarkan pada tahun 2014. Beberapa perubahan telah dilaksanakan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia. Bermula tahun 2023 sebanyak 21 indikator untuk HPIA dan 46 indikator untuk KPI program perubatan klinikal. Jumlah keseluruhan indikator yang dipantau oleh HTM pada tahun 2023 adalah sebanyak 67. Pemantauan ke atas KPI program perubatan dijalankan di semua jabatan/unit mengikut kategori iaitu *medical based*, *surgical based* dan *clinical support*. Ketua jabatan memainkan peranan yang penting dalam memantau pencapaian indikator bagi jabatan masing-masing.

Nama Hospital : Hospital Tanah Merah		Bilangan Indikator
<b>HPIA Element</b>		
1.	<i>Internal Business Process</i>	11
2.	<i>Customer Focus</i>	3
3.	<i>Employee Satisfaction</i>	1
4.	<i>Learning And Growth</i>	1
5.	<i>Financial And Office Management</i>	3
6.	<i>Environmental Support</i>	2
<b>KPI PERKHIDMATAN KLINIKAL</b>		
1.	<i>Medical Based</i>	13
2.	<i>Surgical Based</i>	16
3.	<i>Clinical Support Based</i>	17
<b>Jumlah Keseluruhan Indikator Yang Dipantau:</b>		<b>67</b>

Jadual 12 : Jumlah indikator HPIA dan KPI perkhidmatan klinikal yang dipantau



Bil	Jabatan/Unit	Indikator	Sasaran	Pencapaian	SIQ
1.	Perubatan	<i>ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) [Without Shock] Case Fatality Rate</i>	≤10%	0%	
		<i>Non ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) Case Fatality Rate</i>	≤8%	0%	
2.	Pediatrik	<i>Percentage of paediatric patients with unplanned readmissions to the paediatric ward within 48 hours of discharge</i>	≤0.5%	0.10%	
3.	O&G	<i>Percentage of massive postpartum haemorrhage (PPH) incidence in cases delivered in the hospital</i>	≤0.5%	0.93%	√
4.	Kecemasan & Trauma	<i>Percentage of inappropriate triaging (UNDER-TRIAGING): Category Green patients who should have been triaged as Category Red</i>	≤0.5%	0.02%	
		<i>Percentage of patients ventilated in Emergency and Trauma Department for more than 8 hours</i>	≤50%	49.79%	√
5.	Patologi	<i>Percentage of laboratory turnaround time (LTAT) for urgent Full blood count (FBC) within (≤) 45 minutes</i>	≥90%	98.35%	
6.	Kejururawatan	<i>Incidence of thrombophlebitis among inpatients with intravenous (IV) cannulation</i>	≤0.5%	0%	
7.	Kualiti	<i>Percentage of Morbidity and / or Mortality meetings being conducted at the hospital level with documentation of the cases discussed</i>	≥80%	100%	
8.	Patologi	<i>Cross-match Transfusion (CT) ratio</i>	≤2.0	1.41%	
9.	Kawalan Infeksi	<i>Rate of Healthcare Associated Infections (HCAI)</i>	≤5%	4.51%	
10.	Farmasi	<i>Percentage of medication prescriptions dispensed within 30 minutes</i>	≥95%	97.75%	
11.	Medicolegal	<i>Percentage of Aduan Biasa which were received through SisPAA (Sistem Pengurusan Aduan Awam) and settled within the stipulated period (working days)</i>	≥85%	100%	
12.	Rekod Perubatan	<i>Percentage of Medical Reports prepared within the stipulated period</i>	≥90%	96.29%	
13.	Sumber	<i>Percentage of new hospital staffs who attended the Orientation Programme within 3 months of their placement at the Unit or Department in the hospital</i>	≥90%	100%	
14.	Penyeliaan	<i>Percentage of paramedics in acute care areas who have a CURRENT trained status in Basic Life Support (BLS) in the corresponding year</i>	≥70%	79.03%	
15.	Kecemasan & Trauma	<i>Percentage of hospital vehicles that conformed to the Planned Preventive Maintenance (PPM) schedule.</i>	≥80%	100%	
16.	Hasil	<i>Percentage of paid bills by discharged patients from the inpatient revenue</i>	≥80%	96.93%	
17.	Aset	<i>Percentage of assets in the hospital that were inspected and monitored at least once a year</i>	100%	100%	
18.	UKKP	<i>Percentage of Safety Audit findings identified whereby control measures had been taken in the corresponding year</i>	≥70%	77.77%	
19.	Penyeliaan	<i>Percentage of Fire Drill that has been carried out by the hospital in the corresponding year</i>	100%	100%	

Jadual 13 : Pencapaian HPIA Dan KPI Perkhidmatan Klinikal Bagi Tempoh Januari-Disember 2023



Bil	Jabatan/Unit	Indikator	Sasaran	Pencapaian	SIQ
1.	Pediatrik	Percentage of patients with waiting time of $\leq 90$ minutes to see the doctor at the Paediatric Outpatient Clinic (Only one registration area involved)	$\geq 80\%$	95.54%	
		Percentage of survival of inborn livebirths with birthweight between 1000-1499g	$\geq 85\%$	100%	
		Community-acquired pneumonia death rate	$\leq 0.5\%$	0%	
		Percentage of paediatric patients with unplanned readmission to Paediatric Ward within ( $\leq$ ) 48 hours of discharge	$\leq 0.5\%$	0.10%	
2.	O&G	Percentage of patients with waiting time of $\leq 90$ minutes to see the doctor at the Obstetrics and Gynaecology Outpatient Clinic (Only one registration area involved)	$\geq 80\%$	98.55%	
		Percentage of patients with Eclampsia administered magnesium sulphate (MgSO <sub>4</sub> )	$\geq 90\%$	100%	
		Percentage of massive primary Postpartum Haemorrhage (PPH) incidence in cases delivered in the hospital	$\leq 0.75\%$	0.93%	√
		Percentage of patients with unrecognised intraoperative ureteric injury during benign gynaecological surgery	$\leq 1.5\%$	0%	
3.	ENT	Percentage of patients with waiting time of $\leq 90$ minutes to see the doctor at the Otorhinolaryngology Outpatient Clinic (Only one registration area involved)	$\geq 80\%$	93.85%	
		Percentage of ears with hearing improvement 3 months post myringoplasty	$\geq 70\%$	100%	
		Incidence rate of primary post-tonsillectomy haemorrhage	$\leq 3\%$	0%	
4.	Kecemasan & Trauma	Complication rate of procedural sedation and analgesia (PSA)	$\leq 5\%$	2.70%	
		Percentage of suspected Acute Coronary Syndrome (ACS) patients administered oral aspirin by Prehospital Care and Ambulance Services (PHCAS) responder	$\geq 75\%$	100%	
		Percentage of Intravenous Tranexamic Acid given in trauma patients with severe haemorrhage within 60 minutes of first medical contact	$\geq 70\%$	100%	
5.	Forensik	Turnaround time of $\leq 3$ hours for releasing bodies (non-police cases) to the appropriate claimant after body registration by the Forensic Medicine Department/ Forensic Unit	$\geq 80\%$	99.50%	
		Turnaround time of $\leq 12$ weeks for preparing forensic autopsy reports of police cases from the autopsy performed by the Forensic Medicine Department	$\geq 80\%$	100%	
		Percentage of bodies released to the right claimant by the Forensic Medicine Department/ Forensic Unit	100%	100%	
6.	Patologi	Prothrombin Time (PT) and Activated Partial Prothrombin Time (APTT) External Quality Assurance (EQA) Performances	$\geq 80\%$	100%	
		Percentage of Laboratory Turnaround Time (LTAT) for AFB Smears Examination reported within 24 hours of sample receipt.	$\geq 80\%$	98.62%	

Jadual 14 : Pencapaian HPIA Dan KPI Perkhidmatan Klinikal Bagi Tempoh Januari-Disember 2023





Bil.	Jabatan/Unit	Indikator	Sasaran	Pencapaian
7.	Radiologi	Percentage of patients with waiting time of $\leq 60$ minutes for commencement of ultrasound examination	$\geq 90\%$	95.93%
		Percentage of reject-retake images	$\leq 5\%$	2.15%
		Percentage of patients developed significant contrast media extravasation following CT examination with intravenous (IV) contrast media	$\leq 0.5\%$	0%
8.	Transfusi	Timeliness of performing emergency crossmatch within 30 minutes	$\geq 95\%$	100%
		Red Cell Expiry Rate	$\leq 2\%$	1.41%
		Percentage of febrile transfusion reaction investigation reported within 10 working days	$\geq 80\%$	100%
9.	Nefrologi	Percentage of chronic haemodialysis patients with delivered KT/V of $\geq 1.2$	$\geq 85\%$	90.74%
10.	Perubatan	Percentage of patients with waiting time of $\leq 90$ minutes to see the doctor at General Medicine Outpatient Clinic (Only one registration area involved)	$\geq 80\%$	93.38%
		Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) Case Fatality Rate	$\leq 8\%$	0%
		Percentage of medical patients with unplanned readmission to medical ward within ( $\leq$ ) 48 hours of discharge	$\leq 0.5\%$	0%
11.	Psikiatri	Percentage of patients with waiting time of $\leq 90$ minutes to see the doctor at the Psychiatry Outpatient Clinic (Only one registration area involved)	$\geq 80\%$	99.95%
		Defaulter rate among psychiatric outpatients	$\leq 10\%$	5.31%
		Percentage of new patients reviewed by psychiatrist within ( $\leq$ ) 30 days at Psychiatry Outpatient Clinic	$\geq 90\%$	100%
12.	Respiratori	Percentage of patients with waiting time of $\leq 90$ minutes to see the doctor at the Pulmonology Outpatient Clinic (Only one registration area involved)	$\geq 80\%$	93.31%
		Percentage of complicated Tuberculosis (TB) cases seen within ( $\leq$ ) 2 weeks in Pulmonology/ TB clinic	$\geq 90\%$	100%
13.	Pembedahan Am	Percentage of patients with waiting time of $\leq 90$ minutes to see the doctor at the General Surgery Outpatient Clinic (Only one registration area involved)	$\geq 80\%$	97.74%
		Percentage of patients with postponement of surgery for urgent cases	NA	3.64%
		Percentage of Peri-operative Mortality Review (POMR) cases reported using vPOMR form	$\geq 90\%$	100%
		Incidence rate of colonic perforation following colonoscopy	$\leq 0.5\%$	0%
14.	Ortopedik	Percentage of patients with waiting time of less than ( $\leq$ ) 75 minutes to see doctor in Orthopaedic Outpatient Clinic after completion of pre-planned procedure	$\geq 90\%$	92.48%
		Percentage of patients with surgical site infection following clean elective orthopaedic surgery	$\leq 2\%$	0%
		Percentage of unacceptable internal fixations of fracture requiring revision	$\leq 2\%$	0%
		Percentage of post primary total knee replacement patient with length of stay in hospital of $\leq 5$ working days	$\geq 80\%$	100%
		Post-operative sepsis rate in Orthopaedic	$\leq 2\%$	0%
15.	Anestesiologi	Percentage of patients on Acute Pain Service (APS) with pain score of ( $\leq$ ) 4 at rest within ( $\leq$ ) the first 24 hours after surgery	$\geq 85\%$	100%
		Ventilator care bundle (VCB) compliance rate	$\geq 95\%$	100%
		Percentage of elective surgical cancellations after pre-operative assessment in the Anaesthetic Clinic	$\leq 5\%$	0%

Jadual 14 : Pencapaian HPIA Dan KPI Perkhidmatan Klinik Bagi Tempoh Januari-Disember 2023  
(sambungan)



## SHORTFALL IN QUALITY (SIQ) BAGI TAHUN 2023

Hospital Tanah Merah				
Pemilik Kpi : Pengarah Hospital		Tempoh :		JAN-DIS 2023
Indikator :	<i>Percentage Of Massive Postpartum Haemorrhage (PPH) Incidence In Cases Delivered In The Hospital</i>		Sasaran :(1 Tahun)	≤ 0.75%
	Numerator	Denominator	Pencapaian :	0.93%
	35	3755		
Sejarah Latar Belakang :	<i>There Were A Total Of Thirty Five Cases Of Primary Postpartum Haemorrhage (Pph) Over The Last 12 Month And It Was Mainly Due To Uterine Atony And This Number Was Contributed By The Increasing Number Of High Risk Cases Managed In Our Centre.</i>			

Jadual 15 : Shortfall in Quality (SIQ) di Dalam HPIA Element (Internal Business Process)

Bil	Faktor Penyumbang	Tindakan Penambahbaikan	Pegawai Terlibat	Tarikh Dijangka Selesai
1.	<i>Complexity of the cases</i>	Drill on PPH	Dr. Husna Nabilah binti Mohd Rapeia	Jan – Dis 2024
2.		Audit PPH (KPI presentation)	Dr. Abdul Rahman bin Ahmad Bakhari	Jan – Dis 2024 Julai – Dis 2024
3		<i>Monthly Census and PPH presentation and audit</i>	<i>Medical Officer (MO) / House Officer (HO)</i>	Jan – Dis 2024
4		OLLS ( <i>Obstetrics Life Saving Kill</i> ) Workshop	OLSS Team	13 & 14 May 2024

Jadual 16 : Tindakan penambahbaikan yang telah dijalankan



## PENCAPAIAN AUDIT HPIA/KPI

HPIA	DALAMAN (25 - 31 OKTOBER)	LUARAN (8 NOVEBER 2023)
JUMLAH	21	21
DI AUDIT	21	21
SUCCESSFUL COMPLIANCE (SC)	18	18
PC	3	3
NC	0	0

Jadual 17 : Dapatan pelaksanaan Audit HPIA/KPI

Jadual 17 menunjukkan aktiviti pelaksanaan audit dalaman telah dijalankan pada 25 – 31 Oktober 2023 manakala audit luaran pencapaian HPIA/KPI pula telah dijalankan pada 8 November 2023. Auditor terdiri daripada pegawai dari Hospital Raja Perempuan Zainab 2, Hospital Machang dan Hospital Pasir Mas.

KPI PERKHIDMATAN KLINIKAL	2023	2023
JUMLAH	46	46
DI AUDIT	46	17
FC	44	14
PC	2	3
NC	0	0

Jadual 18 : Dapatan pelaksanaan audit dalaman

## KESIMPULAN

Secara keseluruhan, semua kategori disiplin dalam KPI dan HPIA tercapai di mana *performance index* melebihi 1. Walaubagaimanapun usaha yang berterusan daripada semua pihak masih diperlukan bagi mencapai tahap pencapaian yang lebih tinggi.

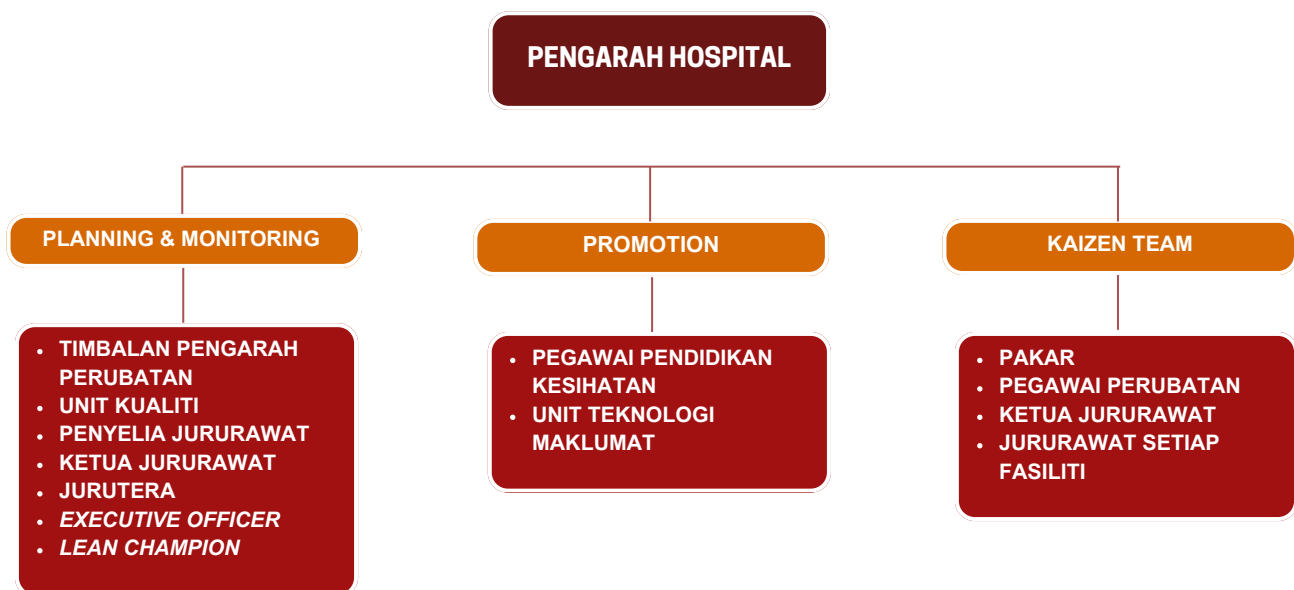
# 2.2 GOOD SERVICE DELIVERY (GSD)

Pelaksanaan *Lean Operational System* menerusi inisiatif GSD bertujuan meningkatkan keberkesanan operasi harian hospital, menumpukan kepada penambahbaikan perkhidmatan, pengurangan masa menunggu, dan meningkatkan kualiti rawatan pesakit. QIC bertanggungjawab memantau pencapaian 9 *matrix performance* GSD yang telah dijalankan di HTM bermula bulan Oktober 2023.

Bil	Inisiatif	Fasiliti
1	Menurunkan Waktu <i>Length of Stay</i> (LOS) Di <i>Green Zone</i>	Jabatan Kecemasan Dan Trauma
2	Menurunkan Waktu <i>Length of Stay</i> (LOS) Di <i>Yellow Zone</i>	Jabatan Kecemasan Dan Trauma
3	Menurunkan Waktu <i>Length of Stay</i> (LOS) Di <i>Patient Admission Centre</i> (PAC) Dewan Bersalin	Jabatan O&G
4	Menurunkan Waktu <i>Length of Stay</i> (LOS) Di Klinik Pakar	Klinik Pakar
5	Menurunkan Waktu Discaj di Semua Wad	Wad
6	Menurunkan Waktu Pengambilan Ubat di Farmasi Pesakit Luar	Jabatan Farmasi
7	Menurunkan Waktu Temujanji CT Scan Bagi Pesakit Luar	Jabatan Radiologi
8	Menurunkan Waktu Menunggu di Unit Persampelan Blok Emerald	Unit Persampelan
9	Menurunkan Waktu Pembayaran Tuntutan Kerja Lebih Masa	Unit Kewangan

Jadual 19 : *Matrix Performance* GSD

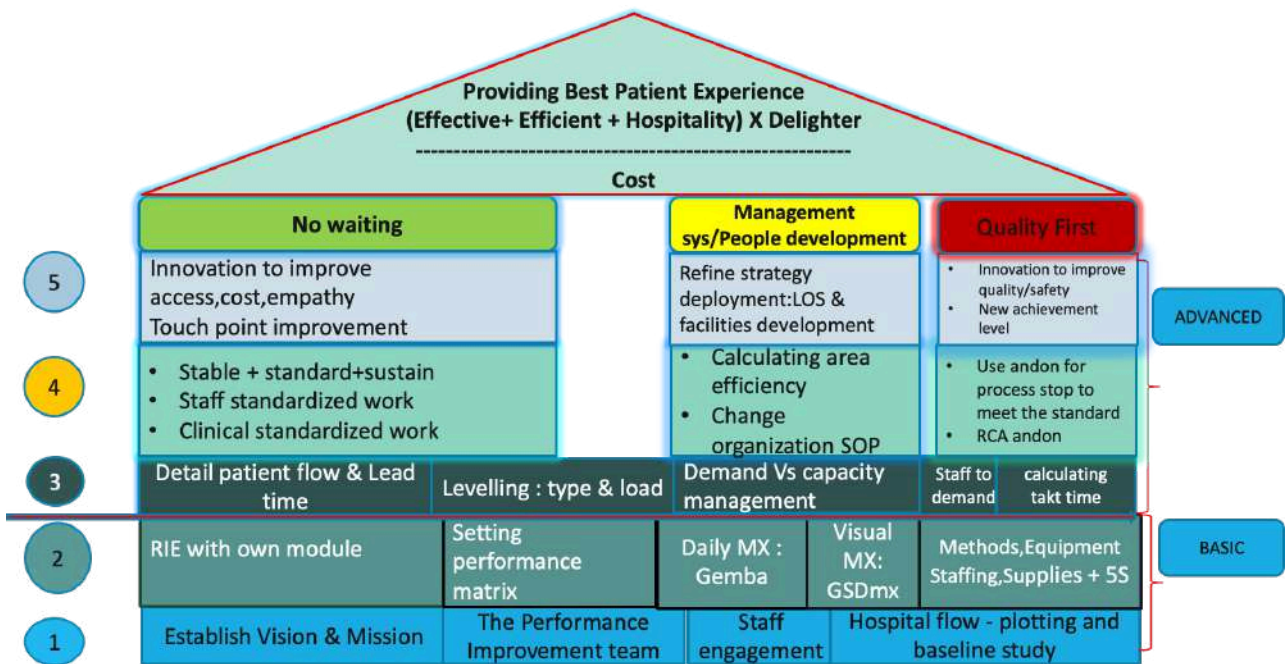
## QUALITY IMPROVEMENT TEAM



Rajah 12: Carta Organisasi *Quality Improvement Committee* (QIC)

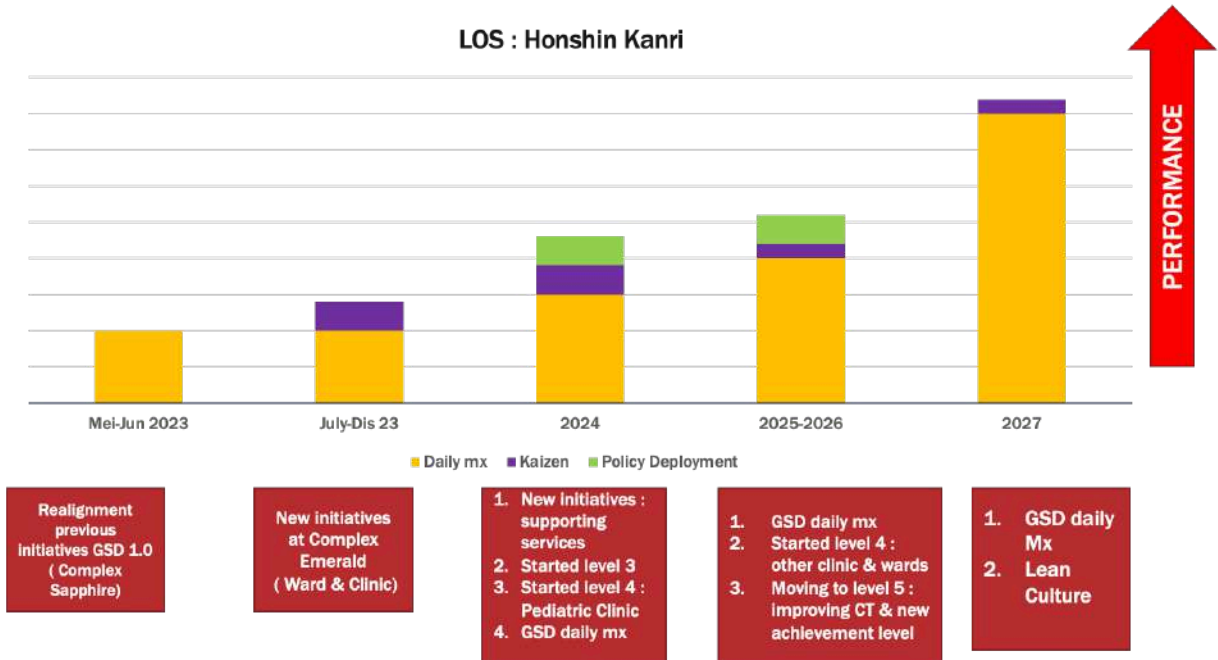


# STEPS TO LEAN HEALTHCARE TRANSFORMATION



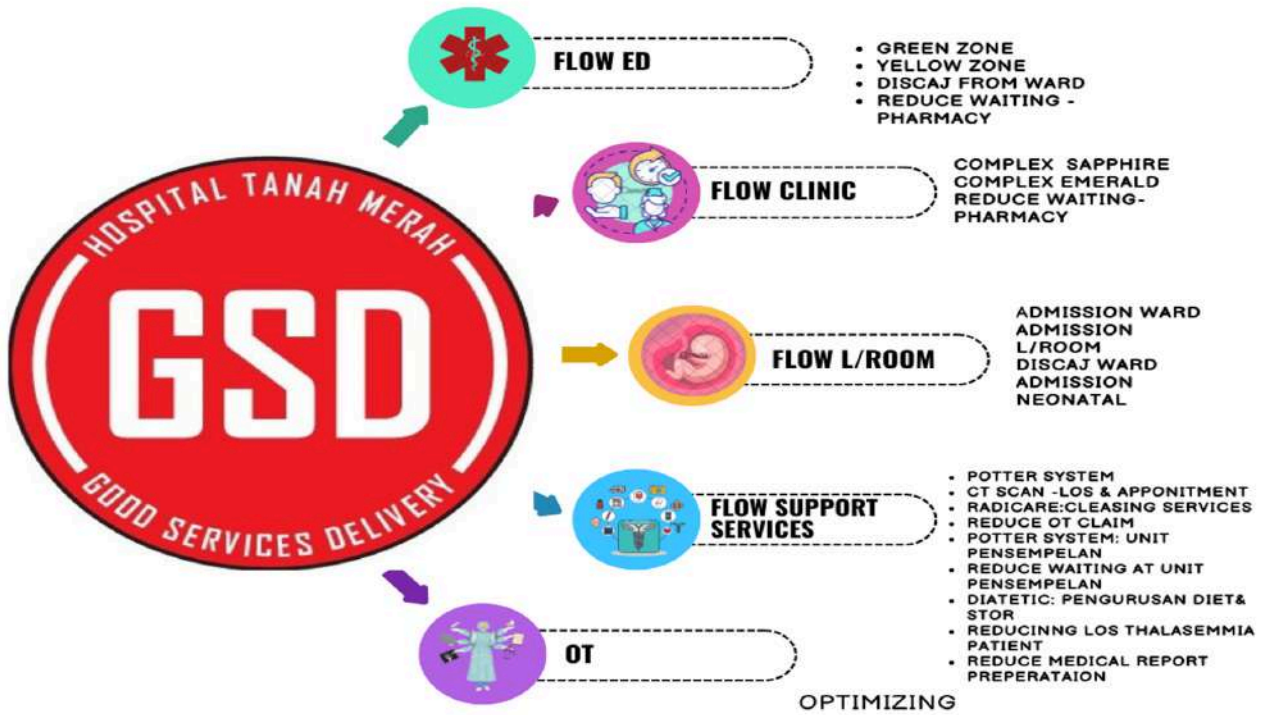
Rajah 13: Langkah-langkah transformasi Lean Healthcare - from fire fighting to stable system

## GSD ( 2.0): STRATEGIC PLANNING



Rajah 14: Pelan Strategik Lean Operation System (LOS) dalam jangka masa 5 tahun (2023-2027)

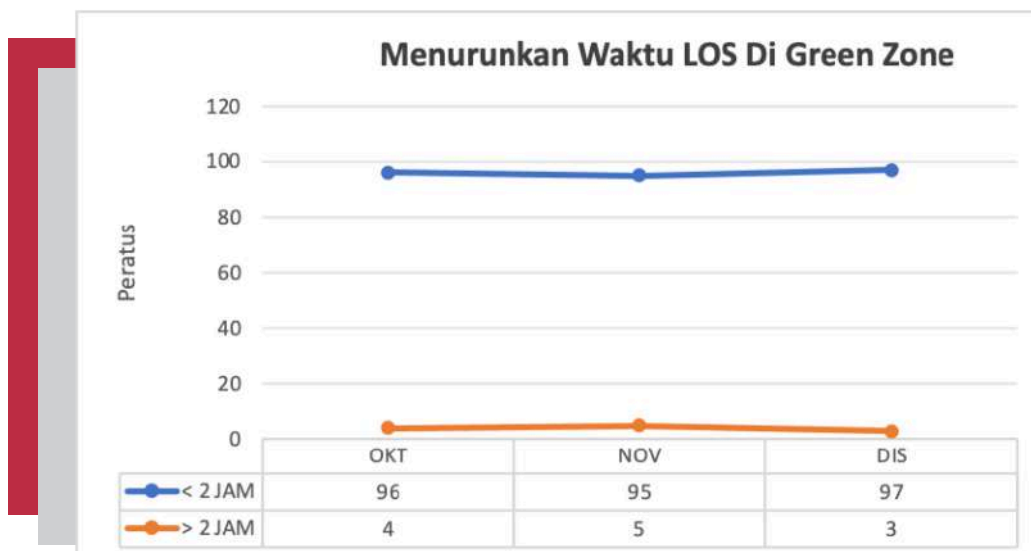




Rajah 15: Inisiatif *Good Delivery Service* (GSD) yang dilaksanakan di HTM

## STATISTIK & PENCAPAIAN

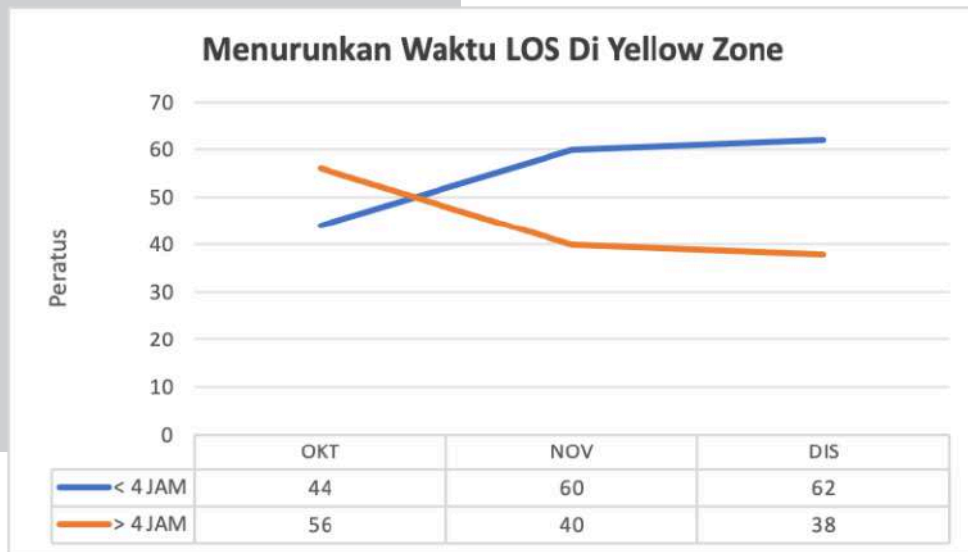
### 1 Menurunkan Waktu *Length of Stay* (LOS) Di *Green Zone*



Rajah 16 : Menurunkan Waktu *Length Of Stay* (LOS) Di *Green Zone*



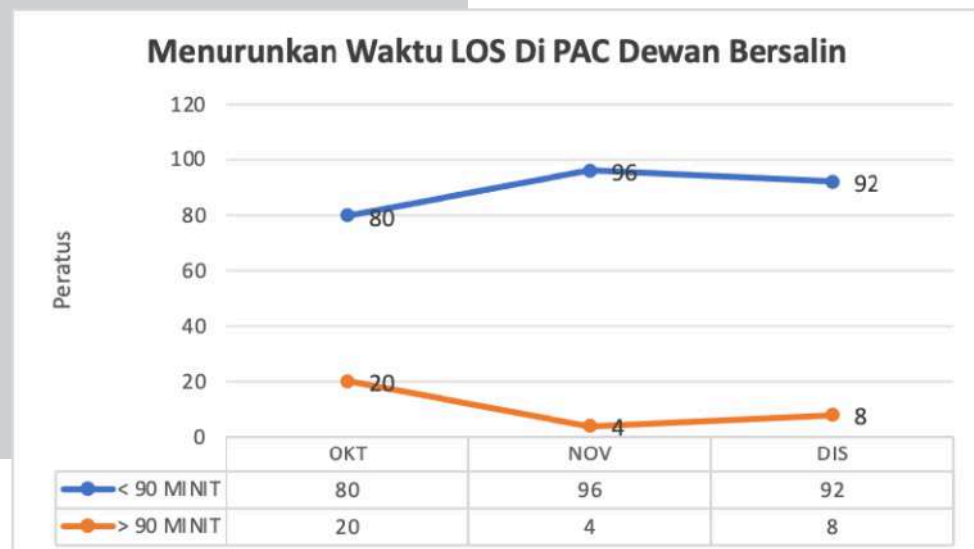
## 2 Menurunkan Waktu Length of Stay (LOS) Di Yellow Zone



Rajah 17: Menurunkan Waktu Length Of Stay (LOS) Di Yellow Zone

Rajah 16 menunjukkan Jabatan Kecemasan Dan Trauma mencapai sasaran standard >80% kes zon hijau discaj dalam masa kurang dari 2 jam namun tidak mencapai sasaran standard >80% kes dimasukkan ke wad kurang dari 4 jam seperti dalam Rajah 17.

## 3 Menurunkan Waktu Length of Stay (LOS) Di Patient Admission Centre (PAC) Dewan Bersalin

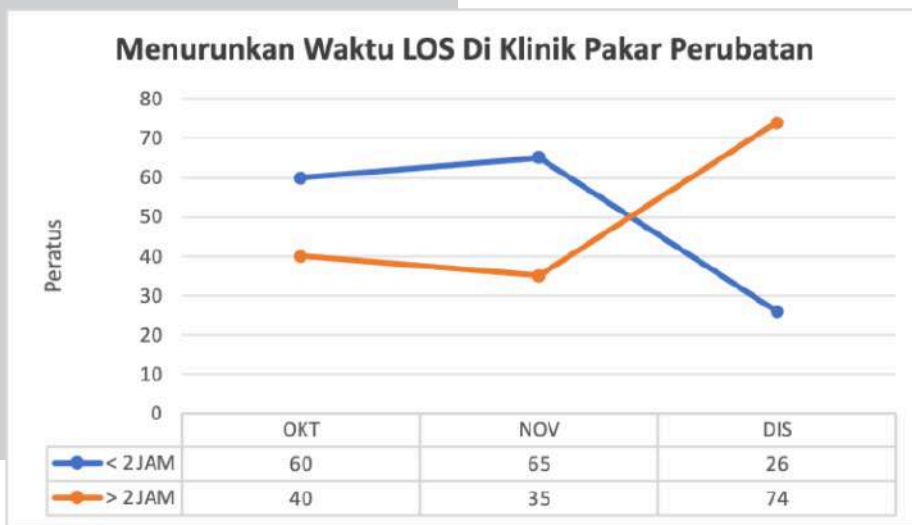


Rajah 18: Menurunkan Waktu Length Of Stay (LOS) Di PAC

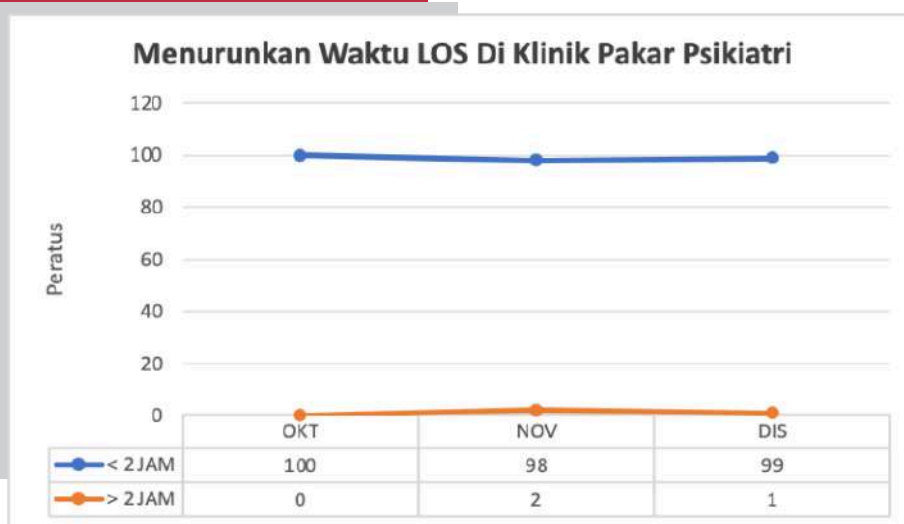
Rajah 18 menunjukkan Jabatan Obstetrik & Ginekologi mencapai sasaran >80% kadar waktu length of stay (LOS) di PAC Dewan Bersalin kurang dari 90 minit.

4

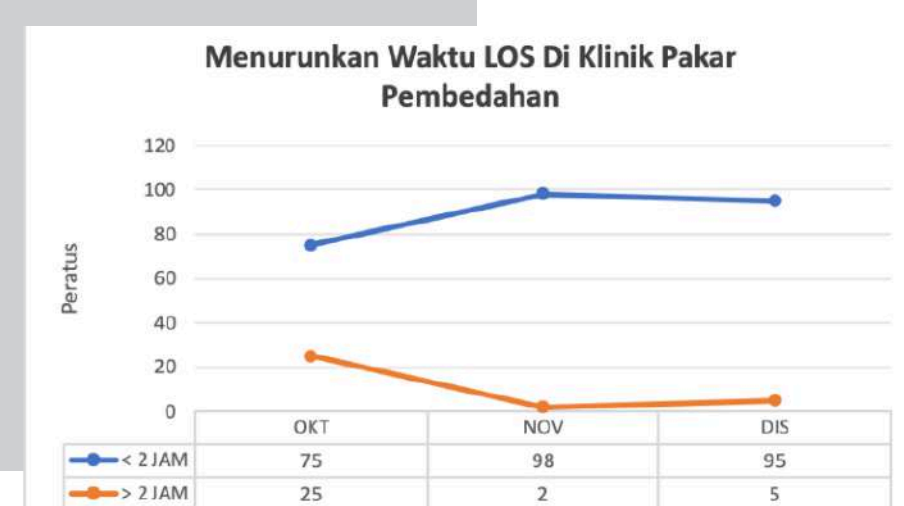
Menurunkan Waktu Length of Stay (LOS) Di Klinik Pakar



Rajah 19 : Menurunkan Waktu Length Of Stay (LOS) Di Klinik Pakar Perubatan



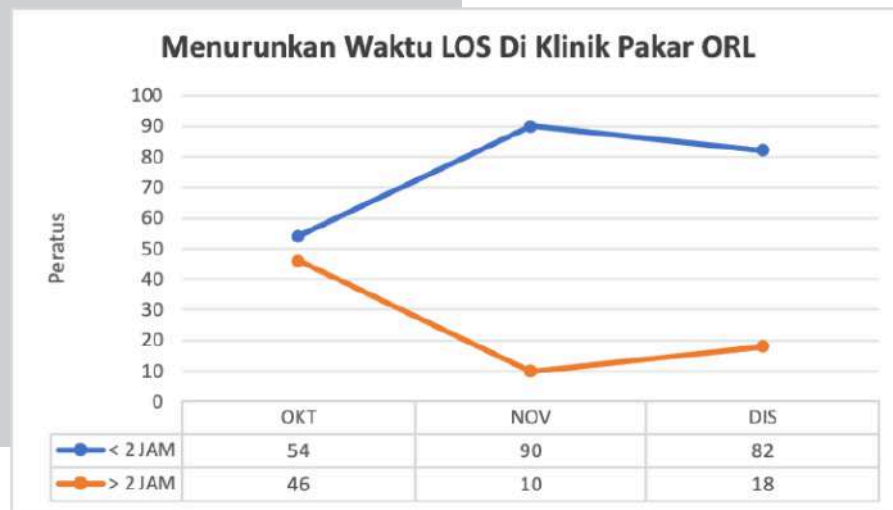
Rajah 20 : Menurunkan Waktu Length Of Stay (LOS) Di Klinik Pakar Psikiatri



Rajah 21 : Menurunkan Waktu Length Of Stay (LOS) Di Klinik Pakar Pembedahan



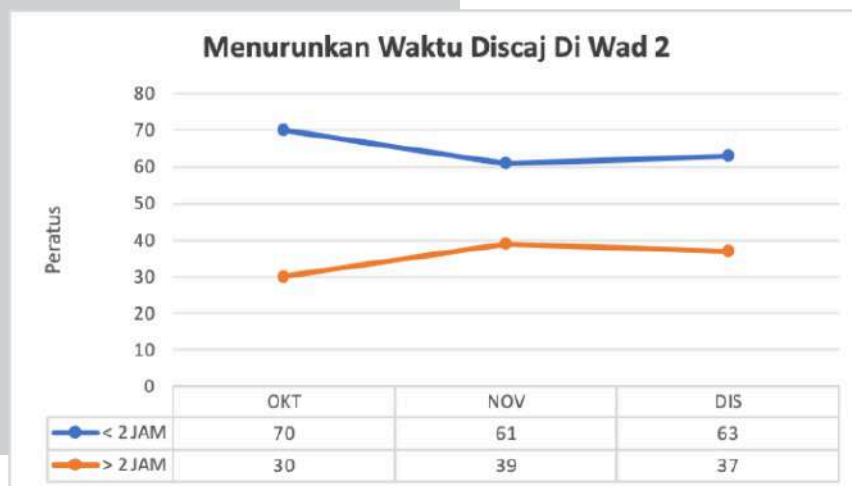




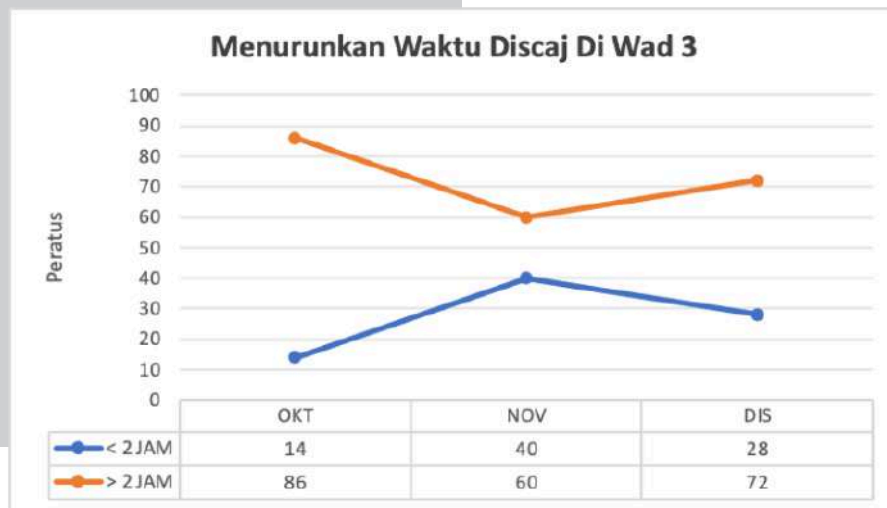
Rajah 22 : Menurunkan Waktu *Length Of Stay* (LOS) Di Klinik Pakar Otorinolaringologi (ORL)

Rajah 19 hingga Rajah 22 menunjukkan pencapaian kadar waktu menunggu LOS di klinik-klinik pakar HTM. Hanya Jabatan Perubatan dan Jabatan ORL tidak mencapai sasaran >80% waktu menunggu di klinik pakar kurang daripada 2 jam.

## 5 Menurunkan Waktu Discaj di Semua Wad



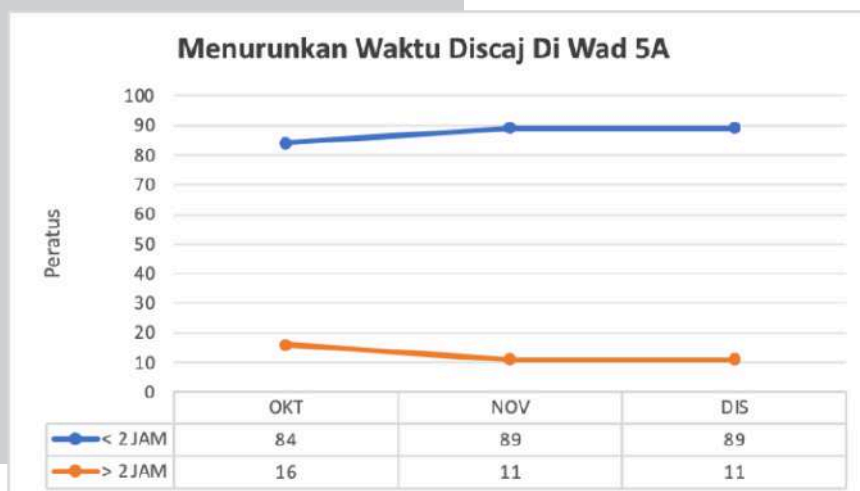
Rajah 23 : Menurunkan Waktu Discaj Di Wad 2



Rajah 24 : Menurunkan Waktu Discaj Di Wad 3



Rajah 25 : Menurunkan Waktu Discaj Di Wad 4

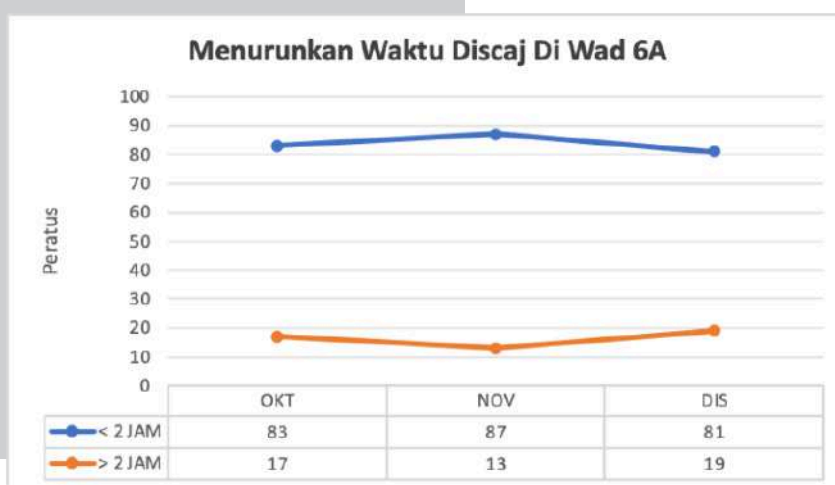


Rajah 26 : Menurunkan Waktu Discaj Di Wad 5A

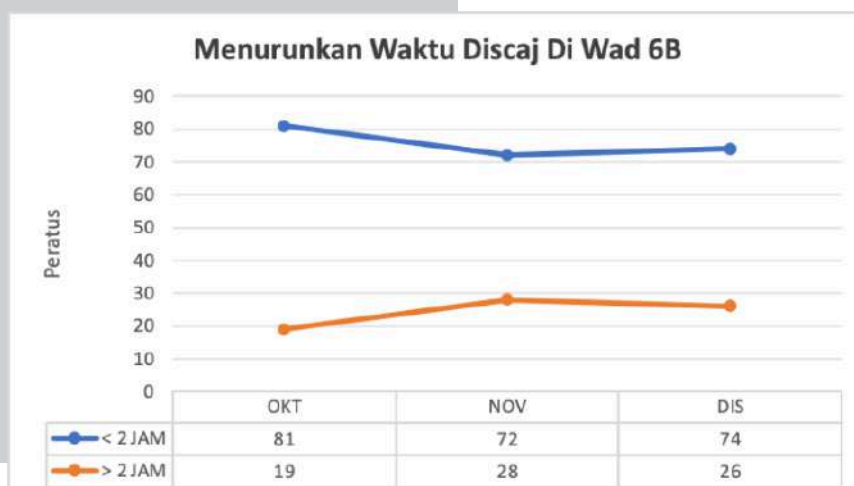




Rajah 27 : Menurunkan Waktu Discaj Di Wad 5B

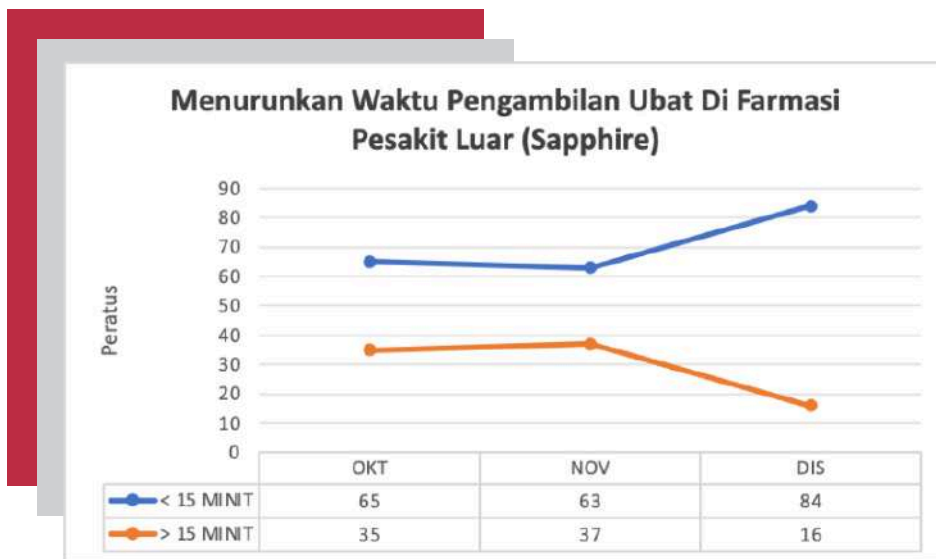


Rajah 28 : Menurunkan Waktu Discaj Di Wad 6A

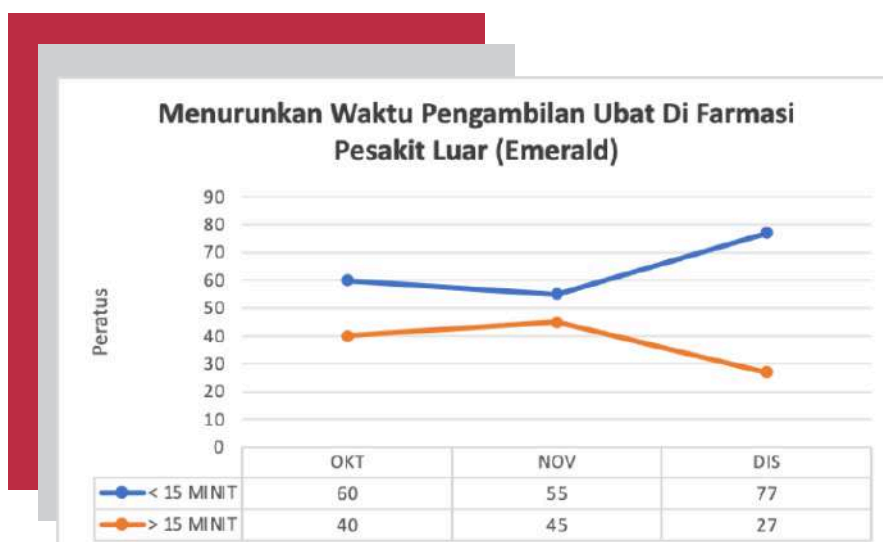


Rajah 29 : Menurunkan Waktu Discaj Di Wad 6B

Rajah 23 hingga Rajah 29 menunjukkan Wad 5A, Wad 5B dan Wad 6A mencapai sasaran >80% waktu discaj wad dalam masa kurang dari 2 jam.



Rajah 30 : Menurunkan Waktu Pengambilan Ubat di Farmasi Pesakit Luar (Sapphire)

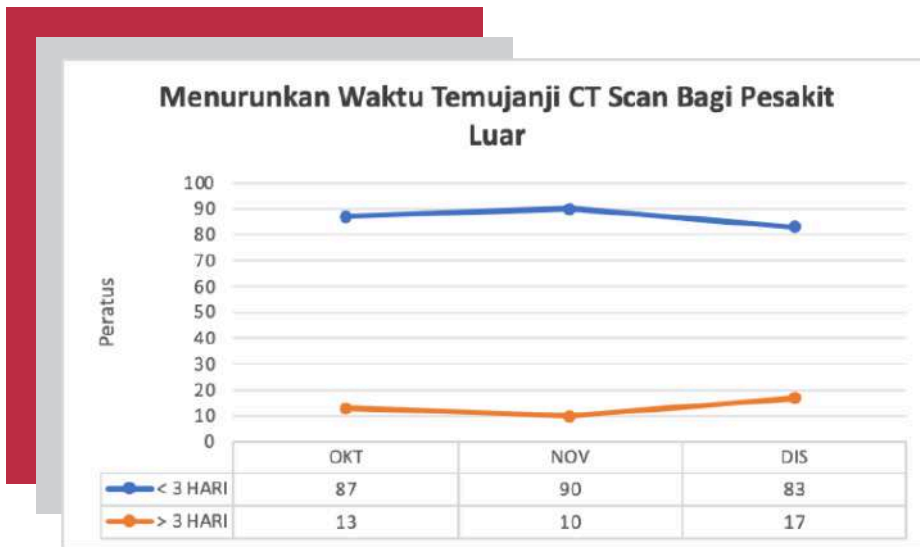


Rajah 31 : Menurunkan Waktu Pengambilan Ubat di Farmasi Pesakit Luar (Emerald)

Rajah 30 dan Rajah 31 menunjukkan kedua-dua farmasi pesakit luar Sapphire dan Emerald tidak mencapai sasaran standard >80% waktu pengambilan ubat di farmasi pesakit luar kurang dari 15 minit dengan masing-masing mencapai 70.5% dan 64% untuk Oktober hingga Disember 2023.

**7**

**Menurunkan Waktu Temujanji CT Scan Bagi Pesakit Luar**

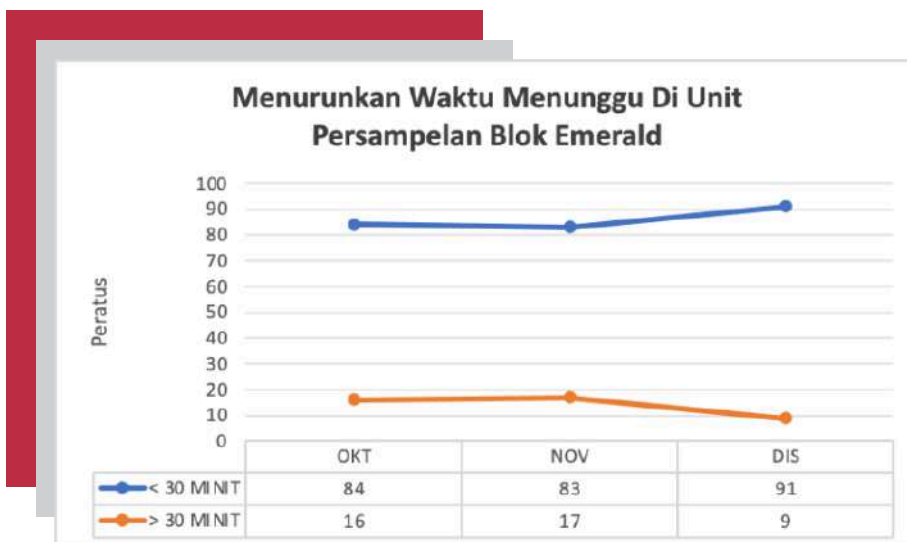


Rajah 32 : Menurunkan Waktu Temujanji CT Scan Bagi Pesakit Luar

Rajah 32 menunjukkan Jabatan Radiologi mencapai standard >80% temujanji CT Scan bagi pesakit luar diberikan kurang dari 3 hari.

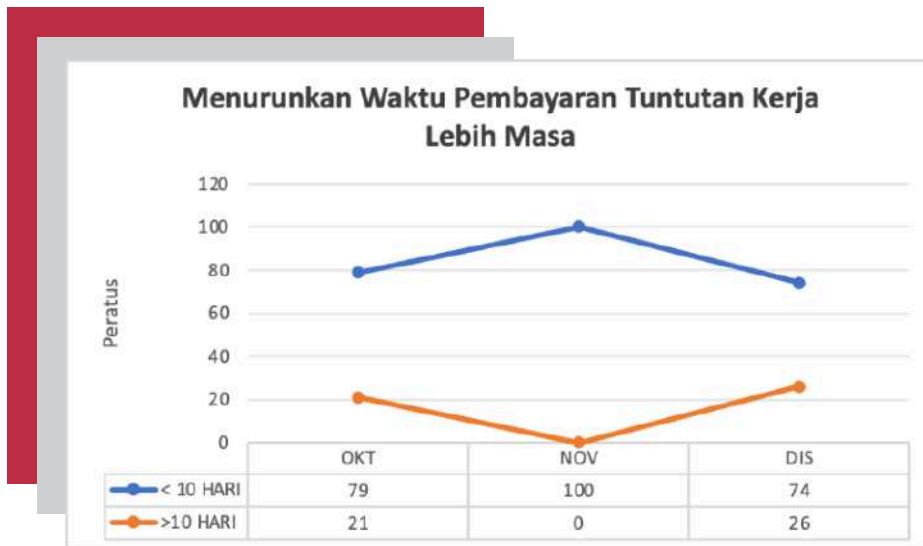
**8**

**Menurunkan Waktu Menunggu di Unit Persampelan Blok Emerald**



Rajah 33 : Menurunkan Waktu Menunggu Di Unit Persampelan Blok Emerald

Rajah 33 menunjukkan Unit Persampelan mencapai standard >80% pesakit selesai urusan <30 minit pada Tahun 2023.



Rajah 34 : Menurunkan Waktu Pembayaran Tuntutan Kerja Lebih Masa

Rajah 34 menunjukkan Unit Kewangan mencapai sasaran standard >80% tuntutan kerja lebih masa mesti dibayar kurang dari 10 hari dari tarikh penghantaran tuntutan.



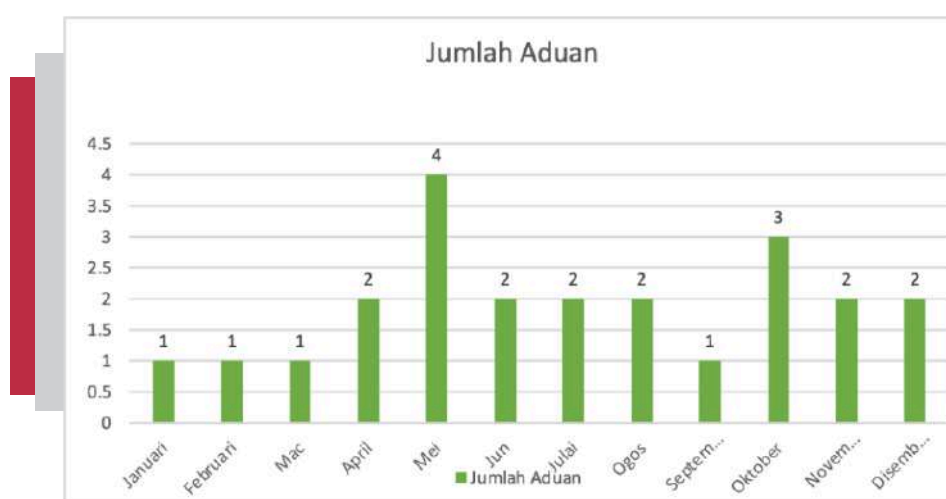
## 2.3 UNIT KOMUNIKASI KORPORAT (UKK)

Unit Komunikasi Korporat (UKK) merupakan sebuah unit yang bertindak sebagai penyampai maklumat dan informasi serta situasi berkenaan Hospital Tanah Merah khususnya dan Kementerian Kesihatan Malaysia amnya kepada orang awam, pelanggan dan pihak media. Unit ini bertanggungjawab menguruskan perkhidmatan pelanggan dan aduan awam di HTM melalui strategi perhubungan awam yang berkesan bagi memastikan imej HTM sentiasa terpelihara. Maklum balas awam yang diterima meliputi aduan, penghargaan, permohonan dan cadangan daripada pelanggan hospital yang diterima daripada pelbagai sumber termasuk yang hadir sendiri atau melalui peti maklum balas, telefon, surat, media sosial, emel, akhbar, laman web dan Sistem Pengurusan Aduan Awam (SiSPAA).

Di samping itu, unit ini juga berfungsi mengurus platform media sosial, penganjuran sidang media, urusan penggambaran, pelancaran dan perasmian, kelancaran sistem operator, pengurusan hebahan pesakit yang tiada waris serta pengurusan mayat yang tidak dituntut.

Unit ini diketuai oleh seorang Penolong Pegawai Penerangan (Perhubungan Awam) Gred S29 dari Jabatan Penerangan Malaysia, Kementerian Komunikasi dan 6 orang Pegawai Khidmat Pelanggan N22.

### STATISTIK & PENCAPAIAN



Rajah 35: Jumlah Aduan

Bil	Sumber Aduan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Julai	Ogos	Sept	Okt	Nov	Dis	Jumlah
1	Akhbar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Email	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
3	Surat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Sispaa	1	1	1	2	4	2	2	1	1	1	2	2	20
5	Telefon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Peti Cadangan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Datang Sendiri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Media sosial	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
	Jumlah													23

Jadual 19 : Perincian Sumber Aduan

Jadual 19 memperincikan aduan yang diterima sepanjang tahun 2023. Sejumlah 23 aduan diterima dan kebanyakan sumber aduan yang diterima melalui SiSPAA.

## KESIMPULAN

Unit Komunikasi Korporat memainkan peranan yang penting dalam memacu dan meneraju imej hospital menerusi pengurusan yang strategik serta berkesan.





## 2.4 KAJIAN

# KEPUASAN PELANGGAN PSQ-18

PSQ-18 adalah singkatan kepada *Patient Satisfaction Questionnaire* yang mengandungi lapan belas (18) soalan berkaitan kajian kepuasan pelanggan (KKP). Ianya merupakan salah satu soal selidik yang paling banyak digunakan oleh hospital-hospital di luar negara dan di hospital swasta di Malaysia. PSQ-18 telah pun diuji *reliability* dan *replicability* nya. PSQ-18 ini akan digunakan bagi menggantikan SERVQUAL (*Service Quality*) di semua hospital/institusi kerajaan mulai tahun 2023. Ianya boleh diaplikasikan kepada pelbagai disiplin di dalam hospital/institusi kerajaan. Penggunaan PSQ-18 boleh dilaksanakan semasa pesakit mendapat rawatan sebagai pesakit dalam atau pun pesakit luar. Ianya boleh diisi oleh pesakit ataupun keluarga pesakit pada bila-bila masa yang bersesuaian dengan mereka. PSQ-18 menggunakan soal-selidik seperti di Lampiran 1. KKP PSQ-18 akan dilaksanakan 2 (dua) kali setahun di mana Fasa 1 dilaksanakan pada bulan Januari hingga Jun dan Fasa 2 dilaksanakan pada bulan Julai hingga Disember. Persampelan dilakukan secara rawak. PSQ-18 mengukur tujuh (7) dimensi perkhidmatan kesihatan iaitu:

1. Kepuasan Pesakit (*General Satisfaction*) - soalan 3 & 17
2. Kualiti Teknikal (*Technical Quality*) - soalan 2,4,6 & 14
3. Sikap Interpersonal (*Interpersonal Aspects*) - soalan 10 & 11
4. Komunikasi (*Communication*) - soalan 1 & 13
5. Aspek Kewangan (*Financial Aspects*) - soalan 5 & 7
6. Waktu Bersama dengan Pegawai (*Time Spent with Staff*) - soalan 12 & 15
7. Akses dan Keselesaan (*Accessibility and Convenience*) - soalan 8,9,16 & 18

## STATISTIK & PENCAPAIAN

PESAKIT DALAM																			
BIL.	DISIPLIN	JUMLAH RESPONDEN SEBENAR		n		%KK		%KT		%SP		%KOM		%kew		%MAS		%MC	
		FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2
1	General Medicine	96	102	99	100	87.30	88.10	88.20	88.1	88.90	84.9	88.60	85.4	82.50	84.20	79.80	79.10	78.20	79.10
2	General Surgery	96	52	44	59	85.70	87.10	77.80	87.1	83.00	87.3	85.00	86.1	79.30	80.70	77.05	77.29	74.80	73.60
3	Obstetrics and Gynaecology	96	151	52	30	84.00	85.00	78.20	85	84.40	83.3	85.60	84.3	83.10	80.00	75.19	78.33	75.60	76.00
4	Paediatrics	96	157	5	98	64.00	80.80	68.00	80.8	64.00	79	68.00	79.7	66.00	80.30	66.00	71.84	68.00	73.80
5	General Orthopaedics	96	24	91	30	78.40	76.70	72.80	76.7	78.20	81.3	77.90	80	75.30	71.30	69.34	76.00	69.80	74.20
6	General Otorhinolaryngology	10	7	5	8	90.00	90.00	85.00	90	94.00	92.5	86.00	92.5	88.00	88.80	70.00	78.75	75.00	83.80
7	General Psychiatry	0	1	1	18	100.00	86.70	95.00	86.7	100.00	85.6	100.00	85.6	100.00	85.00	60.00	75.00	90.00	80.00
8	General Oral Maxillofacial Surgery	10	1	3	9	70.00	76.70	71.20	76.7	93.30	86.7	83.30	81.1	86.70	75.00	80.00	81.11	66.70	68.30
9	General Anaesthesiology	0	5	2	2	60.00	85.00	85.00	85	75.00	80	70.00	70	80.00	85.00	65.00	70.00	57.50	75.00
Grand Total		500	500	302	354	79.93	83.79	79.88	83.79	84.53	84.51	82.71	82.74	77.88	81.21	71.38	76.38	72.84	75.98

%KK - % KEPUASAN KESELURUHAN %KT - % KUALITI TEKNIKAL %SP - % SIKAP PEGAWAI %KOM - % KOMUNIKASI %kew - % ASPEK KEWANGAN  
 %MAS - % MASA BERSAMA PEGAWAI %MC - % MUDAH CAPAI

Jadual 20: Peratusan Keputusan Responden PSQ-18 Mengikut Jabatan Bagi Pesakit Dalam

Secara keseluruhan, peratusan pencapaian keputusan responden PSQ-18 mengikut jabatan bagi pesakit dalam mencapai sasaran sekitar 80% pada tahun 2023. Jabatan Psikiatri mencatatkan peratusan paling tinggi bagi kesemua 7 dimensi perkhidmatan kesihatan diikuti Jabatan Otorinolarologi (ORL) dan Jabatan Perubatan Am seperti di Jadual 20.



Bagi dimensi perkhidmatan kesihatan, sikap interpersonal (SP) mencatatkan peratusan paling tinggi dengan 84.53% bagi fasa 1 dan 84.51% bagi fasa 2. Manakala waktu bersama dengan pegawai (MAS) mencatatkan peratusan terendah iaitu 71.38% bagi fasa 1 dan 76.38% bagi fasa 2.

PESAKIT LUAR																		
DISIPLIN	JUMLAH RESPONDEN SEBENAR		n		%SKK		%KT		%SP		%KOM		%kew		%MAS		%MC	
	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2	FASA 1	FASA 2
Klinik Perubatan	30	13	3	14	73.30	84.30	66.70	84.30	73.30	82.90	70.00	82.10	70.00	85.70	63.33	71.43	68.30	72.50
Klinik Pembedahan	30	15	8	25	77.50	76.00	71.90	76.00	70.00	74.80	76.30	76.40	66.30	70.80	70.00	68.00	71.30	68.80
Klinik O&G	60	19	64	37	85.90	85.40	79.70	85.40	87.20	85.90	85.50	85.10	83.40	89.80	75.63	72.70	77.30	77.40
Klinik Pediatrik	30	11	0	14		86.40		86.40		85.70		82.90		79.30		74.29		76.40
Klinik PSY	0	18	0	46		90.70		90.70		90.20		91.50		87.20		82.10		83.60
Klinik OMFS	50	7	0	101		87.50		87.50		86.00		86.20		82.60		77.72		75.20
Farmasi Pesakit Luar	50	108	38	47	80.00	62.30	75.40	62.30	80.30	64.00	78.90	64.70	77.90	65.70	73.42	62.43	70.50	61.40
Klinik Ortopedik	60	19	30	15	79.70	81.30	74.30	81.30	77.30	78.70	81.00	78.00	79.70	77.30	72.00	68.67	72.80	71.00
Radiologi	50	139	15	18	81.30	76.10	79.00	76.10	80.70	77.20	81.30	71.10	78.70	71.70	70.00	69.44	74.70	68.30
Klinik Anaest	0	2	1	4	80.00	80.00	80.00	80.00	70.00	67.50	90.00	75.00	80.00	82.50	50.00	72.50	80.00	68.80
Klinik Oftalmologi	5	1	0	4		97.50		97.50		100.00		100.00		95.00		97.50		96.30
Rehabilitasi	50	19	50	20	89.40	87.00	89.50	87.00	92.80	88.00	88.20	82.50	89.40	90.50	81.40	83.50	84.70	82.00
Jabatan Kecemasan	80	115	18	157	75.60	83.90	69.40	83.90	76.70	84.10	74.40	83.10	72.80	83.00	68.89	73.44	68.30	74.40
Klinik ORL	5	13	1	8	60.00	87.50	60.00	87.50	60.00	92.50	60.00	90.00	60.00	88.80	60.00	68.75	60.00	77.50
<b>Grand Total</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>228</b>	<b>36</b>	<b>78.27</b>	<b>83.28</b>	<b>73.09</b>	<b>83.28</b>	<b>76.83</b>	<b>82.68</b>	<b>78.56</b>	<b>82.04</b>	<b>75.82</b>	<b>81.49</b>	<b>68.47</b>	<b>74.46</b>	<b>72.79</b>	<b>75.68</b>

%SKK - % KEPUASAN KESELURUHAN %KT - % KUALITI TEKNIKAL %SP - % SIKAP PEGAWAI %KOM - % KOMUNIKASI %kew - % ASPEK KEWANGAN  
 %MAS - % MASA BERSAMA PEGAWAI %MC - % MUDAH CAPAI

Jadual 21: Peratusan Keputusan Responden PSQ-18 Mengikut Jabatan Bagi Pesakit Luar

Jadual 21 menunjukkan peratusan pencapaian keputusan responden PSQ-18 mengikut jabatan bagi pesakit luar. Secara keseluruhan, Unit Rehabilitasi mencatatkan peratusan paling tinggi pada fasa 1 diikuti oleh Klinik Obstetrik & Ginekologi manakala Klinik Oftalmologi mencapai tahap kepuasan pelanggan tertinggi pada fasa 2.

Secara keseluruhan, pencapaian keseluruhan bagi fasa 1 dan fasa 2 mengikut 7 dimensi perkhidmatan kesihatan adalah meningkat dengan kepuasan pesakit mencapai peratusan tertinggi iaitu 78.27% bagi fasa 1 dan 83.28% bagi fasa 2. Manakala peratusan waktu bersama dengan pegawai (MAS) mencapai peratusan terendah dengan 68.47% pada fasa 1 dan 74.46% pada fasa 2.



# 3.0 AUDIT KESELAMATAN



# 3.1 INCIDENT REPORTING & LEARNING SYSTEM 2.0 (IR 2.0)

Sistem *Incident Reporting* (IR) telah mula dilaksanakan semenjak tahun 2021 adalah selaras dengan surat arahan dari Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia KKM87/P3/12/10/3 Jld.2 (19) bertarikh 31 Disember 2011 yang memperincikan pelaksanaan inisiatif *Incident Reporting dan Root Cause Analysis* (RCA).

Bermula 1 Januari 2018, sistem pelaporan insiden IR 1 telah ditambah baik kepada sistem pelaporan keselamatan pesakit yang baru (*Incident Reporting And Learning System 2.0*). IR 2.0 telah diwujudkan bagi mengukuhkan lagi sistem ini di kesemua Hospital dan Institusi Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia. Antara penambahbaikan sistem ini adalah skop pelaporan telah diperluaskan di mana semua insiden keselamatan pesakit yang terjadi *actual incident* dan *near miss* perlu dilaporkan dan diambil tindakan penambahbaikan.

Borang pelaporan insiden IR 2.0 juga telah ditambah baik agar lebih mudah diisi dan proses pelaporan telah diringkaskan supaya lebih mesra pengguna. Sistem pelaporan e-IR turut diubahsuai selari dengan penggunaan sistem pelaporan yang baru ini.

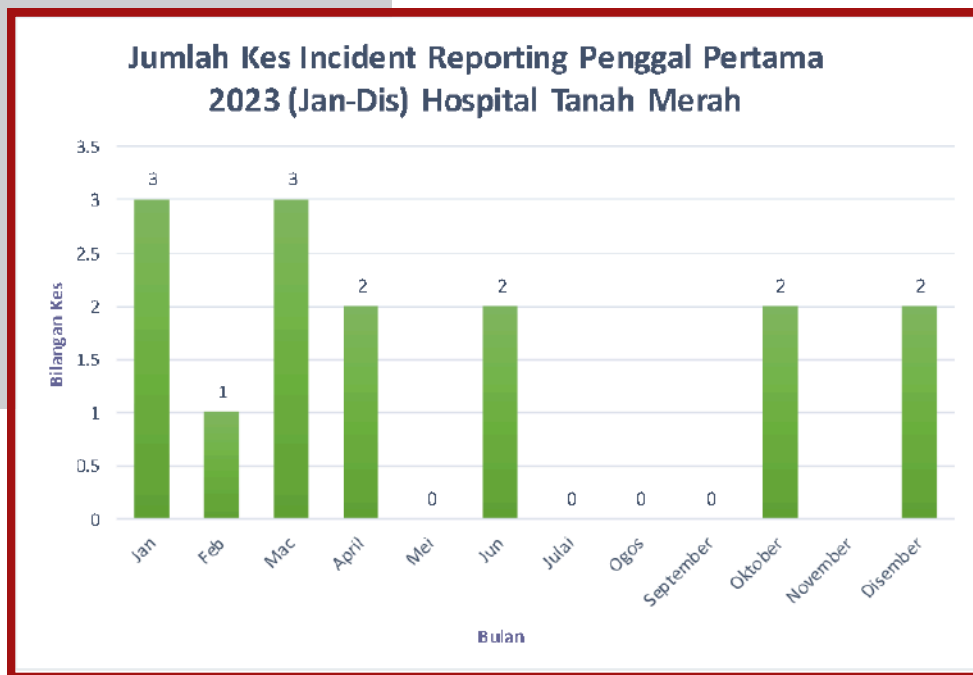
## STATISTIK & PENCAPAIAN

BIL.	BULAN	KATEGORI INCIDENT REPORTING		JUMLAH
		ACTUAL	NEAR MISS	
1.	Januari	3	-	3
2.	Februari	1	-	1
3.	Mac	3	-	3
4.	April	2	1	3
5.	Mei	-	-	0
6.	Jun	2	-	2
7.	Julai	-	-	0
8.	Ogos	-	-	0
9.	September	-	-	0
10.	Oktober	2	1	3
11.	November	-	-	0
12.	Disember	2	-	2
JUMLAH		15	2	17

Jadual 22: Bilangan laporan kes *actual* dan *near miss* mengikut bulan bagi tahun 2023

Sepanjang tahun 2023, sebanyak 17 kes insiden telah dilaporkan dengan 15 daripadanya adalah kes *actual*. Bilangan pelaporan kes *actual* tertinggi dicatatkan pada bulan Januari dan Mac iaitu masing-masing 3 kes.





Rajah 36 : Jumlah kes *incident reporting*

Bil	Kategori Insiden	Actual	Near miss
1	Wrong surgery / procedure		
2	Unintended retained foreign body	1	
3	Error in transfusion of blood / blood products		2
4	Medication error	3	
5	Patient fall in the facility	4	
6	Obstetric related incident	1	
7	Wrong identification		
8	Adverse outcome clinical procedure	5	
9	Pre hospital care and ambulated related incident		
10	Patient suicide / attempted suicide		
11	Assault / battery of patient		
12	Unanticipated fire		
13	Radiotherapy related incident		
14	Other	1	
<b>Jumlah</b>		<b>15</b>	<b>2</b>

Jadual 23 menunjukkan sebanyak 17 kes insiden telah dilaporkan pada tahun 2023 dengan 15 kes *actual* dan 2 kes *near miss*. Bagi kes *actual*, *adverse outcome clinical procedure* mencatatkan kes insiden tertinggi iaitu 5 kes diikuti *patient fall* 4 kes dan *medication error* 3 kes.

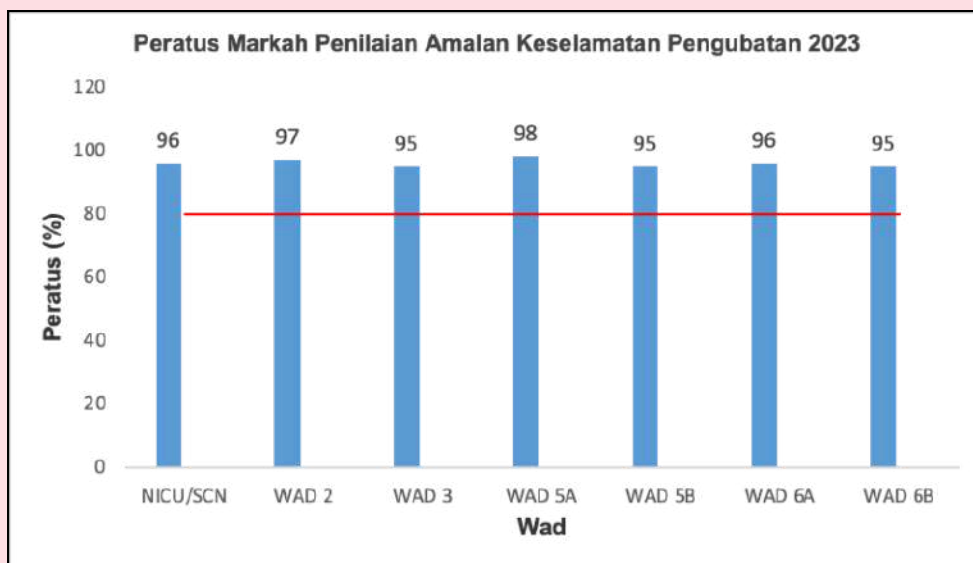
Jadual 23: Bilangan kes *actual* dan *near miss* mengikut kategori insiden pada tahun 2023.

## 3.2 MEDICATION SAFETY

Keselamatan Pengubatan merupakan satu satu sasaran di dalam *Malaysian Patient Safety Goals 2.0*. Ahli Jawatankuasa (AJK) Keselamatan Pengubatan Hospital Tanah Merah terdiri daripada Pegawai Farmasi. Peranan utama AJK Keselamatan Pengubatan HTM adalah melaporkan insiden yang berkaitan dengan keselamatan pengubatan dan memberikan taklimat atau ceramah yang berkaitan dengan keselamatan pengubatan kepada semua anggota HTM.

### STATISTIK & PENCAPAIAN

Audit Amalan Keselamatan Pengubatan telah dijalankan pada bulan Julai 2023 di wad-wad HTM. Sasaran yang telah ditetapkan adalah peratus fasiliti mencapai pematuhan penuh  $\geq 80\%$  bagi penilaian amalan keselamatan pengubatan. Secara keseluruhan, HTM telah mencapai sasaran Audit Penilaian Amalan Keselamatan 2023.



Rajah 37 : Peratus Markah Penilaian Amalan Keselamatan Pengubatan 2023



## AKTIVITI & LATIHAN

NO	AKTIVITI / TAJUK	BILANGAN
1	Taklimat <i>Medication Error Reporting System</i> (MERS)	9
2	Ceramah Keselamatan Pengubatan	5
3	Bengkel Keselamatan Pengubatan	1
4	Pameran Keselamatan Pengubatan	1

Jadual 24 : Aktiviti yang telah dijalankan sepanjang tahun 2023

Data berdasarkan <i>Malaysian Patient Safety Goals</i> (Goal No.3, KPI No. 5)	BILANGAN KES
<i>Total number of Actual Medication Error leading to severe harm or death (ME category F to I).</i>	0
<i>Total number of Actual Medication Error (ME category C to I).</i>	0
<i>Total number of Near-Miss Medication Error.</i>	81

Jadual 25: Laporan kesilapan pengubatan yang dilaporkan dalam MERS

## KESIMPULAN

Keselamatan Pengubatan telah menjalankan beberapa aktiviti sepanjang tahun 2023 bagi meningkatkan kesedaran mengenai kesilapan pengubatan di kalangan anggota kesihatan HTM.





## 3.3 TRANSFUSION SAFETY

Jabatan Patologi dan Transfusi Hospital Tanah Merah memainkan peranan dalam memastikan bekalan darah yang mencukupi, selamat dan berkualiti kepada pesakit yang memerlukan transfusi. Oleh itu, perkhidmatan yang diberikan adalah melibatkan aktiviti pendermaan darah serta transfusi klinikal.

### STATISTIK & PENCAPAIAN

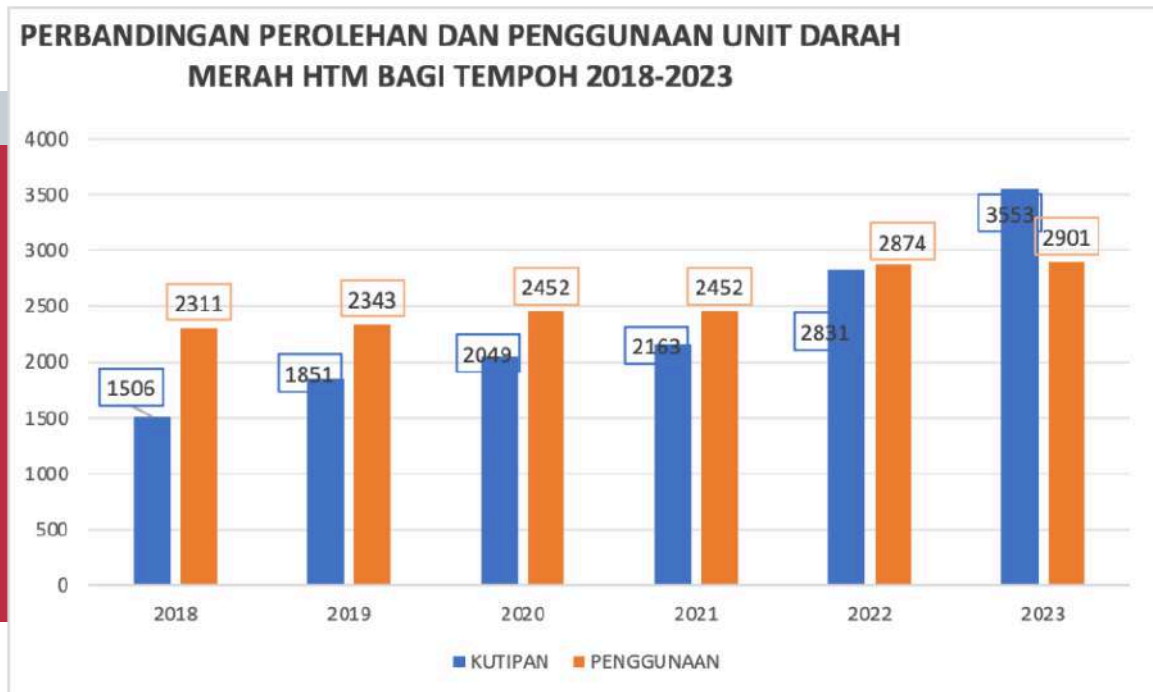


Rajah 38 : Jumlah Kutipan Darah Untuk Tahun 2017 - 2023

Tahun 2023 menunjukkan peningkatan bilangan kutipan darah tertinggi yang berjaya dikumpul berbanding pada tahun sebelumnya. Hospital Tanah Merah telah menyasarkan kutipan darah tahunan adalah sebanyak 3000 unit. Sasaran kutipan darah ini adalah berdasarkan jumlah penggunaan unit darah merah di Hospital Tanah Merah pada tahun sebelumnya seperti yang ditunjukkan dalam Rajah 38. HTM telah berjaya mencapai jumlah kutipan darah melebihi daripada sasaran tahunan dengan peratusan pencapaian adalah 18%. Peningkatan ini adalah disebabkan oleh peningkatan kadar promosi serta kempen aktiviti pendermaan darah di dalam dan juga di luar Daerah Tanah Merah.







Rajah 39 : Perbandingan Jumlah Kutipan Darah Dan Penggunaan Unit Darah Merah Bagi Tempoh Tahun 2017 Hingga 2023

Rajah 39 menunjukkan tren peningkatan penggunaan unit darah merah di HTM setiap tahun selari dengan perkhidmatan klinikal yang ditawarkan. Pada tahun 2023, pertama kali di HTM merekodkan jumlah kutipan beg darah melebihi jumlah penggunaan unit darah merah sebanyak 18.4%.

Pada tahun sebelumnya penggunaan unit darah merah adalah melebihi jumlah kutipan tahunan. Walaubagaimanapun, dengan jumlah kutipan semakin meningkat menunjukkan jumlah jurang peratusan antara kutipan dan penggunaan unit darah adalah semakin mengecil saban tahun sehingga pada tahun 2023, jumlah kutipan berjaya mengatasi jumlah penggunaan unit darah merah.

Sasaran untuk mengumpul 3000 unit darah pada tahun 2023 adalah dengan mengambil kira penggunaan unit darah pada tahun 2022 sebanyak 2874 unit. Ianya juga termasuk dengan keperluan penggunaan unit darah Hospital Jeli bagi Hospital Kluster Kelantan Barat.

	2021		2022		2023	
	Kutipan	Penggunaan	Kutipan	Penggunaan	Kutipan	Penggunaan
<b>HTM</b>	2163	2452	2831	2874	3457	2901
<b>HJ</b>	45	337	65	302	96	235

Jadual 26: Bilangan Kutipan dan Penggunaan Unit Darah Merah untuk Hospital Kluster Kelantan Barat bagi Tahun 2021-2023.

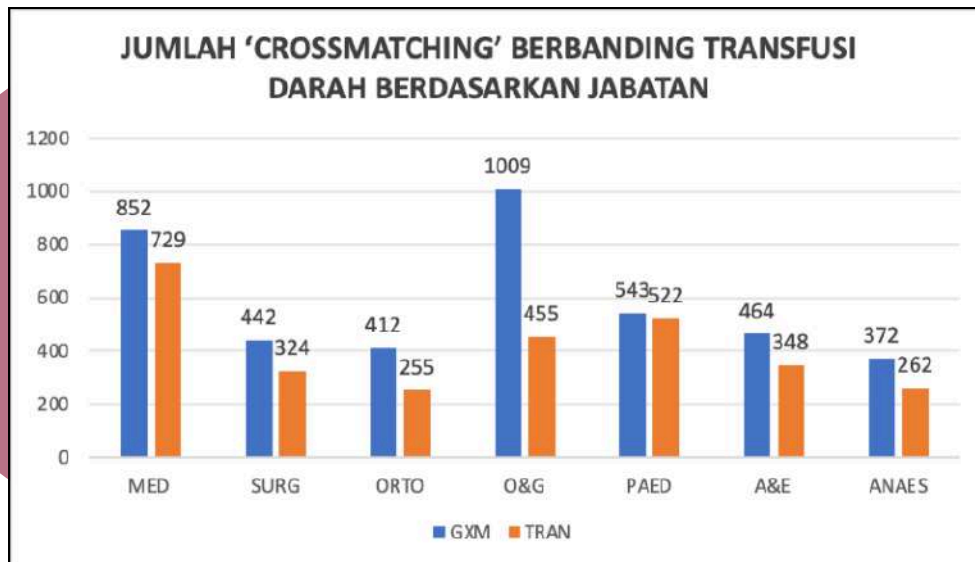
JABATAN	TAHUN 2022	TAHUN 2023
Perubatan	1.18	1.17
Pembedahan	1.39	1.36
Ortopedik	1.37	1.62
Obstetrik & Ginekologi	2.34	2.21
Pediatrik	1.03	1.04
Kecemasan	1.23	1.33
Bius	1.52	1.42

Jadual 27: Jumlah *Crossmatch Transfusion Ratio* (CT Ratio) Unit Darah Merah Berdasarkan Jabatan Di HTM Bagi Tahun 2022-2023

Jabatan Obstetrik dan Ginekologi mencapai CT Ratio melebihi 2.0 dengan merekodkan penurunan julat pada tahun 2023 berbanding tahun 2022. Sasaran CT ratio yang ditetapkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia adalah < 2.0.

Bagi lain-lain jabatan menunjukkan jumlah CT Ratio < 2.0 . Jumlah keseluruhan CT Ratio Hospital Tanah Merah pada tahun 2023 adalah 1.41 dan mencapai sasaran yang ditetapkan.





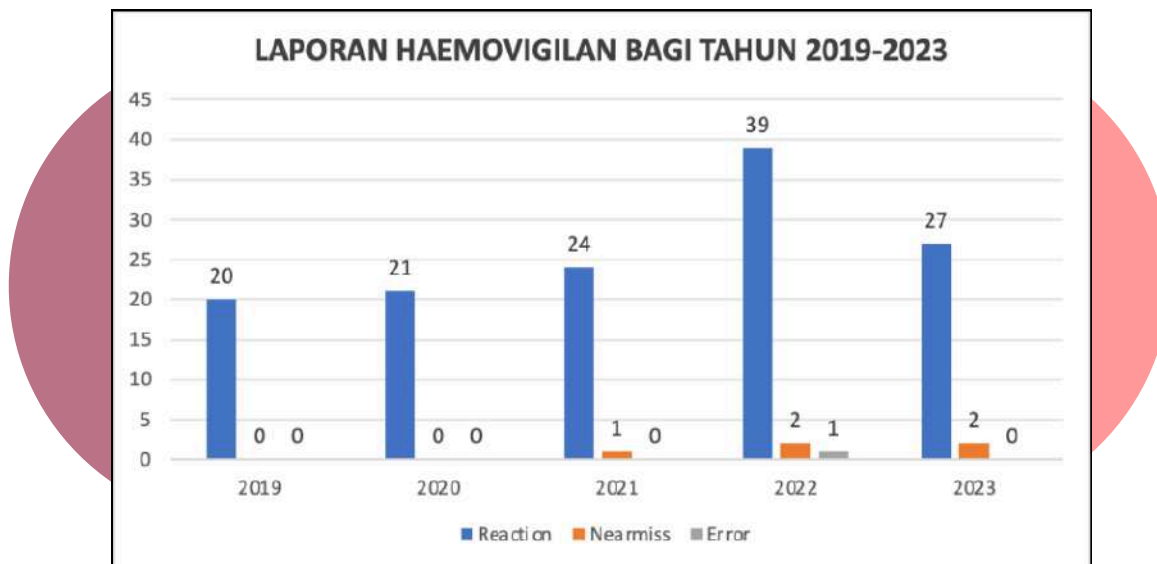
Rajah 40 : Jumlah Unit Darah Untuk 'Crossmatching' Berbanding Transfusi Darah Sepanjang Tahun 2023 Mengikut Jabatan.

Rajah 40 menunjukkan jumlah keseluruhan bilangan ujian *crossmatching* dan unit darah yang diterima oleh pesakit. Pencapaian ini adalah berdasarkan kerjasama pihak klinikal dalam mengenalpasti pesakit yang memerlukan transfusi darah, memastikan pesakit yang memerlukan transfusi sahaja dipohon bagi ujian *crossmatching* dan kepatuhan terhadap *Maximum Surgical Blood Order Schedule*.



Rajah 41 : Peratusan Unit Darah Merah luput pada tahun 2018-2023

Peratusan sel darah merah luput pada tahun 2023 adalah sebanyak 1.42% iaitu mencapai sasaran *key performance* indikator KKM yang menetapkan sasaran untuk sel darah merah luput adalah kurang daripada 2%. Pencapaian ini adalah melalui pengurusan bekalan stok darah yang lebih baik dengan semakan kembali paras stok darah harian dan pemantauan berterusan oleh petugas serta penyelia bagi mengurangkan kadar pembaziran melalui *red cell expiry*.



Rajah 42 : Jumlah Bilangan Kes *Adverse Transfusion Reaction*, *Nearmiss* Dan *Transfusion Error* Bagi Tempoh 2019 Hingga 2023.

Pada Tahun 2023, terdapat 27 kes *transfusion reaction*, 2 kes *near miss*, dan tiada kes *transfusion error*. Penambahbaikan dari segi *transfusion error* yang tidak merekodkan kes pada tahun 2023 berbanding 1 kes pada tahun sebelumnya 2022. Pendidikan secara berterusan diberikan kepada petugas kesihatan yang terlibat dengan proses transfusi seperti sesi orientasi kepada petugas yang dikenalpasti serta melalui latihan berkala.

Jenis Komponen Darah	2019	2020	2021	2022	2023
FFP	4	9	5	10	6
Red Cell	16	15	17	26	17
Platelet Concentrate	0	0	2	3	3
Cryoprecipitate	0	0	0	0	1
<b>Jumlah</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>27</b>

Jadual 28: Bilangan kes *adverse transfusion reaction* mengikut jenis komponen darah

Jadual 28 menunjukkan perincian jenis komponen komponen darah dan jenis *transfusion reaction* bagi tempoh tahun 2019 hingga 2023.



<b>Jenis Transfusion Reaction</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
<i>Febrile Non-Haemolytic Reaction</i>	2	4	5	12	8
<i>Mild(Rash/Urticaria)</i>	18	20	19	27	18
<i>Anaphylactoid</i>	0	0	0	0	1
<i>Anaphylactic</i>	0	0	0	0	1
Lain-Lain	0	0	0	0	0

Jadual 29 : Bilangan jenis *transfusion reaction* bagi tahun 2019-2023

## KESIMPULAN

Perkhidmatan Perubatan Transfusi di Hospital Tanah Merah pada tahun 2023 telah berjaya mencapai sasaran kutipan darah tahunan, memenuhi permintaan bekalan darah merah yang diperlukan oleh pesakit, mencapai sasaran KKM bagi *CT Ratio* serta *Red Cell expiry rate* dan melengkapkan laporan hemovigilan berdasarkan garis panduan semasa. Parameter yang dilaporkan adalah bagi memastikan darah serta komponen darah adalah mencukupi, selamat, berkualiti dan sedia dibekalkan kepada pesakit yang memerlukan transfusi darah semasa menerima rawatan di Hospital Tanah Merah.



# 3.4 PERI OPERATIVE MORTALITY REVIEW (POMR)

Perioperative Mortality Review (POMR) merupakan kajian di peringkat kebangsaan untuk mengenalpasti faktor-faktor yang menjurus kepada kadar mortaliti dalam tempoh pesakit berada di hospital dan menjalani pembedahan. POMR telah diwujudkan di Kementerian Kesihatan Malaysia pada tahun 1990 yang pada ketika itu bertujuan untuk melihat tatacara kerja klinikal dan mengenalpasti langkah – langkah pembaikan dalam pembiusan dan pembedahan. Pada ketika itu hanya melibatkan 4 buah hospital sahaja. Pada tahun 1994 POMR telah diperluaskan dan melibatkan 14 buah Hospital Besar. Di Hospital Tanah Merah, POMR telah bermula pada tahun 2005 melibatkan kes –kes mortaliti semasa dan selepas pembedahan yang melibatkan pembiusan Am atau *Regional Anaesthesia* selama pesakit berada di hospital sebelum dibenarkan pulang.

## PENCAPAIAN

		REKEN BULANAN POMR BAGI 2023								JENIS PEMBEDAHAN		JUMLAH KES KEMATIAN DALAM 24 JAM POST-OP	
JUMLAH MENGIKUT DISIPLIN	KES	ENT	KARDIO	NEURO	OAG	ORTOPEDIK	PAEDIATRIK	SURGERI	LAM LAIN	JUMLAH	EM	EL	
1	Januari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Februari	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
3	Mac	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	April	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
5	Mei	0	0	0	0	2	0	1	0	3	3	0	0
6	Jun	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
7	Julai	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
8	Ogos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	September	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Oktober	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	November	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
12	Disember	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Jumlah		0	0	0	0	6	1	2	0	9	9	0	0

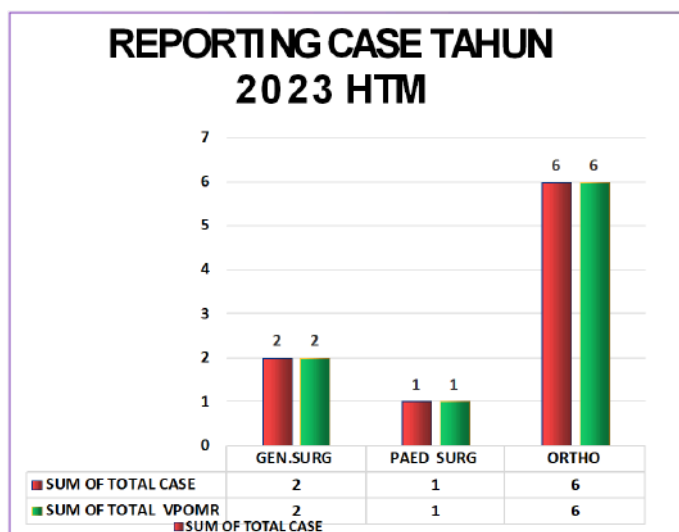
Jadual 30: Jumlah kes POMR mengikut disiplin Januari - Disember 2023

Jadual 30 menunjukkan Jabatan Ortopedik mencatatkan bilangan kematian paling tinggi sebanyak 6 kes diikuti Jabatan Pembedahan 2 kes dan Jabatan Pediatrik 1 kes. Namun demikian, tiada kematian dalam tempoh 24 jam *post operative* dicatatkan pada tahun lepas. Semua kes kematian yang dicatatkan melibatkan jenis pembedahan kecemasan.



Bil	Aktiviti	Tajuk
1	Bengkel	Bengkel <i>Training of Trainers (TOT) Peri Operative Mortality Review</i> Peringkat Kebangsaan 2023 yang telah dihadiri oleh koordinator POMR HTM
2	Kemaskini data	Mengemaskini data secara online iaitu dengan mengisi Laporan <i>Peri Operative Mortality Review Ministry of Health Malaysia ( Anaesthesia Form V5 )</i>
		Mengemaskini data secara online iaitu dengan mengisi Laporan <i>Peri Operative Mortality Review Ministry of Health Malaysia ( Surgical Form V5 )</i>
		Reten QA-POM2/2018
3	Laporan	Menghantar Laporan <i>Peri Operative Mortality Review Ministry of Health Malaysia ( Anaesthesia Form V5 )</i>
		Menghantar Laporan <i>Peri Operative Mortality Review Ministry of Health Malaysia ( Surgical Form V5 )</i>
		Menghantar Reten QA-POM2/2018 ke POMR Secretariat KKM
4	Pembentangan	Pembentangan dan perbincangan ' POMR; di setiap unit sekiranya berlaku kes kematian

Jadual 31 : Aktiviti POMR



Rajah 43 : Reporting Rate Tahun 2023

## KESIMPULAN

Secara amnya, aktiviti POMR Hospital Tanah Merah telah berjalan dengan lancar untuk mencapai objektif sebagaimana yang telah dirancang dengan mengadakan perbincangan semula bagi kes morbiditi dan kes mortaliti selepas pembedahan. Selain itu, dapat juga mempelajari kekurangan yang ada demi meningkatkan mutu perkhidmatan.

## 3.5 MATERNAL MORTALITY

### 3.5.1 LATAR BELAKANG

Kadar mortaliti dan morbiditi maternal merupakan satu indikator yang penting untuk menilai sejauh mana kualiti perkhidmatan dan penjagaan antenatal, semasa bersalin dan postnatal.

- *Maternal mortality and morbidity review* perlu diadakan secara berkala bertujuan untuk memantau keberkesanan penjagaan ke atas ibu mengandung semasa *intrapartum* dan *postpartum*.
- Mengenalpasti *substandard care* yang wujud di dalam pengurusan ibu mengandung dan kes ibu bersalin.
- Membincangkan pembedahan dan penambahbaikan dalam penjagaan ibu untuk mengelakkan berulangnya kesilapan.
- Meningkatkan mutu perkhidmatan dalam penjagaan ibu mengandung agar kadar mortaliti dan morbiditi di kalangan ibu-ibu hamil dan selepas bersalin dapat dikurangkan.

### 3.5.2 STATISTIK & PENCAPAIAN

Tahun 2023 mencatatkan 0 kes kematian ibu di Hospital Tanah Merah seperti di Jadual 32.

Bil	Tarikh	Nama	K/PRN	Umur	Tempat Kematian	Sebab Kematian
Tiada kes bagi Tahun 2023						

Jadual 32: Bilangan Kes Kematian Ibu

0%

Tiada kes kematian ibu di  
HTM bagi tahun 2023





### 3.5.3 AKTIVITI & LATIHAN

Sepanjang Tahun 2023, beberapa aktiviti seperti kursus, CME/Audit dan *drill* telah dijalankan seperti di Jadual 33 hingga Jadual 35. Selain itu, aktiviti pembelajaran berterusan oleh Pakar Obstetrik & Ginekologi (O&G) turut diberi kepada Pegawai Perubatan Siswazah (PPS), Pegawai Perubatan dan para Jururawat di Dewan Bersalin dan Wad 3.

Tarikh	Tempat	Tajuk Kursus	Sasaran
26-27/9/23	Dewan Mas Merah	<i>Obstetric Life Saving Skills Course</i>	Pegawai Perubatan dan Paramedik
21-22/6/23	Dewan Mas Merah	<i>Basic Ultrasound Course</i>	Pegawai Perubatan dan Paramedik
14/10/23	Hospital Tanah Merah	Karnival Kesihatan HTM	Pegawai Perubatan dan Paramedik Orang Awam
24-25/10/23	Dewan Mas Merah	<i>Obstetric Life Saving Skills Course</i> Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) Tanah Merah (TM)	Pegawai Perubatan dan Paramedik
Sepanjang Bulan 12	PKD TM, PKD Jeli, Hospital Jeli, Klinik Kesihatan Gual Ipoh dan Klinik Kesihatan Batu Gajah	<i>Road Show Pre Term Birth</i> Di PKD Tanah Merah & PKD Jeli	Pegawai Perubatan dan Paramedik

Jadual 33 : Bilangan Kursus Yang Telah Dijalankan Pada Tahun 2023



Jadual 34: Bilangan *Continuing Medical Education (CME)*, *Continuing Nursing Education (CNE)* Dan Audit Yang Telah Dijalankan Pada Tahun 2023

Tarikh	Tempat	Tajuk Kursus	Sasaran
11/1/23	Klinik O&G	CME HO : <i>Antepartum Haemorrhage</i>	Pegawai Perubatan, PPS
16/1/23	Dewan Mas Merah	<i>Hospital Morbidity Audit- Acute Pulmonary Oedema</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
14/2/23	Klinik O&G	<i>Near Miss Audit- PPH And Cord Prolapse</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
15/2/23	Klinik O&G	CME MO : <i>Trauma In Pregnancy</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
21/2/23	Klinik O&G	<i>Near Miss Audit- Abruptio Placenta</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
7/3/23	Klinik O&G	CME MO : <i>Management Of Pulmonary Embolism In Pregnancy</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
23/5/23	Klinik O&G	Audit PPH	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
31/5/23	Wad 3	<i>Grand Ward Round</i>	Pegawai Perubatan, PPS
1/6/23	Wad 3	<i>Grand Ward Round</i>	Pegawai Perubatan, PPS
6/6/23	Dewan Bersalin	CNE : <i>Safe Surgery Save Lives</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
6/6/23	Klinik O&G	<i>Step By Step Caesarean Section Techniques</i>	Pegawai Perubatan, PPS
7/6/23	Klinik O&G	CME Medical Student : <i>Hypertensive Disease In Pregnancy</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
14/6/23	Klinik O&G	CME HO : <i>Sepsis In Pregnancy</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
20/6/23	Klinik O&G	<i>Near Miss Audit- Post Partum Haemorrhage (PPH)</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
27/6/23	Klinik O&G	<i>Shoulder Dystocia Audit</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
5/7/23	Klinik O&G	CME HO : <i>Miscarriage &amp; Ectopic Pregnancy</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
11/7/23	Klinik O&G	Audit KPI PPH	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
18/7/23	Klinik O&G	<i>Near Miss Audit- Uterine Rupture</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
18/7/23	Klinik O&G	CME MO: <i>Surgical Approach Of Uterine Rupture</i>	Pegawai Perubatan, PPS
8/8/23	Klinik O&G	CME HO: <i>Gestational Diabetes Mellitus</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
9/8/23	Klinik O&G	<i>Near Miss Audit: Bladder Injury</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
15/8/23	Klinik O&G	<i>Near Miss Audit: Oasis</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
16/8/23	Klinik O&G	CME MO: <i>Guideline In Pre Pregnancy Care</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
30/8/23	Klinik O&G	<i>Grand Ward Round</i>	Pegawai Perubatan, PPS
30/8/23	Dewan Mas Merah	Audit Morbiditi Hospital : PPH	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
6/9/23	Klinik O&G	CME MO: <i>How To Handle Critically Ill Patient</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
10/10/23	Klinik O&G	<i>Near Miss Audit: Massive APH &amp; PPH</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
7/11/23	Klinik O&G	CNE : <i>Preterm Birth</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
15/11/23	Klinik O&G	CME HO: <i>Premature Rupture of Membrane (PROM) &amp; Preterm Premature Rupture Of Membrane (PPROM)</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
22/11/23	Klinik O&G	<i>Near Miss Audit: Massive PPH</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
4/12/23	Klinik O&G	CME MO : <i>Caesarean Scar Ectopic Pregnancy</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
6/12/23	Klinik O&G	CME MO : <i>Management Of B-Thalassemia In Pregnancy</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
20/12/23	Klinik O&G	<i>Near Miss Audit: Massive PPH</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik



Tarikh	Tempat	Tajuk	Sasaran
25/1/23	Dewan Bersalin	<i>Eclampsia &amp; Assisted Breech Delivery</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
20/3/23	Dewan Bersalin	<i>Twin Pregnancy</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
26/4/23	Dewan Bersalin	<i>Cord Prolapse</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
29/5/23	Dewan Bersalin	<i>Postpartum Haemorrhage</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
19/6/23	Dewan Bersalin	<i>Shoulder Dystocia</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
31/7/23	Dewan Bersalin	<i>Cord Prolapse</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
28/8/23	Dewan Bersalin	<i>Assisted Breech Delivery</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik
12/12/23	Dewan Bersalin	<i>Shoulder Dystocia</i>	Pegawai Perubatan, PPS dan Paramedik

Jadual 35: Bilangan Drill Yang Telah Dijalankan Pada Tahun 2023.

Bil	Tarikh	Tempat
Tiada Kes Bagi Tahun 2023		

Jadual 36: Bilangan Mesyuarat Jawatankuasa Kematian Ibu

# 0%

Tiada kes kematian ibu di  
HTM bagi tahun 2023



## PERANCANGAN

01

Mengadakan mesyuarat mortaliti dan morbiditi setiap kali berlaku kes kematian

02

Drill dilaksanakan secara berkala dan berterusan sebanyak 12 kali setahun

03

Melaksanakan audit mortaliti dan morbiditi setiap kali berlaku kes kematian

04

Meneruskan aktiviti pembelajaran secara berterusan

05

Mengadakan kursus sebagaimana yang dirancang

06

Menyediakan laporan tahunan

## KESIMPULAN

- Tiada kes kematian maternal bagi tempoh Januari – Disember 2023.
- Dengan pelaksanaan aktiviti kualiti inisiatif diharapkan dapat meningkatkan kualiti perkhidmatan kepada pelanggan. Setiap cadangan, tindakan pembedahan dan penambahbaikan yang diputuskan di dalam mesyuarat/audit dapat memperbaiki kelemahan atau "shortfall" dalam pengurusan penjagaan ibu.
- Diharapkan setiap kakitangan di Jabatan O&G Hospital Tanah Merah bersama berusaha ke arah meningkatkan kualiti berterusan di Hospital ini. Peningkatan mutu perkhidmatan dapat mewujudkan tahap kepercayaan masyarakat terhadap perkhidmatan yang disediakan.



## 3.6 PERINATAL MORTALITY



Kadar mortaliti dan morbiditi perinatal merupakan satu indikator yang penting untuk menilai kualiti perkhidmatan dan penjagaan antenatal, semasa bersalin dan postnatal serta pengurusan bayi baru lahir sehingga discaj.

### 01.

*Perinatal mortality and morbidity review* perlu diadakan secara berkala untuk memantau keberkesanan penjagaan ke atas ibu mengandung, semasa tempoh *intrapartum* dan *postpartum* serta penjagaan bayi baru lahir semasa di wad postnatal dan juga di wad *Special Care Nursery (SCN) / Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*

### 03.

Membincangkan pembetulan dan penambahbaikan dalam penjagaan ibu mengandung dan bayi baru lahir untuk mengelakkan kejadian yang sama berulang.

### 02.

Mengenalpasti *substandard care* yang wujud di dalam pengurusan ibu mengandung, kes ibu bersalin serta pengurusan bayi baru lahir.

### 04.

Meningkatkan mutu perkhidmatan dalam penjagaan ibu mengandung dan pengurusan bayi baru lahir agar kadar mortaliti dan morbiditi di kalangan bayi semasa dan selepas bersalin dapat diturunkan

## AKTIVITI DAN PENCAPAIAN

Jadual 37 hingga Jadual 40 menunjukkan aktiviti dan pencapaian yang telah dicapai sepanjang tahun 2023. Selain itu, pembelajaran klinikal sentiasa diberikan oleh Pakar O&G dan Pakar Pediatrik kepada Pegawai Perubatan, Pegawai Perubatan Siswazah dan para Jururawat di Dewan Bersalin, SCN/NICU, Wad 3 dan Wad 2.

TARIKH	TEMPAT	TAJUK KURSUS	SASARAN
12-13 Mac 2023	HTM	NRP Bil 1/2023	Pegawai Perubatan dan Paramedik
15 Mac 2023	HTM	<i>Refresher Breast Feeding</i>	Pegawai Perubatan dan Paramedik
21-22 Jun 2023	HTM	<i>Ultrasound Course</i>	Pegawai Perubatan dan Paramedik
25-26 September 2023	HTM	NRP Bil 2/2023	Pegawai Perubatan dan Paramedik
26-27 September 2023	HTM	OLSS	Pegawai Perubatan dan Paramedik

Jadual 37: Bilangan Latihan Dan Kursus Yang Telah Dijalankan Sepanjang Tahun 2023

TARIKH	TAJUK	BILANGAN KAKITANGAN YANG HADIR			
		PAKAR	MO	HO	JURURAWAT
14.02.2023	APH	4	10	2	6
21.02.2023	<i>Perinatal Morbidity Audit</i>	3	7	2	6
14.03.2023	<i>Weekly Caesarean Audit</i>	3	7	4	3
21.03.2023	<i>Massive PPH</i>	3	7	11	3
29.03.2023	<i>Perinatal mortality Audit</i>	7	16	3	10
10.05.2023	<i>Birth Injury</i>	9	5	3	9
16.06.2023	<i>Perinatal Morbidity Audit</i>	2	11	7	3
11.07.2023	<i>Massive PPH</i>	4	11	2	16
18.07.2023	<i>Uterine Rupture</i>	2	3	2	17
16.08.2023	<i>Preterm labour</i>	3	4	6	5
05.09.2023	<i>PPROM and PROM</i>	2	2	6	5
18.10.2023	<i>Rhesus Isoimmunization</i>	3	5	6	4
07.11.2023	<i>Preterm Birth</i>	4	6	6	20
05.12.2023	<i>Perinatal dan Mortality Audit</i>	7	13	2	11

Jadual 38: Bilangan CME dan Audit Yang Telah Dijalankan Sepanjang Tahun 2023



TARIKH	TAJUK	BILANGAN KAKITANGAN YANG HADIR			
		PAKAR	MO	HO	JURURAWAT
25.1.2023	Eclampsia	3	4	5	6
20.3.2023	Twin Pregnancy	3	5	5	5
26.4.2023	Cord Prolapse	4	5	5	8
17.4.2023	Assisted Breech Delivery	2	7	5	6
22.5.2023	PPH	2	5	6	9
19.6.2023	Shoulder Dystocia	2	6	5	4
24.7.2023	Instrumental Delivery	3	4	5	6
21.8.2023	Retained Placenta and Uterine Inversion	3	5	6	5
25.9.2023	Eclampsia	3	4	5	6
23.10.2023	Assisted Breech Delivery	3	4	5	8
20.11.2023	PPH	3	5	6	5
12.12.2023	Shoulder Dystocia	3	4	5	6

Jadual 39 : Bilangan Drill Yang Telah Dijalankan Sepanjang Tahun 2023

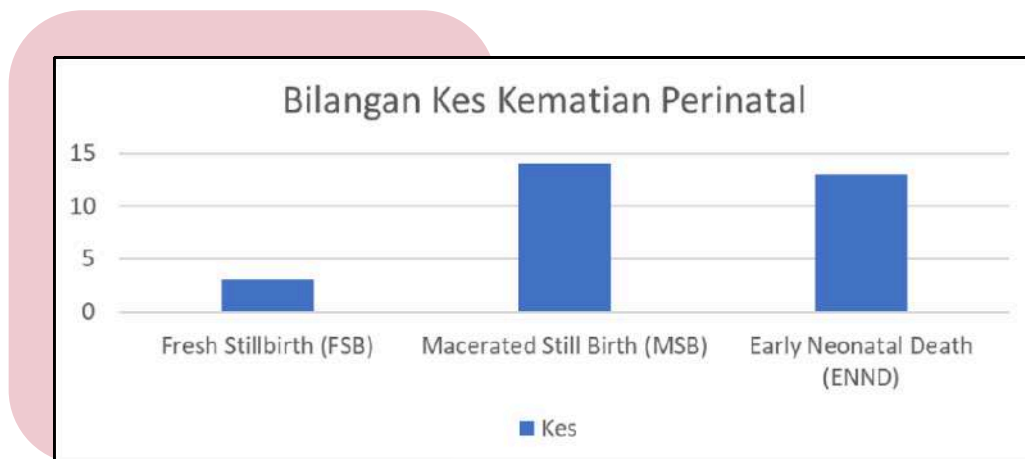
Bil	Tarikh	Tempat
1.	03.04.2023	Klinik Pakar O&G Hospital Tanah Merah
2.	22.08.2023	Klinik Pakar O&G Hospital Tanah Merah
4.	29.03.2023	Dewan Mas Merah Hospital Tanah
5.	05.12.2023	Bilik Mesyuarat Utama Hospital Tanah Merah
6.	12.01.2023	Pejabat Kesihatan Daerah Tanah Merah
7.	13.07.2023	Pejabat Kesihatan Daerah Tanah Merah
8.	11.10.2023	Pejabat Kesihatan Daerah Tanah Merah
10.	25.05.2023	Pejabat Kesihatan Daerah Jeli
11.	02.11.2023	Pejabat Kesihatan Daerah Jeli
12.	12.10.2023	Pejabat Kesihatan Daerah Machang
13.	08.06.2023	Pejabat Kesihatan Daerah Pasir Mas

Jadual 40: Bilangan Mesyuarat Jawatankuasa Kematian Perinatal Yang Telah Dijalankan Sepanjang Tahun 2023



Bil	Tarikh	Umur	Tempat Kematian	Sebab Kematian
1.	Februari	NB	NICU HTM	<i>Severe Meconium Aspiration Syndrome With Massive Air Leak Syndrome</i>
2.	September	8 HARI	NICU HTM	<i>Septicaemic Shock With Multiorgan Involvement</i>

Jadual 41 : Bilangan Kes Kematian Bayi Bagi Januari – Disember 2023 Di Hospital Tanah Merah



Rajah 44: Jumlah Kes Kematian Perinatal Bagi Januari- Disember 2023

## KESIMPULAN

- Jumlah kelahiran hidup untuk tahun 2023 adalah sebanyak 3765.
- Jumlah kematian perinatal bagi tempoh Januari sehingga Disember 2023 adalah 30 kes.
- Dengan pelaksanaan aktiviti inisiatif kualiti diharap dapat meningkatkan kualiti perkhidmatan kepada pelanggan. Setiap cadangan, tindakan pembetulan dan penambahbaikan yang diputuskan di dalam mesyuarat dan audit dapat memperbaiki "shortfall" dalam pengurusan penjagaan ibu dan bayi .
- Diharap setiap kakitangan Jabatan O&G dan Jabatan Pediatrik Hospital Tanah Merah berusaha ke arah meningkatkan kualiti perkhidmatan di hospital ini. Peningkatan mutu perkhidmatan dapat mewujudkan tahap kepercayaan masyarakat terhadap perkhidmatan yang disediakan.





# 3.7 INFECTION CONTROL

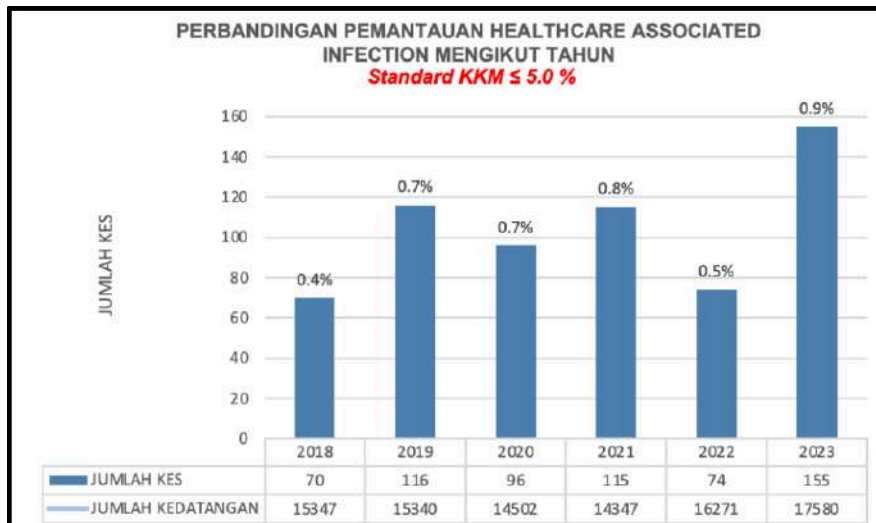
## 3.7.1 LATAR BELAKANG

Pelaksanaan program kawalan infeksi secara komprehensif di Hospital Tanah Merah telah dimulakan pada 2 April 1997. Salah satu fungsi utama Unit Kawalan Infeksi adalah menjalankan aktiviti mencegah, mengawal dan memantau *Healthcare Associated Infection* (HCAI). HCAI atau jangkitan yang berlaku di fasiliti kesihatan adalah penyakit yang boleh dielakkan dengan menekankan kepentingan pematuhan kepada amalan kawalan infeksi kepada semua anggota kesihatan.

Program Kawalan Infeksi yang aktif dan berterusan adalah sangat penting bagi mengurangkan kadar jangkitan nasokomial serta dapat mengurangkan kos hospital. Hospital ini juga dinaikkan taraf kepada hospital berpakar pada 2 Ogos 2007. Oleh dengan itu, khidmat kepakaran yang beroperasi ini, jumlah pesakit yang mendapat rawatan di Hospital Tanah Merah turut meningkat.

## 3.7.2 STATISTIK & PENCAPAIAN

### 3.7.2.1 PERATUS JANGKITAN RESISTANT ORGANISM

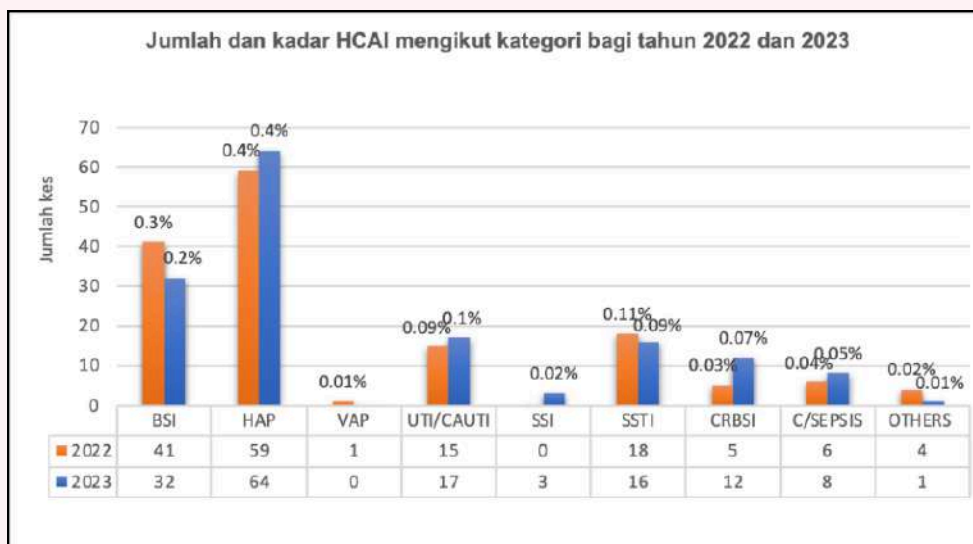


Rajah 45 : Perbandingan Pemantauan *Healthcare Associated Infection* untuk Hospital Tanah Merah bagi Tahun 2018 Hingga Ke 2023

Rajah 45 menunjukkan perbandingan pemantauan *healthcare associated infection* untuk Hospital Tanah Merah bagi tahun 2018 hingga ke 2023. Jumlah kes dari tahun 2018 ke tahun 2019 menunjukkan peningkatan kes dari 0.4% ke 0.7%. Kemudian, kes menjadi konsisten selama dua tahun iaitu pada tahun 2019 ke 2020 dengan peratusan 0.7%. Terdapat sedikit peningkatan kes pada tahun 2021 dengan 0.8% sebelum berlaku penurunan kes pada tahun 2022 hingga 0.5%. Peningkatan kes yang agak ketara pada tahun 2023 dengan peratusan 0.9%.



### 3.7.2.2 PERBANDINGAN JUMLAH DAN KADAR HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTION MENGIKUT KATEGORI DAN DISIPLIN BAGI TAHUN 2022 DAN 2023



Rajah 46 : Jumlah Dan Kadar HCAI Mengikut Kategori bagi Tahun 2022 dan 2023

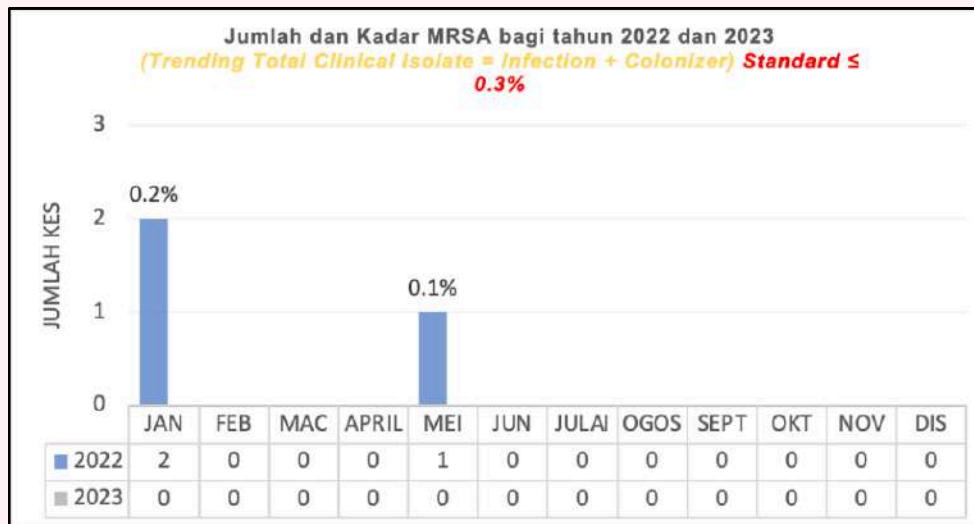


Rajah 47 : Jumlah dan Kadar HCAI Mengikut Disiplin bagi Tahun 2022 dan 2023

Rajah 46 dan Rajah 47 menunjukkan jumlah dan kadar HCAI mengikut kategori dan disiplin bagi tahun 2022 dan 2023. Disiplin yang mempunyai kes tertinggi adalah Jabatan Perubatan dengan 87 kes. Kes ini juga menyumbang paling banyak pada kategori *Hospital Acquired Pneumonia* dan diikuti dengan *Bloodstream Infection* di Hospital Tanah Merah. Kes yang paling terendah adalah Jabatan O&G dengan 4 kes dengan peratusan 1%.



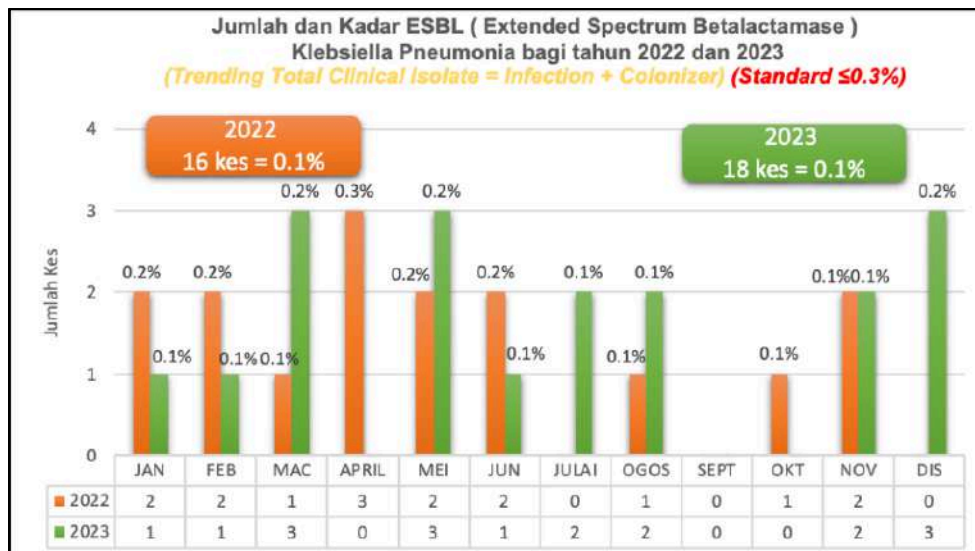
### 3.7.2.3 PERATUS JANGKITAN METHICILLIN RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)



Rajah 48 : Jumlah dan Kadar MRSA bagi Tahun 2022 Dan 2023

Rajah 48 di atas menunjukkan peratusan dan jumlah kes jangkitan MRSA bagi tahun 2022 dan 2023. Jumlah kes pada tahun 2023 menyapu bersih dengan 0 kes berbanding tahun sebelum itu dengan 3 kes. Secara keseluruhan, kadar MRSA bagi Hospital Tanah Merah telah menepati sasaran kebangsaan iaitu  $\leq 0.3\%$ .

### 3.7.2.4 KADAR JANGKITAN ESBL KLEBSIELLA PNEUMONIA

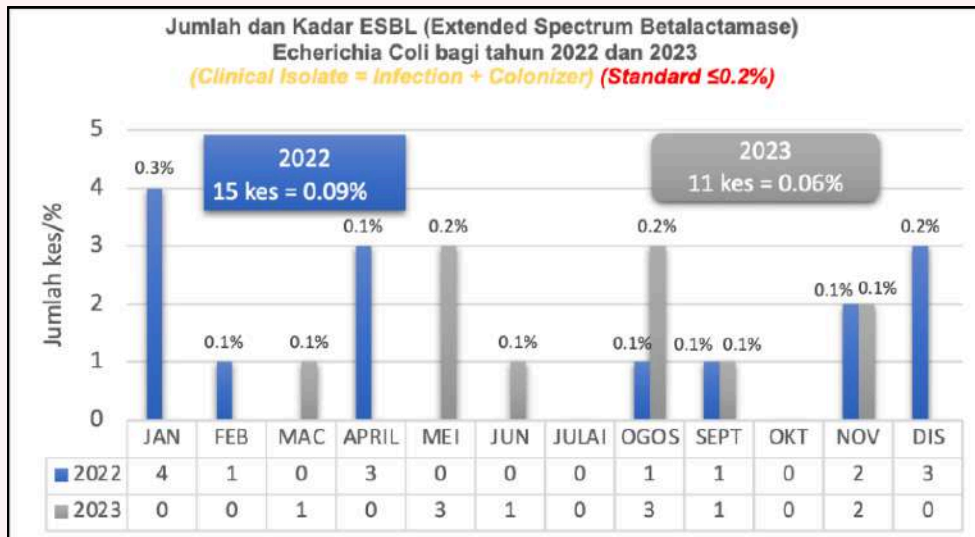


Rajah 49 : Jumlah dan Kadar ESBL Pneumonia bagi Tahun 2022 dan 2023

Rajah 49 di atas menunjukkan peratus ESBL *Klebsiella Pneumoniae* bagi tahun 2022 hingga 2023. Secara keseluruhannya, terdapat tren peningkatan dari tahun 2022 ke tahun 2023 dari 16 kes ke 18 kes. Walaubagaimanapun, purata untuk kedua-dua tahun adalah 0.1% dan kadar jangkitan masih dalam sasaran kebangsaan ( $\leq 0.3\%$ ).



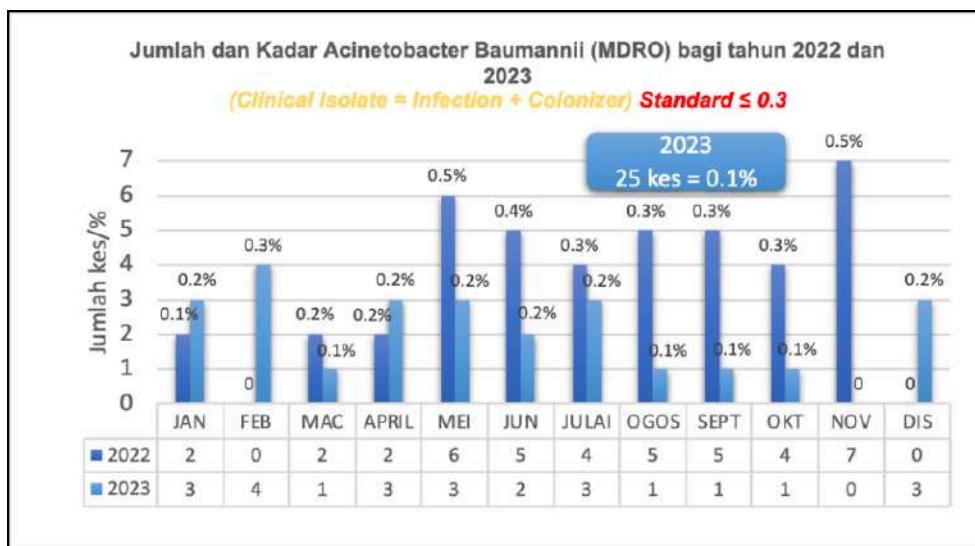
### 3.7.2.5 KADAR JANGKITAN ESBL *ECHERICHIA COLI* (E.COLI)



Rajah 50 : Jumlah Dan Kadar ESBL E.Coli Bagi Tahun 2022 dan 2023

Rajah 50 menunjukkan jangkitan ESBL E.Coli bagi tahun 2022 hingga tahun 2023. Peratus jangkitan ESBL E. Coli secara keseluruhan ada penurunan dari tahun 2022 ke 2023. Peratusan ini adalah rendah berbanding dengan kadar kebangsaan ( $\leq 0.2\%$ ). Purata pada tahun 2022 adalah 0.09% dan menunjukkan penurunan pada tahun 2023 dengan purata 0.06%. Secara keseluruhan, kadar jangkitan ESBL E. Coli bagi Hospital Tanah Merah masih menepati kadar standard kebangsaan.

### 3.7.2.6 KADAR JANGKITAN MRO *ACINETOBACTER BAUMANNII*

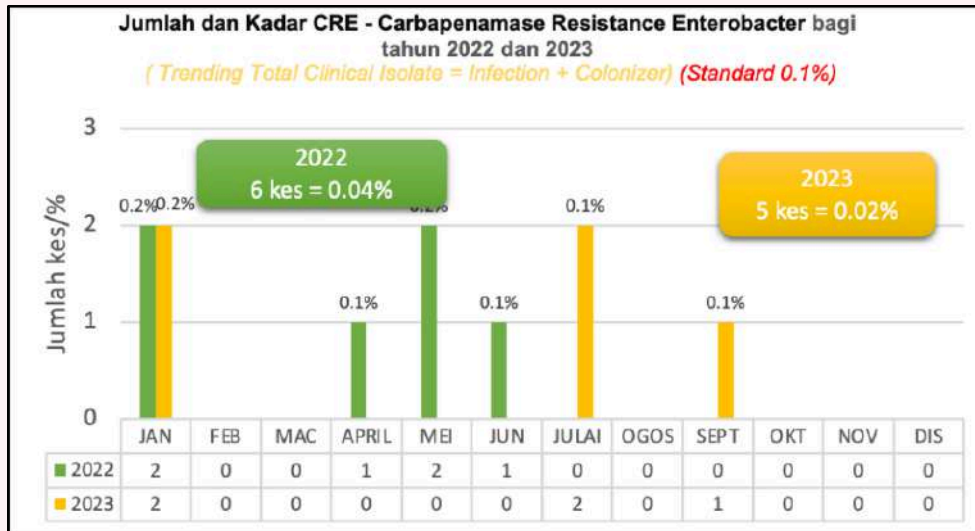


Rajah 51 : Jumlah dan Kadar *Acinetobacter Baumannii* (MDRO) bagi Tahun 2022 dan 2023

Rajah 51 di atas menunjukkan kadar jangkitan MDRO *Acinetobacter Baumannii* bagi tahun 2022 hingga 2023. Kadar jangkitan MDRO *Acinetobacter Baumannii* menunjukkan penurunan dari tahun 2022 ke 2023 dengan 42 kes ke 25 kes. Purata kes dari tahun 2022 adalah 0.3% turun ke 0.1% pada tahun 2023. Secara keseluruhan, jumlah kes pada tahun 2023 mencapai sasaran kebangsaan iaitu  $\leq 0.3$ .



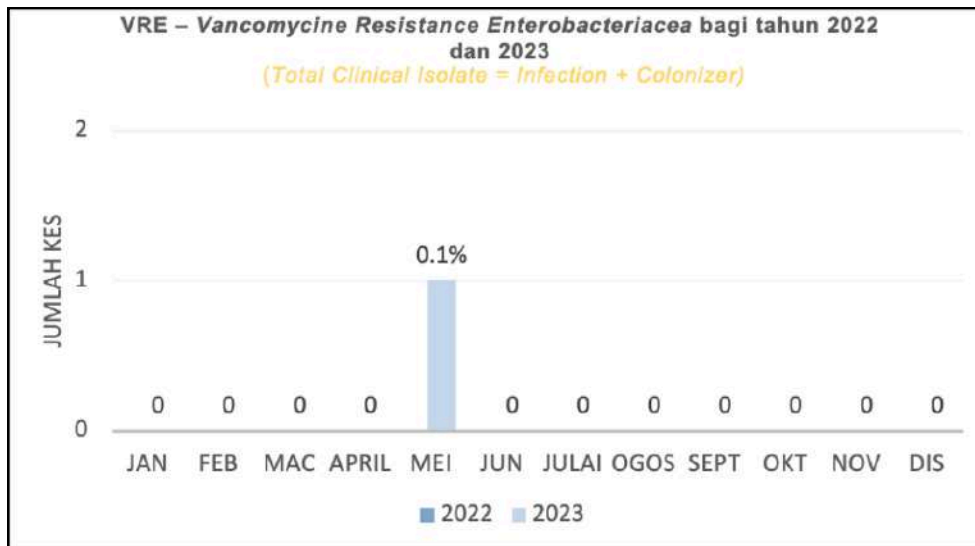
### 3.7.2.7 KADAR JANGKITAN CARBAPENEM RESISTANT ENTEROBACTERIACEAE (CRE)



Rajah 52 : Jumlah Dan Kadar *Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae* (CRE) bagi Tahun 2022 dan 2023

Rajah 52 di atas menunjukkan kadar jangkitan *Carbapenem Resistance Enterobacteriaceae* (CRE) bagi tahun 2022 dan 2023. Secara umumnya, terdapat penurunan kadar jangkitan pada tahun 2023 berbanding 2022. Terdapat 6 kes pada tahun 2022 dengan purata 0.04% dan 5 kes pada tahun 2023 dengan purata 0.02%. HTM mencapai sasaran yang ditetapkan oleh standard kebangsaan iaitu  $\leq 0.10\%$ .

### 3.7.2.8 KADAR JANGKITAN VANCOMYCIN RESISTANT ENTEROCOCCUS (VRE)

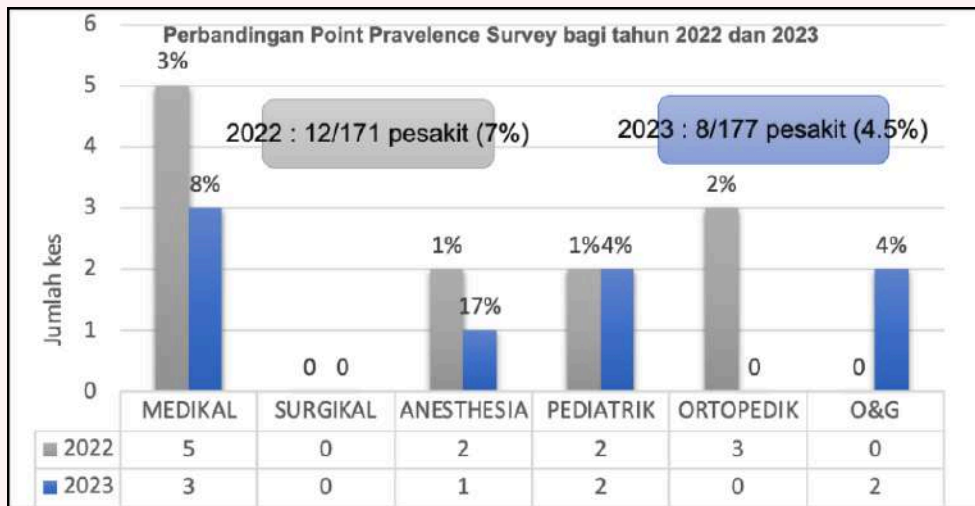


Rajah 53 : Jumlah Dan Kadar Jangkitan *Vancomycin Resistant Enterococcus* (VRE) bagi Tahun 2022 dan 2023

Rajah 53 menunjukkan kadar jangkitan *Vancomycin Resistant Enterococcus* (VRE) bagi tahun 2022 dan 2023. Jumlah kes di Hospital Tanah Merah adalah rendah dengan hanya 1 kes yang dilaporkan pada tahun 2023 di Jabatan Perubatan.



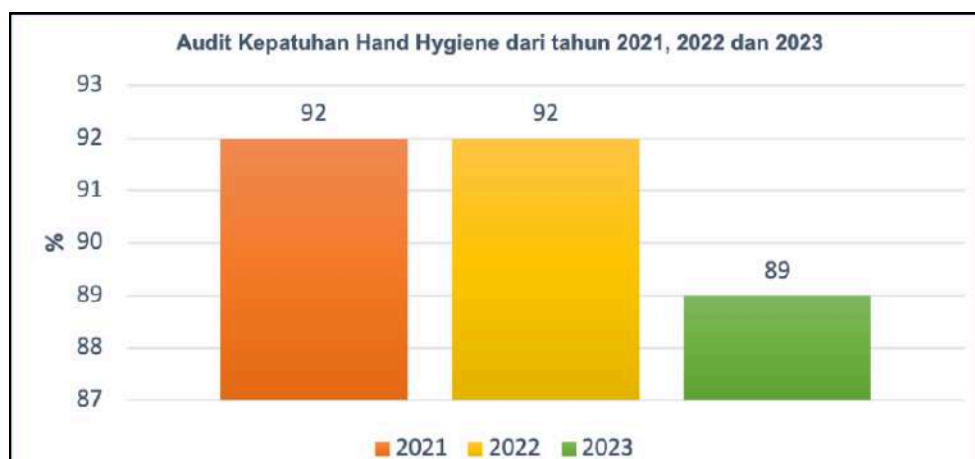
### 3.7.2.9 KADAR JANGKITAN HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTION (HCAI)



Rajah 54 : Jumlah Dan Kadar kadar jangkitan *Healthcare Associated Infection* bagi Tahun 2022 dan 2023

Rajah 54 menunjukkan kadar jangkitan *Healthcare Associated Infection* dari tahun 2022 hingga tahun 2023. Bermula tahun 2019, *point prevalence survey* dijalankan sekali setahun. Terdapat penurunan kadar jangkitan pada tahun 2023 dengan 4.5% berbanding 7% pada tahun 2022. Pada tahun 2023, kadar jangkitan HCAI mencatatkan penurunan peratusan 4.5% dan masih mencapai sasaran kebangsaan (<5%). Kebanyakan kes adalah *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP), *Bloodstream Infection* (BSI) dan *Urinary Tract Infection* (UTI) yang disebabkan oleh pelbagai faktor seperti penggunaan agen *antimicrobial* yang tinggi semasa rawatan pesakit di wad dan di Intensive Care Unit (ICU).

### 3.7.2.10 KEPATUHAN KEPADA AMALAN HAND HYGIENE



Rajah 55 : Peratus Audit Kepatuhan *Hand Hygiene* Bagi Tahun 2021-2023





Rajah 56 : Peratus Audit Kepatuhan Hand Hygiene Mengikut Disiplin Bagi Tahun 2022 dan Tahun 2023

Rajah 55 dan 56 menunjukkan peratus audit kepatuhan amalan *hand hygiene* untuk Hospital Tanah Merah untuk tahun 2021 hingga 2023. Terdapat penurunan kepatuhan pada tahun 2023 sebanyak 89% berbanding tahun 2021 dan 2022 sebanyak 92%. Kepatuhan *hand hygiene* yang tertinggi adalah Jabatan Bius dengan 96%. Manakala Jabatan Ortopedik menunjukkan kepatuhan *hand hygiene* yang paling rendah dengan 84% bagi tahun 2023.





### 3.7.3 AKTIVITI & LATIHAN

1. Mesyuarat bersama *link nurse* telah dijalankan pada 14 Feb 2023.
2. Mesyuarat HIACC dijalankan pada 27 Julai 2023.
3. Kursus IPC & AMS telah dijalankan pada 11 Okt 2023.
4. Pameran *hand hygiene* telah diadakan pada bulan Nov 2023.

### 3.7.4 KESIMPULAN

Kesimpulannya, terdapat peningkatan *Healthcare Associated Infection (HCAI)* di Hospital Tanah Merah pada tahun 2023 berbanding tahun sebelumnya iaitu 0.9% dengan 155 kes daripada 17580 jumlah kemasukan pesakit ke hospital. Fasiliti yang paling banyak menyumbang kepada HCAI adalah dari wad perubatan dan ICU serta menunjukkan peningkatan ketara dalam kategori *Hospital Associated Pneumonia (HAP)* dan *Bloodstream Infection (BSI)*.

Kajian *point prevalence survey* di Hospital Tanah Merah juga menunjukkan penurunan sebanyak 4.5% pada tahun 2023 berbanding 7% pada tahun 2022, mencapai sasaran kebangsaan kurang dari (<5%).

Penurunan kepada kepatuhan audit *hand hygiene* sebanyak 89% pada tahun 2023 turut menyumbang kepada peningkatan kes *Healthcare Associated Infection* di Hospital Tanah Merah.

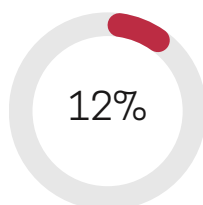


# 3.8 UNIT KESELAMATAN & KESIHATAN PEKERJAAN

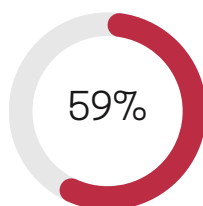
Saringan kesihatan bagi kakitangan Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) merupakan salah satu skop bagi program KOSPEN Plus dan merupakan *Key Performance Indicator* (KPI) Pengarah Kesihatan Negeri. Seramai 280 orang kakitangan daripada 437 orang yang layak menjalani saringan telah disaring.

JUMLAH KAKITANGAN	JUMLAH KAKITANGAN YANG TIDAK MEMPUNYAI FAKTOR NONCOMMUNICABLE DISEASES (NCD) ATAU MENGANDUNG	JUMLAH PEKERJA YANG LAYAK DAN TELAH DISARING
1054	437	280

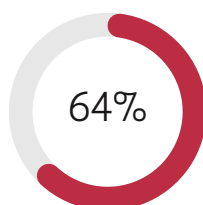
Jadual 42: Jumlah Kakitangan HTM Dan Jumlah Pekerja Yang Layak Disaring.



**Jumlah kakitangan kontrak di HTM**



**Jumlah Pekerja yang layak disaring**



**Jumlah pekerja yang layak & telah disaring**



### 3.8.1.2 AUDIT KESELAMATAN DAN KESIHATAN (AUDIT FASILITI KESIHATAN KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA)

Mengikut Akta Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan 1994, Kementerian Kesihatan Malaysia seperti juga lain-lain majikan adalah bertanggungjawab di atas keselamatan dan kesihatan para pekerjanya dan juga orang ramai yang berkunjung untuk mendapatkan perkhidmatan di kemudahan-kemudahan kesihatan termasuk hospital. Mereka sentiasa terdedah kepada berbagai-bagai jenis *hazard* yang terdapat di tempat kerja sama ada *hazard* fizikal, biologi, kimia, ergonomik dan psikososial. Contoh *hazard* fizikal seperti kebisingan dan peralatan tajam, *hazard* biologi seperti darah/cecair yang tercemar dengan bakteria/virus, *hazard* bahan kimia seperti bahan pelarut, *hazard* ergonomik seperti mengangkat beban yang berat serta *hazard* psikososial seperti kerja penggiliran (*shiftwork*), terlalu banyak kerja dan sebagainya. Adalah menjadi tanggungjawab pihak majikan sebagai pihak yang mewujudkan *hazard* dan risiko serta semua anggota kesihatan sebagai pihak yang mengendalikan *hazard* dan risiko bekerjasama memastikan tempat kerja mereka adalah tempat yang paling sihat dan selamat.

BIL.	NAMA FASILITI	MARKAH
1	Makmal Mikrobiologi	86.60%
2	Jabatan Radiologi	89.70%
3	Jabatan Kecemasan dan Trauma	86.90%
4	Unit Rawatan Rapi (ICU)	95.50%
5	Dapur (Dietatik)	94.90%

Jadual 43: Fasiliti Yang Menjalani Audit Keselamatan Pada Tahun 2023

Target  
pencapaian

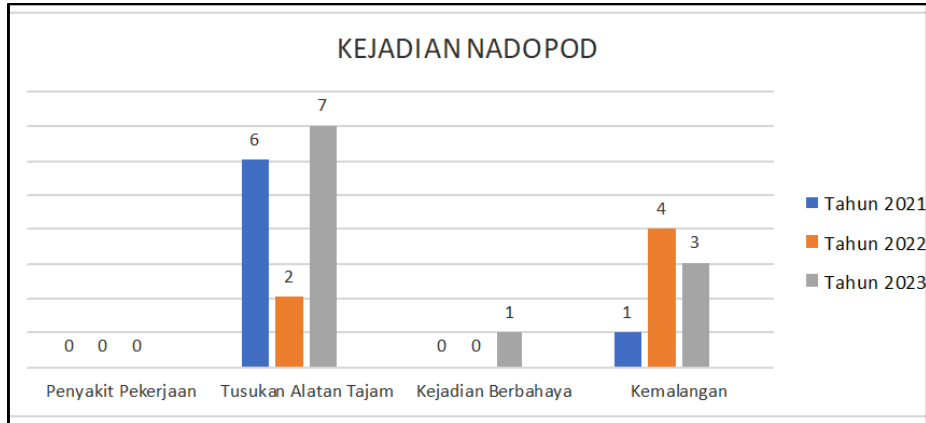
>70%

5 tempat wajib  
audit

Audit dijalankan adalah bertujuan untuk menyediakan persekitaran yang selamat dan sihat secara praktikal serta dapat mempertingkatkan tahap keselamatan dan kesihatan kepada anggota kesihatan serta orang ramai yang berkunjung untuk mendapatkan perkhidmatan di HTM. Pada tahun 2023, UKKP telah menjalankan 5 audit di fasiliti kesihatan iaitu Jabatan Kecemasan dan Trauma, Unit Rawatan Rapi, Jabatan Radiologi, Makmal Mikrobiologi dan dapur (Jabatan Dietatik).



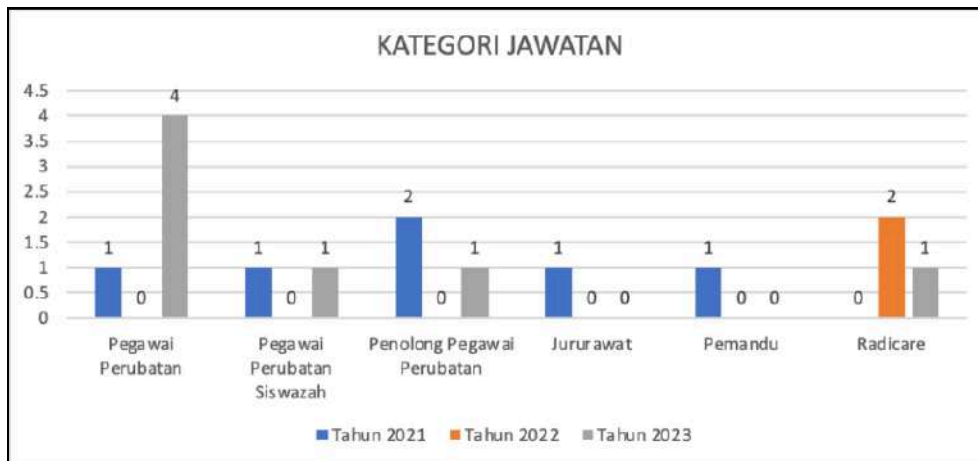
### 3.8.1.3 PELAPORAN DAN PENYIASATAN KEJADIAN KEMALANGAN DAN PENYAKIT KERACUNAN



Rajah 57 : Jumlah *Notification of Accident, Dangerous Occurrence, Poisoning and Occupational Disease (NADOPOD)*

Rajah 57 menunjukkan pecahan kes mengikut jenis kemalangan dan penyakit keracunan yang dilaporkan di HTM dari tahun 2021- 2023. Kes tusukan alatan tajam mencatatkan jumlah kes insiden tertinggi pada tahun 2023 sebanyak 7 kes diikuti dengan 3 kes kemalangan serta 1 kes kejadian berbahaya.

### 3.9.1.4 SHARP INJURY SURVEILLANCE (SIS)



Rajah 58 : Jumlah Kes *Sharp Injury Surveillance (SIS)* Mengikut Kategori Jawatan

Rajah 58 menunjukkan peningkatan kes insiden *sharp injury* mengikut kategori jawatan . Pegawai perubatan mencatatkan bilangan kes tertinggi seramai 4 orang pada tahun 2023 diikuti 1 orang masing-masing bagi kategori Pegawai Perubatan Siswazah, Penolong Pegawai Perubatan dan Radicare. Manakala kategori Pemandu dan Jururawat masing-masing mencatatkan 0 kes yang dilaporkan.





## 3.9 FIRE SAFETY

Kebakaran di premis kediaman atau kemudahan awam seperti hospital atau seumpamanya adalah suatu kemalangan tragis yang dapat dihindar atau dicegah sekiranya langkah-langkah keselamatan dan pencegahan diberi keutamaan dan diamalkan. Kecekapan dan kepantasan seseorang anggota untuk bertindak ketika kebakaran terjadi bergantung sepenuhnya kepada kemahiran dan pengetahuan dalam mengawal dan mengendalikan keadaan dengan baik. Apabila berlakunya situasi tersebut, kemusnahan harta benda dan kemalangan jiwa dapat dielakkan sekaligus dapat mengurangkan risiko kerugian yang besar.

Bagi memastikan setiap anggota berpengetahuan dan berkemahiran dalam menghadapi situasi kebakaran, persiapan yang rapi perlulah dibuat. Pelan tindakan merupakan persiapan kebakaran yang merangkumi persiapan anggota dan kemudahan fasiliti dalam menghadapi situasi kebakaran.

Penubuhan Pasukan Keselamatan Kebakaran Hospital iaitu OKK (Organisasi Keselamatan Kebakaran) banyak membantu memberi pengetahuan kepada kakitangan dalam siapsiaga menghadapi kebakaran terutama di premis hospital .

**“ Jawatankuasa OKK diketuai oleh Pengarah Hospital dan AJK adalah terdiri daripada kakitangan hospital, Radicare dan Unit Keselamatan”**



### 3.9.2 AKTIVITI & LATIHAN

No.	Aktiviti/Tajuk	Bilangan anggota terlibat
1.	Kem Jati Diri dan Kursus Menangani Kebakaran OKK	34
2.	Mesyuarat Aktiviti OKK Bersama Bomba	28
3.	Kem Jati Diri dan Meyelamat di Air Danau Tok Uban	32
4.	Pemeriksaan <i>Fire Certificate</i> (FC) Oleh Pegawai Bomba	14
5.	<i>Fire Drill</i> dan <i>Table Top</i>	76
6.	Ceramah Kebakaran Kepada Pegawai Perubatan Siswazah	19

Jadual 44: Aktiviti Yang Dijalankan Sepanjang Tahun 2023



### 3.9.3 KESIMPULAN

Aktiviti keselamatan kebakaran sangat penting kepada kakitangan hospital kerana ianya dapat membantu pihak pengurusan untuk memastikan keadaan hospital selamat untuk pesakit dan kakitangan .

Dengan kerjasama daripada pihak bomba dan Penubuhan Jawatankuasa Keselamatan Kebakaran (OKK) Hospital , ramai kakitangan HTM telah dilatih dan mempunyai kemahiran dalam menghadapi sebarang kemungkinan berlaku kebakaran di hospital.



# 3.10 PENGURUSAN BENCANA

Pengurusan bencana merupakan salah satu elemen penting sesebuah hospital dalam mengurus sesuatu insiden bencana samada bencana dalaman atau bencana luaran.

## LATAR BELAKANG

Pelan tindakan dan pengurusan bencana merupakan salah satu dokumen penting bagi memastikan pihak hospital dan Jabatan Kecemasan & Trauma serta jabatan lain yang terlibat di dalam pengurusan bencana peringkat dalaman atau luaran diuruskan dengan lebih teratur dan sistematik.

Jabatan Kecemasan & Trauma adalah jabatan yang dipertanggungjawabkan untuk menilai risiko kejadian bencana, menyediakan pelan tindakan pengurusan bencana peringkat dalaman atau luaran serta koordinasi semasa berlakunya bencana.

Pengurusan bencana dan *mass casualty* insiden perlu diuruskan secara sistematik dan teratur bagi mengelakkan insiden yang berlaku tidak dapat dikawal dengan baik serta sistem perawatan yang sistematik dapat diberikan kepada mangsa.

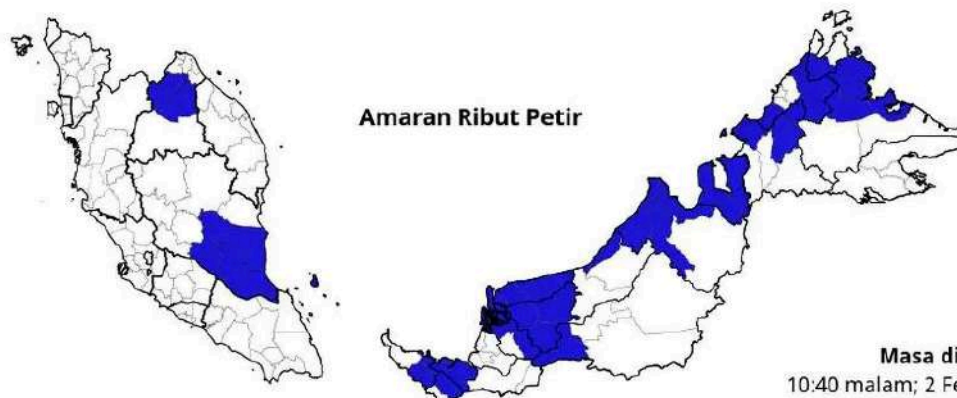
## KATEGORI BENCANA

Sepertimana maklum, fasa bencana dikategorikan kepada 4 fasa iaitu:

- **Fasa Mitigasi / Pencegahan**
- **Fasa Persediaan**
- **Fasa Respon**
- **Fasa Pemulihan**



JABATAN METEOROLOGI MALAYSIA  
KEMENTERIAN SUMBER ASLI, ALAM SEKITAR DAN PERUBAHAN IKLIM



## STATISTIK & PENCAPAIAN

Kategori Kejadian	Bilangan kes
<i>Disaster</i>	0
<i>Mass Casualty Incident</i>	0
<i>Code Blue</i>	10

Jadual 45 menunjukkan tiada insiden yang melibatkan kejadian bencana dan Mass Casualty Incident dilaporkan pada tahun 2023.

Sebanyak 10 kes *Code Blue* telah dilaporkan sepanjang tahun 2023.

Jadual 45: Laporan kejadian Bencana dan *Mass Casualty Incident* (MCI) Bagi tahun 2023

## AKTIVITI DAN LATIHAN

Pada tahun 2023, beberapa orang kakitangan dari pelbagai kategori jawatan seperti di Jadual 48 telah terlibat dalam latihan bencana sebagai salah satu pendedahan tentang tatacara pengurusan bencana. Selain itu, taklimat mengenai pengurusan bencana turut diberikan kepada kakitangan baru sebagai pendedahan awal dalam memperkasakan pengurusan bencana.

Bil	Nama kursus	Kategori Jawatan			
		Pakar	Pegawai Perubatan	Pen. Pegawai Perubatan	Jururawat
1.	Basic Medical Emergency Response Team	1	3	3	0
2.	Advanced Medical Emergency Response Team			1	0

Jadual 46: Latihan Dan Kursus Yang Telah Dijalankan Bagi Tahun 2023

Bagi memastikan pengurusan bencana dan *mass casualty* insiden dapat diuruskan dengan sistematik, beberapa aktiviti utama telah dirancang dan dilaksanakan bagi memastikan pelan tindakan yang dirangka mampu memberikan impak yang baik kepada pelanggan dan juga kakitangan seperti di Jadual 46.



No.	Aktiviti/Tajuk	Perancangan	Perlaksanaan	Catatan
1.	Buku Pelan Tindakan Bencana Hospital Tanah Merah	Disember 2023		
2.	Pelan Tindakan Code Blue	Disember 2023	Disember 2023	Untuk semakan
3.	Table Top Exercise – Code Blue		Tiada	Tiada peruntukan
4.	Table Top Exercise – Disaster / Mass Casualty Incident		Tiada	Tiada peruntukan
5.	Disaster Drill – Dalaman 1. Kursus TOT Disaster Management Peringkat JKN 2. Kursus Pengurusan Bencana Peringkat Kluster Barat		7-8 Mac 2023 23 Mei 2023	Penglibatan kakitangan jabatan kecemasan
6.	Disaster Drill - Luaran	Tiada	Tiada	

Jadual 47: Aktiviti Yang Telah Dijalankan Sepanjang Tahun 2023

## KESIMPULAN

Jabatan Kecemasan & Trauma HTM akan terus memastikan proses persediaan, pengaktifan, respon dan proses pengurusan selepas berlaku bencana diuruskan dengan baik. Kerjasama antara jabatan dan unit juga perlu dimantapkan dalam memastikan perkhidmatan dapat diberikan dengan lebih efisien dan berkesan.

Jabatan Kecemasan & Trauma juga akan merancang dan melaksanakan aktiviti yang melibatkan bencana mengikut kesesuaian masa, peruntukan dan keperluan semasa bagi memastikan pengurusan bencana dapat dijalankan dengan baik.





# PENUTUP



Kesimpulannya, Hospital Tanah Merah (HTM) telah mencapai banyak kemajuan yang signifikan dalam menyediakan perkhidmatan kesihatan yang berkualiti dan efektif sepanjang tahun 2023. Melalui pelaksanaan inisiatif seperti *Lean Transformation 2.0* dan *Good Service Delivery (GSD)*, hospital ini berusaha meningkatkan kecekapan operasi serta pengalaman pesakit. Selain itu, HTM telah berjaya mencapai banyak indikator kualiti dalam bidang klinikal, keselamatan dan kepuasan pelanggan sekaligus menunjukkan komitmen tinggi dalam memastikan kesejahteraan pesakit dan produktiviti kakitangan.

Sebagai hospital kluster utama di kawasan barat, HTM telah membuktikan keberkesanannya dalam menyediakan rawatan yang terbaik melalui peningkatan fasiliti dan pengurusan keselamatan yang menyeluruh. Semua pencapaian ini menggambarkan dedikasi kakitangan HTM dalam memperkukuhkan sistem penjagaan kesihatan yang komprehensif dan berinovasi untuk masa depan.



# TERIMA KASIH

kerana menggunakan perkhidmatan  
Hospital Tanah Merah



Phone

**09-954 5000**



Email

**htm@moh.gov.my**



Website

**<https://hmerah.moh.gov.my>**



Office Address

**Jalan Hospital, 17500 Tanah  
Merah**