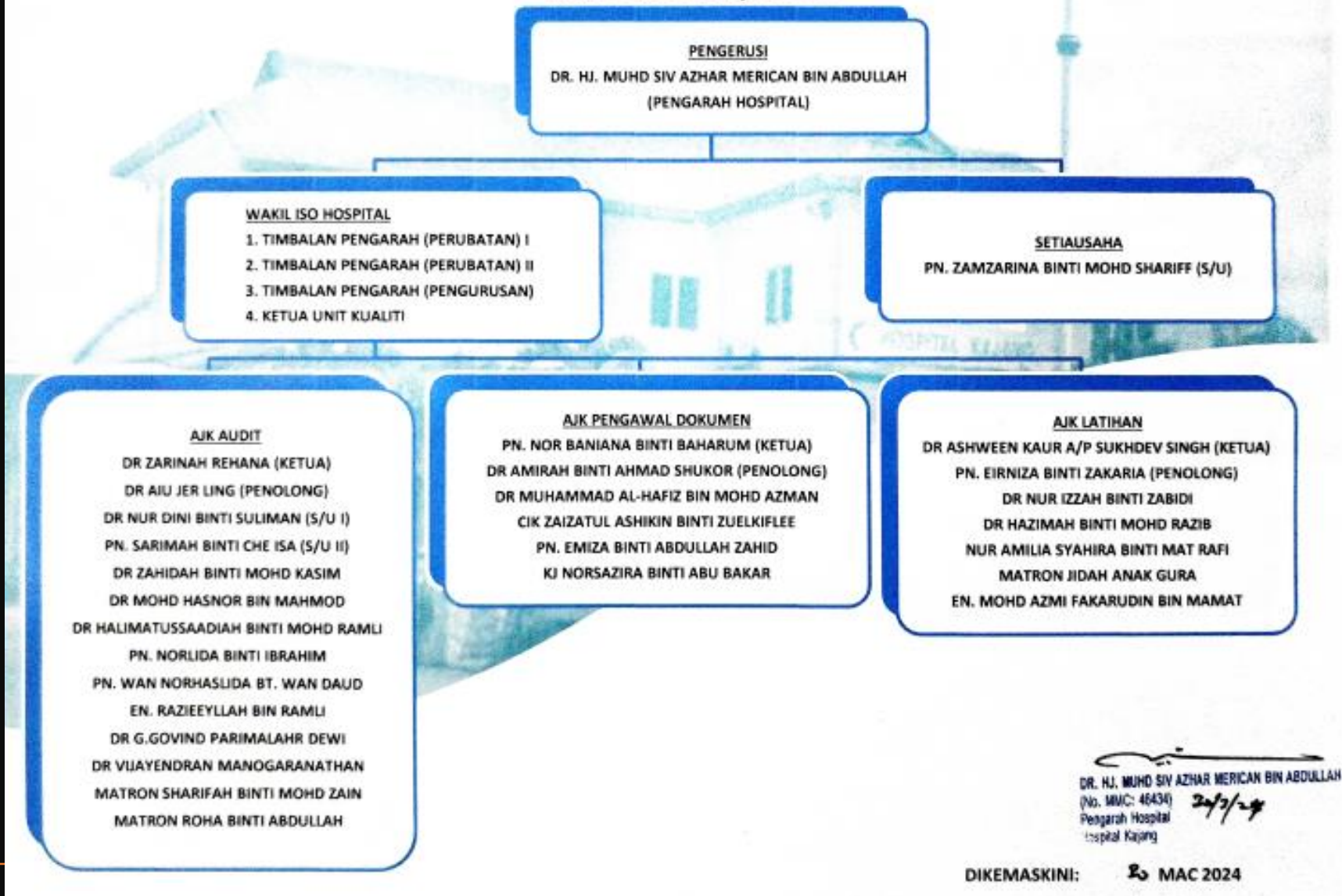


MS ISO 9001:2015

CARTA ORGANISASI JAWATANKUASA ISO HOSPITAL KAJANG

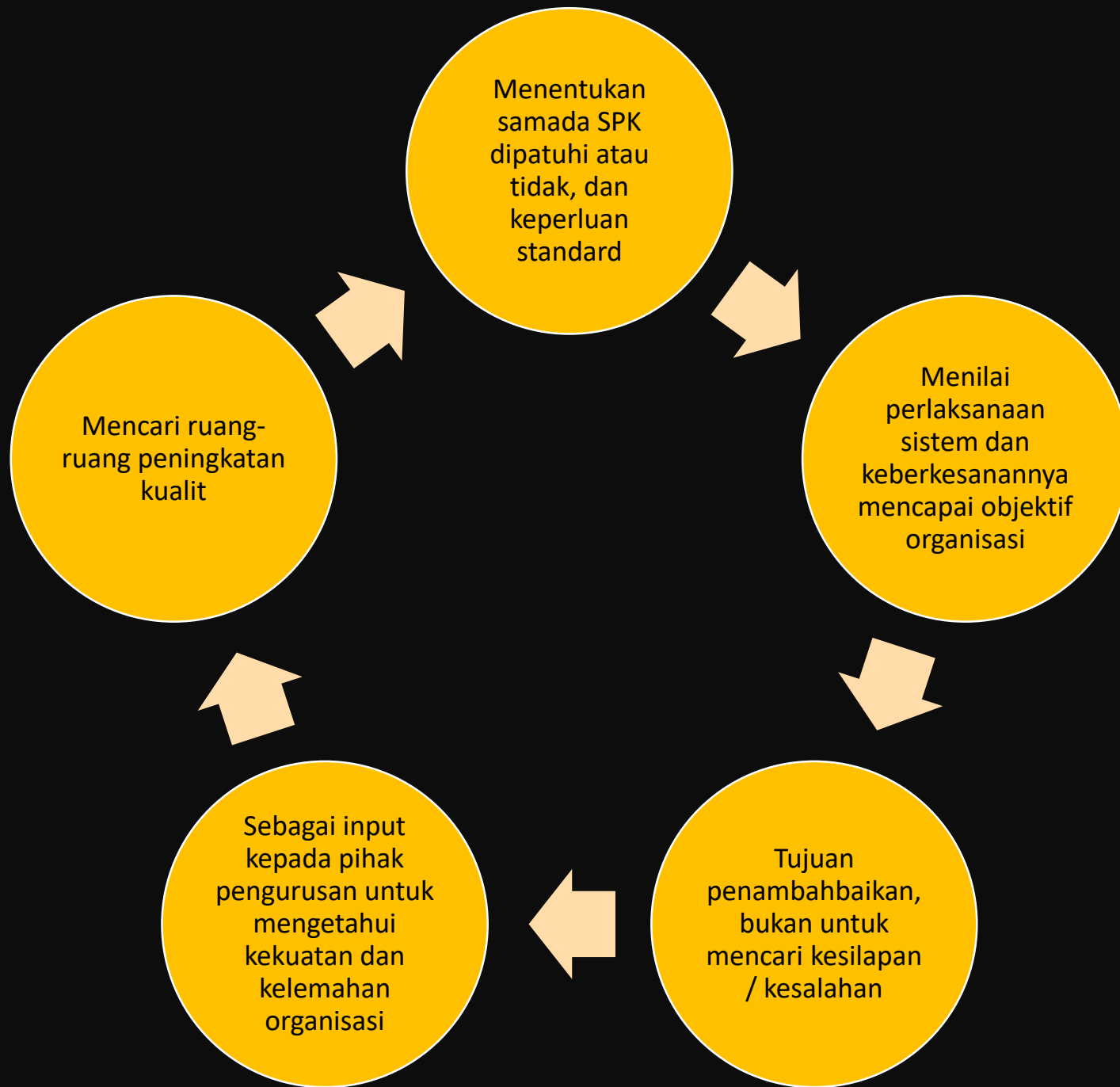
CARTA ORGANISASI JAWATANKUASA MS ISO 9001:2015 TAHUN 2024/2025




DR. HJ. MUHD SIV AZHAR MERICAN BIN ABDULLAH
(No. MMC: 46434) 24/3/24
Pegarah Hospital
Hospital Kajang

DEFINASI AUDIT

Suatu proses yang bersistematis, bebas dan berdokumen dalam memperoleh bukti audit dan menilainya secara objektif bagi menentukan sejauh mana kriteria audit itu dipatuhi



TUJUAN AUDIT

PENGENALAN DAN KEFAHAMAN ISO 9001:2015

Apakah ISO 9001?

- **ISO – International Organization for Standardization**
- **‘Standard’ Sistem Pengurusan Kualiti**
- **Digunapakai apa jua jenis organisasi**
- **Dikenali dan diterima di seluruh dunia**
- **Memberitahu apa yang perlu dan bukan bagaimana nak buat**
- **Panduan untuk mengawal aktiviti**
- **Fokus kepada memenuhi keperluan pelanggan**

PERUBAHAN ASAS VERSI 2015

- 10 klausa (keperluan)
- Lebih berkesan dengan apa jua jenis perkhidmatan / pengeluaran produk
- Memperkukuhkan pendekatan proses / lebih jelas
- Tindakan pencegahan kepada mengenalpasti risiko dan memudahkan
- Terma ' Documented Information' ditukarkan kepada dokumen dan rekod
- Kawalan perkhidmatan dari luar menggantikan perolehan / perkhidmatan luar (outsourcing)
- Meningkatkan penekanan terhadap mencari peluang untuk penambahbaikan
- Memahami struktur SPK dan pendekatan proses versi 2015
- Memahami akan jangkaan piawaian baru yang menjurus kepada kepimpinan, pendekatan proses, 'risk-based thinking'
- Perancangan audit dan persediaan (dokumen, senarai semak, perancangan operasi)
- Teknik – Pengurusan atasan, tujuan, arah tuju, isu dalaman dan luaran, 'RISIKO DAN PELUANG'
- Pembangunan dan penggunaan senarai semak
- Pelaporan audit dan tindakan pembetulan



**MALAYSIAN
STANDARD**

MS ISO 9001:2015

**Quality management systems - Requirements
(Second revision)
(ISO 9001:2015, IDT)**

ICS: 03.120.10

Descriptors: requirements, quality management systems

© Copyright 2015

DEPARTMENT OF STANDARDS MALAYSIA

Struktur Standard ISO 9001:2015

- 1 Skop
- 2 Rujukan normatif
- 3 Istilah & definisi

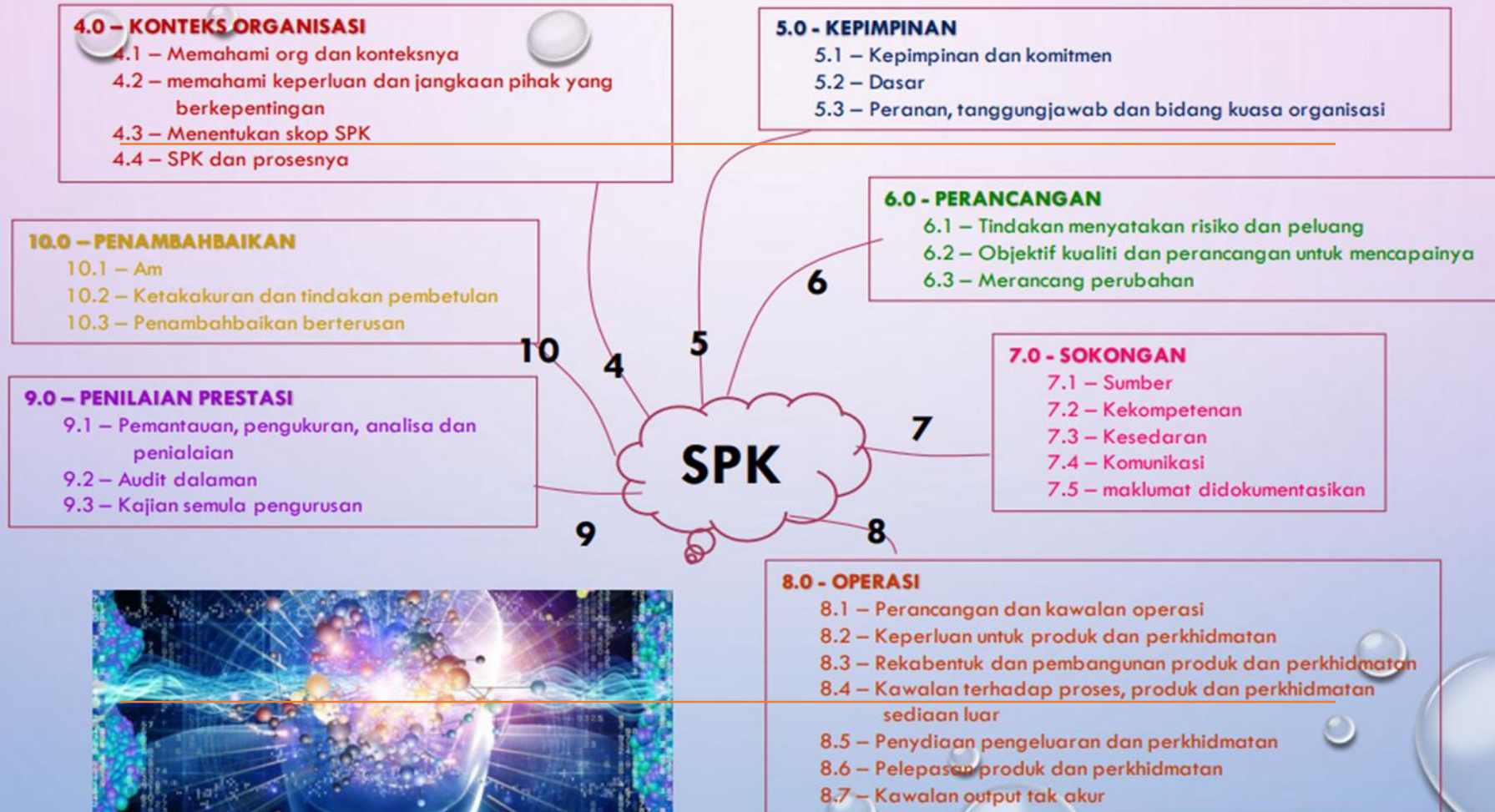
- 4 Konteks organisasi
- 5 Kepimpinan
- 6 Perancangan
- 7 Sokongan
- 8 Operasi
- 9 Penilaian Prestasi
- 10 Penambahbaikan

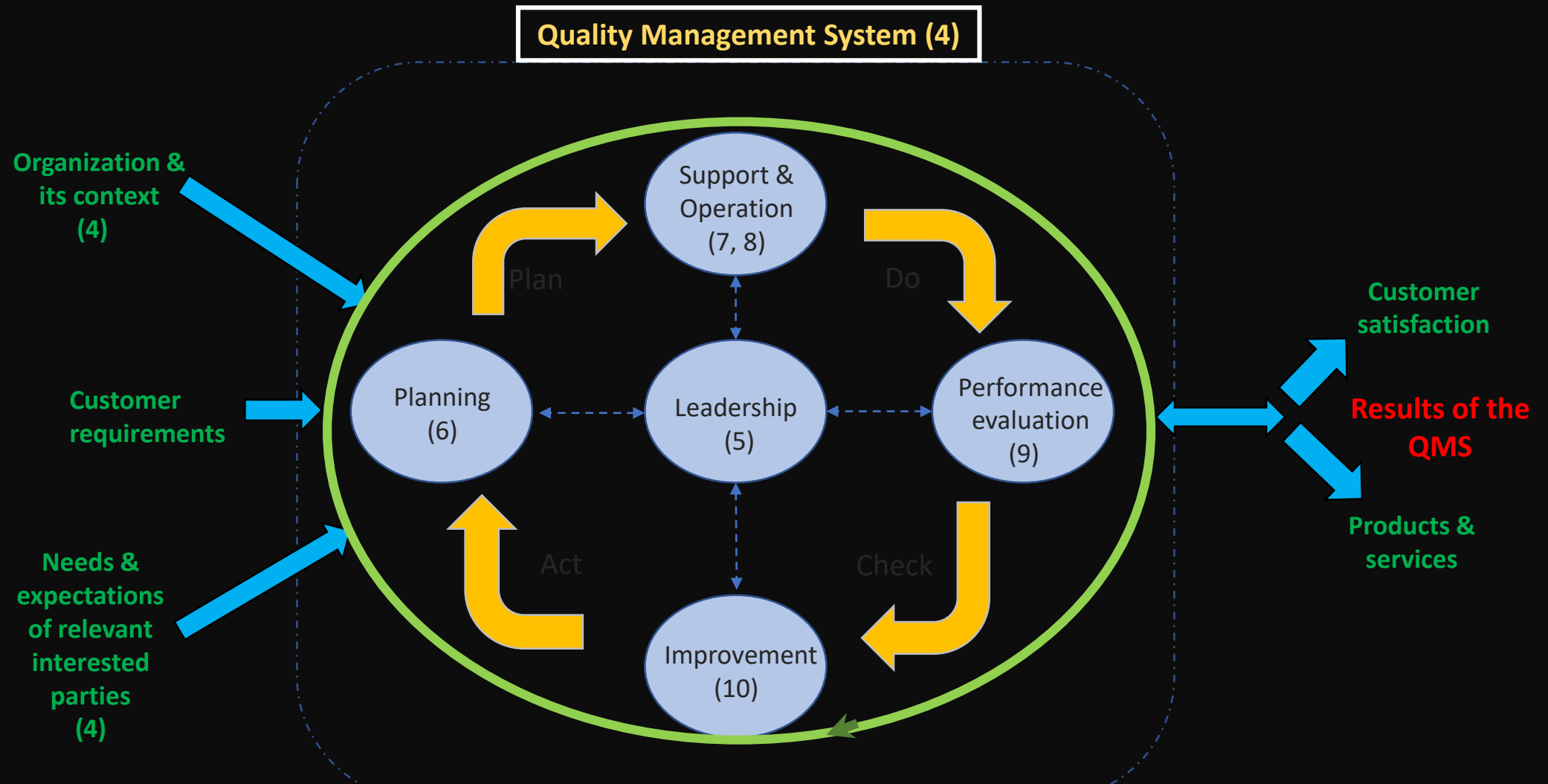




KEPERLUAN STANDARD ISO 9001:2015

QMR





Struktur baru memudahkan penggunaan konsep pendekatan proses yang menggabungkan kitaran “P-D-C-A” & pemikiran berdasarkan risiko.

KEPERLUAN 'RISIKO
DAN PELUANG'
DALAM PELAKSANAAN



RISIKO DAN PELUANG

PEMAHAMAN KONSEP 'RISK-BASE THINKING'

- “set aktiviti & kaedah bersepadu yang digunakan oleh organisasi untuk mengurus & mengawal pelbagai risiko yang memberi kesan kepada keupayaan organisasi untuk mencapai objektif”.
- Kebiasaan dilakukan secara tak langsung.
- Sentiasa berada dalam ISO 9001 – direkabentuk didalam versi 2015 keseluruhan pengurusan kualiti.
- Menggunakan suatu kaedah / pelan / sistem untuk mengenalpasti, menganalisis, menilai, mengawal & mengkaji semula risiko.
 - Cth: Daftar Risiko.
 - Pelan Risiko.
 - Pelan Kawalan Risiko.
 - Pelan Pengurusan Risiko & Peluang.
 - Sistem Rawatan Risiko.

PEMAHAMAN KONSEP 'RISIKO DAN PELUANG'

RISK (RISIKO)

- Risiko ditakrifkan sebagai kemungkinan berlakunya sesuatu peristiwa atau isu yang memberi kesan, sama ada kesan negatif atau positif kepada pencapaian objektif atau hasil akhir (*"outcomes"*) yang dijangkakan.
- Risiko adalah apa yang mungkin berlaku dan apakah kesan sekiranya berlaku
- Risiko juga boleh dianggap bagaimana ianya boleh berlaku
- Ini adalah sasaran sistem pengurusan untuk mencapai keakuran dan kepuasan pelanggan

OPPORTUNITY (PELUANG)

- Situasi yang wujud daripada kesan risiko yang positif atau boleh membantu organisasi untuk mencapai objektif. Situasi tersebut boleh membawa kepada menggunakan amalan baru, proses baru, aktiviti / program baru, mengadakan usahasama dengan pihak yang berkaitan, menggunakan teknologi baru, dll .
- Peluang tidak semestinya berkaitan dengan risiko tetapi berkait juga dengan objektif. Dengan anggapan sesuatu situasi berkemungkinan dapat mengenalpasti peluang untuk penambahbaikan

ISO 9001:2015
uses risk-based
thinking to
achieve this in the
following way:

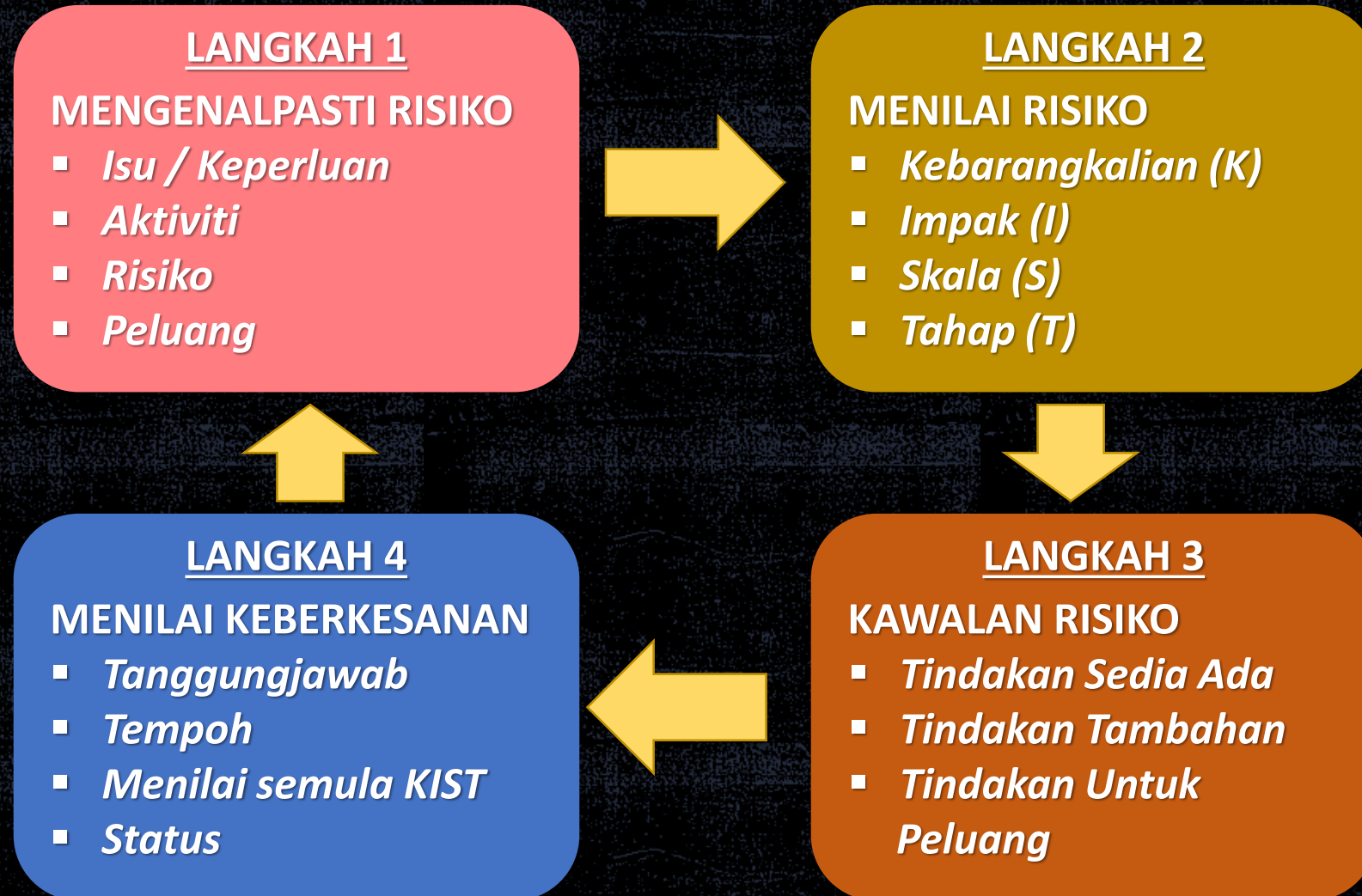


RISIKO DAN PELUANG

KENAPA DIPERLUKAN DALAM PERLAKSANAAN?

- Menaiktaraf keyakinan pihak-pihak berkepentingan dan kepuasan pelanggan
- Memastikan penyampaian dengan kualiti yang terbaik secara berterusan
- Menentukan budaya yang pro-aktif dalam pencegahan dan penambahbaikan
- ISO 9001: 2015 tidak memerlukan pelaksanaan sepenuhnya / kajian risiko atau mengekalkan pelaksanaan untuk didaftarkan secara resmi.
- Digalakkan untuk dilaksanakan bagi mengekalkan prestasi terbaik dan mencegah sebelum ianya berlaku.

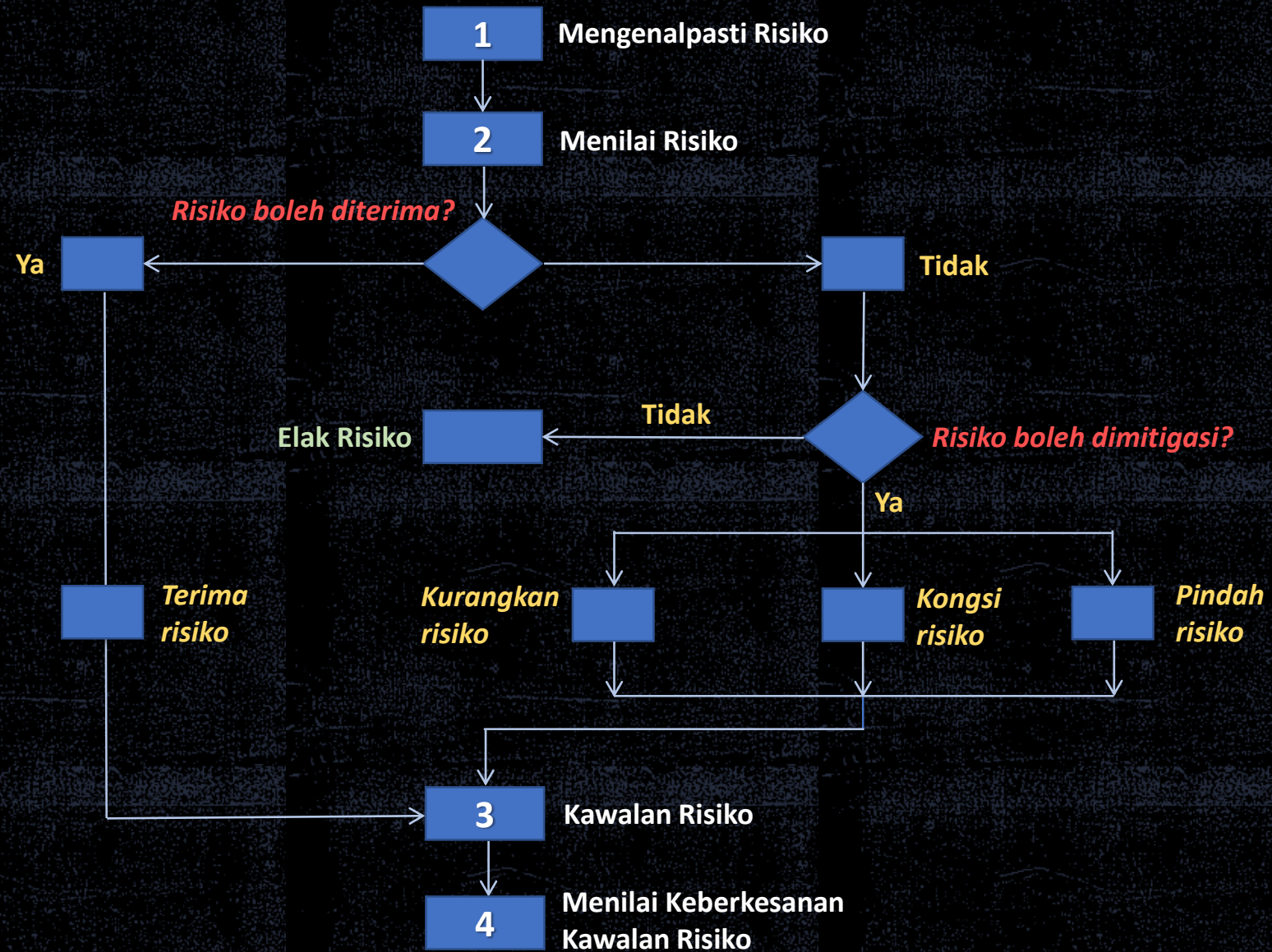
4 LANGKAH PROSES PENGURUSAN RISIKO



LANGKAH 1: MENGENALPASTI RISIKO & PELUANG

1. MENGENALPASTI RISIKO & PELUANG			
Isu / Keperluan	Aktiviti	Risiko	Peluang
<ul style="list-style-type: none">Isu Dalaman & Luaran (4.1)Keperluan Pihak Berkepentingan (4.2) <p>Perkara yang boleh memberi “kesan” kepada aktiviti yang dilaksanakan & hasil yang dijangkakan.</p>	<ul style="list-style-type: none">AktivitiProgramProjekProses <p>Aktiviti yang berpotensi / boleh terjejas @ terkesan daripada isu & keperluan pihak berkepentingan.</p>	<p>Kesan “negatif” yang berpotensi untuk berlaku ke atas aktiviti.</p> <p>“Ancaman” kepada aktiviti untuk mencapai keputusan yang telah dijangkakan.</p>	<p>Kesan “positif” yang berpotensi untuk berlaku ke atas aktiviti.</p> <p>“Situasi” atau “tindakan” (baru) yang boleh membantu aktiviti untuk mencapai keputusan yang telah dijangkakan.</p>

CARTA ALIR PROSES PENGURUSAN RISIKO



CONTOH: ISU DALAMAN - INFRASTRUKTUR

1. MENGENALPASTI RISIKO & PELUANG			
Isu / Keperluan	Aktiviti	Risiko	Peluang
<p>Infrastruktur:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kapasiti penyimpanan data hampir "overload".<input type="checkbox"/> Sistem "back up" tidak berfungsi dengan sempurna.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Penyimpanan Data Pesakit.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kehilangan data pesakit dalam sistem yang digunakan di pendaftaran, wad & lain-lain unit yang berkaitan menyebabkan kelewatan kepada hampir semua perkhidmatan.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kajian keperluan "hardware" & "software" yang lebih sesuai dengan keperluan semasa.

LANGKAH 2: MENILAI RISIKO (KEBARANGKALIAN)

Kebarangkalian Risiko Untuk Berlaku	Skala	"Contoh" Parameter
Sangat Tinggi <i>(Almost Certain)</i>	5	Hampir pasti akan berlaku (>95%). Pernah berlaku 9 atau 10 kali dalam masa 10 tahun.
Tinggi <i>(Likely)</i>	4	Kemungkinan untuk berlaku adalah tinggi (>65%). Pernah berlaku lebih dari 7 kali dalam masa 10 tahun.
Sederhana <i>(Possible)</i>	3	Kemungkinan untuk berlaku adalah sederhana (>35%). Pernah berlaku lebih dari 3 kali dalam masa 10 tahun.
Rendah <i>(Unlikely)</i>	2	Kemungkinan untuk berlaku adalah rendah (<35%). Pernah berlaku kurang dari 3 kali dalam masa 10 tahun.
Sangat Rendah <i>(Rare)</i>	1	Hampir pasti tidak akan berlaku (<5%). Pernah berlaku 1 kali dalam masa 10 - 25 tahun.

Kaedah menilai kebarangkalian:

- **Pengalaman** daripada program / projek / pelan tindakan terdahulu.
- **Maklumat** daripada isu / situasi yang hampir sama (*dari dalam / luar organisasi*).
- **Sistem undian** daripada individu / pasukan yang berkaitan (*contoh: kaedah Nominal Group Technique - NGT & Delphi*).

LANGKAH 2: MENILAI RISIKO (IMPAK)

Tahap Impak Risiko	Skala	"Contoh" Parameter
Sangat Kritikal <i>(Severe)</i>	5	Jika risiko berlaku, akan memberi impak yang sangat kritikal untuk mencapai objektif yang diharapkan, sehingga boleh menyebabkan 1 atau lebih objektif hasil akhir / " outcome " yang kritikal tidak dapat dicapai.
Kritikal <i>(Significant)</i>	4	Jika risiko berlaku, akan memberi impak yang kritikal untuk mencapai objektif yang diharapkan, sehingga boleh menyebabkan 1 atau lebih objektif hasil akhir / " outcome " tidak dapat dicapai.
Sederhana <i>(Moderate)</i>	3	Jika risiko berlaku, akan memberi impak yang sederhana untuk mencapai objektif yang diharapkan, sehingga boleh menyebabkan 1 atau lebih objektif hasil akhir / "outcome" tidak dapat dicapai tetapi berada pada paras yang masih boleh diterima / " minimum acceptance level ".
Ringan <i>(Minor)</i>	2	Jika risiko berlaku, akan memberi impak yang ringan untuk mencapai objektif yang diharapkan, sehingga boleh menyebabkan 1 atau lebih objektif hasil akhir / "outcome" tidak dapat dicapai tetapi pada paras yang hampir untuk di capai .
Sangat Ringan <i>(Minimal)</i>	1	Jika risiko berlaku, akan memberi impak yang sangat ringan atau tiada kesan langsung untuk mencapai objektif yang diharapkan.

- Parameter impak boleh disesuaikan dengan situasi organisasi.
- Impak boleh merujuk kepada:
 - *Prestasi proses (cth: KPI, Objektif Kualiti & Sasaran Tahunan).*
 - *Kos / bajet untuk suatu projek / program / aktiviti.*
 - *Jadual pelaksanaan untuk suatu projek / program / aktiviti.*

LANGKAH 2: MENILAI RISIKO (SKALA)

Skala Risiko = (Skala Impak) X (Skala Kebarangkalian)			KEBARANGKALIAN				
			Sangat Tinggi	Tinggi	Sederhana	Rendah	Sangat Rendah
			5	4	3	2	1
IMPAK	Sangat Kritikal	5	25	20	15	10	5
	Kritikal	4	20	16	12	8	4
	Sederhana	3	15	12	9	6	3
	Ringan	2	10	8	6	4	2
	Sangat Ringan	1	5	4	3	2	1

LANGKAH 2: MENILAI RISIKO (TAHAP)

Skala Risiko	Tahap Risiko	Terima Risiko? Ya / Tidak	Keperluan Tindakan
20 - 25	Sangat Tinggi (ST)	Tidak	Tentukan samada risiko perlu dielakkan atau boleh dimitigasi. Bergantung kepada keperluan aktiviti yang terkesan, jika pelaksanaan aktiviti berkenaan adalah mandatori, risiko perlu dimitigasi. Jika tidak mandatori, mengelak risiko adalah pilihan utama.
12 - 16	Tinggi (T)	Tidak	Tentukan pilihan mitigasi yang bersesuaian dengan risiko. Jika tiada, buat penilaian untuk mengelak risiko. Bagaimanapun, mengelak risiko adalah pilihan terakhir & hanya boleh dibuat jika keperluan aktiviti berkenaan tidak mandatori.
6 - 10	Sederhana (S)	Tidak	Tentukan pilihan mitigasi yang bersesuaian dengan risiko. Tiada pilihan untuk mengelak risiko.
1 - 5	Rendah (R)	Ya	Aktiviti dilaksanakan dengan kawalan risiko yang minima (samada tindakan rutin atau sebahagian daripada proses SPK). Pilihan mitigasi tidak diperlukan untuk risiko.

FASA PELAKSANAAN AUDIT MS ISO 9001:2015



APA YANG PERLU DILIHAT OLEH JURUAUDIT?

Adakah pihak auditi :

- Buat analisis dan keperluan utama untuk 'RISIKO DAN PELUANG' dalam organisasi
- Apakah jenis situasi yang diterima?
- Apakah jenis situasi yang tidak diterima?
- Tindakan perancangan untuk mengenalpasti risiko
- Bagaimana risiko boleh dielakkan atau dihapuskan?
- Bagaimana risiko boleh dikurangkan?
- Pelan pelaksanaan – ambil tindakan
- Periksa keberkesanan pelaksanaan – adakah ianya berjaya?
- Belajar dari pengalaman – penambahbaikan berterusan

KETIDAKAKURAN

- Aktiviti harian yang dilaksanakan tidak mengikut keperluan prosedur / peraturan yang ditetapkan.
 - Sistem / prosedur yang didokumenkan tidak dipatuhi
 - Tiada bukti pelaksanaan/pematuhan kepada keperluan
-

MAJOR	MINOR
Ketidakakuran kepada keperluan ISO 9001:2015 atau elemen prosedur yang ditetapkan yang boleh melumpuhkan SPK	Ada kesilapan kecil yang berkaitan dengan prosedur yang berlaku atas sebab-sebab disiplin manusia yang mengakibatkan ketakakuran
Contoh : Tidak amal prosedur latihan yang ditetapkan atau tidak melaksanakan Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan	Contoh : Tidak tandatangan minit mesyuarat atau surat menghadiri kursus dihantar dengan tidak mengikut masa yang ditetapkan

FASA 5 : TINDAKAN SELEPAS AUDIT

- Rumusan audit seharusnya menunjukkan kepada auditi keperluan untuk mengambil tindakan pembetulan.
- Segala bentuk tindakan mestilah diambil oleh pihak auditi sendiri sebagaimana yang telah dipersetujui.
- Auditi sepatutnya memberi :
 - Maklumat terkini mengenai
 - Status Tindakan
- Penyelesaian dan keberkesanan tindakan pembetulan mestilah disahkan. Pengesahan tindakan ini adalah audit susulan.

Jika Semasa Audit Susulan Dilaksanakan, Tindakan Pembetulan Masih Belum Diambil (Bagi Peristiwa Ketakakuran) Juruaudit Perlu:

- Menghantar laporan kepada Wakil Pengurusan melalui Ketua Juruaudit status tindakan pembetulan
- Mengeluarkan laporan ketakakuran yang baru; hanya apabila ia didokumenkan di dalam prosedur Audit Kualiti Dalaman
- Status tindakan pembetulan akan dibentangkan dan dinilai menerusi Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan.

DEPARTMENT CHECKLIST MS ISO 9001:2015

HOSPITAL KAJANG



HOSPITAL KAJANG

MS ISO 9001:2015



CHECK & UPDATE !!



1. Myportfolio

Available for
all staff



2. Carta Organisasi Hosp & Dept

3. Dept Risk Based

Updated
version filed

4. Previous Audit Findings

Corrective
measures
done

5. Equipment PPM & Material Expiry

6. PK Documents

Updated version
submitted to
Pengawal
Dokumen ISO

Department Checklist

Organization	Criteria	Check
MyPortfolio	Available & updated for every staff	
Hospital and department Organizational Chart	Available & updated	
ISO	Criteria	Check
Department Risk Base → Actions to address risk and opportunities	Filed & updated	
Non conformity and corrective action (Department level)	Internal audit findings, report and action taken at department level filed	
Re-evaluation		
Review effectiveness		
Quality Management	Criteria	Check
KPI/HPIA department	Filed & Data available	
Objective Quality	Filed & Data available	
Credentialing & Privileging database, copy of certificate and logbook	Available for every staff	

Department Checklist

Department Management	Criteria	Check
Departmental meeting minits	Available & filed	
CPG ,Pekeliling, Departmental Policy	Available & filed	
CME Jabatan – Topic & attendance	Filed & data available	
Equipment and materials	Criteria	Check
Expired material	Checked & Disposed	
Equipment breakdown/ failure/ PPM/ calibration	Checked & Documented	
Documented information on non conformance, action taken , and responsible person identified	Documented and filed	
Covid-19	Criteria	Check
Screening of staff, patient & visitors	Temperature check, sanitizer available & MySejahtera barcode available at entry points	

Department Checklist

Clinical Documentation	Criteria	Check
Patient / baby tag, body identification, specimen labelling, drug labelling, high alert medication , LASA, allergic notification , customer property	Continuous monitoring & proper documentation	
Documented information (BHT, treatment card, MC book, drug chart, vital sign chart, prescription, request form) Traceability → signature, name, date, time (personel involved)	Documentation & storage	
Manual Prosedur Kerja (PK)	Updated & filed	
Make sure all the departments follow work flow (PK)	Documentation	

INTRANET

10.44.149.48

CCFile

[Home](#) [Login](#)

No	File Name	File Size	File Time
	CCFile v3.6	646K	2010-01-07 Release
1	MS ISO 9001 2015	0 K Bytes	2021-01-06 12:52:29
2	INTRANET@HKJG	0 K Bytes	2021-03-02 07:56:33
3	hasil02.txt	8.4 K Bytes	2020-12-15 18:56:00
4	COMPUTER_1.txt	0.9 K Bytes	2020-12-15 18:58:25
5	OWNER-PC.txt	8.7 K Bytes	2020-12-15 19:01:40
6	HKJG-WAD6-020.txt	8.8 K Bytes	2020-12-15 19:08:27
7	bookmarks_2_23_21.html	7.0 K Bytes	2021-02-23 10:53:44
8	GPKI Agent 3.0 release 1.0.0.1.exe	76.2 M Bytes	2021-03-02 16:20:35
9	bookmarks.html	55.1 K Bytes	2021-03-23 08:07:01



MS ISO 9001 2015

Folder MS ISO 9001 2015

CCFile

Home Login

No	File Name	File Size	File Time
	CCFile v3.6	646K	2010-01-07 Release
1	..	0 K Bytes	2021-01-06 12:52:29
2	BENGGEL PENENTUAN, PENULISAN NCR DAN ...	0 K Bytes	2019-05-09 09:04:31
3	Borang Cadangan Pindaan HKJ W01-1.xls	30.5 K Bytes	2017-11-28 15:49:16
4	BORANG LATIHAN	0 K Bytes	2018-10-19 17:55:16
5	BORANG UNIT ACUTE PAIN SERVICE	0 K Bytes	2019-04-29 18:33:59
6	BORANG-BORANG	0 K Bytes	2020-09-16 13:48:03
7	Carta Organisasi & Carta Ghannt ISO (update ...	2.1 M Bytes	2020-06-11 14:22:00
8	Carta Organisasi Penyandang HOD Hospital K...	187 K Bytes	2020-09-08 18:06:31
9	Carta Organisasi Perjawatan Hosital Kajang (...)	1019 K Bytes	2020-09-07 17:14:05
10	DASAR KUALITI	0 K Bytes	2019-09-20 18:11:20
11	DOKUMEN AUDIT DALAMAN ISO	0 K Bytes	2017-09-20 17:12:36
12	DOKUMEN KUALITI - ARAHAN KERJA	0 K Bytes	2020-09-15 18:28:27
13	DOKUMEN KUALITI - MANUAL KUALITI	0 K Bytes	2020-09-15 21:47:28
14	DOKUMEN KUALITI - PROSEDUR KERJA OPER...	0 K Bytes	2021-01-27 19:41:28
15	DOKUMEN KUALITI - PROSEDUR KERJA SOK...	0 K Bytes	2020-09-15 18:50:14
16	DOKUMEN KUALITI - PROSEDUR KERJA WAJI...	0 K Bytes	2020-09-15 18:42:06
17	GM MONITORING CHART SEPT 2018 HKJ_WA...	202 K Bytes	2018-10-16 11:56:46
18	HOSPITAL RISK BASED 2018	0 K Bytes	2020-09-14 17:11:22
19	HOSPITAL RISK BASED 2019	0 K Bytes	2020-09-14 17:09:53
20	HOSPITAL RISK BASED 2020	0 K Bytes	2020-09-14 17:14:22
21	KURSUS AUDITOR (AUDIT-TPB-ABMS).pdf	4.2 M Bytes	2020-09-07 12:45:28
22	MKSP 2017	0 K Bytes	2017-09-21 18:27:37
23	MKSP 2018	0 K Bytes	2019-09-20 10:15:43
24	MKSP 2019	0 K Bytes	2019-09-20 11:25:17
25	MKSP 2020	0 K Bytes	2020-09-14 17:33:04
26	Plan Tindakan Kebakaran Hospital Kajang M...	5.6 M Bytes	2020-09-10 17:49:33

1	..	0 K Bytes	2021-01-06 12:52:29
2	BENGKEL PENENTUAN, PENULISAN NCR DAN ...	0 K Bytes	2019-05-09 09:04:31
3	Borang Cadangan Pindaan HKJ W01-1.xls	30.5 K Bytes	2017-11-28 15:49:16
4	BORANG LATIHAN	0 K Bytes	2018-10-19 17:55:16
5	BORANG UNIT ACUTE PAIN SERVICE	0 K Bytes	2019-04-29 18:33:59
6	BORANG-BORANG	0 K Bytes	2020-09-16 13:48:03
7	Carta Organisasi & Carta Ghannt ISO (update ...	2.1 M Bytes	2020-06-11 14:22:00
8	Carta Organisasi Penyandang HOD Hospital K...	187 K Bytes	2020-09-08 18:06:31
9	Carta Organisasi Perjawatan Hosital Kajang (...)	1019 K Bytes	2020-09-07 17:14:05
10	DASAR KUALITI	0 K Bytes	2019-09-20 18:11:20
11	DOKUMEN AUDIT DALAMAN ISO	0 K Bytes	2017-09-20 17:12:36
12	DOKUMEN KUALITI - ARAHAN KERJA	0 K Bytes	2020-09-15 18:28:27
13	DOKUMEN KUALITI - MANUAL KUALITI	0 K Bytes	2020-09-15 21:47:28
14	DOKUMEN KUALITI - PROSEDUR KERJA OPER...	0 K Bytes	2021-01-27 19:41:28
15	DOKUMEN KUALITI - PROSEDUR KERJA SOK...	0 K Bytes	2020-09-15 18:50:14
16	DOKUMEN KUALITI - PROSEDUR KERJA WAJI...	0 K Bytes	2020-09-15 18:42:06
17	GM MONITORING CHART SEPT 2018 HKJ_WA...	202 K Bytes	2018-10-16 11:56:46
18	HOSPITAL RISK BASED 2018	0 K Bytes	2020-09-14 17:11:22
19	HOSPITAL RISK BASED 2019	0 K Bytes	2020-09-14 17:09:53
20	HOSPITAL RISK BASED 2020	0 K Bytes	2020-09-14 17:14:22
21	KURSUS AUDITOR (AUDIT-TPB-ABMS).pdf	4.2 M Bytes	2020-09-07 12:45:28
22	MKSP 2017	0 K Bytes	2017-09-21 18:27:37
23	MKSP 2018	0 K Bytes	2019-09-20 10:15:43
24	MKSP 2019	0 K Bytes	2019-09-20 11:25:17
25	MKSP 2020	0 K Bytes	2020-09-14 17:33:04
26	Belan Tindakan Kebakaran Hospital Kajang -M...	5.6 M Bytes	2020-09-10 17:48:23
27	PENETAPAN FORMAT JADUAL RISK Matrik M...	0 K Bytes	2019-09-19 15:39:24
28	POLISI HOSPITAL	0 K Bytes	2020-09-10 17:02:18
29	PRESENTATION ISO MS 9001 2015.ppt	5.8 M Bytes	2016-10-21 15:23:01
30	SIRIM FINDINGS SUMMARY NCR OFI REPORT...	399 K Bytes	2018-11-12 09:34:41

Format Risk Matrix





CCFile

[Home](#) [Login](#)


Format Risk Matrix

No	File Name	File Size		File Time
	CCFile v3.6 📄 🏠	646K	🔗	2010-01-07 Release
1	📁 .. 🖥️	0 K Bytes	🔗	2019-09-19 15:39:24
2	📄 Consequence Reference Hospital Kajang.pdf	214 K Bytes	🔗	2017-12-14 12:50:37
3	📄 Likelihood Reference Hospital Kajang.pdf	206 K Bytes	🔗	2017-12-14 12:50:43
4	📄 Memo Penetapan Format Jadwal Risk Rating ...	1.1 M Bytes	🔗	2017-12-14 12:50:48
5	📄 Risk Assessment Matrik Hospital Kajang.pdf	207 K Bytes	🔗	2017-12-14 12:51:00
6	📄 RISK TREATMENT PLANNING, ACTION AND M...	33.3 K Bytes	🔗	2019-05-27 09:48:48

Powered by CC File



1	..	0 K Bytes	2021-01-06 12:52:29
2	BENGKEL PENENTUAN, PENULISAN NCR DAN ...	0 K Bytes	2019-05-09 09:04:31
3	Borang Cadangan Pindaan HKJ W01-1.xls	30.5 K Bytes	2017-11-28 15:49:16
4	BORANG LATIHAN	0 K Bytes	2018-10-19 17:55:16
5	BORANG UNIT ACUTE PAIN SERVICE	0 K Bytes	2019-04-29 18:33:59
6	BORANG-BORANG	0 K Bytes	2020-09-16 13:48:03
7	Carta Organisasi & Carta Gantt ISO (update ...	2.1 M Bytes	2020-06-11 14:22:00
8	Carta Organisasi Penyandang HOD Hospital K...	187 K Bytes	2020-09-08 18:06:31
9	Carta Organisasi Perjawatan Hosital Kajang (...)	1019 K Bytes	2020-09-07 17:14:05
10	DASAR KUALITI	0 K Bytes	2019-09-20 18:11:20
11	DOKUMEN AUDIT DALAMAN ISO	0 K Bytes	2017-09-20 17:12:36
12	DOKUMEN KUALITI - ARAHAN KERJA	0 K Bytes	2020-09-15 18:28:27
13	DOKUMEN KUALITI - MANUAL KUALITI	0 K Bytes	2020-09-15 21:47:28
14	DOKUMEN KUALITI - PROSEDUR KERJA OPER...	0 K Bytes	2021-01-27 19:41:28
15	DOKUMEN KUALITI - PROSEDUR KERJA SOK...	0 K Bytes	2020-09-15 18:50:14
16	DOKUMEN KUALITI - PROSEDUR KERJA WAJI...	0 K Bytes	2020-09-15 18:42:06
17	GM MONITORING CHART SEPT 2018 HKJ_WA...	202 K Bytes	2018-10-16 11:56:46
18	HOSPITAL RISK BASED 2018	0 K Bytes	2020-09-14 17:11:22
19	HOSPITAL RISK BASED 2019	0 K Bytes	2020-09-14 17:09:53
20	HOSPITAL RISK BASED 2020	0 K Bytes	2020-09-14 17:14:22
21	KURSUS AUDITOR (AUDIT-TPB-ABMS).pdf	4.2 M Bytes	2020-09-07 12:45:28
22	MKSP 2017	0 K Bytes	2017-09-21 18:27:37
23	MKSP 2018	0 K Bytes	2019-09-20 10:15:43
24	MKSP 2019	0 K Bytes	2019-09-20 11:25:17
25	MKSP 2020	0 K Bytes	2020-09-14 17:33:04
26	Pelan Tindakan Kebakaran Hospital Kajang -M...	5.6 M Bytes	2020-09-10 17:48:23
27	PENETAPAN FORMAT JADUAL RISK MATRIK M...	0 K Bytes	2019-09-19 15:39:24
28	POLISI HOSPITAL	0 K Bytes	2020-09-10 17:02:18
29	Latest CME Wajib ISO 2021	5.8 M Bytes	2016-10-21 15:23:01
30	SIRIM FINDINGS SUMMARY NCR OFF REPORT...	399 K Bytes	2018-11-12 09:34:41

Updated CME
Wajib Slides



Latest CME Wajib ISO 2021

OBJEKTIF KUALITI



MEMO ANTARA JABATAN
UNIT KUALITI

Ruj. Fail :Bil (122) dlm. H/KJG 102/01 Jilid 2

Tarikh: 25/3/2021

TAJUK :	PERINGATAN MESRA MENGHANTAR DATA OBJEKTIF KUALITI JANUARI HINGGA MAC 2021	
DARIPADA :	KETUA UNIT KUALITI	SALINAN : PENGARAH TIMBALAN PENGARAH PERUBATAN I & II
KEPADA :	SEPERTI SENARAI EDARAN	

Adalah dengan hormatnya merujuk kepada perkara yang tersebut diatas.

2. Unit ini memohon kerjasama pihak tuan / puan mengemukakan data **Objektif Kualiti** bagi Januari hingga Mac 2021 kepada Unit Kualiti.

3. Untuk makluman semua jabatan/unit, objektif kualiti ini perlu dihantar ke Unit Kualiti setiap **3 bulan sekali sebelum 10hb** pada bulan berikutnya (Jan-Mac, April-Jun, Julai-September dan Oktober-Disember).

4. Kerjasama dari pihak tuan / puan amat kami hargai dan didahului dengan ucapan terima kasih.

Sekian, terima kasih.

"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"

Saya yang menjalankan amanah,

(DR KUMUTHA TORASAMY)

Samb: 1159

Emel: drkumutha@moh.gov.my

Objektif Kualiti Unit/ Jabatan
perlu dihantar setial 3 bulan
sekali **sebelum 10hb.**

1. Jan-Mac
2. April – Jun
3. Julai – September
4. Oktober - December

- Sebarang pindaan / permohonan baru Objektif Kualiti perlu dibuat melalui Pengawal Dokumen.
- Borang Cadangan Pindaan boleh didapati di laman Intranet
- Pindaan objektif kualiti perlu dihantar ke Pengawal Dokumen sebelum tarikh tertentu (dimaklumkan di MKSP)
- Setelah mendapat kelulusan Pengarah Hospital, pengawal dokumen akan menghantar emel kepada pegawai yang bertanggungjawab di jabatan.



THANK YOU
