

KEBERKESANAN TINDAKAN YANG DIAMBIL TERHADAP PENENTUAN RISIKO

DAFTAR RISIKO SPK HCTM BAGI TAHUN 2021

SUMMARY										
Jenis Risiko	Penilaian Risiko							Status Risiko		
	Low	Moderate	Significant	High	Extreme	Total Evaluated Risk	YA	TIADA		
Operasi 183	62	52	37	30	2	183				
Klinikal & Keselamatan 41	13	12	4	12	0	41	225	94		
Strategik 13	0	1	7	3	2	13				
Kewangan 34	7	14	5	8	0	34				
Sumber Manusia 15	1	2	4	6	2	15				
Perundangan 13	3	1	3	0	0	13				
Teknologi 8	2	0	3	3	0	8				
Persekitaran & Infrastruktur Berasaskan Hazard 12	0	1	4	6	1	12				
Jumlah Risiko 319	Skor Risiko	94	83	67	68	7	319			
Pemantauan 1										
	Low	Moderate	Significant	High	Extreme	Total Evaluated Risk	Keberkesanan tindakan		Status Pemantauan Risiko	
							YA	TIDAK	Buka	
	22	47	34	18	1	122	177	50	8	
	3	10	3	12	0	28			Tutup	2
	1	3	6	3	0	13			Dalam Tindakan	43
	11	9	6	2	0	28			Pemantauan	172
	0	2	7	3	2	14			Selesai	2
	0	1	3	0	0	4				
	0	1	4	1	0	6				
	0	3	3	5	1	12				
Skor Risiko	37	76	66	44	4	227				
Pemantauan 2										
	Low	Moderate	Significant	High	Extreme	Total Evaluated Risk	Keberkesanan tindakan		Status Pemantauan Risiko	
							YA	TIDAK	Buka	
	29	40	33	18	1	121	175	46	12	
	6	7	2	12	0	27			Tutup	6
	1	2	7	3	0	13			Dalam Tindakan	41
	12	7	6	2	0	27			Pemantauan	162
	0	2	6	1	5	14			Selesai	2
	0	1	3	0	0	4				
	3	0	2	1	0	6				
	0	2	7	1	1	11				
Skor Risiko	51	61	66	38	7	223				

Jadual 1 : Jumlah Pendaftaran Risiko 2021

A. Penilaian Risiko 2021 (Risk Assessment)

Pengurusan Pelan Risiko HCTM telah dikuatkuasakan mulai 1 Sept 2017, keperluan penyediaan Pelan Pengurusan Risiko ini menjadi suatu mandatori dalam memperoleh persijilan MS ISO 9001:2015 SPK HCTM. Oleh yang demikian, Pusat Kualiti-UKM telah bekerjasama dengan pihak ROHS-UKM dalam membangunkan Daftar Risiko. Tadbir urus pengurusan risiko adalah di bawah tanggungjawab Jawatankuasa Pengurusan Risiko HCTM dan dibantu oleh Pegawai Risiko di setiap Jabatan/Bahagian/Pusat/Unit (selepas ini disebut Jabatan).

Penilaian risiko yang dibuat oleh Pegawai Risiko Jabatan adalah berdasarkan Polisi dan Garis Panduan Pengurusan Risiko UKM (Edisi Kedua). Mesyuarat Jawatankuasa Pengurusan HCTM Bil. 13/2020 pada 23 Jun 2020 telah bersetuju meluluskan perubahan kategori risiko bagi pengurusan risiko HCTM mengikut kategori berikut :

1. Operasi
2. Klinikal & Keselamatan Pesakit
3. Strategik
4. Kewangan

5. Sumber Manusia
6. Perundangan
7. Teknologi
8. Persekitaran & Infrastruktur Berasaskan Hazard

Pengenalpastian risiko adalah berdasarkan kepada Isu Dalam dan Isu Luaran serta Pihak Berkepentingan Jabatan. Mulai 1 Januari 2021, Pegawai Risiko Jabatan/Bahagian/Pusat/Unit telah mewujudkan daftar risiko secara spesifik yang dikenalpasti lebih holistik .

Jumlah risiko awal yang dikenalpasti dan didaftarkan oleh Pegawai Risiko Jabatan/Bahagian/Pusat/Unit sehingga Disember 2021 adalah sebanyak **319 risiko** mengikut kategori berikut :

SUMMARY								
Jenis Risiko	Penilaian Risiko					Total Evaluated Risk	Status Risiko	
	Low	Moderate	Significant	High	Extreme		YA	TIADA
Operasi	62	52	37	30	2	183	225	94
Klinikal & Keselama	13	12	4	12	0	41		
Strategik	0	1	7	3	2	13		
Kewangan	7	14	5	8	0	34		
Sumber Manusia	1	2	4	6	2	15		
Perundangan	9	1	3	0	0	13		
Teknologi	2	0	3	3	0	8		
Persekitaran & Infrastruktur Berasaskan Hazard	0	1	4	6	1	12		
Jumlah Risiko	94	83	67	68	7	319		

Jadual 2 : Penilaian Awal Risiko Tahun 2021

Terdapat **225 (70.53%)** risiko yang mempunyai status risiko yang perlu diambil perhatian dan langkah kawalan tambahan oleh Jabatan berdasarkan skor risiko awal yang dinilai oleh Jabatan. Daripada **225 risiko** berkenaan terdapat **83 – Moderate**, **67 – Significant**, **68 – High** dan **7 – Extreme**. Kesemua **225 risiko** ini telah diberikan rawatan oleh Jabatan berdasarkan kepada langkah kawalan tambahan yang ditentukan serta dipantau oleh Jabatan. Manakala terdapat **94 (29.47%) risiko** yang berstatus rendah yang tidak memerlukan kawalan tambahan oleh Jabatan memadai dengan kawalan sedia ada sahaja. Sebanyak **183 (57.37%)** kategori risiko yang didaftarkan dalam kategori **Operasi**. Manakala kategori **risiko Teknologi** adalah yang **paling rendah** didaftarkan iaitu sebanyak **8 (2.51%)** daripada keseluruhan risiko SPK HCTM.

Berikut merupakan pecahan penilaian risiko awal oleh Jabatan-Jabatan yang terlibat :

BIL	JABATAN	L	M	S	H	E	JUMLAH RISIKO
1.	Bahagian Keselamatan KKL	0	0	1	0	0	1
2.	Bahagian Prasarana KKL	0	1	3	1	0	5
3.	Bahagian Teknologi Maklumat-KKL	8	1	9	8	2	28
4.	Jabatan Kewangan	39	11	5	2	0	57
5.	Jabatan Komunikasi Korporat & Khidmat Pelanggan	2	1	0	0	0	3
6.	Jabatan Kualiti	4	1	0	1	0	6
7.	Jabatan Multimedia & Penyiaran	0	0	2	0	1	3
8.	Jabatan Pengurusan Fasiliti Bersepadu	0	1	0	0	0	1
9.	Jabatan Sumber Manusia	13	2	0	1	0	16
10.	Pejabat Pengarah	0	0	3	1	0	4

11.	Pejabat Undang-Undang	1	3	3	0	0	7
12.	Unit Keselamatan & Kesihatan Pekerja	0	1	0	2	0	3
13.	Jabatan Anestesiologi dan Rawatan Intensif	2	5	0	1	0	8
14.	Jabatan Obstetrik & Ginekologi	7	2	0	1	0	10
15.	Jabatan Oftalmologi	3	0	4	0	0	7
16.	Jabatan Ortopedik & Traumatologi	0	3	4	1	0	8
17.	Jabatan Otorinolaringologi	0	1	2	0	0	3
18.	Jabatan Pediatrik	12	0	7	0	3	22
19.	Jabatan Pengimejan Molekul & Perubatan Nuklear	9	5	0	0	0	14
20.	Jabatan Perubatan	14	1	0	0	0	15
21.	Jabatan Perubatan Kecemasan	0	2	2	3	0	7
22.	Jabatan Perubatan Keluarga	0	3	3	1	0	7
23.	Jabatan Psikiatri	4	2	0	0	0	6
24.	Jabatan Radiologi	9	1	0	0	0	10
25.	Jabatan Radioterapi & Onkologi	4	2	0	0	0	6
26.	Jabatan Bedah	0	0	1	7	0	8
27.	Jabatan Perkhidmatan Dietetik & Sajian Makanan	0	5	1	0	1	7
28.	Jabatan Farmasi	0	1	3	0	0	4
29.	Jabatan Kerja Sosial Perubatan	0	0	1	1	0	2
30.	Jabatan Maklumat Kesihatan	0	2	4	0	0	6
31.	Jabatan Perkhidmatan Kejururawatan	0	0	0	4	0	4
32.	Jabatan Perkhidmatan Makmal Diagnostik	5	0	1	0	0	6
33.	Jabatan Perkhidmatan Pemulihan Perubatan	0	1	1	0	0	2
34.	Perkhidmatan Dewan Bedah	0	0	0	1	0	1
35.	Poliklinik Warga	8	0	1	0	0	9
36.	Pusat Endoskopi	3	1	2	2	0	8
37.	Unit Kawalan Infeksi	0	1	3	0	0	4
38.	Pusat Antarabangsa Casemix & Pengekodan Klinikal (ITCC)	0	1	0	0	0	1
JUMLAH							319

B. Perbandingan Daftar Risiko 2020 - 2021

Jenis Risiko	Penilaian Risiko	Penilaian Risiko					Total Evaluated Risk	Status Risiko	
		Low	Moderate	Significant	High	Extreme		YA	TIADA
Strategic	7	0	0	0	3	4	7	7	0
Financial	13	0	3	6	3	1	13	159	3
Regulatory	6	0	3	2	0	1	6		
Management	18	0	1	6	8	3	18		
Operational	118	3	33	0	32	2	118		
Jumlah Risiko	162	3	40	62	46	11	162		

Jadual 3 : Penilaian Awal Risiko Tahun 2020

Jadual 4 menunjukkan penilaian awal risiko oleh jabatan pada tahun 2020 sebanyak **162 risiko**. Daripada jumlah tersebut, **159** diklasifikasi sebagai **berstatus risiko** manakala **3** tidak berstatus risiko. Terdapat **40 risiko bernilai Moderate**, **62 (Significant)**, **46 (High)** dan **11 (Extreme)**. Terdapat **peningkatan sebanyak 96.91%** dalam penilaian risiko awal antara tahun 2020 dan 2021 (rujuk jadual 2) yang didaftarkan oleh Jabatan. Peningkatan Daftar Risiko ini adalah seperti berikut :

- i. pertambahan risiko baru yang dikenalpasti oleh Pegawai Risiko Jabatan/Bahagian/Pusat/Unit dan didaftarkan pada tahun 2021;
- ii. penglibatan Jabatan/Bahagian/Pusat/Unit yang lebih menyeluruh dalam pengurusan risiko pada tahun 2021.

C. Status Pemantauan Ke Atas Risiko

Mesyuarat Jawatankuasa Induk Pengurusan Risiko, Hospital Canselor Tuanku Muhriz Bil.3/2018 bertarikh 23 November 2018 bersetuju untuk menetapkan sebanyak dua (2) kitaran pemantauan yang perlu dilaksanakan oleh Pegawai Risiko Jabatan bagi memantau status rawatan ke atas risiko dan penilaian semula risiko awal. Kitaran pemantauan adalah seperti butiran berikut:

BILANGAN KITARAN	TEMPOH PEMANTAUAN
Kitaran 1	Januari - Jun 2021
Kitaran 2	Julai - Disember 2021

1) Pemantauan 1 (Jan – Jun 2021)

Pegawai Risiko Jabatan telah mengemukakan data pemantauan 1 Daftar Risiko Jabatan **bagi tahun 2021**. Berdasarkan analisis yang telah diterima, laporan pemantauan 1 daftar risiko SPK HCTM adalah seperti dibawah :

Pemantauan 1						Keberkesanan tindakan		Status Pemantauan Risiko	
Low	Moderate	Significant	High	Extreme	Total Evaluated Risk	YA	TIDAK	Buka	
22	47	34	38	1	122	177	50	8	
3	10	3	12	0	28			2	
1	3	6	3	0	13			43	
11	9	6	2	0	28			172	
0	2	7	3	2	14			2	
0	1	3	0	0	4				
0	1	4	1	0	6				
0	3	3	5	1	12				
Skor Risiko	37	76	66	44	4				

Jadual 4 : Pemantauan 1 Tahun 2021

Selepas proses Pemantauan 1, terdapat **penurunan sebanyak 28.84%** berbanding status risiko awal. Jumlah risiko yang berstatus **High (44) dan Extreme (4)** perlu diberi perhatian oleh Jabatan berkenaan. Daripada 227 rawatan ke atas risiko, sebanyak **177 tindakan telah berkesan** dalam mengawal risiko awal daripada berkembang. Berdasarkan status pemantauan risiko, sebanyak **8 risiko berstatus buka, 43 risiko berstatus dalam tindakan dan 172 risiko yang berstatus pemantauan.**

2) Pemantauan 2 (Julai – Disember 2021)

Kitaran proses pemantauan ke-2 perlu dilaksanakan pada bulan Julai hingga Disember. Walaubagaimana pun, selaras dengan pengumpulan maklumat bagi Mesyuarat Semakan Pengurusan, SPK HCTM yang akan berlangsung pada bulan Disember 2021, pemantauan ke-2 dilakukan hingga bulan November 2021. Berdasarkan analisis yang telah diterima, laporan pemantauan 2 adalah seperti berikut :

Pemantauan 2						Keberkesanan tindakan		Status Pemantauan Risiko	
Low	Moderate	Significant	High	Extreme	Total Evaluated Risk	YA	TIDAK	Buka	Tutup
29	40	33	18	1	121	175	46	12	6
6	7	2	12	0	27			41	162
1	2	7	3	0	13			2	
12	7	6	2	0	27				
0	2	6	1	5	14				
0	1	3	0	0	4				
3	0	2	1	0	6				
0	2	7	1	1	11				
51	61	66	38	7	223				

Jadual 5 : Pemantauan 2 Tahun 2021

Selepas proses pemantauan 2, sebanyak 223 risiko yang masih memerlukan rawatan. Jumlah risiko berstatus **High (38)** dan **Extreme (7)** perlu diberi perhatian oleh Jabatan/Bahagian/Pusat/Unit berkenaan. Daripada 223 rawatan ke atas risiko, sebanyak **175 tindakan telah berkesan** dalam mengawal risiko awal daripada berkembang manakala 46 berstatus sebaliknya. Pemantauan risiko mencatatkan **status 12 (Buka), 6 (Tutup), 41 (Dalam Tindakan), 162 (Pemantauan) dan 2 (Selesai)**.

Disediakan oleh ;



MOHD MARZUKI ABDUL RASHID
Ketua Unit Pengurusan Risiko/
Ketua Pegawai Risiko
Hospital Canselor Tuanku Muhriz

31 Disember 2021

D. Senarai Risiko Yang Mempunyai Nilai High & Extreme

Setelah Pemantauan Ke-2 dilakukan, terdapat beberapa risiko yang mempunyai nilai *High* dan *Extreme*. Berikut adalah risiko yang mempunyai nilai *High* dan *Extreme* :

Risiko Nilai Tinggi (High)

1) Bahagian Prasarana-KKL

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Penyelenggaraan	Kulat di Bangunan PraKlinikal	<ol style="list-style-type: none"> Tiada penyelenggaraan menyeluruh dan berjadual Tiada peruntukan khas untuk penyelenggaraan sistem hawa dingin. 	<ol style="list-style-type: none"> Jejaskan kesihatan kakitangan. Kos pembaikan dan rawatan kulat dan sistem hawa dingin tinggi. 	<ol style="list-style-type: none"> Menjalankan kajian kualiti udara di Bangunan Pra Klinikal. Kerja-kerja fumigasi dijalankan secara berkala / bila perlu. 	<ol style="list-style-type: none"> Memohon peruntukan khas untuk kerja penyelenggaraan sistem hawa dingin dan rawatan kulat secara menyeluruh. Mengoptimumkan operasi sistem hawa dingin.

2) Bahagian Teknologi Maklumat

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Pengurusan Pusat Data dan Pusat Pemulihan Bencana	Memastikan ketersediaan pelayan	Kerosakan Infrastruktur	<ol style="list-style-type: none"> Kerosakan perkakasan dan perisian Gangguan bekalan kuasa Kegagalan pendingin hawa Kegagalan UPS Ketiadaan Genset Gangguan rangkaian Teknologi pelayan sedia ada tidak sepadan/tidak setara Server usang/sumber terhad Kapasiti pelayan dan storan yang terhad. 	<ol style="list-style-type: none"> Penyelenggaraan berjadual pelayan Pembaharuan kontrak Penyelenggaraan (penghawa dingin dan UPS) Mewujudkan <i>Disaster Recovery Centre/Secondary server</i> Perancangan penstrukturan semula Pusat Data dan Pusat Pemulihan Bencana dalam Rancangan Malaysia Ke-12 (RMK12) 	<ol style="list-style-type: none"> Perancangan Pelupusan, Penggantian & Pembelian/ Tambahan Server Perancangan keperluan pembangunan modul/ sistem hospital <i>Capacity Planning/Virtualization</i>.

2.	Pengurusan Pelayan dan Data	Memastikan ketersediaan pelayan	Pembaharuan perkhidmatan sokongan dan penyelenggaraan serta permohonan peralatan baru tidak dapat dilaksanakan	Penjimatan dan pengoptimuman sumber	Perancangan penyediaan dan penyelenggaraan pelayan	1. Penyediaan bajet baikpulih 2. Permohonan peralatan baru 3. Penggantian perkakasan 4. Pembaharuan lesen dan pembaharuan khidmat sokongan penyelenggaraan 5. Perancangan tahunan keperluan kemudahan ICT mengikut keperluan pengguna.
3.	Pengurusan Pelayan dan Pangkalan Data	Sandaran (<i>backup</i>) & Pemulihan (<i>recovery</i>) data/sistem	1. Tiada sandaran (<i>backup</i>) 2. Ketiadaan pemulihan data (<i>recovery</i>) 3. Kemungkinan kehilangan data	Sumber terhad	Perancangan penyediaan pelayan/storan/naik taraf sumber	Penyediaan media backup
4.	Pelaksanaan Projek	Ketidaksediaan infrastruktur (pelayan pengujian dan pangkalan data)	Ralat sistem akan berlaku disebabkan pengujian tidak dilakukan pada pelayan yang setara dengan pelayan yang digunakan oleh pengguna (production server)	Komputer Pelayan (server) tidak dapat menampung proses transaksi sistem sedia ada dengan konsisten	Aduan PEMS dan tindakan segera terhadap aduan (Rujukan - Sistem PEMS)	Kertas Kerja Permohonan Bajet
5.	Sumber Manusia	Struktur organisasi yang tidak seimbang dari segi gred dan tanggungjawab	beban tugas tidak selari dengan Job Descriptions sebenar	Ketiadaan pos naik pangkat	Agihan tugas kepada kakitangan sedia ada untuk jangkamasa pendek	Melantik kakitangan sedia ada bagi memenuhi keperluan operasi
6.	Perisian	Pembaharuan lesen MEDWEB 3 dan MEDWEB 4	Imej x-ray tidak dapat dipaparkan	Perisian telah obsolete	Memperbaharui lesen sehingga Mac 2022	Buka sebutharga MEDWEB 3 dan 4 pada bulan Disember 2021 untuk tempoh 4 bulan selepas Mac 2022
7.	Perkakasan	PACS single point of failure	Data tiada backup berisiko kehilangan imej pesakit	PACS telah obselete	Penyelenggaraan tahunan dengan kos RM100k/tahun	Mendapatkan kelulusan teknikal daripada KPT
8.	Perkakasan	Suis rangkaian eol/eos	Penggantian suis rosak mengambil masa kerana kesukaran mendapat alatganti	Suis rangkaian telah usang	Kontrak penyelenggaraan tahunan berjumlah RM200k	Penyediaan kertas kerja untuk memohon bajet

3) Jabatan Kewangan

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Penyediaan Penyata Penyuaian Bank Bulanan	Penerimaan yang tidak diresitkan	1. Tiada pengurangan pada baki penghutang. 2. pengurangan dalam pengiktirafan hasil. 3. Lambakan terimaan tidak dikenalpasti.	1. Maklumat pembayar tidak dapat dikenalpasti. 2. Tiada pemakluman dari pembayar	1. Pemantauan penerimaan melalui penyata bank 2. Pemakluman kepada Unit berkaitan	Semakan dalam penyata bank dan buku tunai
2.	Penyediaan Penyata Penyuaian Bank Bulanan	Pembayaran Baucer secara manual	1. Kesilapan bayaran 2 kali. 2. Kesukaran menyemak bayaran lepas. 3. Penyimpanan rekod dalam jangka masa yang lama. Penggunaan ruang untuk penyimpanan dokumen	1. Sistem down 2. Ketidaksediaan penggunaan sistem 3. Kemasukan maklumat pembayar secara manual	1. Pemantauan pembayaran melalui penyata bank. 2. Pemakluman kepada Unit berkaitan	Semakan dalam penyata bank dan buku tunai

4) Jabatan Kualiti

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Pengurusan maklum balas dan aduan pelanggan	Pemanjangan maklum balas dan aduan pelanggan kepada Jabatan tidak dapat dibuat dengan lancar.	Maklum balas dan aduan pelanggan lewat diambil tindakan.	1. Pegawai bertanggungjawab bekerja secara BDR (Bekerja Dari Rumah); 2. Pegawai bertanggungjawab di Jabatan terlibat dalam perawatan pesakit COVID-19.	1. Surat/Emel peringatan; 2. Aduan yang tidak berjawab berdasarkan tempoh yang ditetapkan akan dibawa ke Jawatankuasa Maklum Balas Pelanggan Induk.	Surat Peringatan Kedua.

5) Jabatan Sumber Manusia

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Pengurusan Sumber Manusia	Kesilapan di dalam pemberian gaji permulaan kenaikan pangkat	Gaji ditawarkan bukan pada kadar yang sepatutnya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku Rekod Perkhidmatan lambat diterima untuk semakan; 2. Tiada maklumat sejarah rekod perkhidmatan; 3. Kesilapan pemberian gaji jawatan terdahulu. 	Laporan Pergerakan Gaji (LPG) kenaikan pangkat akan disemak oleh kakitangan Unit Gaji sebelum ditawarkan kepada calon yang berjaya.	Menambahbaik prosedur atau garis panduan kenaikan pangkat dengan memasukkan semakan dan pengesahan tawaran gaji permulaan.

6) Unit Keselamatan & Kesihatan Pekerjaan

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.		Kakitangan tidak patuh kepada temu janji susulan selepas pendedahan kepada kecederaan tajam.	Berlakunya risiko penyakit jangkitan kecederaan tajam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang kesedaran daripada kakitangan 2. Kekangan masa daripada kakitangan yang terlibat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan kesihatan berkaitan NSI 2. Pemberian temujanji yang teratur. 	Bekerjasama dengan Jabatan yang terlibat
2.		Pelaporan kemalangan di tempat kerja yang diterima lewat dan maklumat tidak mencukupi.	Pelaporan yang diterima tidak lengkap dan lambat	Tiada sistem secara digital untuk memudahkan proses pelaporan	Penyiasatan dan cadangan penambahbaikan bagi setiap laporan	Mewujudkan platform secara digital bagi pelaporan.

7) Jabatan Anestesiologi

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Kekurangan Keperluan <i>Biohazard</i> (baru)	Kekurangan langkah untuk memastikan keselamatan kakitangan semasa bekerja di kawasan <i>biohazard</i> Covid-19 ICU	Bahaya kepada kakitangan.	Baju persalinan scrub tidak mencukupi dan mendedahkan jangkitan Covid kepada kakitangan dan keluarga kerana baju scrub yang telah digunakan dibawa pulang untuk pembersihan.	Tindakan susulan pengurusan.	Tambahan dana daripada pengurusan.

8) Jabatan Ortopedik & Traumatologi

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Pematuhan garispanduan semasa kejadian wabak	Penularan wabak Covid-19	Penularan wabak Covid-19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelalaian pemuatan SOP yang ditetapkan 2. Pengenalpastian pesakit yang mungkin dijangkiti (pembawa) 3. Pengasingan pesakit yang disyaki 4. Penjarakan sosial ditempat kerja. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mewujudkan Kaunter saringan khas diluar premis bagi menyaring semua pesakit dan waris yang mendapatkan rawatan/urusan 2. Mewujudkan SOP berkaitan dan pemantauan bagi pemuatan 3. Memastikan semua kakitangan bertugas mematuhi SOP berkaitan 4. Mewujudkan bilik dan laluan khas bagi individu yang disyaki semasa proses saringan dijalankan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan kakitangan memakai PPE yang bersesuaian mengikut lokasi bertugas. 2. Menghadkan kakitangan yang menggunakan ruangan sosial seperti pantri dan surau pada satu-satu masa 3. Melantik Pegawai Pemantau pemuatan SOP semasa bertugas dan diberi kuasa untuk menyaman bagi kakitangan yang tidak patuh.

9) Jabatan Perubatan

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHBAIKAN)
1.	Polisi dan Prosedur	Kejadian kesesakan jabatan kecemasan berlaku kerap, tanpa penyelesaian muktamad	Risiko "overcrowding"/ kesesakan pesakit melampau akibat kelancaran proses "disposition" terganggu akibat kekurangan katil di wad dan ICU	Sistem kemasukan ke wad akut yang masih terikat dengan kaedah tradisional dan tidak bersepadu - tiada jaminan akses katil akut	Pengurusan Kualiti Perkhidmatan	1. Kumpulan Pemantauan Aplikasi Whatsapp Access Block 2. Pemindahan pesakit ke hospital lain (transfer out).
2.	Prasarana dan Kelengkapan	Kekerapan kerosakan peralatan klinikal	Keberkesanan keselamatan pesakit dan keberkesanan rawatan terganggu	Beban pesakit tinggi mengakibatkan kegunaan kelengkapan juga tinggi	Pengurusan biomedikal	Pengurusan aset peralatan biomedikal di Jabatan.
3.	Keselamatan dan Prestasi	Suasana persekitaran pekerjaan di Jabatan Kecemasan terdedah kepada risiko ancaman fizikal dan mental daripada pesakit, pelawat dan rakan sekerja	Keselamatan tempat kerja terancam dengan insiden-insiden keganasan tempat kerja, kecederaan, kecurian dan jangkitan	Realiti berdepan dengan pesakit di Jabatan Kecemasan	Pemantauan oleh Jawatankuasa Penambahbaikan Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan JPE	Pemantauan oleh Jawatankuasa Penambahbaikan Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan JPE.

10) Jabatan Perubatan Keluarga

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHBAIKAN)
1.	Pematuhan garis panduan semasa kejadian wabak	Penularan wabak Covid-19	Penularan wabak Covid-19	1. Kelalaian pematuhan SOP yang ditetapkan. 2. Pengenalpastian pesakit yang mungkin dijangkiti(pembawa) 3. Pengasingan pesakit yang disyaki	1. Mengujudkan Kaunter saringan khas diluar premis bagi menyaring semua pesakit dan waris yang mendapatkan rawatan/urusan 2. Mewujudkan SOP berkaitan dan pemantauan bagi pematuhan 3. Memastikan semua kakitangan bertugas mematuhi SOP berkaitan	1. Memastikan kakitangan memakai PPE yang bersesuaian mengikut lokasi bertugas 2. Menghadkan kakitangan yang menggunakan ruangan sosial seperti pantri dan surau pada satu-satu masa 3. Melantik Pegawai Pemantau pematuhan SOP semasa bertugas dan

				4. Penjarakan sosial ditempat kerja	4. Mewujudkan bilik dan laluan khas bagi individu yang disyaki semasa proses saringan dijalankan	diberi kuasa untuk menyaman bagi kakitangan yang tidak patuh
--	--	--	--	-------------------------------------	--	--

11) Jabatan Surgeri

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Prosedur Pengambilan Darah di Wad Disiplin Surgeri.	HO/MO melanggar/mengabaikan prosedur pengambilan darah di Wad disiplin Surgeri.	Kesalahan dan kesilapan dalam pelabelan tiub darah pesakit.	<ol style="list-style-type: none"> Tiada garis panduan mengenai prosedur pengambilan darah di Wad disiplin Surgeri; HO/MO tidak mengetahui prosedur kerja yang betul semasa pengambilan darah di Wad disiplin Surgeri. 	Taklimat kepada setiap kumpulan (<i>batch</i>) HO/MO baru mengenai prosedur pengambilan darah di Wad disiplin Surgeri oleh Penyelaras HO/Pengurus Wad.	Melibatkan kakitangan pengurusan Wad dalam setiap mesyuarat mengadakan Bengkel/Latihan/Seminar/Persidangan anjuran Unit-Unit Perkhidmatan Klinikal/Peperiksaan Prasiswazah/Pascasiswazah.
2.	Pengendalian Kualiti Pek Darah Semasa Sesi Rawatan Pesakit.	Beberapa Pek darah untuk pesakit rosak sebelum digunakan.	Kualiti pek darah rosak sebelum dapat digunakan pada pesakit.	<ol style="list-style-type: none"> Pek darah dimohon lebih awal sebagai sokongan untuk digunakan pada pesakit semasa atau selepas pembedahan; Pengambilan pek darah dari Makmal Tabung Darah ke Dewan Bedah/Wad tidak dikendalikan dengan baik, pengekalan suhu sejuk tidak dipantau menyebabkan kualiti pek darah rosak; Pek darah tidak dikendalikan dengan baik semasa perpindahan pesakit dari Dewan Bedah ke Wad; tiada pemantauan suhu dan tidak disimpan di dalam peti sejuk. 	Pek darah disimpan buat sementara waktu di dalam peti sejuk darah yang terdapat di Dewan Bedah sebelum digunakan pada pesakit atau sebelum dipulangkan semula ke Makmal Tabung Darah Hospital jika tidak digunakan.	Permohonan pembelian peti sejuk bagi penyimpanan pek darah di Wad-Wad.

3.	Sesi Temujanji/Perundingan Pesakit di Klinik.	Pakar/Pegawai Perubatan lewat memulakan sesi temujanji/perundingan di Klinik Surgeri.	Kelewatan Memulakan Sesi Temujanji/ Perundingan di Klinik Surgeri.	Pakar/Pegawai Perubatan lewat hadir ke Klinik dan tidak menepati masa dalam memulakan sesi temujanji/perundingan yang ditetapkan di Klinik Surgeri.	Sesi Klinik telah ditetapkan bermula pada pukul 9.00 pagi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mewujudkan Buku Rekod Kehadiran Pakar/Pegawai Perubatan di Klinik; 2. Menguatkuasakan SOP temujanji dipatuhi dan diikuti; 3. Memberi amaran dan peringatan kepada Pakar/Pegawai Perubatan yang hadir lewat dan tidak mematuhi SOP Klinik.
4.	Sesi Pembedahan Pesakit di Dewan Bedah.	Pakar/Pegawai Perubatan lambat hadir ke Dewan Bedah sesudah proses intubasi dilakukan ke atas pesakit.	Mengganggu sesi pembedahan yang seterusnya dan pembatalan kes.	Pakar/Pegawai Perubatan lewat hadir ke Dewan Bedah dan tidak menepati masa dalam memulakan sesi pembedahan yang ditetapkan oleh Dewan Bedah.	Permulaan sesi pembedahan ditetapkan pada pukul 9:00 pagi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mewujudkan Buku Rekod Kehadiran Pakar/Pegawai Perubatan di Dewan Bedah; 2. Menguatkuasakan SOP temujanji dipatuhi dan diikuti; 3. Memberi amaran dan peringatan kepada Pakar/Pegawai Perubatan yang hadir lewat dan tidak mematuhi SOP Dewan Bedah.
5.	Pengendalian Bengkel/Latihan/Seminar/ Persidangan Anjuran Unit-Unit Perkhidmatan Klinikal / Peperiksaan / Prasiswazah / Pascasiswazah Di Wad-Wad Surgeri	Pemakluman Lambat Mengenai Bengkel/ Latihan/ Seminar/ Persidangan Anjuran Unit-Unit Perkhidmatan Klinikal / Peperiksaan / Prasiswazah / Pascasiswazah Menyebabkan Kekurangan/Ketiadaan Katil Di Wad	Ketiadaan Katil Untuk Pesakit	(1) Permohonan Mengadakan Bengkel/Latihan/Seminar/Persidangan Tidak Melalui Jabatan (2) Pemakluman Yang Lambat Diberitahu	Surat Makluman Mengenai Bengkel Ke Wad Oleh Ketua Unit/Pengerusi Bengkel	Melibatkan kakitangan pengurusan Wad dalam setiap mesyuarat mengadakan Bengkel/Latihan/Seminar/Persidangan anjuran Unit-Unit Perkhidmatan Klinikal/Peperiksaan Prasiswazah/ Pascasiswazah.
6.	Penerimaan Pesakit Rujukan Luar (Direct Admission)	1. Pesakit Dari Luar Datang Terus Ke Wad Tanpa Nombor Pendaftaran Hospital 2. Keadaan Pesakit Yang Datang Biasanya Dalam	Ketiadaan Katil Pesakit	Tiada Komunikasi Antara Pakar Incaj Unit Yang Menerima Pesakit Dengan Pengurus Wad Mengenai Ketersediaan Katil Di Wad	Tiada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pesakit Yang Dirujuk Secara Terus Ke Wad Mesti Didaftar Di Dalam Sistem Chets Sekurang-Kurangnya 2 Jam Sebelum Kemasukan Pesakit Ke Wad. 2. Pakar/Doktor Bertanggungjawab Yang Merujuk Pesakit Ke Hospital Mesti Memberitahu Kepada Pesakit Untuk Mendaftar Terlebih Dahulu Di Kaunter Kemasukan Wad

		Keadaan Kritikal Dan Tiada Makluman Mengenainya				3. Kegagalan Mematuhi Akan Dipertanggungjawabkan Sepenuhnya Kepada Unit Kepakaran Yang Bertanggungjawab 4. Merujuk Pesakit Ke Hukm Untuk Menyelesaikan Isu Pesakit Ini.
7.	Etika dan Tingkah Laku Penjawat Awam	Salah Laku Kakitangan Secara Mental, Fizikal Dan Seksual	Penderaan mental, fizikal dan seksual kepada kakitangan.	Salah Guna Kuasa, Tekanan, Dan Pergaulan Bebas	Tiada	Promosi Kesedaran Dan Taklimat Perundangan Dan Salah Laku Kakitangan secara Berkala.

12) Jabatan Farmasi

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Pendispensan Ubat-Ubatan	Keselamatan Pesakit	Mungkin salah pendispensan ubat	1. Kakitangan <i>Multi-Tasking</i> 2. Mengejar Masa Menunggu Pesakit/KPI Pada Waktu Puncak 3. Salah Pengisian Atau Penglabelan Ubat	Proses Pengisian Dan Pendispensan Dilaksanakan Oleh 2 Staf Yang Berbeza	1. Menentukan seorang kakitangan yang tetap untuk mengendalikan semua preskripsi yang bermasalah. 2. Pengeluaran surat memo kepada kakitangan yang terlibat supaya lebih berhati-hati semasa pendispensan ubat 3. Menyediakan poster ubat-ubat "look-alike" untuk makluman semua kakitangan.

13) Jabatan Kerja Sosial Perubatan

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Proses Peminjaman dan pemulangan peralatan sokongan perubatan	Pesakit /waris yang meminjam alat sokongan perubatan tidak memulangkan alat yang dipinjam setelah tamat tempoh pinjam.	Berlaku kekurangan alat sokongan perubatan di jabatan yang boleh diberi pinjam kepada pesakit lain yang memerlukan	Hanya sebilangan kecil sahaja pesakit/waris yang memulangkan alat sokongan perubatan yang dipinjam	Rekod pinjaman peralatan sokongan perubatan.	Pegawai bertanggungjawab alat sokongan perubatan membuat pemantauan

14) Jabatan Perkhidmatan Kejururawatan

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Proses Pemberian Ubat	Berlaku kesilapan dalam penyediaan dan pemberian ubat	Pesakit mendapat kesan sampingan <i>local</i> or <i>systemic</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiada arahan bertulis dalam BHT 2. Tidak mengikut prinsip pemberian ubat (SOP) 3. Kurang pengetahuan mengenai <i>unfamiliar drugs</i> 4. Kurang komunikasi 5. Kurang Pengetahuan/ pemahaman mengenai fungsi ubat , nama ubat (generic and trade), kesan sampingan dan kontraindikasi 6. Memory lapses: Staf Kurang tumpuan 7. Masalah sistemik : LASA dan masalah perlabelan ubat 8. Beban tugas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memo Pemakluman mengenai <i>verbal order</i> 2. Manual Panduan Perawatan 3. Drug Information/ e-pharmacy (Farmasi) 4. CNE 5. Pemantauan berkala dan teguran (<i>anecdotal</i>) 6. Garis Panduan Farmasi 7. Kubikel <i>Nursing</i> / Jadual tugas 	Audit Silang

2.	Pesakit Jatuh	Keselamatan pesakit	Keselamatan pesakit terjejas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pesakit mempunyai sejarah jatuh 2. Penyakit kronik 3. Faktor mental dan kognitif 4. Faktor fizikal 5. Kesan sampingan ubatan 6. Halangan komunikasi 7. Faktor persekitaran 8. Faktor peralatan 9. Sikap staf 10. Pemakaian pesakit kurang selamat (pakaian,kasut) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Borang Penilaian Pesakit- Risiko Pesakit Jatuh 2. Borang Orientasi 3. Pemakaian wrist tag warna merah 4. Risalah pesakit jatuh - 'Anda Berisiko Untuk Jatuh' 5. Garis Panduan Pencegahan Pesakit Jatuh 6. Borang Format Jagarawatan 7. Borang Penilaian Pesakit 8. Borang Senarai Semak Orientasi Kemasukan ke Wad Kepada Pesakit dan Waris 	Analisis dan Statistik Pesakit Jatuh
3.	Proses Discaj Bayi	Berlaku kehilangan bayi atau penculikan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tindakan undang – undang terhadap Hospital 2) Berlaku penjualan bayi secara haram 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kehadiran pelawat yang tidak mengikut waktu melawat 2. Akses ke wad – wad yang banyak dan kurang kawalan 3. Kehilangan tag bayi 4. Borang Akuan Keluar Hospital tidak lengkap 5. Pemeriksaan ibu dan bayi tidak dilakukan dengan teliti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Borang Orientasi Pesakit/Waris 2. Rondaan Pengawal Keselamatan setiap syif 3. Borang Senarai Semak Kelahiran dan Pindah Keluar Bayi ke Wad Post Natal 4. Rooming in bayi 5. Borang Akuan Discaj Bayi 6. Pemeriksaan kawalan keselamatan pada tag ibu dan bayi semasa proses discaj 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan semasa memberi dan menerima laporan pesakit setiap syif 2. Memastikan tanda pengenalan bayi sentiasa diletakkan pada bassinet bayi 3. Menyediakan Garis Panduan Langkah Keselamatan Bayi di Wad O&G.
4.	Transfusi Darah	Pesakit mendapat reaksi alahan akibat daripada incompatibility darah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pesakit berisiko mendapat renjatan. 2) Acute pulmonary edema. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesilapan dalam maklumat pesakit semasa penyediaan borang dan botol spesimen. 2. Kesilapan dalam membuat semakan mengikut senarai semak transfusi darah. 3. Kegagalan menyemak kali kedua sebelum transfusi dimulakan bersama saksi. 4. Mengalirkan darah dengan kadar yang cepat di awal transfusi. 5. Pemantauan tanda vital, tanda-tanda hypersensitiviti semasa transfusi diberikan tidak mengikut piawaian. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Borang Permohonan Darah. 2. Borang Keizinan Transfusi Darah. 3. Senarai semak transfusi darah. 4. Manual Panduan Perawatan 5. Borang Alahan Transfusi Darah. 6. Hospital Blood Transfusion Committee (HTNC) 	Audit Transfusi Darah

15) Pusat Endoskopi

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.		1. Penyebaran penyakit berjangkit (Tuberkulosis, Hepatitis, RVD) 2. Peralatan endoskopi dan bilik prosedur yang tidak mengikut polisi kawalan infeksi	Jangkitan penyakit berjangkit (Risiko jangkitan)	1. Pendedahan daripada pesakit yang mempunyai penyakit berjangkit 2. Peralatan dan fasiliti yang tidak lengkap dan tidak memenuhi spesifikasi (penyelenggaraan)	Polisi kawalan infeksi / Personal Protective Equipment / Prosedur Kerja (Standard Operating Procedure)	Pemantauan kes-kes penyakit berjangkit yang berisiko
2.		Kurang pakar perubatan dalam bidang endoskopi	mungkin morbiditi & mortaliti	1. Prosedur dilakukan oleh Pegawai Perubatan yang tidak bertauliah dalam bidang endoskopi. 2. Nisbah antara pakar perubatan dengan pesakit yang tidak seimbang	memastikan Pakar Perubatan dan Pembedahan yang bertauliah dalam bidang endoskopi semasa prosedur dijalankan	memohon tambahan pakar perubatan dalam bidang endoskopi

Risiko Nilai (Extreme)

1) Bahagian Teknologi Maklumat-KKL

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Sumber Manusia	<i>Turn over</i> staf yang tinggi.	Kehilangan staf mahir.	Tiada pos untuk diserap sebagai tetap.	1. agihan tugas kepada kakitangan sedia ada untuk jangkamasa pendek; 2. Penyusunan semula jadual projek mengikut keupayaan kakitangan sedia ada.	Menggunakan sumber luar (development, sokongan teknikal dan lain-lain) i. Kaedah : pelajar praktikal / pelajar FTSM; ii. <i>joint development</i> .
2.	Data dan maklumat	Penyelenggaraan penghawa dingin di Pusat Data/ Pusat Pemulihan Bencana adalah dibawah seliaan Bahagian Prasarana-KKL.	Peralatan di DC/DRC menjadi mudah rosak.	Kontraktor yang dipanggil untuk baikpulih oleh Jabatan Prasarana adalah bukan dari prinsipal dan kurang pengetahuan.	Bahagian Prasarana-KKL melaksanakan <i>preventive maintenance</i> secara berkala.	1. Pemantauan suhu/keadaan bilik server oleh kakitangan BTM-KKL; 2. Mendapatkan maklumbalas cadangan menggunakan kontraktor yang mempunyai hubungan terus dengan prinsipal untuk pendingin hawa di DC/DRC.

2) Jabatan Pediatrik

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Perancangan pengurusan kakitangan	Kakitangan bertugas tidak mencukupi mengikut nisbah jururawat kepada pesakit	Perkhidmatan yang baik dan cekap tidak dapat diberikan; tidak dapat menampung beban pesakit	Kekurangan jururawat terlatih kerana ramai telah dipindahkan ke HPKK	PIC - Pengurus Jururawat Meminta bantuan unit membantu	Memohon untuk tambahan jururawat terlatih daripada pengurusan
2.	Perancangan pengurusan kakitangan	Kakitangan bertugas tidak mencukupi mengikut ratio pesakit	Perkhidmatan yang baik dan cekap tidak dapat diberikan	Kakitangan sedia ada masih tidak mencukupi bagi menampung jumlah kemasukan pesakit	PIC - Pengurus Jururawat Meminta bantuan unit membantu	Memohon untuk tambahan jururawat terlatih daripada pengurusan

3.	Perancangan Pengurusan Kakitangan	Kakitangan bertugas tidak mencukupi mengikut nisbah jururawat kepada pesakit	Perkhidmatan yang baik dan cekap tidak dapat diberikan; tidak dapat menampung beban pesakit	Kekurangan jururawat terlatih kerana ramai telah dipindahkan ke HPKK	PIC - Pengurus Jururawat Meminta bantuan unit membantu	Meminta	Memohon untuk tambahan jururawat terlatih daripada pengurusan
----	-----------------------------------	--	---	--	--	---------	---

3) Jabatan Bedah

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHBAIKAN)
1.	Pengurusan Laundri dan Linen	Syarikat yang dilantik tidak membuat pembekalan linen baru (injection) mengikut tempoh yang ditetapkan (pembekalan linen).	Mungkin perkhidmatan perawatan pesakit terjejas. (contoh: pembekalan gaun OT dan baju Pakar mengikut saiz tidak mencukupi). Register No. (ikut bulan/tahun) utk kenalpasti isu yang baru, gugur, tutup dan selesai.	1. Pembekal tidak memenuhi spesifikasi kontrak bekalan linen. Penghantaran linen di wad dan klinik tidak mengikut par level (harian) yang ditetapkan.	1. Penalti dikenakan kepada syarikat 2. Mengadakan perbincangan. dengan pembekal secara berkala (2 bulan). 3. Penilaian prestasi pembekal secara bulanan. 4. Pembekalan <i>disposable item</i> .	1. Mesyuarat Perkhidmatan Dobi dan Menilai Prestasi Pembekal setiap 2 bulan. 2. Pemantauan secara harian. 3. Mengadakan lawatan ke premis pencucian secara berkala (jika perlu). 4. Melaporkan pencapaian prestasi pembekal kepada pembekal untuk penambahbaikan. 5. Membuat semakan dan pengiraan semula par level sediaada bagi memastikan pembekalan linen mengikut keperluan wad/klinik/dewan bedah dari semasa ke semasa (laksana par level baharu pada 01 Julai 2021) 6. Membuat lawatan pemantauan linen secara berkala di lokasi yang dikenalpasti terdapat item linen yang tidak dikutip oleh pihak syarikat (dilaksanakan bermula mulai 02 Julai 2021) dan secara berterusan 7. Penambahbaikan speksifikasi teknikal i) Sistem Penalti yg digunakan

						<ul style="list-style-type: none"> ii) Pembejalan linen baharu oleh syarikat iii) keseragaman item: terdapat perbezaan antara baju scrub kakitangan NICU dan OT atau Radilogi iv) Kaedah pembekalan sesuatu item (cth: mengenakan deposit utk bekalan sesuatu item di lokasi).
--	--	--	--	--	--	---

4) Jabatan Dietetik & Sajian Makanan

BIL	PROSES	ISU	RISIKO	PUNCA	KAWALAN SEDIA ADA	KAWALAN TAMBAHAN YANG DILAKUKAN (PENAMBAHAHBAIKAN)
1.	Penyimpanan Bahan Mentah	Infrastruktur/ Peralatan Bermasalah/ Rosak/ Kelewatan Kerja-kerja Pembaikan dan Penyelenggaraan	Mungkin Suhu Tempat Penyimpanan Tidak Sesuai	1. Freezer/Chiller Selalu Rosak 2. Penyelenggaraan Tidak Mengikut Jadual.	1. Borang Pemantauan; Penyimpanan Bahan Sejuk Dan Sejukbeku 2. Borang Aduan Perkhidmatan Sajian Makanan Pesakit Di Wad HCTM.	1. Penukaran Alat Ganti: <i>Compressor</i> Bagi Freezer/Chiller Yang Bermasalah 2. Permohonan Penukaran Freezer Baru (Rekod Surat Permohonan).

D. Rumusan

Penglibatan Jabatan/Bahagian/Pusat/Unit dalam Pengurusan Risiko HCTM bertambah pada tahun 2021. Dengan penglibatan Jabatan Klinikal dan Pusat Kecemerlangan, risiko yang dikenalpasti telah didaftarkan dan dipantau bagi memastikan risiko dikawal dan dipantau. Namun Jabatan perlu meneliti semula proses kerja di Jabatan dan membangunkan Daftar Risiko yang baru untuk dipantau di Jabatan-jabatan.