



1.0 PENGENALAN

Unit ini diwujudkan pada tahun 2005 dengan tujuan untuk berfungsi sebagai penggerak bagi implementasi program kualiti di Hospital Sungai Siput. Kewujudan unit ini berikutan dengan saranan Bahagian Perkembangan Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia melalui pekeliling Bil (35) dlm KKM bertarikh 30hb Januari 2002 yang menyatakan setiap hospital utama dikehendaki menubuhkan Unit Sokongan Sekretariat Kualiti. Sebagai salah satu unit sokongan pengurusan, unit ini bertanggungjawab sebagai urusetia bagi program kualiti di peringkat hospital.

Dengan kerjasama serta sokongan daripada Pengurusan Hospital Sungai Siput dan semua unit-unit, unit ini melaksanakan pelbagai program peningkatan kualiti di hospital seperti Program *Quality Assurance/ Quality Improvement* termasuklah *Hospital Specific Approach (HSA)* dan *National Indicator Approach(NIA)*. Di antara aktiviti-aktiviti yang dipantau adalah NIA/KPI, HPIA, *Incident Reporting*, POMR/PNMR, OSHA, KIK, *Patient Safety Goals*, *Patient Satisfaction*, *Infection Control*, CME, CNE, *Innovations*, Credentialing dan Privileging, MS ISO/ Akreditasi, Latihan Budaya Korperat, Pengurusan Aduan dan lain-lain aktiviti yang berkaitan

Terdapat 44 aktiviti-aktiviti kualiti yang dikehendaki oleh jawatankuasa penyelaras yang telah dilantik. Pembentangan aktiviti kualiti telah dibuat secara berperingkat semasa *Mid Term Review* dan Mesyuarat Kualiti.

2.0 VISI, MISI & OBJEKTIF

2.1 VISI

Menyediakan perkhidmatan kesihatan yang cekap, efisien dan berkualiti.

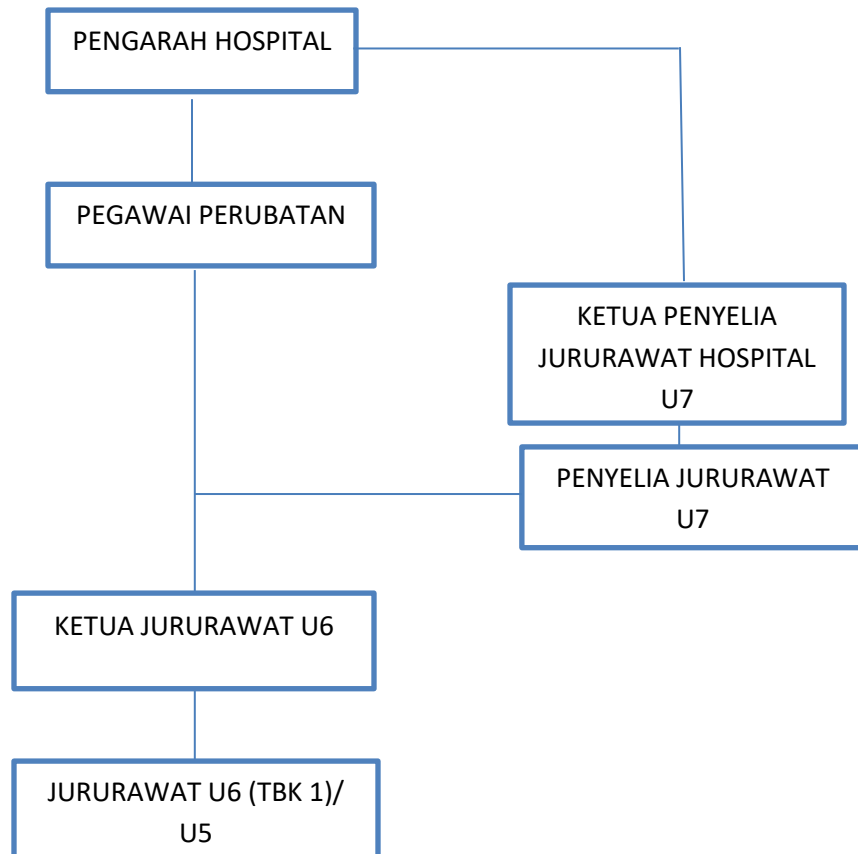
2.2 MISI

Memberi perkhidmatan kesihatan yang berkualiti, komprehensif, selamat dengan semangat berpasukan dan profesionalisme.

2.3 OBJEKTIF

- Untuk memastikan semua aktiviti kualiti yang merangkumi aktiviti peningkatan kualiti KKM dijalankan dan dipantau dengan sempurna.
- Menyelaras sistem dokumentasi bagi semua aktiviti-aktivit peningkatan kualiti.
- Menganalisa pencapaian semua aktiviti peningkatan kualiti mengikut standard yang ditetapkan dan dihasilkan dalam masa setahun.
- Menjadi sumber rujukan dan simpanan maklumat mengenai aktiviti peningkatan kualiti hospital.

3.0 CARTA ORGANISASI UNIT



4.0 PERJAWATAN

4.1 SENARAI ANGGOTA DAN PERJAWATAN

Unit ini terdiri dari seorang Pegawai Perubatan (UD54) sebagai ketua unit, seorang Ketua Jururawat (U32) dan seorang Jururawat TBK (U32). Berikut adalah senarai nama dan tugas anggota di unit Kualiti:

BIL	NAMA	JAWATAN	CATATAN
1	DR RATHISH KARAN A/L PRABAKARAN	Pegawai Perubatan UD54	Menyelaras Aktiviti Kualiti
2	VENEE A/P SUBRAMANIAM	Ketua Jururawat U32	Menyelia Aktiviti Kualiti
3	JAMILAH BINTI JAMALUDIN	Jururawat U32 TBK	Membantu Aktiviti Kualiti

5.0 SENARAI JAWATANKUASA

QUALITY STEERING COMMITTEE		
1	PENGERUSI	DR. ASRUL SANI BIN SHAMSUDDIN
2	PENYELARAS KUALITI	DR RATHISH KARAN A/L PRABAKARAN
3	SETIAUSAHA	PN VENEE A/P SUBRAMANIAM
AHLI JAWATAN KUASA KUALITI		
BIL	PENYELARAS NAMA PEGAWAI	NAMA PEGAWAI
1	INSIDEN REPORTING	PN VENEE A/P SUBRAMANIAM
2	NIA/KPI/POMR PN	PN VENEE A/P SUBRAMANIAM
3	OSCC/BLS & CPR	EN. NORAZLI BIN AHMAD
4	RENAL REGISTRY/ORGAN DONATION	EN. AHMAD RASHIDI BIN HAJI HUSSAIN
5	KEPUASAN PELANGGAN/PIAGAM PELANGGAN/	PN. YUGESWAREE A/P RAJAMANY
6	HEALTHY SETTING	EN. SUGUMAR A/L BABY
6	ADUAN PELANGGAN	PN. AZIAN BTE MD SAID
7	BUDAYA KORPORAT	PN. RUSNITA BTE ANI
8	KIK/QAP/RESEARCH	CIK NURUL AKHMAM BT ABDULLAH
9	INOVASI	PN VENEE A/P SUBRAMANIAM

10	PNMR/MMR	PN. MAISANDORA BT MAT ISA
10	AKREDITASI	DR. RATHISH KARAN A/L PRABAKARAN
11	ISO	NA
12	KAWALAN INFEKSI	DR. ZULAIKHA BINTI OSMAN
13	PKPA	ENCIK MOHAMAD AIMAN BIN MOHAMAD KAMIL
14	CREDENTIALING & PREVELEGING	PN VENEE A/P SUBRAMANIAM
15	CLINICAL AUDIT	DR. NOORI FISYAH SARAH BINTI MOHD HAWARI
16	CPD & E-LATIHAN	PN INTAN ZARINA
17	KESELAMATAN PEKERJAAN & OSH(KETUA)	DR. IZYAN HANIS BINTI AHMAD TARMIZI(KETUA) EN. SUGUMAR A/L BABY
18	REKOD PERUBATAN	PUAN NUR AMIRAH BINTI NOORUL AZMI
19	DEWAN CME	PN. AZIAN BTE MD SAID
20	KESELAMATAN PEJABAT	ENCIK MOHAMAD AIMAN BIN MOHAMAD KAMIL
21	CPG	PN VENEE A/P SUBRAMANIAM

6.0 SKOP PERKHIDMATAN / FUNGSI UTAMA UNIT

Unit Kualiti menyediakan perkhidmatan seperti:

- i. Mengawasi pelaksanaan dan memantau semua aktiviti peningkatan kualiti seperti yang ditetapkan oleh KKM.
- ii. Mengenalpasti dan menganalisa pencapaian semua aktiviti peningkatan kualiti melalui laporan “shortfall in quality” dan tindakan penambahbaikan yang telah diambil.
- iii. Menjadi sumber rujukan dalam memberi maklumat mengenai aktiviti peningkatan kualiti dalam hospital.
- iv. Mengumpul data aktiviti peningkatan kualiti untuk dianalisa dan menyediakan laporan.
- v. Menyebarkan maklumat berkaitan aktiviti peningkatan kualiti.
- vi. Merancang dan melatih anggota hospital dalam pelaksanaan aktiviti kualiti.
- vii. Mengendalikan dan mengurus urusan serta aktiviti berkaitan pengauditan dan servei yang dijalankan samada dalaman dan luaran.
- viii. Membantu penyediaan unit yang terlibat dalam Akreditasi Hospital, Pertandingan Kaunter Cemerlang dan Pertandingan ‘Healthy Setting’ hospital.

7.0 PIAGAM PELANGGAN

6.1 PENCAPAIAN PIAGAM PELANGGAN

Piagam Pelanggan Teras

Bilangan laporan perubahan yang diterima	Bilangan laporan yang siap dalam tempoh yang ditetapkan	Sasaran	Pencapaian
324	330	90%	98.18%

Piagam Pelanggan Hospital

Bilangan Piagam Pelanggan	Bilangan Kajian Dibuat	Peratus Siap	Peratus Dalam Perlaksanaan
12	12	100%	100%

8.0 LATIHAN DALAM PERKHIDMATAN

8.1 KURSUS YANG TELAH DIHADIRI PADA 2024

BIL	NAMA KURSUS	TEMPOH	KETUA JURURAWAT (HARI)	JURURAWAT TBK (HARI)
1	Kursus Pemantapan Nna Bil 1/2024	6/3/2024	1	1
2	Kursus Pain Free As 5Th Vital Sign	30/4/2024	1	1
3	Kursus Kawalan Infeksi	7/5/2024		1

4	Kursus Keselamatan Pengubatan Bil 1/2024	9/5/2024		1
5	Kursus Keselamatan Pesakit(Mpsg 2.0) Bil 1/2024	13/5/2024	1	1
6	Kursus Bls	15/5/2024	1	
7	Kursus Refresher Penyusunan	5/6/2024	1	1
8	Kursus Pengendalian Dan Pengurusan Rekod Perubatan Pesakit Di Fasiliti Kementerian Kesihatan	10/7/2024		1
9	Kursus Keselamatan Pesakit,Bayi Dan Nia	25/7/2024		1
10	Kursus Hospital Mesra Ibadah	30/7/2024		1
11	Bengkel Imej Dan Keterampilan Anjuran Kolej Komuniti	29/7/2024		1
12	Kursus Depression..How To Handle	22/8/2024		1
13	Kursus Keselamatan Dan Kesihatan Hospital Sungai Siput	29/8/2024	1	1

14	Kursus Budaya Koprat	9/10/2024-10/10/2024		1
15	Seminar Kejururawatan	17/10/2024	1	1
16	Kursus 'Nursing Update'	21/10/2024	1	1
17	Bengkel Pemantapan Dokumentasi Kejururawatan & Nursing Care Plan Update Bil 1/2024	28/10/2024	1	1
18	Kursus Keselamatan Pesakit(Mpsg 2.0)Bil 2/2024	18/11/2024	1	1
19	Kursus Pain Free As 5Th Vital Sign	19/11/2024	1	1
20	Kursus Incident Reporting(lr) & Root Cause Analisis(Rca) Bil 2/2024	20/11/2024	1	1
21	Seminar "Hand Hygiene" Dan Kesedaran Kerintangan Antimikrobial Peringkat Hospital Sungai Siput Tahun 2024	21/11/2024	1	1
22	Kursus Kesedaran Derma Organ	2/12/2024		1

8.2 MyCPD - KESELURUHAN POINT YANG TELAH DIPEROLEHI

JAWATAN	POINT -CUMULATIVE	POINT- ACTUAL
Ketua Jururawat	200	72
Jururawat TBK	147	68

9.0 PENCAPAIAN TAHUN 4

9.1 HOSPITAL PERFORMANCE INDICATORS FOR ACCOUNTABILITY (HPIA)

INDIKATOR YANG SIQ JAN-JUN 2024

Bil	No. Indikator	Disiplin	Tajuk Indikator	Standard	Pencapaian
			TIADA		

INDIKATOR YANG SIQ JUL- DIS 2024

Bil	No. Indikator	Disiplin	Tajuk Indikator	Standard	Pencapaian
			TIADA		

LAPORAN INDIKATOR YANG BERULANG SIQ BAGI TEMPOH JAN- DIS 2024

Bil	No. Indikator	Tajuk Indikator	Bilangan SIQ 2024	Bilangan SIQ 2024
			Jan - Jun	Jul-Dis
		TIADA	0	0

9.2 KEY PERFORMANCE INDICATORS (KPI)

Bil	No. Indikator	Disiplin	Tajuk Indikator	Pencapaian
-	-	-	TIADA	-

10.0 BEBAN KERJA DAN STATISTIK (TAHUN 2023 – 2024)

A. HOSPITAL SPECIFIC APROACH

Bil Kajian	Tajuk Kajian	Pencapaian	Catitan
1	1. A Study On Prevalence Of Polypharmacy And Its Associated Potential Inappropriate Medication Use (PIM) Among Elderly Patients in Hospital Sungai Siput	100%	Kajian telah diterbitkan dalam <u>Perak Pharmacy Journal</u> pada 2024

B. PERIOPRATIVE MORTALITI RATE (POMR) / PNMR

POMR - Bilangan dan Peratus Kematian yang dilaporkan

Jan - Dis 2022			Jan - Dis 2023			Jan – Dis 2024		
Bil. Kematian	Peratus Kematian	Jumlah Pembedahan	Bil. Kematian	Peratus Kematian	Jumlah Pembedahan	Bil. Kematian	Peratus Kematian	Jumlah Pembedahan
0	0	18	0	0	97	0	0	62

MMR - The number of maternal deaths due to childbearing per 100,000 live births.

Jan – Dis 2022		Jan - Dis 2023		Jan –Dis 2024	
Bil Kematian	Kadar	Bil. Kematian	Kadar	Bil. Kematian	Kadar
0	0	0	0	0	0

PNMR - The sum of neonatal deaths and fetal deaths (stillbirths) per 1,000 births.

Jan – Dis 2022		Jan - Dis 2023		Jan –Dis 2024	
Bil Kematian	Kadar	Bil. Kematian	Kadar	Bil. Kematian	Kadar
0	0	0	0	0	0

C. AKREDITASI HOSPITAL

Peratus Perlaksanaan	Mock Survey	Actual Survey	Pensijilan	Tarikh penilaian semula
100%	-	16-18 Jun 2025 (Edisi ke 6)	Accreditation status: 4 year (5 Sep 2019 – 4 Sep 2023) Edisi ke 5	Ditunda ke 2025 atas sebab pengendalian projek penghawa dingin

D. BUDAYA KORPORAT (BILANGAN PESERTA)

Jan – Dis 2022				Jan – Dis 2023				Jan – Dis 2024			
Kami Sedia Membantu	Nilai-Nilai Murni	Soft Skill	Jumlah	Kami Sedia Membantu	Nilai-Nilai Murni	Soft Skill	Jumlah	Kami Sedia Membantu	Nilai-Nilai Murni	Soft Skill	Jumlah

0	0	0	25	0	0	0	25	0	0	0	25
---	---	---	----	---	---	---	----	---	---	---	----

E. MAKLUMBALAS INSIDEN

Bil	Tajuk Insiden	Bilangan Incident Reporting Mengikut Tempoh		
		Jan – Dis 2022	Jan – Dis 2023	Jan - Dis 2024
		Numerator	Numerator	Numerator
FOR ALL LOCATIONS				
2.	Death of patient by unexplained cause or under suspicious circumstances that are required to be reported to the police	0	0	0
3.	Unforeseeable or unanticipated injuries to patients during their stay in hospital	0	0	0
3a.	Brain or spinal cord injuries	0	0	0
3b.	Falls resulting in fracture, concussion or laceration extending beyond the epidermis into deep tissue or which threaten vital structures	0	0	0
3c.	Life –threatening (or potentially fatal) transfusion errors or reaction	0	0	0
3d.	2 nd and 3 rd degree burns involving 20% or more of the body surface area of an adult or 15% or more of the body surface of area of the child	0	0	0
4.	Fire in the hospital resulting in death or injury	0	0	0

5.	Malfunction / intentional or accidental misuse of patient care equipment that occurs during treatment or diagnosis of patient and that as averted, OR, IF NOT AVERTED, would have significantly adversely affected patients or employees of the hospital	0	0	0
6.	Assault or battery of patient by employees and / or contractors (e.g security personnel) including physical, mental or emotional abuse, mistreatment or harmful neglect of any patient.	0	0	0
7.	Dislodgement of catheter resulting in serious harm / danger to patients life.	0	0	0
8.	Infant discharged to the wrong person / missing infant	0	0	0
9.	Patient suicide or attempted suicide while being cared for in health facility	0	0	0
10.	Patient death or serious disability due to electric shock while being care for in healthcare facility	0	0	0
11.	Patient death or serious disability associated with the use of restrains or bedrails being cared for in a health care facility	0	0	0
12.	Abduction of a patient (of any age)	0	0	0
13.	Medication error resulting in serious adverse event.	0	0	0
B. OPERATION THEATRE / ANAESTHESIA				
14.	Delayed discharge from the recovery room following an operation due to complications arising from surgery or anaesthesia.	0	0	0
15.	Wrong Surgery	0	0	0
16.	Unplanned return to OT within 24 hours of surgery for elective cases	0	0	0

17.	No consent or improper operation consent	0	0	0
18	Life threatening (or potentially fatal) complications of anaesthesia	0	0	0
19	Unintended retention of a foreign object in a patient after surgery or other procedure	0	0	0
20.	Incorrect Instrument Or Swab Count	0	0	0
21.	Surgery cancelled in OT	0	0	0
C. CRITICAL CARE AREAS				
22.	Readmission to ICU within 24 hours of discharged	0	0	0
D. LABOUR ROOM				
23.	Delay in delivery of patient with cord prolapsed where the fetus is alive.	0	0	0
24.	Injury to neonate at delivery	0	0	0
25.	Unplanned admission of mother to ICU/CCU/HDW post delivery	0	0	0
26.	Unplanned post- delivery procedure on mother	0	0	0
27.	Failed instrumental delivery	0	0	0
E. HAEMODIALYSIS UNIT				
28..	Intra-dialytic death while on regular chronic haemodialysis treatment	0	0	0
29.	Sero-conversion to positive Hepatitis B or Hepatitis C while on dialysis treatment	0	0	0

F. LAPORAN KIK

Jumlah Projek	Tajuk Projek	Peratus Perlaksanaan
	TIADA	

G. CREDENTIALING AND PRIVILEGING

JAN – DIS 2022					JAN-DIS 2023					JAN – DIS 2024				
Bil. Mesyuarat	Doktor	MA	S/N	Lain-Lain	Bil. Mesyuarat	Doktor	MA	S/N	Lain-Lain	Bil. Mesyuarat	Doktor	MA	S/N	Lain-Lain
1	4	7	8	4	1	8	4	3	1	2	4	2	3	1

H. INFECTION CONTROL

JAN-DIS 2023						JAN- DIS 2024					
Mesy	Kadar NI	P.P.	MRSA /MRO	Latihan		Mesy	Kadar NI	P.P.	MRSA /MRO	Latihan	
				Bil	Peserta					Bil	Peserta
1	0	1	0	15	354	0	0	1	0	18	342

P.P – Point Prevalence

I. MS ISO

	AKTIVITI	TAHAP PERLAKSANAAN	CADANGAN TARIKH PENILAIAN
ISO 9001 :2008	TIADA	0	-

J. INOVASI

Bilangan Projek	Tajuk Projek	Peratus Perlaksanaan
1 (inovasi)	AM BOX-KIT (Unit Kecemasan & Pemandu)	100% Diguna di semua ambulans hospital
2 (system)	"Accresys" (Unit Maklumat Teknologi)	50% Diguna untuk memasukkan data bagi akreditasi
3 (inovasi)	CODE BENCANA (Unit Keselamatan)	100% Diguna di semua unit hospital

K. KAJIAN MEDICAL AUDIT / NURSING

Bilangan Projek	Tajuk Projek	Peratus Perlaksanaan
8	1. Aseptic Wound Dressing	100%
	2. Pain 5 th Vital sign Audit	100%
	3. Audit SOP Thrombophlebitis	100%
	4 HPIA/ KPI Internal Audit (14+1 indikator)	100% Fully comply -excellence
	5. Compliance rate for "at least 2 identifier"	100%
	6. Clinical Nursing Audit	100%
	7. Compliance Hand Hygiene 5 moment	100%
	8. Medication Safety	100%

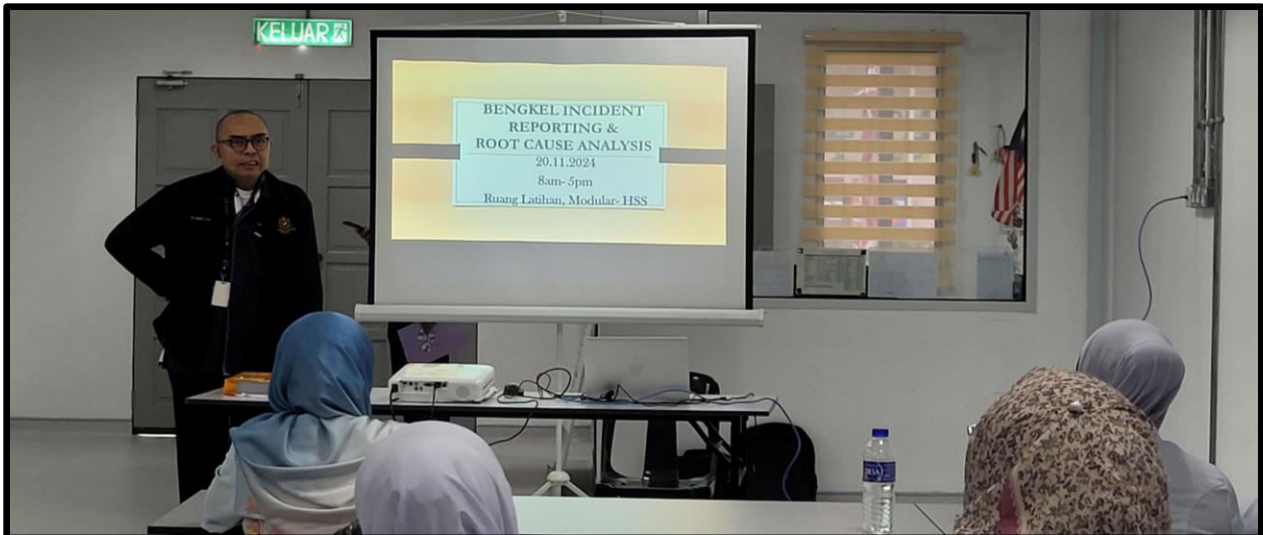
11.0 AKTIVITI - AKTIVITI SEPANJANG 2024



AUDIT HPIA INTERNAL HOSPITAL PADA 17.1.2024



AUDIT HPIA INTER HOSPITAL DARI HOSPITAL GERIK PADA 24.7.2024



BENGKEL INSIDEN REPORTING & RCA PADA 20.11.2024



BENGKEL PATIENT SAFETY 18.11.2024

12.0 KESIMPULAN

Bagi tahun 2024, Unit Kualiti telah memantau sepenuhnya kebanyakan aktiviti-aktiviti Kualiti. Penambahan projek inovasi, klinikal audit dan penglibatan dalam projek Quality Improvement merupakan fakta yang merealisasikan seruan Pengarah Kesihatan Negeri. Harapan bagi mengadakan Hari Kualiti sebagai agenda tahunan dan tetap akan dicapai pada masa akan datang. Diharap semua urusan berkaitan program peningkatan aktiviti kualiti dapat diteruskan dengan baik.

Disediakan Oleh :

*Venee A/P Subramainam,
Ketua Jururawat U32,
Unit Kualiti,
Hospital Sungai Siput.*

Disemak Oleh :

*Dr Rathish Karan A/L Prabakaran
Penyelaras Kualiti,
Unit Kualiti,
Hospital Sungai Siput.*