

PROSEDUR PENGURUSAN KUALITI ISO 9001:2015

Manual Kualiti

**Prosedur
Perkhidmatan
Bantuan Kewangan**

**Prosedur
Perkhidmatan
Institusi
Kanak-Kanak**

Prosedur Sokongan Sistem Kualiti

- Kawalan Standard
- Pentadbiran



10 Prosedur Sokongan Sistem Kualiti (Kawalan Standard)

Kaji Semula Pengurusan **01**

Pemantauan Persepsi Pelanggan **02**

Kawalan Dokumen **03**

Audit Dalaman **04**

Tindakan Pembetulan **05**

Pengurusan Risiko **06**

Penambahbaikan Berterusan **07**

Analisa Data dan Penilaian **08**

Pengurusan Perubahan **09**

Pemantauan dan Pengukuran Objektif Kualiti **10**

Tahukah anda tentang Prosedur Sokongan?



“

Prosedur Sokongan (Kawalan Standard) terdapat 10 prosedur

manakala

Prosedur Sokongan (Pentadbiran) terdapat 8 prosedur dan 1 Garis Panduan

manakala

Prosedur Sokongan (Perolehan/ Kewangan/ Pentadbiran) Berkaitan Institusi Kanak-Kanak terdapat 6 prosedur

”



10 PROSEDUR SOKONGAN (KAWALAN STANDARD)



PROSEDUR

KAJI SEMULA PENGURUSAN

TUJUAN

Memastikan keperluan input kaji semula atau agenda di Ibu Pejabat dan JKMN dibincangkan dalam Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan (MKSP). Keputusan dan tindakan yang diputuskan direkodkan dalam minit MKSP untuk perhatian dan tindakan Pengarah Bahagian (PB)/ Pengarah Kebajikan Masyarakat Negeri/ Wilayah Persekutuan (PKMN)/ Pegawai Kebajikan Masyarakat Daerah (PKMD)/ Ketua Institusi dalam masa yang ditetapkan.

SKOP

Prosedur ini merangkumi kajian semula sistem pengurusan kualiti yang dijalankan di JKMN/ Ibu Pejabat pada selaan tempoh yang ditetapkan.



8 PROSEDUR KAJI SEMULA PENGURUSAN



1.0

Menetapkan Tarikh MKSP

- MKSP ditetapkan sekali setahun.
- Tarikh MKSP hendaklah sekurang-kurangnya 4 minggu dari tarikh perbincangan.
- Dilaksanakan sebaik-baiknya pada bulan Februari dan selewat-lewatnya pada bulan Mac atau awal bulan April tahun semasa.

2.0

Mengedarkan Notis Mesyuarat

- Setelah tarikh ditetapkan, **P(KS)/ PKSN/ PYB** hendaklah dalam tempoh 5 hari dari tarikh MKSP menyedia dan mengedarkan notis mesyuarat secara e-mel kepada ahli-ahli mesyuarat.

3.0

Menyediakan Laporan MKSP

- Setelah notis MKSP diterima, **Bahagian** hendaklah menyediakan laporan MKSP yang mengandungi maklumat/ data/ carta dan ringkasan yang akan dibentangkan semasa mesyuarat dalam tempoh 2 minggu daripada tarikh notis.

4.0

Melaksanakan MKSP

- **PB/ Ketua Bahagian JKMN/ PKMD/ Ketua Institusi** hendaklah membentangkan laporan MKSP mengikut agenda.
- Semasa MKSP, **PYB** yang dilantik hendaklah membuat catatan perkara-perkara yang dibincangkan.

5.0

Menyediakan Minit MKSP

- Selesai MKSP, **PYB** hendaklah menyediakan draf minit MKSP dalam tempoh 2 minggu dari tarikh MKSP diadakan.
- **PYB** juga hendaklah mengemukakan draf minit kepada **KPKM/ TKP/ PKMN** untuk kelulusan dalam tempoh 3 hari bekerja daripada tarikh draf disiapkan.

6.0

Mengedarkan Minit MKSP

- **PYB** hendaklah menyerahkan Minit MKSP kepada **Pengawal Dokumen** dalam tempoh 3 hari bekerja daripada tarikh Minit MKSP diluluskan.
- **Pengawal Dokumen** hendaklah membuat salinan Minit MKSP dan edarkan kepada ahli MKSP dalam tempoh 3 hari bekerja.

7.0

Memantau Pelaksanaan Tindakan

- Tindakan yang diambil oleh BKS, **PB/ PKMN/ PKMD/ KI** hendaklah memaklumkan tindakan beserta bukti (dokumen sokongan/ gambar/ rekod) melalui e-mel kepada BKS.

8.0

Kawalan Fail

- Setelah minit MKSP diluluskan dan dibuat salinan untuk edaran, **Pembantu Tadbir (PT)** hendaklah memasukkannya ke dalam fail MKSP, disusun mengikut turutan tarikh.

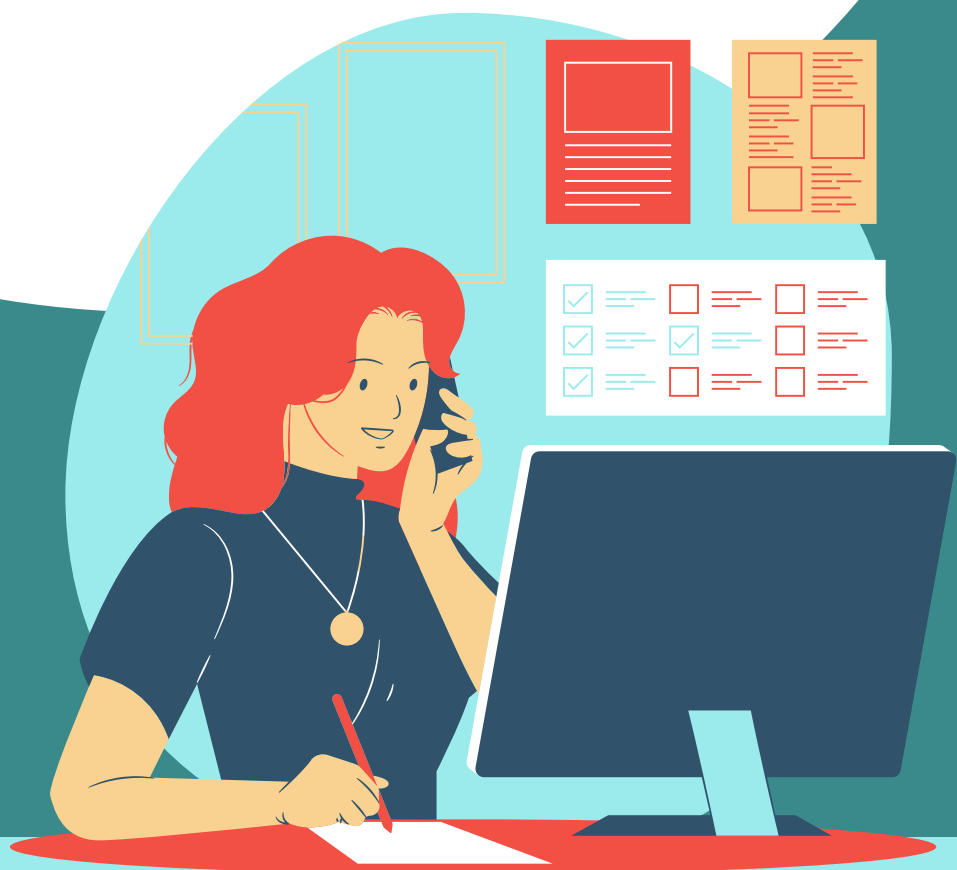
PROSEDUR PEMANTAUAN PERSEPSI PELANGGAN

Tujuan

Memastikan pemantauan persepsi pelanggan dilaksanakan dan dianalisa secara konsisten bagi mengenal pasti peluang penambahbaikan berterusan atau tindakan pencegahan melalui pengurusan risiko.

Skop

Prosedur ini diguna pakai untuk memantau dan menganalisa persepsi pelanggan berdasarkan sumber-sumber berikut bagi Bantuan Kewangan, Bantuan Alat Tiruan dan Institusi Kanak-Kanak JKM.



5 PROSEDUR

PEMANTAUAN PERSEPSI PELANGGAN

1.0

Menetapkan Kaedah dan Kriteria Pemantauan Persepsi Pelanggan

A. Kajian Kepuasan Pelanggan

- Semua pelanggan *Bantuan Kewangan dan Bantuan Alat Tiruan* menggunakan borang **B/KS/02/01**
- Perkhidmatan *Institusi Kanak-Kanak* (selain penghuni institusi) menggunakan borang **B/KS/02/03**

B. Kajian Pendapat Pengguna

- Penerima *Bantuan Kewangan dan Bantuan Alat Tiruan* menggunakan borang **B/KS/02/02**
- Penghuni *Institusi Kanak-kanak* menggunakan borang **B/KS/02/04**

C. Daftar Penghargaan/ Kata-Kata Pujian (bagi semua perkhidmatan)

- menggunakan borang **BK01/KS/02**

Maklumat persepsi pelanggan tentang perkhidmatan organisasi hendaklah didokumenkan di dalam jadual mengikut **Lampiran A – Jadual Analisa Persepsi Pelanggan**

2.0

Melaksanakan Pemantauan Persepsi Pelanggan

Kajian Kepuasan Pelanggan Bagi Perkhidmatan Bantuan Kewangan, Bantuan Alat Tiruan dan Institusi Kanak-Kanak

Petugas Kaunter/ PYB hendaklah memberikan:-

1. **Borang Kajian Kepuasan Pelanggan** BK/KS/01 dan BK/KS/03 kepada setiap pelanggan,
2. **Borang Kajian Pendapat Pengguna** BK/KS/02 dan BK/KS/04 kepada penerima bantuan kewangan/ alat tiruan/ penghuni institusi kanak-kanak.

Setelah borang lengkap diterima, **Petugas Kaunter/ PYB** hendaklah mengumpul dan menyerahkan kepada **Ketua Pejabat** pada hari pertama setiap minggu bekerja.

Analisa Penghargaan/ Kata-kata Pujian

- Semua penghargaan atau pujian secara lisan/bertulis dikumpulkan oleh **PYB** dan diserahkan kepada **Ketua Pejabat**.
- **Petugas Kaunter/PYB** hendaklah merekodkan penghargaan yang diterima ke dalam **Borang Daftar Penghargaan** **BK01/KS/02**.

3.0

Membuat Analisa Kajian Kepuasan Pelanggan/ Kajian Pendapat Pengguna Termasuk Penghargaan/ Pujian

Pada awal tahun sebelum atau pada 15 Februari, **Ketua Pejabat/PYB** hendaklah membuat analisa dan penilaian Kajian Kepuasan Pelanggan/ Kajian Pendapat Pengguna dan penghargaan.

- Analisa menggunakan teknik statistik ***Analisis Deskriptif***

4.0

Menyediakan Laporan Analisa Kajian Kepuasan Pelanggan/ Kajian Pendapat Pengguna Termasuk Penghargaan/ Pujian

Ketua Pejabat/PYB hendaklah menyediakan laporan:-

1. Kajian Kepuasan Pelanggan,
2. Kajian Pendapat Pengguna dan,
3. Penghargaan (jika ada)

dalam tempoh 5 hari dari tarikh analisa dibuat.

Berdasarkan laporan tersebut, pembentangan hendaklah dilakukan oleh **Ketua Pejabat** semasa Mesyuarat Jabatan atau Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan (MKSP).

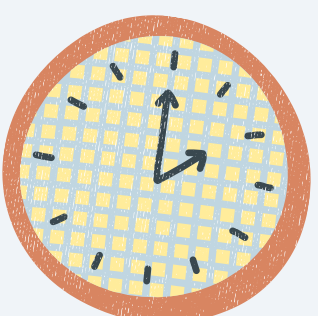
Sekiranya carta menunjukkan:-

- trend/prestasi yang **merosot** berbanding tahun sebelumnya maka keputusan tindakan pencegahan hendaklah dibuat mengikut **Prosedur Pengurusan Risiko (PK/KS/06)**.
- trend semasa **normal** berbanding dengan prestasi tahun sebelumnya, keputusan program penambahbaikan berterusan hendaklah dibuat mengikut **Prosedur Penambahbaikan Berterusan (PK/KS/07)**.

5.0

Kawalan Fail

Setelah laporan siap disediakan, **Pembantu Tadbir (PT)** hendaklah mengemaskini laporan tersebut ke dalam fail Pemantauan Persepsi Pelanggan dan dilabel dengan nombor siri 100/08/5/14.



PROSEDUR KAWALAN DOKUMEN

TUJUAN:

Memastikan semua dokumen yang digunakan dalam Sistem Pengurusan Kualiti (SPK) dikawal menerusi nombor pindaan terkini dan dokumen-dokumen terkini diedarkan ke semua lokasi yang menggunakannya bagi membolehkan operasi SPK dilaksanakan dengan berkesan.



SKOP:

Prosedur ini terpakai untuk semua dokumen sistem pengurusan kualiti termasuk dokumen kualiti dalaman dan dokumen kualiti luaran.



8 PROSEDUR KAWALAN DOKUMEN

1.0

Membangun/ Meminda Dokumen

- Sekiranya ada keperluan untuk membangun/meminda sesuatu dokumen yang sedia ada, **Pengarah Bahagian (PB)** atau **PYB** hendaklah menyedia/ meminda dokumen yang diperlukan dalam tempoh 60 hari dari tarikh arahan pindaan.
- Setelah dokumen siap dipinda/ disediakan, **PYB** hendaklah menghantar kepada **PB** untuk disemak.
- Semakan dibuat, **PB** hendaklah mengemukakan dokumen kepada **Pengarah Bahagian Kawalan Standard (P(KS))** dalam tempoh 5 hari bekerja dari tarikh dokumen siap.

2.0

Memuktamadkan Dokumen

- Setelah dokumen diterima, **P(KS)** hendaklah menyemak dokumen tersebut dalam tempoh 14 hari bekerja dari tarikh dokumen diterima.
- Sekiranya dokumen **tidak lengkap**, **PYB** hendaklah membuat pembetulan/penambahbaikan dalam tempoh 5 hari bekerja dari tarikh dokumen disemak.
- Dokumen lengkap dalam bentuk *soft copy* hendaklah dikemukakan melalui e-mel kepada **P(KS)**.

3.0

Meluluskan Dokumen

- Setelah semakan dibuat dan lengkap, **P(KS)** hendaklah menghantar dokumen tersebut dalam tempoh 3 hari bekerja dari tarikh dokumen siap disemak kepada mereka yang diberi kuasa untuk meluluskannya iaitu:
 1. Prosedur Kualiti oleh **Ketua Pengarah Kebajikan Masyarakat (KPKM)**; dan
 2. Arahan Kerja/ Garis Panduan/ Dokumen Sokongan lain-lain oleh **PB** (mana-mana yang berkenaan).

4.0

Mengemas Kini Senarai Induk

- Setelah dokumen diluluskan, **P(KS)** hendaklah mengemukakan dokumen asal/ dokumen induk kepada **Ketua Penolong Pengarah Cawangan Kualiti (KPP(KS)) / Penolong Pengarah Cawangan Kualiti (PP(KS)) / PYB**.
- Setelah dokumen yang diluluskan diterima, **KPP(KS)/ PP(KS)/ PYB** hendaklah mendaftar atau mengemas kini dokumen tersebut ke dalam Senarai Induk Dokumen dalam tempoh 3 hari bekerja dari tarikh dokumen diterima daripada **P(KS)**.

5.0

Mengedarkan Dokumen

- Setelah dokumen didaftarkan dalam Senarai Induk Dokumen, **KPP(KS)/ PP(KS)/ PYB** hendaklah mengenal pasti edaran dan menyediakan Matrik Pengagihan Dokumen (**Lampiran 1**) untuk Ibu Pejabat dan JKMN dalam tempoh 5 hari bekerja dari tarikh dokumen diluluskan.
- **KPP(KS)/ PP(KS)/ PYB** hendaklah mengenal pasti bilangan salinan untuk disediakan dan membuat salinan *single sided*; mengikut bilangan yang telah ditentukan untuk edaran Ibu Pejabat dan JKMN.

6.0

Kawalan Dokumen Kualiti Luaran

- Apabila dokumen kualiti luaran diterima, **P(KS)** hendaklah menentukan dokumen luaran adalah terpakai atau sebaliknya.
- Dokumen tersebut hendaklah didaftar dalam **Senarai Induk Dokumen**.

7.0

Kawalan Dokumen Usang

- Apabila dokumen terkini diedarkan kepada penerima/ pejabat, PD di Ibu Pejabat/ JKMN/ PKMD/ Institusi hendaklah serta-merta semua dokumen sebelumnya (dokumen usang) dipungut balik dari pejabat kerja.

8.0

Kawalan Fail

- Setelah dokumen usang dicapkan 'USANG' di semua muka surat, **PT(KS)** hendaklah serta-merta memasukkan dokumen usang ke dalam folder, disusun mengikut turutan tarikh.



Prosedur Audit Dalaman

Tujuan:

Memastikan Audit Dalaman dilaksanakan dengan cekap dan sistematik bagi menentukan keberkesanan sistem pengurusan kualiti MS ISO 9001:2015.

Skop:

Prosedur ini diguna pakai bagi Audit Dalaman yang diadakan di Ibu Pejabat/ JKMN/ Wilayah Persekutuan (JKMN)/ PKMD/ Jajahan (PejKMD) dan Institusi JKM.



1.0 MENYEDIA DAN MENGEDARKAN JADUAL TAHUNAN AUDIT DALAMAN

- **P(KS)** hendaklah menyediakan Jadual Tahunan Audit Dalaman yang meliputi Ibu Pejabat/ JKMN/ Wilayah Persekutuan (JKMN)/ PKMD/ Jajahan (PejKMD) dan Institusi JKM serta proses-proses dalam organisasi di awal tahun iaitu sebelum atau pada akhir bulan Februari tahun semasa.
- Setelah Jadual Tahunan Audit Dalaman disediakan, **P(KS)** hendaklah mengedarkan jadual tersebut kepada **PB/ PKMN** dalam tempoh 3 hari bekerja dari tarikh jadual siap disediakan.

2.0 MEMANTAU PERLAKSANAAN AUDIT DALAMAN

- Berdasarkan Jadual Tahunan Audit Dalaman yang diterima, **Penyelaras Kawalan Standard (PKS)** hendaklah memantau dan memastikan Audit Dalaman dijalankan pada bulan yang telah ditetapkan.

3.0 MEMILIH PASUKAN AUDIT DALAMAN

- Sebelum audit dijalankan, **PKMN** hendaklah membuat lantikan Ketua Juruaudit dan Juruaudit Dalaman dalam tempoh 1 bulan sebelum bulan audit.
- Setelah Pasukan Audit Dalaman dipilih, **PKS** hendaklah mengedarkan surat lantikan berserta Jadual Tahunan Audit Dalaman kepada **Ketua Juruaudit dan Juruaudit Dalaman** (yang berkaitan) dalam tempoh 3 hari bekerja dari tarikh lantikan dibuat.

4.0 MENYEDIA DAN MENGHANTAR PELAN AUDIT

- Apabila surat lantikan diterima, **Ketua Juruaudit** hendaklah mencadangkan tarikh audit dalaman dan menghubungi melalui e-mel PB/ Ketua Bahagian/ Pegawai Kebajikan Masyarakat Daerah/ Jajahan (PKMD)/ Ketua Institusi yang akan diaudit untuk mendapatkan persetujuan tarikh audit sekurang-kurangnya 10 hari bekerja sebelum tarikh audit yang dicadangkan.
- Setelah persetujuan tarikh audit dalaman diperolehi daripada **PB/ Ketua Bahagian/ PKMD/ Ketua Institusi**, **Ketua Juruaudit** hendaklah menyedia dan menghantar Pelan Audit melalui e-mel kepada mereka sekurang-kurangnya 5 hari bekerja sebelum tarikh audit.

5.0 MEMBUAT PERSEDIAAN AUDIT DALAMAN

- Setelah Pelan Audit diterima, **Ketua Juruaudit/ Juruaudit** hendaklah menyemak prosedur-prosedur/ dokumen-dokumen yang berkaitan dan menyediakan Senarai Semak dalam borang Nota Audit sekurang-kurangnya sehari sebelum tarikh audit.

6.0 MELAKSANAKAN KERJA-KERJA AUDIT

- Berdasarkan tarikh, masa dan tempat audit yang telah ditetapkan, **Ketua Pejabat** hendaklah mempengerusikan Mesyuarat Pembukaan Audit Dalaman.
- **Ketua Juruaudit/ Juruaudit** hendaklah melaksanakan audit berdasarkan Pelan Audit dan Senarai Semak dengan menggunakan teknik temu bual, pemerhatian dan pemeriksaan rekod/ dokumen/ bahan/ peralatan serta membuat catatan penemuan/ bukti-bukti audit dalam borang Nota Audit.

7.0 MENYEDIA DAN MENGELUARKAN LAPORAN AUDIT

- Setelah auditan selesai dilaksanakan, **Ketua Juruaudit dan Juruaudit** hendaklah berbincang dan mengkategorikan penemuan audit mengikut ketakakuran/ pemerhatian/ positif, dan melengkapkan rekod-rekod yang berkaitan.
- **Juruaudit** hendaklah menyerahkan semua rekod audit kepada **Ketua Juruaudit** dalam tempoh 3 hari bekerja dari tarikh audit selesai dilaksanakan.
- Seterusnya, **Ketua Juruaudit** hendaklah menyediakan Laporan Audit dalam tempoh 5 hari bekerja daripada tarikh audit selesai dilaksanakan.

8.0 MENJALANKAN MESYUARAT PENUTUPAN

- **Ketua Pejabat** hendaklah mempengerusikan Mesyuarat Penutupan Audit Dalaman dan **Ketua Juruaudit/ Juruaudit** membentangkan Laporan Audit.

9.0 MENGELUARKAN LAPORAN AUDIT

- Setelah **Mesyuarat Penutupan** diadakan, **Ketua Juruaudit** hendaklah serta-merta menyerahkan Laporan Audit, BTP, Laporan Pemerhatian dan Laporan Positif (jika ada) secara serahan tanga kepada **Ketua Pejabat** yang diaudit.

10.0 MENJALANKAN SIASATAN DAN MENENTUKAN TINDAKAN PEMBETULAN

- Apabila Laporan Audit diterima, **Ketua Pejabat** hendaklah serta-merta menjalankan siasatan penentuan punca-punca ketakakuran yang berlaku, membuat pembetulan (*correction*) dan tindakan pembetulan (*corrective action*) bagi ketakakuran yang dilaporkan dalam BTP mengikut Prosedur Tindakan Pembetulan (PK/ KS/ 05).

11.0 MENYEMAK KEBERKESANAN TINDAKAN PEMBETULAN YANG TELAH DIBUAT

- Apabila BTP yang dijawab balas oleh **Ketua Pejabat** (pihak auditi) diterima, **Ketua Juruaudit/ Juruaudit/ PYB** yang dilantik oleh **PKS** hendaklah menjalankan tindakan audit susulan bagi menyemak semula keberkesanan tindakan pembetulan yang telah diambil mengikut Prosedur Tindakan Pembetulan (PK/ KS/ 05).

12.0 KAWALAN FAIL

- Setelah Jadual Audit Dalaman Tahunan dan Senarai Semak diterima, **Pembantu Tadbir (PT)** yang dipertanggungjawabkan oleh ketua pejabat terhadap fail Audit Dalaman di setiap pejabat yang diambil hendaklah serta-merta memasukkan Jadual Audit Dalaman Tahunan dan Senarai Semak ke dalam fail Audit Dalaman, disusun mengikut turutan tarikh.
- Setelah fail Audit Dalaman dibuka atau dikemas kini, **PT** hendaklah serta-merta menyimpan fail berkenaan ke dalam kabinet berlabel **100/08/5/15**.

PROSEDUR TINDAKAN PEMBETULAN

TUJUAN

Memastikan siasatan sewajarnya dijalankan apabila ketakakuran dilaporkan dalam sistem pengurusan kualiti (SPK), pembetulan (correction) dan tindakan pembetulan (corrective action) yang sesuai ditentukan, dilaksanakan serta semakan keberkesanan tindakan pembetulan dikendalikan dengan berkesan.

SKOP

Prosedur ini diguna pakai untuk empat (4) kategori ketakakuran yang dilaporkan dalam SPK di Ibu Pejabat, jKMN/ Wilayah Persekutuan (JKMN), Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah/ Jajahan (PejKMD) dan Institusi Jabatan Kebajikan Masyarakat.

- a.Ketakakuran proses
- b.Ketakakuran audit dalaman
- c.Ketakakuran produk/ perkhidmatan
- d.Aduan ketidakpuasan pelanggan

13 PROSEDUR TINDAKAN PEMBETULAN

MENYEMAK KETAKAKURAN

1.0

- Apabila ketakakuran dilaporkan daripada proses kerja (prosedur atau dokumen sokongan), Audit Dalaman, ketakakuran produk/ perkhidmatan atau aduan ketidakpuasan pelanggan, pegawai-pegawai berikut hendaklah menyemak kesahihan ketakakuran tersebut sebelum Borang Tindakan Pembetulan (BTP) dikeluarkan.
- Bagi aduan ketidakpuasan pelanggan, staf yang berkenaan hendaklah mengisi Borang Aduan Pelanggan dan mengemukakankannya kepada **Pegawai Aduan/ PYB** untuk menyemak kesahihan aduan serta mendaftar aduan dalam Buku Daftar Aduan.

MENGELUARKAN BTP

2.0

- Setelah ketakakuran disemak dan didapati sahih/ berasas, pegawai-pegawai berikut hendaklah melengkapkan Penyataan Ketakakuran dalam Bahagian A dan menetapkan Tarikh Jawab Balas Pertama dalam BTP.
- Setelah Tarikh Jawab Balas Pertama ditetapkan, pegawai-pegawai seperti **Ketua Jabatan, Ketua Juruaudit, Pegawai Aduan/ PYB** hendaklah menghantar BTP kepada **Ketua Bahagian/ Unit** dalam tempoh 1 hari bekerja dari tarikh BTP dikeluarkan melalui serahan tangan atau e-mel.
- Sebelum BTP diedarkan, **Pengawal Dokumen (PD)** hendaklah membuat salinan BTP dan dikandung dalam fail Tindakan Pembetulan.

MENYIASAT PUNCA KETAKAKURAN

3.0

- Apabila BTP diterima, **Ketua Bahagian/ Unit** hendaklah menjalankan siasatan bagi mengenal pasti punca yang berkemungkinan menyebabkan berlakunya ketakakuran berkenaan, melalui temu bual kakitangan yang berkaitan dan meneliti rekod atau menilai proses yang berkaitan dalam tempoh 3 hari bekerja dari tarikh BTP diterima.
- Setelah siasatan selesai dijalankan, **Ketua Bahagian/ Unit** hendaklah melengkapkan laporan Hasil Siasatan Punca/ Sebabnya dalam Bahagian B, BTP dalam tempoh 1 hari bekerja dari tarikh siasatan selesai dijalankan.

MENILAI KEPERLUAN PEMBETULAN DAN TINDAKAN PEMBETULAN

4.0

- Berdasarkan hasil siasatan punca ketakakuran, **Ketua Bahagian/Unit** hendaklah membuat penilaian dan menentukan sama ada pembedulan dan tindakan pembedulan boleh dibuat bagi memperbetulkan ketakakuran tersebut dan memastikan ketakakuran yang sama tidak berulang di masa hadapan.

MENETAPKAN PEMBETULAN DAN TINDAKAN PEMBETULAN

5.0

- **Ketua Bahagian/ Unit** hendaklah menentukan Perancangan Pembedulan dalam Bahagian C1, BTP bagi menyingkirkan ketakakuran dan Perancangan Tindakan Pembedulan dalam Bahagian C2, BTP yang bersesuaian bagi menangani punca ketakakuran serta mengemukakan kepada pegawai seperti **Ketua Jabatan, Ketua Juruaudit, Pegawai Aduan/ PYB** untuk persetujuan dalam tempoh Tarikh Jawab Balas Pertama iaitu 14 hari dari tarikh BTP dikeluarkan.

MEMANTAU JAWAB BALAS PERTAMA BTP

6.0

- Berdasarkan Buku Daftar BTP, **PD** hendaklah memantau pemulangan BTP mengikut tempoh Tarikh Jawab Balas Pertama pada setiap hari Rabu.
- Sekiranya BTP tidak dikembalikan selepas 21 hari dari tarikh dikeluarkan, **PD** hendaklah mengeluarkan Peringatan Pertama (Pengembalian BTP) dan menghantar kepada **Ketua Bahagian/ Unit** berkenaan serta diikuti dengan panggilan lisan.

MENERIMA JAWAB BALAS PERTAMA BTP

7.0

- Para pegawai seperti **Ketua Jabatan, Ketua Juruaudit, Pegawai Aduan/ PYB** hendaklah menyemak Perancangan Pembedulan dan Perancangan Tindakan Pembedulan serta menurunkan tandatangan sokongan dalam Bahagian C1 dan C2 dalam tempoh 5 hari bekerja dari tarikh BTP diterima.
- Setelah Perancangan tersebut disokong, para pegawai tersebut hendaklah menetapkan Tarikh Jawab Balas Kedua dalam Bahagian D1 dan D2, BTP berdasarkan anggaran tarikh jangka siap yang diberikan oleh **Ketua Bahagian/ Unit**.

MELAKSANAKAN PEMBETULAN DAN TINDAKAN PEMBETULAN

8.0

- Berdasarkan perancangan pembetulan dan perancangan tindakan pembetulan yang telah ditetapkan, pegawai-pegawai yang dipertanggungjawabkan hendaklah melaksanakan pembetulan dan tindakan pembetulan dalam tempoh yang telah dipersetujui.
- Setelah pembetulan dan tindakan pembetulan dibuat, **Ketua Bahagian/ Unit** hendaklah melengkapkan Bahagian D1 dan D2, BTP serta mengemukakan kepada pegawai seperti **Ketua Jabatan, Ketua Juruaudit, Pegawai Aduan/ PYB** dalam tempoh Tarikh Jawab Balas Kedua.

MEMANTAU JAWAB BALAS KEDUA BTP

9.0

- Berdasarkan Buku Daftar BTP, **PD** hendaklah memantau pemulangan BTP mengikut tempoh Tarikh Jawab Balas Kedua pada setiap hari Rabu.
- Sekiranya BTP tidak diterima daripada **Ketua Bahagian/ Unit** selepas 7 hari, **PD** hendaklah mengeluarkan Peringatan Pertama (Pengembalian BTP) dan menghantar kepada **Ketua Bahagian/ Unit** berkenaan serta diikuti dengan panggilan lisan, dan maklumat panggilan lisan berkenaan hendaklah direkodkan dalam ruangan catatan di Buku Daftar BTP.

MENYEMAK KEBERKESANAN PEMBETULAN DAN TINDAKAN PEMBETULAN YANG TELAH DILAKSANAKAN

10.0

- Apabila rekod BTP diterima, **Ketua Jabatan/ Bahagian** hendaklah menetapkan tarikh semakan keberkesanan pembetulan dan tindakan pembetulan yang telah dilaksanakan iaitu kebiasaannya dalam tempoh 3 hingga 9 bulan dari tarikh tindakan dibuat, mengikut kes.
- Apabila tarikh semakan matang, **Ketua Jabatan/ Bahagian** hendaklah melantik **PYB/ juruaudit** untuk pergi ke tempat ketakakuran dan menyemak keberkesanan pembetulan dan tindakan pembetulan yang telah dibuat serta merekodkan laporan Penyemakan Keberkesanan Pembetulan dan Tindakan Pembetulan Yang Telah dilaksanakan dalam Bahagian E, BTP.

MELAKSANAKAN PEMBETULAN DAN TINDAKAN PEMBETULAN

11.0

- Setelah penyemakan keberkesanan tindakan pembetulan dibuat, **Ketua Jabatan/ Bahagian** hendaklah mengemas kini Matrik Isu proses yang berkenaan dan membuat penilaian risiko termasuk kajian kesan/ impak/ risiko atau peluang mengikut Prosedur Pengurusan Risiko (PK/ KS/ 06).

MEMBUAT PERUBAHAN/ PINDAAN KEPADA SISTEM PENGURUSAN KUALITI (JIKA PERLU)

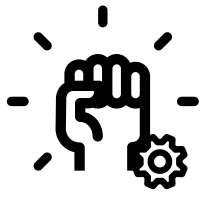
12.0

- Setelah penyemakan keberkesanan tindakan pembetulan dibuat dan didapati ianya adalah berkesan, **Ketua Jabatan/ Bahagian** hendaklah mengesahkan keperluan membuat perubahan bagi kaedah/ amalan dan kriteria, tanggungjawab dan kekuasaan atau sumber-sumber tertentu dengan membuat pindaan mengikut Prosedur Kawalan Perubahan (PK/ KS/ 09).

KAWALAN FAIL

13.0

- Setelah BTP dikeluarkan dan dibuat salinan, **Pembantu Tadbir (PT)** hendaklah dengan serta-merta memasukkan salinan BTP ke dalam fail Pembetulan, disusun mengikut turutan tarikh.
- Setelah fail Pembetulan dibuka atau dikemas kini, **PT** hendaklah dengan serta-merta menyimpan fail berkenaan ke dalam kabinet berlabel **100/08/05/16**.



PROSEDUR PENGURUSAN RISIKO

TUJUAN

Memastikan pengurusan risiko berdasarkan proses dilaksanakan dengan berkesan

SKOP

Prosedur ini boleh dipakai kepada semua fungsi dan proses yang berkaitan di dalam sistem pengurusan kualiti.



11 PROSEDUR PENGURUSAN RISIKO

1.0

Menentukan Skop Pengurusan Risiko

- Sebelum menjalankan pengurusan risiko, **Ketua Jabatan** hendaklah menentukan skop pengurusan risiko.

2.0

Menubuhkan Pasukan Pengurusan Risiko

Setelah skop pengurusan risiko ditentukan, **Ketua Jabatan/ Bahagian/ Unit** hendaklah:-

- menubuhkan satu pasukan pengurusan risiko yang terdiri dari staf fungsi bersilang/ mempunyai pengetahuan mengenai proses, perkhidmatan dan keperluan pelanggan serta,
- melantik **Ketua Pasukan Pengurusan Risiko (KPPR)** bagi setiap fungsi/ jabatan/ unit untuk menyelaraskan dan memantau perkembangan serta pelaksanaan pengurusan risiko.

3.0

Menentukan Isu-Isu Dalaman dan Luaran

Setelah pasukan fungsi bersilang ditubuhkan, **KPPR** bagi setiap fungsi/ jabatan/ unit hendaklah:-

- merancang dan melaksanakan perbincangan bagi menentukan isu-isu dalaman dan luaran (negatif/ positif) yang boleh memberi kesan kepada proses kerja mengikut perenggan 1 dan Nota 1 klausa 4.1, ISO 9001:2015.

4.0

Menjalankan Analisa Punca

Berdasarkan isu-isu yang telah ditentukan, **Pasukan Pengurusan Risiko** hendaklah:-

- menjalankan analisa punca dengan mengaitkan isu-isu (negatif dalaman dan luaran) yang mewakili sebab-sebab/ punca kepada isu-isu dalam bentuk mod kegagalan yang bakal/ telah berlaku (iaitu masalah/ kecacatan kepada proses atau perkhidmatan).

5.0

Melengkapkan Maklumat Pengenalan

Setelah analisis punca dijalankan, **KPPR** hendaklah melengkapkan maklumat dalam Jadual Penilaian Risiko (FMEA). Maklumat pengenalan merangkumi:-

1. Tajuk program, contoh Penilaian Risiko Sistem Pengurusan Kualiti;
2. No. Dokumen;
3. No. Pindaan;
4. Tarikh Berkuat Kuasa; dan
5. Nama Ahli Pasukan.

6.0

Menjalankan Analisa Risiko

Setelah maklumat pengenalan dilengkapkan, **KPPR** hendaklah:-

- memindahkan sebab-sebab/ punca daripada Rajah Tulang Ikan ke dalam Jadual Penilaian Risiko FMEA.
- mengetuai sesi percambahan fikiran (*brainstorming*) bagi melaksanakan analisa risiko berdasarkan data-data lepas/ pengalaman atau kajian *literature* (jika perlu) untuk mendapatkan Nombor Keutamaan Risiko (NKR).

7.0

Melaksanakan Penilaian Risiko

Setelah analisa risiko dijalankan dan NKR diperolehi, **KPPR** hendaklah:-

- melaksanakan penilaian risiko untuk menentukan risiko yang ketara dengan membuat perbandingan kiraan NKR dengan paras ambang (*threshold*) NKR.

8.0

Pelan Tindakan Menangani Risiko

Setelah risiko yang ketara dikenal pasti, **Pasukan Pengurusan Risiko** hendaklah:-

- menentukan dan merancang tindakan dalam jadual penilaian risiko FMEA bagi menangani risiko ke tahap yang lebih rendah/ boleh diterima/ di bawah paras ambang NKR.

9.0

Melaksanakan Pelan Tindakan

Setelah pelan tindakan disediakan **KPPR** hendaklah:-

- mendapatkan kelulusan daripada ketua cawangan/ bahagian.
- Pelan tindakan diluluskan, **KPPR** menyelaras dan memantau pelaksanaan tindakan mengikut tempoh yang ditetapkan oleh **PYB** seperti yang telah dikenal pasti dalam jadual penilaian risiko FMEA.

10.0

Menilai Keberkesanan Tindakan Yang Telah Diambil/ Penilaian Risiko Berterusan

Setelah tindakan untuk menangani Mod Kegagalan Yang Bakal/ Telah Berlaku, **KPPR** hendaklah:-

- merancang tarikh untuk membuat penilaian keberkesanan tindakan yang diambil.
- Berdasarkan tarikh yang dirancang untuk membuat penilaian keberkesanan dalam jadual penilaian risiko FMEA, **KPPR** hendaklah memantau tarikh akhir pelaksanaan penilaian.
- Berdasarkan tarikh akhir yang ditetapkan, **KPPR** hendaklah mengetuai pasukan pengurusan risiko menjalankan penilaian keberkesanan tindakan yang diambil dengan memberi penarafan keterukan (KT), kejadian (KB), pengesanan (PS) dan mengira semula NKR.

11.0

Kawalan Fail

- Setelah pengurusan risiko dipantau, **PYB** hendaklah memasukkan rekod-rekod berkaitan dokumen pengurusan risiko ke dalam fail Sistem Pengurusan Kualiti MS 9001:2015, disusun mengikut turutan tarikh.



PROSEDUR PENAMBAHBAIKAN BERTERUSAN

TUJUAN

Memastikan program penambahbaikan berterusan dikenal pasti dan dirancang serta dilaksanakan secara formal bagi memula dan melaksanakan penambahbaikan ke atas proses-proses dalam Sistem Pengurusan Kualiti (SPK).

SKOP

Prosedur ini diguna pakai ke atas semua proses yang dijalankan di Ibu Pejabat/ JKMN/ Wilayah Persekutuan (JKMN)/ Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah/ Jajahan (PejKMD) dan Institusi Jabatan Kebajikan Masyarakat.



4 PROSEDUR PENAMBAHBAIKAN BERTERUSAN

1.0

Memulakan Penambahbaikan Berterusan (klausula 10.3 ISO 9001:2015)

Berdasarkan data analisis seperti Jadual Data Analisis dan lain-lain sumber maklumat, **Ketua Bahagian/ Unit** hendaklah mengenal pasti kelemahan/ kekurangan bagi penambahbaikan berterusan.

2.0

Pelan Program Penambahbaikan

Apabila keperluan penambahbaikan ditentukan, **Ketua Bahagian/ Unit** hendaklah membincangkan cadangan tersebut bersama **Pengarah Bahagian (PB)/ Pengarah Kebajikan Masyarakat Negeri/ Wilayah Persekutuan (PKMN)**.

3.0

Melaksanakan Pelan Program Penambahbaikan

Setelah aktiviti yang dirancang selesai dilaksanakan, **PYB** hendaklah menyediakan laporan kemajuan sebagai bukti pelaksanaan aktiviti berkenaan dan membuat penilaian ke atas penambahbaikan yang dijalankan berbanding dengan situasi sebelum aktiviti penambahbaikan dilaksanakan.

4.0

Kawalan Fail

Pembantu Tadbir (PT) hendaklah serta-merta memasukkan salinan Pelan Program Penambahbaikan ke dalam fail Pembetulan, disusun mengikut turutan tarikh.



PROSEDUR ANALISA DATA DAN PENILAIAN

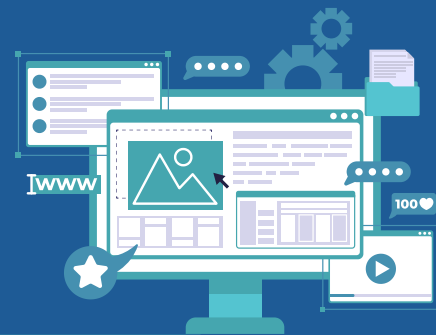
TUJUAN

Memastikan data (statistik) yang sesuai dalam Sistem Pengurusan Kualiti ditentukan, ditakrif dan didokumenkan, serta dikumpul dan dianalisa pada sela (*interval*) yang ditetapkan dengan berkesan untuk membuat penilaian bagi mengenalpasti penambahbaikan berterusan atau ketakakuran yang bakal berlaku untuk tindakan pencegahan.

SKOP

Prosedur ini diguna pakai bagi semua proses dalam Sistem Pengurusan Kualiti di Ibu Pejabat/ JKMN/ Wilayah Persekutuan (JKMN)/ Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah/ Jajahan (PejKMD/ J) dan Institusi Jabatan Kebajikan Masyarakat.

5 PROSEDUR ANALISA DATA DAN PENILAIAN



MENENTU DAN MENTAKRIF DATA KHUSUS YANG BERSESUAIAN

Berdasarkan Peta Proses. Ketua Pengarah Kebajikan Masyarakat (KPKM) bersama Pengarah Bahagian hendaklah:-

- menentu, mentakrif dan mendokumentasikan data khusus yang bersesuaian termasuk kekerapan, tanggungjawab dan kaedah analisis dalam Jadual Analisis Data.

1.0

2.0

MENGUMPUL DAN MENGANALISA DATA

Berdasarkan data-data yang telah ditentu dan ditakrifkan, **PYB** hendaklah:-

- mengumpul, menyusun dan membuat analisa setiap data yang berkaitan mengikut sela masa yang telah ditetapkan.
- menghantar carta tersebut melalui serahan tangan atau e-mel untuk dibuat kesimpulan yang bersesuaian sama ada data tersebut menunjukkan trend yang menurun, meningkat atau mendatar.



3.0

MEMBUAT KEPUTUSAN PENAMBAHBAIKAN BERTERUSAN ATAU PENGURUSAN RISIKO (TINDAKAN PENCEGAHAN) (JIKA ADA)

Berdasarkan data/ carta yang telah dianalisa, **PB/ PKMN/ PKMD/ Ketua Institusi** yang berkenaan hendaklah:

- menilai sama ada penambahbaikan berterusan boleh dibuat; atau
- mengenal pasti ketakakuran yang bakal berlaku untuk menentukan tindakan pencegahan melalui Pengurusan Risiko.



MEMBENTANG LAPORAN ANALISIS DATA DAN PENILAIAN

4.0

Semasa Mesyuarat Kaji Semula Pengurusan (MKSP) dijalankan, **PB/ PKMN/ PKMD/ Ketua Institusi** yang berkenaan hendaklah membentangkan Laporan Analisis Data mengikut Jadual Analisa Data.



5.0

KAWALAN FAIL

- Setelah data selesai dianalisa dan dibuat penilaian, **PYB** hendaklah memasukkan carta yang dianalisa dan dinilai dalam folder yang dilabelkan.
- **Pembantu Tadbir (PT)** hendaklah serta-merta menyimpan folder berkenaan ke dalam kabinet berlabel 'Analisa Data <Tahun>'.



Prosedur Pengurusan Perubahan

Tujuan

Memastikan perubahan kepada proses dalam sistem pengurusan dibuat penilaian perubahan yang sewajarnya ke atas kesan/akibat kepada perkhidmatan, organisasi (termasuk proses dan proses yang berkaitan) dan pelanggan sebelum perubahan boleh dilaksanakan.

Skop

Prosedur ini diguna pakai untuk mengurus semua perubahan dalam kaedah dan kriteria, tanggungjawab, orang, peralatan dan bahan dalam semua fungsi/bahagian/ unit dalam organisasi.

6 Prosedur

PENGURUSAN PERUBAHAN

1.0

NOTIFIKASI PERUBAHAN

PYB di peringkat pusat atau di JKMN/PKMD/J/B hendaklah menyediakan borang Permohonan Perubahan (PP) sekurang-kurangnya 2 minggu sebelum tarikh pelaksanaan perubahan.

2.0

MEMBUAT PENILAIAN IMPAK/ULASAN PERUBAHAN

- Berdasarkan Borang PP yang diterima, **PB/ PYB** hendaklah membuat penilaian impak terhadap perubahan.
- **PB/PYB** hendaklah merujuk semua dokumen/ laporan sokongan yang berkaitan (jika ada).

3.0

KEPUTUSAN PERMOHONAN PERUBAHAN

- Selepas ulasan dibuat, **PB/ PYB** hendaklah mengemukakan cadangan perubahan tersebut kepada **TKPS/ KPKM**.
- **TKPS/ KPKM** hendaklah menyemak dan membuat keputusan dalam tempoh 7 hari bekerja.

4.0

PELAKSANAAN PERUBAHAN

Setelah Borang PP diulas dan diluluskan, **Penyelaras** di peringkat Bahagian atau **PYB** hendaklah mengkoordinasi dan memantau pelaksanaan perubahan (berdasarkan pelan perubahan yang telah diluluskan) pada sela 2 minggu sekali.

5.0

KAJI SEMULA KEBERKESANAN PELAKSANAAN PERUBAHAN

Apabila semua aktiviti perubahan telah dilaksanakan, pemilik sistem atau penyelaras projek hendaklah membuat kaji semula keberkesanan perubahan yang telah dilaksanakan.

6.0

KAWALAN DOKUMEN

Setelah Borang PP diluluskan oleh PB, **Pembantu Tadbir** hendaklah memfailkan Borang PP mengikut nombor indeks di dalam fail yang berlabel Sistem Pengurusan Kualiti ISO 9001:2000 (100/08/5/14) serta merta.

PROSEDUR PEMANTAUAN DAN PENGUKURAN OBJEKTIF KUALITI



TUJUAN

Memastikan penilaian Objektif Kualiti dilaksanakan dengan berkesan, dipantau dan diukur secara konsisten untuk mencapai nilai-nilai yang ditentukan.

SKOP

Prosedur ini diguna pakai bagi semua Objektif Kualiti yang telah ditetapkan dalam setiap prosedur.



5 PROSEDUR

PEMANTAUAN DAN PENGUKURAN OBJEKTIF KUALITI

1.0 MENGUMPUL DATA PENCAPAIAN OBJEKTIF KUALITI

- **PYB** hendaklah membuat laporan analisis pencapaian objektif kualiti mengikut tempoh yang ditetapkan.
- Apabila analisis diterima, **Ketua Bahagian/ Unit** hendaklah membuat semakan dan mengesahkan laporan pencapaian objektif kualiti tersebut dalam tempoh 5 hari bekerja.

2.0 MENYEDIAKAN LAPORAN PENCAPAIAN OBJEKTIF KUALITI

Setelah analisis pencapaian objektif kualiti diterima, **Ketua Jabatan/ Bahagian** hendaklah menyediakan laporan pencapaian objektif kualiti yang mengandungi perkara-perkara seperti berikut:

1. analisis pencapaian objektif kualiti;
2. tindakan susulan yang perlu diambil; dan
3. cadangan penambahbaikan (jika perlu)

3.0 MENENTU DAN MELAKSANAKAN PEMBETULAN DAN TINDAKAN PEMBETULAN (JIKA ADA)

- Bagi keputusan objektif kualiti yang **tidak mencapai sasaran** yang ditetapkan, **Ketua Jabatan/ Bahagian** hendaklah menghubungi **Ketua Unit** berkenaan bagi membuat semakan dan pengesahan.
- Sekiranya **disahkan betul**, **Ketua Jabatan/ Bahagian** hendaklah mengeluarkan Borang Tindakan Pembetulan kepada **Ketua Unit** berkenaan bagi menyiasat punca, menentu dan melaksanakan pembetulan dan tindakan pembetulan mengikut Prosedur Tindakan Pembetulan (PK/ KS/ 05).

4.0 MEMBENTANG LAPORAN PENCAPAIAN OBJEKTIF KUALITI

Semasa Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan (MKSP) dijalankan, **PB/ PKMN/ PKMD/ Ketua Institusi** yang berkenaan hendaklah membentangkan Laporan Pencapaian Objektif Kualiti.

5.0 KAWALAN FAIL

Setelah pencapaian objektif kualiti selesai dibuat penilaian, **PYB** hendaklah memasukkan Jadual Pencapaian Objektif Kualiti dalam folder yang dilabelkan, contoh 'Objektif Kualiti – Tahun 2019, bagi setiap Jabatan/ Bahagian masing-masing.