

MESYUARAT KAJIAN SEMULA PENGURUSAN (MRM) 2016

MS ISO9001:2008 PPSP

TARIKH : 9 Januari 2017

MASA : 9.00 pagi

TEMPAT : Bilik Persidangan PPSP

SENARAI KEHADIRAN:

(LAMPIRAN A)

AGENDA 1: PENGESAHAN MINIT MESYUARAT KAJIAN PENGURUSAN SEMULA (MRM) YANG LALU (28HB JANUARI 2016)

Ahli mesyuarat mengesahkan minit mesyuarat MRM 2015 lalu tanpa sebarang pindaan.

AGENDA 2: PERKARA BERBANGKIT

JABATAN	ISU	KEPUTUSAN MRM 2015	STATUS/TINDAKAN TERKINI
Blok Pembelajaran Dan Sumber Pelajar (BPSP)	Objektif Kualiti tidak dapat diukur.	Objektif Kualiti tidak dapat diukur.	Tidak dapat ditutup kerana kekurangan staf. Sedang dalam proses permohonan melalui PPKT untuk menambahbaik sistem

			<p>tempahan www.medic.usm.my/e-bsp yang sedia ada agar fungsi <i>scanner</i> boleh digunakan bagi memudahkan tempahan dilakukan.</p> <p>Keputusan:</p> <p>Tidak boleh bergantung kepada PPKT semata-mata, kerana BPSP adalah dibawah tanggungjawab TDA, sebaliknya perlu berusaha untuk mencari jalan penyelesaian sendiri.</p>
Unit Biostatistik	Komputer pejabat am	Pengurusan tertinggi mengumumkan sebanyak 20 komputer baharu akan diperolehi, namun agihan komputer tersebut masih belum ditetapkan.	Komputer masih belum diperolehi. Buat masa sekarang, staf mengguna komputer yang dipinjam daripada makmal statistik.
	Pensyarah terpaksa berkongsi bilik	Pengurusan tertinggi mengambil maklum (Minit 9, keperluan ruang).	Dr Wan Arfah Nadiah yang merupakan pensyarah baharu di Unit, masih belum mendapat bilik pensyarah. Buat masa sekarang, beliau berkongsi bilik

			<p>dengan pensyarah lain di Unit Biostatistik.</p> <p>Dr Siti Azrin dan Dr Najib Majdi diberi bilik sementara di Pusat Trauma, Jabatan Kecemasan.</p> <p>Dr. Kueh Yee Cheng telah mendapat bilik di Unit Sains Sukan dahulu (sebelum ke PPSK).</p>
	<p>Pengajaran dan pembelajaran - Keperluan bilik pelajar dan</p> <p>Jurukomputer</p>	<p>Pengurusan tertinggi mengambil maklum (Minit 9, keperluan ruang; Perkara 6).</p>	<p>Permohonan telah dilakukan dalam surat yang bertarikh 29/9/2014.</p> <p>Masih tiada tindakan daripada pengurusan.</p>
	<p>Pengajaran dan pembelajaran – Makmal komputer - Komputer yang ada tidak dapat berfungsi dengan baik untuk pembelajaran – spesifikasi yang tidak sesuai dengan kegunaan sekarang.</p>	<p>Pengurusan tertinggi mengambil maklum (Perkara 5).</p>	<p>Komputer baharu masih belum diperolehi. Komputer yang ada sekarang telah diupgrade RAM, tetapi masih belum optimum untuk kegunaan pengajaran dan peperiksaan kerana <i>hardware</i> yang lama (contoh USB 2.0).</p>

FISIOLOGI	Bilik pensyarah bagi pensyarah yang baru menamatkan pengajian	Masih menunggu	Selesai
	Memerlukan sebuah PC yang baru di bilik tutorial jabatan kerana PC yang sedia ada telah rosak. PPKT telah memaklumkan yang ianya tidak dapat dibaiki lagi dan perlu memohon untuk diganti.	Masih menunggu	Selesai
PATOLOGI	<p><i>Teaching facilities and infrastructure</i></p> <p>Kekurangan <i>mikroskop multiviewer</i> untuk tujuan pembelajaran</p>	Surat permohonan telah diluluskan dan kini sedang dalam proses pembelian.	<p>Masih menunggu dan sangat memerlukan.</p> <p>1. Permohonan telah mendapat kelulusan mesyuarat Exco Dekan pada 30/11/2014- pembelian <i>Multiviewer Mikroskop</i> dimasukkan dalam Peruntukan Tabung Pembangunan Siswazah 2015. Sebutharga telah diberikan (Leica DM2500 Compound Research <i>Microscope with Multiviewing Attachment for 10 Persons</i>: Harga seunit RM 145,000)-13 Oktober 2014.</p>

		<p>Keputusan: kelulusan pada akhir tahun lepas. Bendahari akan membuat pembelian selepas tender.</p> <p>2. Tindakan susulan: 21 September 2015-peruntukan yang ada sangat kecil jumlahnya untuk pembelian mikroskop. Jadi, peruntukan pembelian dibawa ke tahun 2016.</p> <p>3. Makluman terkini: 17 Januari 2016- Encik Amyrulhan Azhari (Penolong Pendaftar Bahagian Pengajian Siswazah, PPSP) telah memaklumkan bahawa pembelian mikroskop adalah bergantung kepada kemampuan peruntukan kewangan sebenar yang akan diterima nanti bagi tahun 2016</p> <p>4. Untuk tahun 2016 susulan dibuat-quotation harga untuk</p> <p>5 <i>Headed Multiviewer Microscope</i> telah diluluskan berjumlah RM92,500.00 (Mikroskope BX53 and <i>60x with Multiviewer Tilting Binocular</i>) Di Bawah Geran</p>
--	--	--

			<p>Pembangunan Siswazah (Tarikh 27 April 2016)</p> <p>5. Susulan terkini pada bulan November 2016, pihak Jabatan Patologi dimaklumkan bahawa peruntukan kewangan sebenar tidak mencukupi untuk pembelian tersebut.</p>
Jabatan Perubatan Masyarakat	Isu penyaman udara di bilik pensyarah	Permohonan telah dibuat.	<p>Selesai.</p> <p>Jabatan telah menerima <i>split air-cond</i> yang dimohon.</p>
Timbalan Dekan Penyelidikan	<p>PENCAPAIAN OBJEKTIF KUALITI PENGURUSAN PENYELIDIKAN -<i>The total publication in indexed journals should be at least twice the number of eligible academic staff</i> selalu tidak tercapai disebabkan cara</p>	Objektif kualiti yang lebih relevan akan dibuat	<p>Objektif kualiti yang baru telah digunakan iaitu:</p> <p><i>At least 60% of eligible academic staff publish paper in indexed journal (25 Mei 2016)</i></p>

	pengiraan yang agak keliru dan kompleks		
Siswazah	<p>Objektif kualiti telah diukur dan dibentangkan semasa MRM. Timbul isu kesesuaian objektif kualiti yang ditetapkan sekarang.</p> <p>Terdapat kekeliruan dalam menentukan objektif kualiti 2 dan 4, samada kuantiti atau kualiti yang dipentingkan.</p> <p>Sementara itu bagi objektif 5, penambahbaikan perlu dilakukan untuk melibatkan kerja kursus, MMed juga.</p>	<p>Dekan mencadangkan TDPSL</p> <p>Imenetapkan objektif kualiti yang baharu dan menyelaraskan dengan setiap jabatan</p>	Objektif kualiti yang baru telah digunakan bermula Mei 2016

AGENDA 3: LAPORAN AUDIT

A. *RE-CERTIFICATION AUDIT* OLEH SIRIM PADA 14-16 MAC 2016

MR memaklumkan bahawa semua bukti tindakan pembetulan telah diserahkan kpd SIRIM dan NCR ditutup pada 22 Mac 2016. Pensijilan telah dilanjutkan sehingga 14 September 2018.

Perincian hasil audit adalah seperti berikut:

NCR = 1

OFI = 9 (klausa 5).

NCR	Punca Ketidakpatuhan	Tindakan Pembetulan
NCR 1 (FZ-1): <i>guidelines on the use of SIRIM QAS International Management System certification Mark</i> <i>The organization does not use the certification mark as per guideline</i>	Setelah disiasat, pegawai yang ditugaskan untuk merekacipta template untuk letterhead dan lamanweb tidak memahami garis panduan meletakkan 'SIRIM QAS International Management System certification Mark'	Mulai dari sekarang semua letterhead yang digunakan di PPSP dan lamanweb PPSP telah menggunakan <i>SIRIM QAS International Management System certification Mark</i> ' mengikut garis panduan yang ditetapkan. Untuk mengelakkan perkara ini berulang, mereka yang bertanggungjawab dalam penyediaan <i>template letterhead</i> dan web akan dimaklumkan tentang penggunaan logo yang betul mengikut garis panduan (Bukti- laman web dan letterhead/memo PPSP)

OFI - (FZ-1 – 2; (7.1 (b), 7.5.1 (e); MNT – 6 (6.3, 7.4.1.+8.4d+8.5.1, 8.2.2, 8.5.2, 7.3.2, 8.4&8.5.1)

		Tindakan	Status
<p>Clause 7.1(b) Planning of product realization.</p> <p><i>The organization needs to ensure comprehensive coverage including consistency of the establishment of the processes and the relevant documentation in the QMS</i></p>	<p>Proses kerja di Mesyuarat bersetuju agar maklumat berkaitan prosedur sebenar Pejabat Penyelidikan di PPSP dapat diterima oleh SIRIM iaitu terdapat had dan sekatan pentadbiran dalam prosedur pengurusan penyelidikan, di mana bahagian inovasi dan pengkormesilan sebenarnya di bawah seliaan Pejabat Inovasi, USM</p>		
<p><i>a. Macro Process Map for research output for Commercialization product, however relevant flowchart only until publication for the granted research</i></p>	<p>Mesyuarat bersetuju agar <i>process map</i> berkenaan dapat ditambah baik.</p>	<p>Timbalan Dekan Penyelidikan/Pejabat R&D</p>	<p>Selesai</p>
<p><i>b. Design and development of curriculum needs to be submitted to regulatory bodies for approval but the Appendix 8 only addressed until endorsement by USM senate</i></p>	<p>Mesyuarat bersetuju agar carta process map berkenaan ditambahbaik. Proses yang melibatkan senat (seperti kelulusan LGU, MQA) perlu dimasukkan secara umum tetapi tidak perlu pendetailan kerana diluar tanggungjawab PPSP.</p>	<p>Timbalan Dekan Akademik/Pejabat akademik; Timbalan Dekan Pengajian Siswazah dan Latihan</p>	

		Ikhtisas/Pejabat Siswazah	
<i>c. Handling of conjoint paper for postgraduate student</i>	<p>Bhg Siswazah perlu menyatakan dengan jelas kawalan/mekanisme untuk pengendalian soalan diantara jabatan yang melibatkan Conjoint Board.</p> <p>Jabatan Patologi:</p> <p>TDS:</p> <p>- Isu berbangkit dari Jabatan yang terlibat dengan <i>Conjoint Board</i>.</p> <p>Cadangan : Wujudkan garis panduan bagi proses kerja berkenaan.</p>	<p>Timbalan Dekan Pengajian Siswazah dan Latihan Ikhtisas/Pejabat Siswazah</p> <p>Program Conjoint MPath/MMed</p>	<p>Perlu melibatkan semua HOD terlibat memandangkan proses pengendalian soalan peperiksaan oleh <i>conjoint</i> berkaitan.</p>
<i>d. Evaluation of external supervisor for post graduate</i>	<p>Hal ini telah diberi perhatian dan dalam tindakan Bhg. Siswazah. Penilaian akan ditambahbaik selaras dengan proses kurikulum baru (CURE) yang diwujudkan.</p> <p>Dekan: Mungkin boleh wujudkan penilaian dari pelajar sendiri terhadap external & internal supervisor (360 degree analysis).</p> <p>Cadangan projek kpd GRA.</p>	<p>Timbalan Dekan Pengajian Siswazah dan Latihan Ikhtisas/Pejabat Siswazah</p>	
<i>e. Mechanisms to handle the material from students in order to secure knowledge</i>	<p>Ketua Jabatan/unit</p> <p>Patologi: Jabatan akan wujudkan fail dropbox bagi menyimpan softcopy</p>	<p>MR dan semua Ketua Jabatan</p>	<p>Telah diambil maklum dan sedang dalam tindakan</p>

	<p>syarahan/pembentangan CME dan sesi pengajaran yang berkaitan.</p> <p>Ini adalah penekanan kepada clause <i>knowledge sharing</i> selaras dengan perubahan versi ISO2015.</p>		
<i>f. Monitoring of postgraduate students for research mode</i>	<p>Telah ada mekanisma pemantauan diperingkat IPS. Penyelia akan mengisi laporan kemajuan pelajar secara <i>online</i> setiap 6 bulan dan pemantauan pelajar adalah di bawah tanggungjawab penyelia. Mengikut system sekarang, bagi kes yang tidak menunjukkan laporan yang baik akan dimaklumkan kepada dekan. Pemakluman tentang kes bermasalah</p> <p>PG perlu bincangkan samada perlu diwujudkan CP diperingkat Jabatan.</p> <p>Boleh disesuaikan dengan proses kerja sedia ada di Siswazah.</p>	TDPSLI/Siswazah	Perlu penglibatan Ketua Jabatan
3.2. Clause 7.5.1.e Control of production and service provision	<i>Vetting committee (central and department)/</i> Unit Peperiksaan perlu memperkemas prosedur berkaitan.	JK Pengajian Siswazah/Bahagian Akademik/Jabatan	
<i>Needs to improve relevant recording and monitoring of the staffs including service providers (maintenance of photocopier) to ensure security and integrity of Bilik Kebal, Chubbsafe</i>	SIRIM menyarankan agar PPSP menyemak semula proses pengendalian kertas peperiksaan. Terdapat kes di mana ada orang luar yang menjalankan perkhidmatan membaiki /servis mesin fotostat yang masuk sendiri ke bilik exam, tanpa diiring oleh staf PPSP.	Unit Peperiksaan & Bahagian Pentadbiran	

<p><i>and conflict of interest and non-disclosure and confidentiality agreement (NDCA)</i></p>			
<p>3.3. Clause 6.3. Infrastructure</p> <p><i>Ensure all relevant process equipment (Both hardware and software) have preventive maintenance schedule, monitored and carried out.</i></p>	<p>Isu <i>Safety Box</i> (Unit Exam) yang tiada rekod servis penyelenggaraan lengkap.</p> <p>Tindakan susulan untuk menambahbaik kemudahan ini mestilah dilakukan.</p>	<p>Ketua Penolong Pendaftar(pejabat pentadbiran)/Ketua Jabatan/Unit</p>	
<p>3.4. Clause 7.4.1 , 8.4 (d) + 8.5.1. Purchasing process, Data analysis of suppliers and continual improvement</p> <p><i>Service providers (esp maintenance service) reevaluated, analysed and any continual improvement could be made</i></p>	<p>Audit mendapati tiada analisis yang dilakukan terhadap penyedia atau pembekal perkhidmatan.</p> <p>Mesyuarat mencadangkan ia dijadikan projek penambahbaikan GRA, di mana maklumat yang dihasilkan boleh menjadi tanda aras kepada tindakan penambahbaikan bagi semua pembekal yang berurusan dengan PPSP.</p>	<p>Ketua Penolong Pendaftar(pejabat pentadbiran) /Ketua Jabatan/Unit</p>	

<p>3.5. Clause 8.2.2. Internal audit – Chief/Deputy chief internal auditor</p>	<p><i>Chief/Deputy Chief internal auditor</i></p> <p>MR dan CIA telah merancang kursus yang berkaitan untuk penambahbaikan pada Audit Dalaman nanti</p>		
<p><i>a. Both audit plan and internal audit checklist need to be enhance to ensure complete coverage (consistency/adequate and minimal crossover)</i></p>	<p>CIA perlu memaklumkan dengan lebih jelas kepada auditor tentang keperluan check list ini.</p>	<p>MR/CIA</p>	
<p><i>b. Handling of NCR – Root causes investigation, corrective action and f/u verification are recorded in NCR in detail/implementation of CA/Effectiveness of CA</i></p>	<p>Audit mendapati NCR tindakan lebih kepada <i>correction</i> saja tapi tidak <i>corrective action</i>. Oleh itu perlu banyak penerangan kepada juruaudit Audit Dalaman</p>	<p>MR/CIA</p>	
<p><i>c. SFI should be f/u to ensure immediate correction has been taken and closed.</i></p>	<p>MR menyarankan agar format semula borang OFI supaya ada bukti tindakan di ambil akan turut DICATATKAN</p>	<p>CIA/CDC</p>	<p>Selesai</p>
<p>3.6. Clause 8.5.2. Corrective action including customer complaint</p>	<p>JK Kajian Kepuasan Pelanggan</p> <p>Antara penambahbaikan yang dilakukan ialah memperkemas pengendalian CAF oleh</p>		

	secretariat dengan melantik seorang AJK untuk memantau pengurusan CAF ini.		
<i>a. Procedure needs refinement to reflect current situation</i>			
<i>b. Effective handling of complaint and recorded including monitoring of each complaint at each department/unit level</i>	<p>Rekod aduan pelajar selepas posting perlu diselaraskan oleh pihak pusat (sama ada Bhg Akademik atau JK Aduan Pelanggan)</p> <p>JK Piagam Pelanggan disaran agar mempercepatkan cadangan penggabungan dengan satu JK pusat di PTJ Pengarah Kampus.</p> <p>Sekretariat kualiti perlu menyediakan <i>trend analysis</i> berkaitan bagi memberi gambaran asas kepada pihak Pengurusan.</p>	Sekretariat Kualiti/ JK Piagam Pelanggan	Selesai
<i>c. Weakness in handling of CAF- (process/product non conformities) – not following standards requirement, 8.2.2 (b)</i>	<p>Rekod-rekod NCP, CAF, PAF, Kepuasan pelajar perlu diwujudkan secara berasingan dan di berikan PIC utk setiap rekod agar proses kemaskini dan kawalah sentiasa terjamin.</p> <p>Untuk CAF, asingkan borang CAF mengikut sumber ketidakpatuhan (contoh: sama ada dari NCP, kepuasan pelajar, etc).</p> <p>Wujudkan data analisis <i>trend</i> untuk data (bilangan/tahun) kepuasan pelajar.</p>	CIA/CDC	

<p>3.7. Clause 7.3.2. Customer communication</p> <p><i>Effective communication- result of outcome of investigation shall be evident and has been feedback to client</i></p>	<p>Borang untuk tindakan hal berkaitan customer complaint perlu diadakan seperti prosedur pelaporan CAF i.e. akhirnya ada bukti tindakan pembetulan dan hingga dimaklum hasil tindakan kepada pelanggan.</p> <p>Seperti yang dipersetujui, suatu papan kenyataan berkaitan akan dipamerkan di Sekretariat Kualiti PPSP</p>	<p>JK kajian Kepuasan Pelanggan/ Sekretariat Kualiti.</p>	
<p>3.8. Clause 8.4 & 8.5.1. Analysis of data and continuation of improvement</p> <p><i>Appropriate conclusion shall be made to determine whether continual improvement could be made for all relevant data analysed (Customer complaint, Quality objectives, conformity to product requirements, CPD (12%) etc)</i></p>	<p>SIRIM mencadangkan agar semasa MRM perlu membentangkan <i>major continual improvement</i> yang berlaku di PPSP, seperti proses kurikulum review utk MD yang melibatkan perubahan besar dalam P&P, proses pengendalian peperiksaan (Unit Peperiksaan) dan projek penambahbaikan di Bahagian Pentadbiran.</p> <p>Dekan memaklumkan bahawa ia tidak dibentangkan pada MRM kerana baru diperingkat perancangan.</p> <p>Sekretariat juga perlu menyemak perkara yang berulang-ulang dibangkitkan dalam minit MRM. Jika perlu, format Minit MRM perlu diubahsuai, setiap agenda spt objektif kualiti yg tak tercapai, NCP, Ketidakpuasa pelanggan; tindakan pembetulan dinyatakan untuk agenda/minit masing-masing, berbanding sekarang di mana dikumpul semua dibawah Agenda CAF.</p>	<p>MR</p>	

	Auditor juga memaklumkan bahawa CAF tidak boleh digunakan semata-mata untuk meningkatkan pencapaian objektif kualiti tetapi apaya yang penting ialah bagi setiap pengukuran yang dilakukan, adakah tindakan pembetulan yang dilakukan tersebut menunjukkan peningkatan hasil atau sebaliknya.		
--	---	--	--

LAPORAN AUDIT DALAMAN YANG TELAH DIADAKAN PADA 22 OGOS – 5 SEPTEMBER 2016.

(LAMPIRAN B)

SKOP:

1. Memastikan sistem pengurusan kualiti (SPK) yang meliputi aspek pengajaran, pembelajaran dan peperiksaan serta pengurusan penyelidikan dijalankan secara berkesan dan menepati semua keperluan MS ISO 9001:2008 dan keperluan lain yang telah ditetapkan oleh Pusat Pengajian Sains Perubatan (PPSP).
2. Membuat penilaian terhadap manual kualiti, prosedur teras (*core procedure*), dokumen rujukan, arahan kerja, perjalanan proses kerja, kefahaman staf dan aspek persekitaran kerja.

STANDARD YANG DIGUNA PAKAI:

1. MS ISO 9001:2008 *QMS Requirements*
2. Prosedur
3. Perundangan /akta berkaitan (contohnya: Akta Universiti)
4. Keperluan lain yang berkaitan seperti MQA

PROGRAM AUDIT DALAMAN:

Program audit dalaman diselaraskan oleh Ketua Juruaudit Dalaman (CIA), En. Azhar Ahmad bersama Timbalan Ketua Juruaudit Dalaman (DCIA), Dr. Nik Rosmawati Nik Hussin. Sebanyak 40 jabatan/unit/program/pejabat telah diaudit sepanjang tempoh audit dalaman yang melibatkan seramai 73 juruaudit dalaman (18 pasukan).

RUMUSAN:

Audit dalaman telah dijalankan dengan jayanya. Walau bagaimanapun masih terdapat beberapa jabatan dan unit lewat menutup NCR yang telah diberikan. Kelemahan dalam mencari punca penyebab, mengusul cadangan pembedahan dan cadangan pencegahan nampak masih ketara bagi sesetengah jabatan/unit. Walau bagaimanapun secara amnya, berdasarkan penurunan bilangan NCR tahun demi tahun memberi petunjuk sistem pengurusan kualiti MS ISO 9001:2008 PPSP bertambah baik.

AGENDA 4: SEMAKAN POLISI KUALITI DAN OBJEKTIF KUALITI

A. VISI, MISI DAN MOTO PUSAT PENGAJIA SAINS PERUBATAN

VISION

Medicine for sustainable tomorrow.

MISSION

To provide a globally-recognised and locally-effective medical education and health care that adheres to the highest standards and to lead translational research for a sustainable ecosystems.

MOTO

Compassionate professional

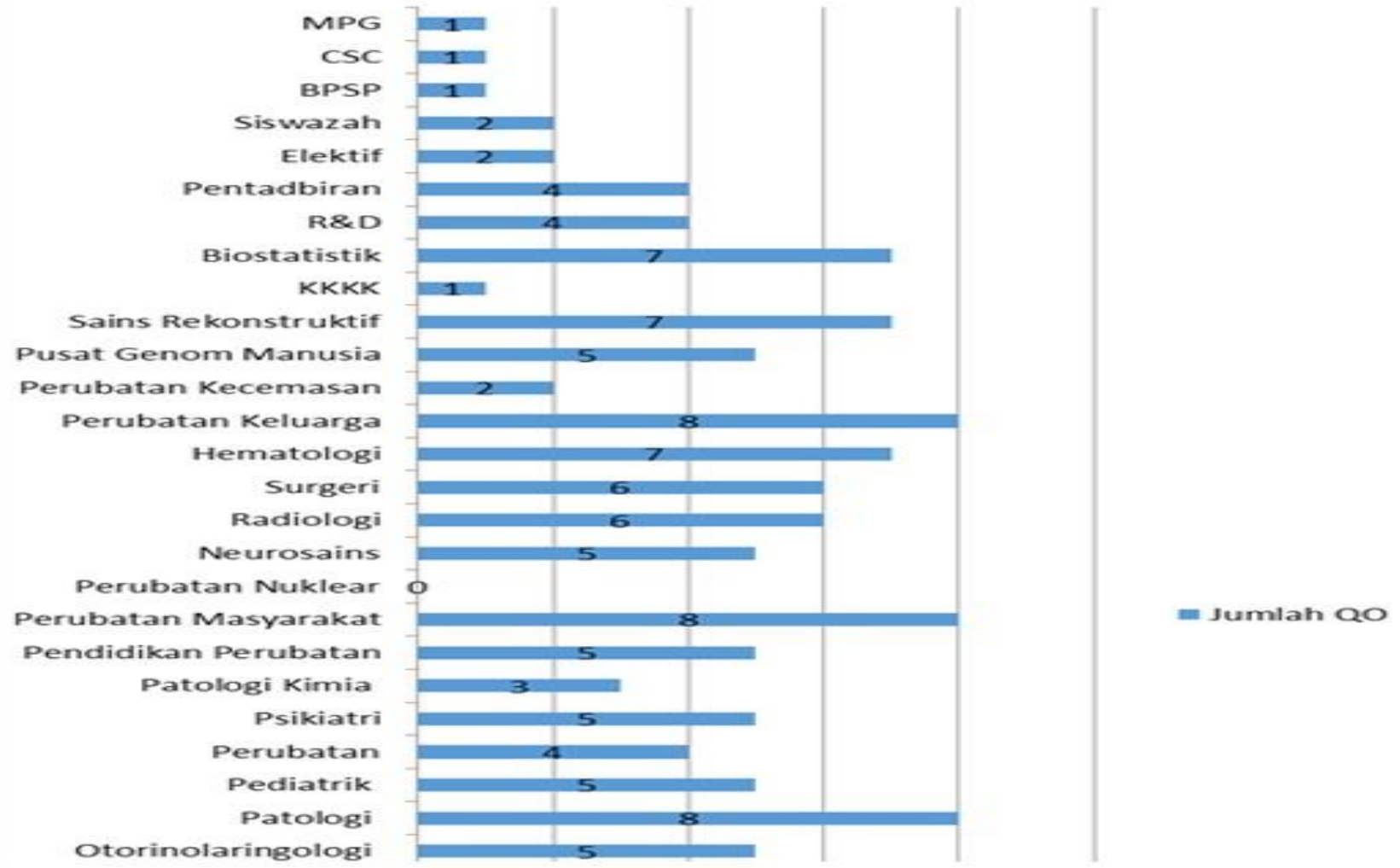
A. POLISI KUALITI

"School of Medical Sciences will strive to be a center of academic excellence by providing the highest standards of medical education and research activity and will continually improve the effectiveness of the quality management".

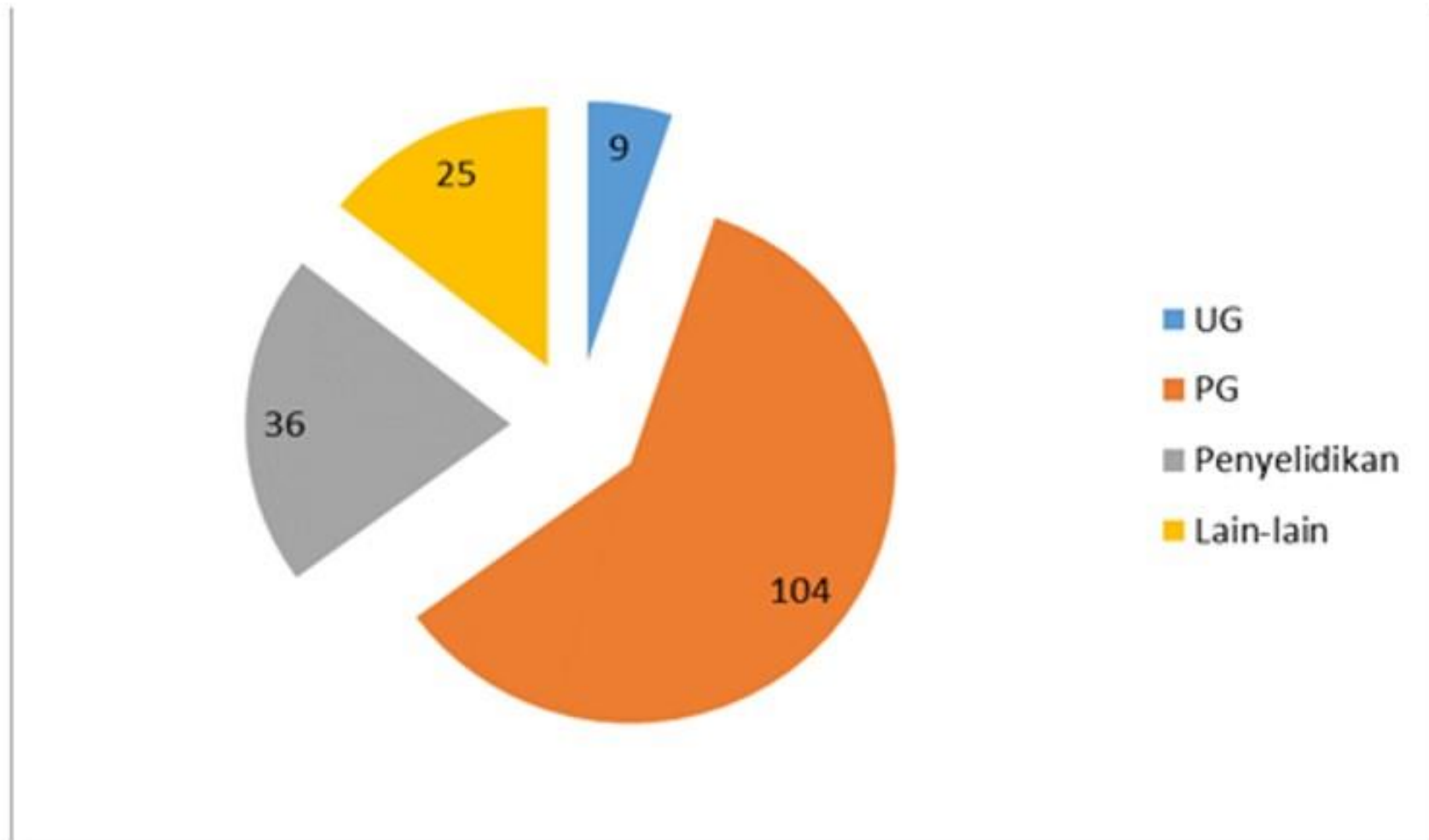
4.1 Profil pemantauan Objektif kualiti ISO 9001:2008 PPSP

Jabatan di PPSP : 40 Jabatan /unit; 34 terlibat dengan ISO 9001:2008

(LAMPIRAN C):



Rajah 2: Perbandingan Jumlah Objektif Kualiti yang di pantau mengikut Jabatan/Unit

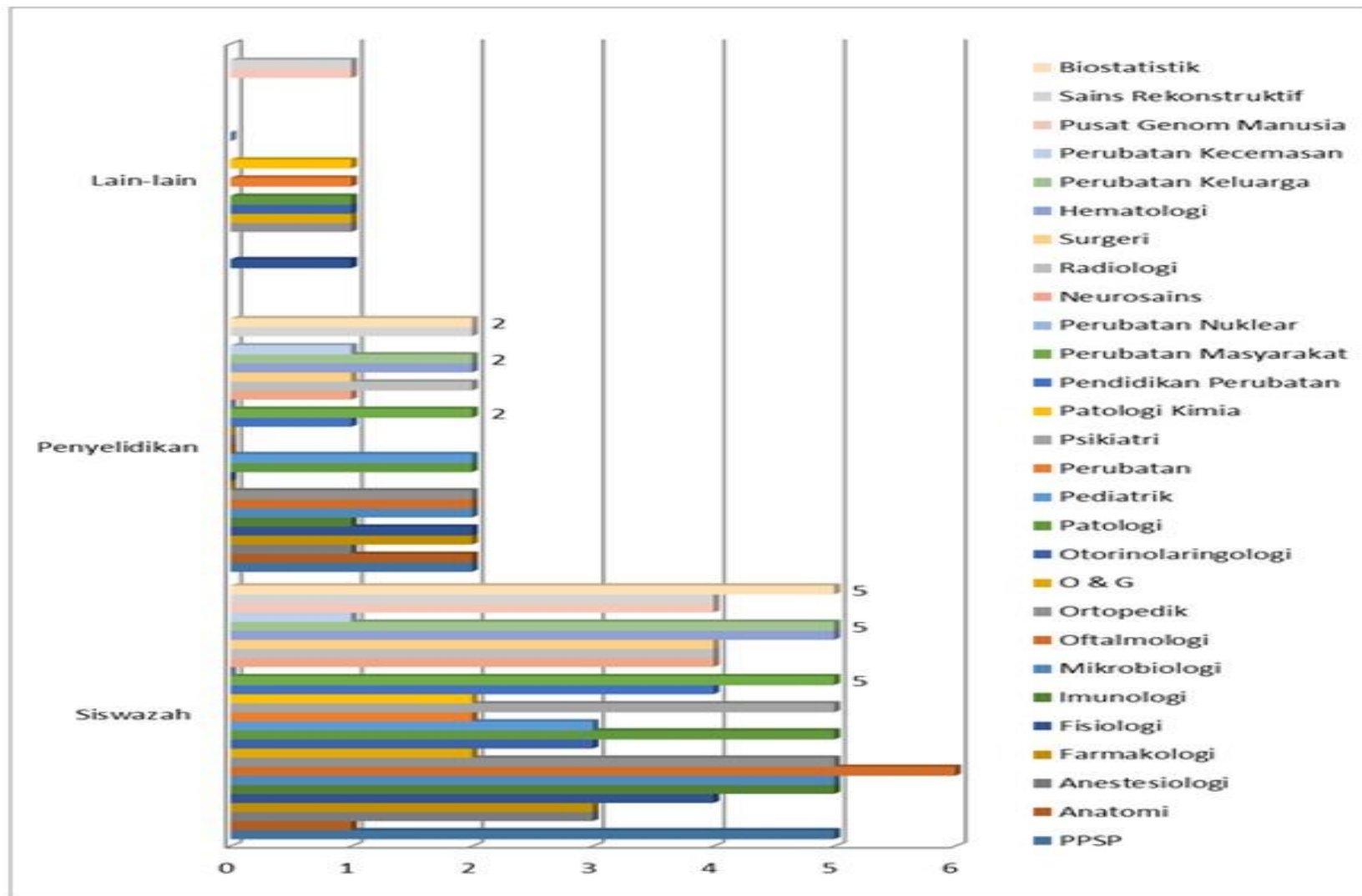


3: Taburan objektif kualiti yang dipantau di 34 Jabatan/Unit di PPSP

Rajah

Jadual 1: Taburan Pemantauan Objektif Kualiti Jabatan yang terlibat dengan aktiviti PG dan penyelidikan

Jumlah Objektif kualiti yang dipantau	Jumlah Jabatan/Unit (n=27)	
	PG	Penyelidikan
6	1	
5	10	
4	7	
3	4	
2	3	15
1	2	6
0	0	6
Total	27	27



Rajah 4: Perbandingan Pemantauan Objektif kualiti (Siswazah dan Penyelidikan) di 34 Jabatan/unit PPSP

4.2. Analisa pencapaian objektif kualiti bagi PPSP dan bagi setiap jab/unit

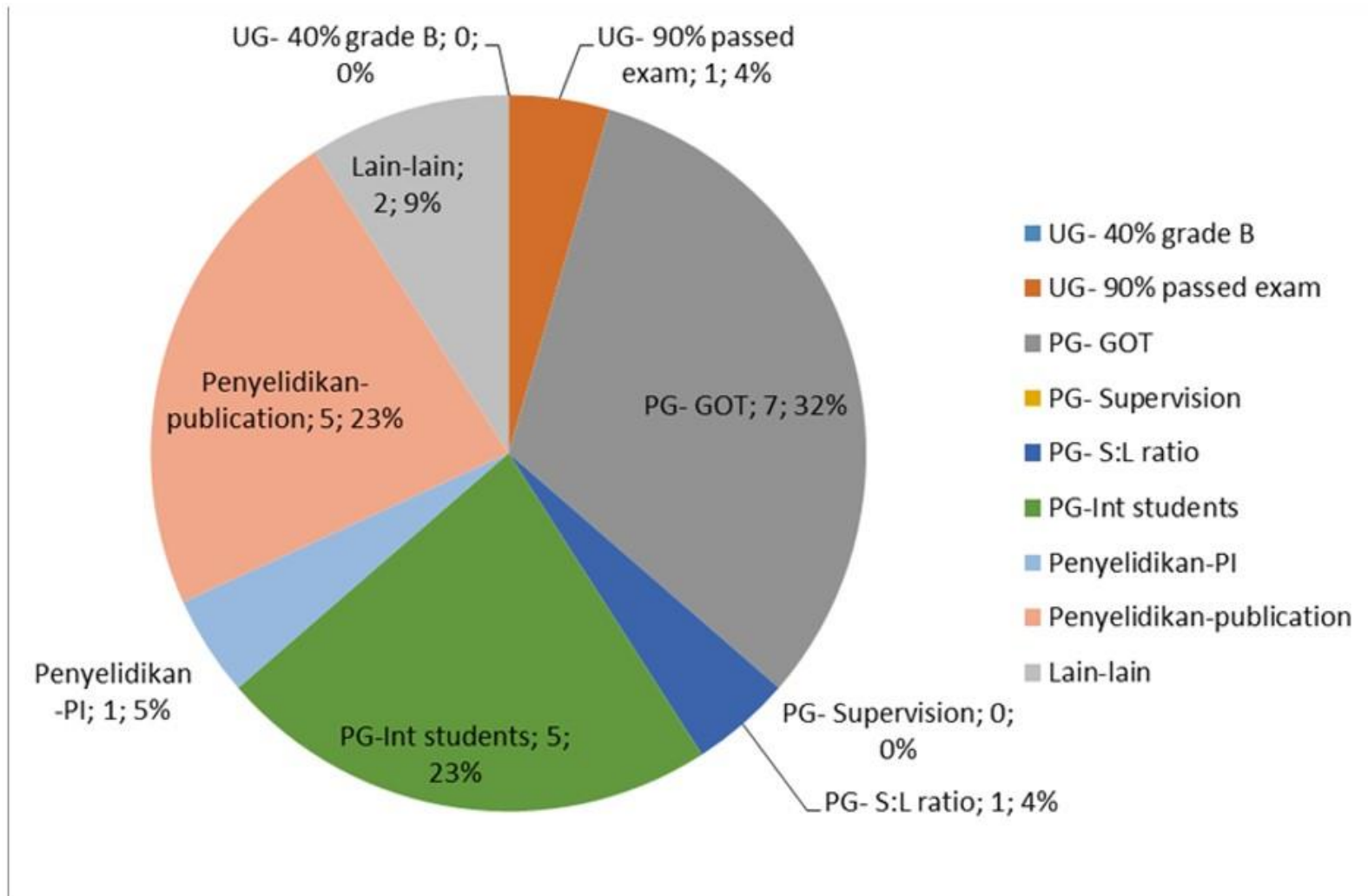
JABATAN	OBJEKTIF KUALITI	PENCAPAIAN		ULASAN
		2015	(1 JANUARI- DISEMBER 2016)	
Akademik	<i>1. To ensure at least 40% of successful students in the undergraduate professional examinations (I, II & III) obtain good grades (B and above)</i>	Pencapaian Peperiksaan Pelajar SA 2014/2015 : a) Pep.Ikhtisas 1 – tiada (pelajar duduki peperiksaan bermula S.A 2015/2016 b) Pep.Ikhtisas 2 (44.7%) c) Pep.Ikhtisas 3 (57.8%)	Pencapaian Peperiksaan Pelajar SA 2015/2016 : a) Pep.Ikhtisas 1 (63.4%) b) Pep.Ikhtisas 2 (76.9%) c) Pep.Ikhtisas 3 (62%)	Tercapai. Terdapat peningkatan pencapaian bagi kesemua peperiksaan ikhtisas
	<i>2. To ensure at least 90% of student in undergraduates professional examinations (I, II & III) pass their examination</i>	a) Pep.Ikhtisas 1 – tiada (pelajar duduki peperiksaan bermula S.A 2015/2016 b) Pep.Ikhtisas 2 (93.6%)	a) Pep.Ikhtisas 1 (86.9 %) b) Pep.Ikhtisas 2 (98.7 %) c) Pep.Ikhtisas 3 (98.3 %)	Kualiti objektif bagi SA 2015/2016 peperiksaan Ikhtisas 2 dan 3 adalah tercapai kecuali peperiksaan Ikhtisas 1. (CAF disediakan)

		c) Pep.Ikhtisas 3 (90.7%)		
Siswazah (Pindaan 25 Mei 2016) Objektif kualiti telah diubah berdasarkan mesyuarat dengan pengurusan tertinggi (Rujuk Minit mesyuarat 17 April 2016)	1. <i>At least 70% postgraduate intake with CGPA \geq 3.0</i>	98.7%		Telah dimansuhkan
	2. <i>Ratio of postgraduate student to eligible lecturers is not more than 3 to 1</i>	3.9 : 1	3.37:1	Dianggap sudah tercapai. Bagi jabatan yang mempunyai ramai pelajar, nisbah yang lebih besar seperti 4:1 dibenarkan. Nisbah bagi Jab Anestesiologi adalah 8:1
	3. <i>At least 75% of eligible lecturers to be the main supervisor for research / dissertation to a minimum of one postgraduate student.</i>	265/321 [82.5%]	93.49%	Tercapai
	4. <i>Percentage of international postgraduates is at least 10%.</i>	65 [5.1%]	3.95% (55/1460)	Tidak tercapai. Sebab utama ialah <i>denominator</i> mengambilkira semua pelajar, dan bukan <i>enrolment</i> baharu sahaja. Faktor-faktor lain adalah polisi MMC yang lebih ketat kepada bagi calon dari universiti yang tidak diiktiraf, isu calon luar

				<p>yang perlu mendapatkan MQE, <i>licensing</i> dan <i>attachment</i>. kadar yuran yang agak tinggi, promosi program yang terhad, proses penerimaan yang lambat (oleh jabatan berkaitan) dan isu berkaitan imigresen [EMGS]. Siswazah akan cuba mencari jalan penyelesaian bagi memudahkan students admission. Jabatan juga digesa untuk memproses permohonan pelajar dengan lebih cepat.</p> <p>Pengurusan Tertinggi menetapkan agar sekiranya seseorang calon itu menunjukkan potensi serta mempunyai pengalaman, calon tersebut hendaklah terus diterima sebagai pelajar. Kelayakan calon bukan faktor utama. Kemasukan pelajar amat penting kerana ia akan meningkatkan KPI serta menjaga kewangan universiti.</p>
	<p>5. <i>At least 20% of PhD candidates submit their thesis within 7 semesters.</i></p>	0/17 [0%]	45% (9/20 calon)	<p>Objektif Kualiti tercapai</p> <p>Walaupun bagaimanapun, cadangan untuk menganjurkan seminar/sesi penerangan kepada penyelia bagi memperbaiki kualiti penyeliaan.</p>

	<i>6. At least 35% of MMed Candidates graduate within 8 semesters.</i>	-	36.47% (62/170 calon)	<p>Tercapai. Cadangan untuk mengadakan <i>'training of trainers'</i> dan sesi perkongsian antara pelajar (<i>group discussion</i>).</p> <p>Dekan mempertikaikan kenapa <i>GOT</i> bagi MMed hanya 8 dan bukan 9 (memandangkan <i>GOT</i> bagi PhD adalah 7, iaitu lebih satu semester). Prof Razak memberitahu ialah adalah ketetapan MyRA dan MMed adalah berbentuk <i>mixed-mode</i> dan mempunyai jadual tersusun yang perlu diikuti, maka kelebihan satu (1) semester adalah tidak perlu.</p>
Penyelidikan & Inovasi (Pindaan 2016)	<i>1. At least 60% of eligible academic staff will be involved in research as Principal Investigator</i>	62.3%	63.2%	Tercapai
	<i>2. At least 60% of eligible academic staff publish paper in the indexed journal.</i>	-	62.22%	Tercapai (pindaan Objektif Kualiti). Timbul isu perbezaan yang ketara antara Objektif Kualiti yand dahulu <i>vs.</i> sekarang. Namun keputusan dibuat adalah untuk melihat dahulu prestasi objektif kualiti ini memandangkan semua

				pensyarah kini diwajibkan untuk menghasilkan sekurang-kurangnya 2 penerbitan setahun.
	<i>3. The total publication in indexed journals should be at least twice the number of eligible academic staff.</i>			Telah dimansuhkan berdasarkan mesyuarat dengan pengurusan tertinggi (Rujuk Minit mesyuarat 17 April 2016)



Rajah 5: Analisa Objektif kualiti yang tidak tercapai daripada 27 Jab/ Unit

(*lain-lain- Objektif kualiti tidak boleh diukur, pembentangan pelajar PG)

Objektif kualiti (174)	Jumlah Objektif kualiti	Tidak tercapai
UG- 40% grade B	9	0
UG- 90% passed exam		1
PG- GOT	104	7
PG- Supervision		0
PG- S:L ratio		1
PG-Int students		5
Penyelidikan-PI	36	1
Penyelidikan-publication		5
Lain-lain	25	2
TOTAL	174	22

4.3 Analisa *Root Cause* dan *Corrective Action*

	<i>Root Cause</i>	<i>Corrective Action</i>
Undergraduate	Kebanyakan pelajar tidak mendapat markah yang baik dalam scenario based questions, Short essay question dan OSCE	Sesi Exam Skill akan dijalankan secara berkala kepada pelajar tahun 1 untuk menjawab solan jenis tersebut
PG –GOT (MMed/PhD)	Calon memulakan proses penulisan disertasi pada tahun akhir pengajian	Peratusan diturunkan kepada 30% dan semua calon diingatkan untuk memulakan penulisan disertasi di peringkat awal pengajian
	<i>Some students did not finish their dissertation report on time</i>	<i>Implementation of new curriculum to the current cohort of students</i>
	Penuntut gagal melepasi peperiksaan dan memerlukan peperiksaan ulangan serta gagal menyiapkan tesis dalam masa yang ditetapkan	Menambah bilangan sesi pengajaran tutorial serta masa berjumpa dengan pensyarah untuk menyiapkan tesis dengan lebih cepat
	Beberapa calon mengulang pada peringkat teori dan klinikal.	Menambahbaiki proses pembelajaran di jabatan melalui sesi maklumbalas bersama calon.
	Kelewatan kelulusan etika	Penyelia/ <i>researcher</i> perlu mengelakkan kajian yang mempunyai risiko mendapat kelulusan etika. Pelajar/penyelia perlu membuat persediaan permohonan awal bagi kelulusan etika.
	Calon dikehendaki berkhidmat semula di UNISZA pada awal 2016 iaitu di semester ke-7 program kerana KPT hanya meluluskan cuti belajar hanya 6 semester. Masa untuk menulis	Supervisor perlu memastikan projek kajian yang dipilih dan penulisan tesis dapat diselesaikan dalam masa yang diperuntukkan mengikut keperluan penaja/organisasi pelajar.

	tesis agak terganggu kerana ia dibebani dengan tugas hakiki.	
	Masalah teknikal: Kegagalan analisa sampel RNA melalui tisu FFPE (formalin fixed paraffin embeded) dan memerlukan pengumpulan semula sampel <i>fresh</i> yang menyebabkan pengumpulan sampel adalah perlahan kerana bilangan kes (APML) adalah jarang di Hospital USM.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan menggunakan kaedah yang terbukti berjaya untuk setiap teknik kajian. 2. Supervisor perlu memastikan co-supervisor yang dilantik adalah kompeten dan mempunyai pengetahuan yang luas dalam skop projek yang ingin dilaksanakan agar dapat memainkan peranan dalam membantu menyelia calon dengan lancar. 3. Pemantauan kemajuan kajian secara berkala melalui 'research progress presentation' oleh calon supaya kajian mengikut waktu yang dirancang dan diketahui oleh semua kakitangan akademik. 4. Supervisor perlu juga memberikan maklumat GRASIS (<i>Graduate students information system</i>) mengenai kemajuan kajian calon kepada ketua jabatan/ koordinator supaya tindakan yang sewajarnya di peringkat jabatan boleh dilakukan untuk mengelakkan kelewatan dalam penghantaran tesis/graduasi calon.
	<p><i>Change topic as initial proposal not approved for grant</i></p> <p><i>Awaiting for newly purchased CD4 machine</i></p> <p><i>Difficult to get patient (HIV; privacy)</i></p> <p><i>Awaiting KKM research approval</i></p>	<i>Use available machine</i>
	<p><i>Data collection problems: Rat died</i></p> <p><i>-problem of dose determination</i></p>	Memastikan projek adalah <i>feasible</i>

	<i>GCMS machine problem</i>	
PG- Pelajar luar negara (2 Jabatan-tiada CAF)	<i>There is only 1 international post graduate student, the other candidate did not show up due to financial problem</i>	<i>To encourage more international students to join the Master of Pathology via the online application</i>
	Tiada pendaftaran baru pelajar antarabangsa	Permintaan tempat latihan yang terhad untuk calon tempatan. Cadangan: menyediakan satu tempat untuk pelajar luar negara untuk setiap tahun. Dua (2) pelajar luar negara menarik diri.
	Kurang permohonan dari pelajar luar/antarabangsa	Menggalakkan permohonan pelajar antarabangsa mengikut kelayakan yang bersesuaian.
	Kurangnya permohonan dari pelajar pascasiswazah antarabangsa	Meningkatkan promosi untuk menggalakkan pengambilan dan juga menambahbaik <i>website</i> jabatan.
	Ppermohonan pelajar intl boleh diterima walaupun tiada kelulusan syarat khusus. Proses permohonan dipendekkan (14 hari), tertakluk kepada kelulusan Senat.	
PG-S:L ratio	Tiada analisa (Radiologi)	
Penyelidikan-PI	Terdapat pensyarah baru dan pensyarah yang baru menamatkan PhD	Memastikan setiap pensyarah memiliki satu atau lebih geran penyelidikan pada satu masa

	Geran penyelidikan yang terhad.	Sentiasa menggalakkan setiap pensyarah untuk terus memohon geran
Penyelidikan-Penerbitan	Pensyarah baru yg ada geran baru masih dalam proses penyelidikan dan belum menghasilkan sebarang penerbitan dari geran tersebut	Penerbitan akan dibuat serta merta setelah tamat penyelidikan yang dijalankan / setelah mendapat keputusan penyelidikan.
	Pensyarah muda dan belum mahir menulis	Melaksanakan sesi penulisan manuskrip dan kemahiran penyelidikan dalam kalangan pensyarah. Beberapa sesi telah diadakan dalam kalangan pensyarah. Contoh: <i>Module Development</i> , Nvivo, Endnote dan Promodoro (Per.Keluarga)
	Pensyarah muda dan belum mahir menulis	Menggalakkan pensyarah membuat manuskrip yang berkualiti dengan menganjurkan bengkel atau menggalakkan pensyarah menghadiri bengkel penulisan manuskrip

AGENDA 5: LAPORAN MAKLUMBALAS KEPUASAN PELANGGAN

1. Pembentangan mengenai platform e-aduan oleh Pengerusi Jawatakuasa Aduan Pelanggan, Prof Madya Dr Rohana Jalil.

[\(LAMPIRAN D\)](#):

2. Laporan Maklumbalas Pelanggan oleh semua Jabatan/Unit/Program

[\(LAMPIRAN E\)](#)

3. *Corrective Action* (Setiap area yang mendapat ketidakpuasan skala 2 (poor) ke bawah yang melebihi 20%), perlu disiasat punca dan dibuat *Corrective Action* serta di dokumen dalam borang CAF)

JABATAN	KETIDAKPATUHAN	SUMBER KETIDAKPATUHAN (BRMP, NCP dll)	PUNCA (<i>root causes</i>)	TINDAKAN PEMBETULAN	STATUS SEMASA
Fisiologi	1. Masalah sambungan Internet	Fail kepuasan pelanggan	Masalah <i>router wireless</i> lama	Telah ditukar kepada yang baru	Selesai
	2. Seminar (CME)	Fail kepuasan pelanggan	Kurang sesi seminar dan journal club	Jadual giliran pembentangan untuk seminar dan journal club telah dibuat	Dalam pelaksanaan
Jab. Psikiatri	1. <i>Extend the posting period</i>	Maklumbalas pelanggan		Tiada Tindakan	Tempoh posting tertakluk kelulusan pihak akademik
	2. <i>Give lecture about DSM 5 because some were still confused even after reading the DSM-IV.</i>			Akan dilakukan oleh semua pensyarah dalam sesi pengajaran dan klinikal.	Pantau keberkesanan
	3. Sukar mendapat kes			Pelajar dinasihatkan supaya menggunakan	Pantau keberkesanan

				peluang lawatan ke HRPZ II.	
--	--	--	--	-----------------------------	--

4. Aduan Pelanggan (Hanya diisi oleh Jabatan yang mendapat aduan pelanggan)

JABATAN	Laporan Aduan Pelanggan	SUMBER KETIDAKPATUHAN (BRMP, NCP dll)	PUNCA (root causes`)	TINDAKAN PEMBETULAN	STATUS SEMASA
Hematologi	Beberapa staf di makmal kurang memberi kerjasama apabila pelajar meminta untuk membuat ujian <i>urgent</i> (FBP)	Kajian kepuasan pelanggan (<i>Student feedback</i>)	1. Masalah komunikasi antara pelajar dan staf berkenaan ujian <i>urgent</i> tersebut.	1. Peringatan/ kesedaran kepada staf betapa pentingnya komunikasi yang berkesan melalui edaran memo. 2. Perbincangan masalah secara berkala melalui semasa mesyuarat audit <i>oncall</i> .	Selesai
			2. Tiada dokumentasi yang betul berkenaan urusan permintaan ujian <i>urgent</i>	1 Menambahbaik dokumentasi permintaan ujian <i>urgent</i> dengan: a. Penambahbaikan prosedur permintaan ujian <i>urgent</i> FBP dalam prosedur kerja (STM). b. Mewujudkan rekod catatan permintaan ujian <i>urgent</i> secara terperinci	

Mikrobiologi & Parasitologi	Ketua jururawat <i>labour room</i> mengadu bahawa staf <i>on-call</i> makmal mikrobiologi tidak menjawab panggilan telefon daripada staf <i>nurse labour room</i> pada 12/5/16 dari jam 6.30 pagi hingga 7.30 pagi.	Maklumbalas pelanggan	Panggilan telefon dibuat di makmal serologi (4028), bukan di makmal bakteriologi (6270) untuk staf <i>on-call</i> .	Staf <i>nurse</i> dari <i>labour room</i> boleh menghubungi MO <i>on-call</i> sekiranya panggilan ke makmal mikrobiologi tidak dijawab.	Nombor telefon yang sepatutnya dihubungi selepas waktu bekerja (<i>on-call time</i>) adalah 6270 di makmal bakteriologi.
--	---	-----------------------	---	---	--

AGENDA 6. LAPORAN 'NON-CONFORMING PRODUCTS/SERVICES' (NCP)

JABATAN	NCP	TINDAKAN DI AMBIL	STATUS
O&G	Analisa <i>Supervisor Report</i>	CAF telah diisi oleh PK	Tindakan telah diambil: Analisa <i>Supervisor Report</i> telah dikemaskini Tindakan: Makluman
FISIOLOGI	Pelan tindakan kecemasan makmal fisiologi tidak selamat selepas	Surat pemberitahuan mengenai hal tersebut telah dihantar kepada Penolong Pengarah Jabatan Pembangunan dan	Belum Selesai

	proses ubahsuai unit hemodialisis HUSM dibuat.	salinan kepada pihak UKKP, Dekan PPSP dan Pengarah Kampus telah dibuat.	>> Isu yang melibatkan keselamatan. **Perlu dimajukan isu ini kepada pihak Pembangunan agar mereka boleh mengusulkan isu ini kepada Pengurusan Tertinggi. En Ismail perlu membuat tindakan susulan yang melibatkan pihak hospital. Tindakan: TP, UKKP
	<i>Aircond Central</i> di makmal utama selalu rosak. Pelajar melakukan kajian dalam keadaan tidak selesa.	Surat pemberitahuan mengenai hal tersebut telah dihantar kepada Penolong Pengarah Jabatan Pembangunan dan salinan kepada pihak UKKP, Dekan PPSP dan Pengarah Kampus telah dibuat.pembangunan.	Belum selesai
Pediatrik	1. Tajuk dokumen rujukan dalam PPSP/MD/PAED/CP1 tidak sama seperti dalam senarai induk di atas talian 2. Kehadiran <i>fungus</i> akibat kebocoran siling di bilik solat	1. Tajuk dokumen rujukan telah diselaraskan sama seperti dalam senarai induk di atas talian 2. Pembentukan <i>fungus</i> berlaku akibat daripada kebocoran sistem perpaipan di dalam siling. Oleh itu sistem perpaipan telah dibaiki dan	Selesai Selesai

		siling telah digantikan dengan yang baru.	
Psikiatri	Peralatan pengajaran, LCD dan komputer tidak mencukupi untuk menampung bilangan pelajar dari pelbagai kumpulan.	CAF telah diisi oleh PK	PC telah diperolehi. LCD belum
	WIFI sedia ada di jabatan psikiatri tidak memusakan. Bilik pensyarah dan pelajar di bahagian belakang tidak menerima signal WIFI.	CAF telah diisi oleh PK	Cdangan untuk memasang <i>router</i>

AGENDA 7. LAPORAN TINDAKAN PENCEGAHAN (PAF)

JABATAN	KEMUNGKINAN KETIDAKPATUHAN	KEMUNGKINAN PUNCA	TINDAKAN PENCEGAHAN	STATUS SEMASA
Psikiatri	1. LCD utama rosak 2. Lebih dari satu kumpulan pelajar atau aktiviti diadakan serentak	Tiada LCD kedua	Memohon 2 lagi LCD tambahan	Memohon LCD baru/gantian kepada LCD lama yang telah rosak

Radiologi	Ukuran dan analisa objektif kualiti yang baru tidak diukur	Kesinambungan dalam peyerahan tugas kepada pensyarah baru	Penyerahan tugas dijalankan dengan jelas. Pegawai Penjaga Dokumen (PD) telah dinaikkan kepada Pegawai Pengurus Kualiti (PK)	Pantau Keberkesanan untuk tahun 2017
-----------	--	---	--	--------------------------------------

8. **KEPERLUAN SUMBER (STAF/PERALATAN/RUANG)**

JABATAN	KEPERLUAN SUMBER	TARIKH SURAT PERMOHONAN	STATUS KEPERLUAN
BPSP	Staf	05/05/2016	Diluluskan
	Peralatan/sistem tempahan baru		
	Pengajaran dan Pembelajaran LCD rosak mentolnya	Surat permohonan telah dihantar kepada Dekan (Prof. Sukari) dan Timb. Pendaftar (En. Ismail Ibrahim) bertarikh 23/5/2016 dan 22/8/2016.	Kritikal dan sangat-sangat diperlukan. Buat masa sekarang LCD tersebut hanya dipinjamkan daripada pihak PPSP. Jabatan memerlukan LCD kekal untuk

			<p>dijadikan hak milik Jab. Surgeri.</p> <p>Sejumlah LCD telah diterima oleh Pentadbiran,</p> <p>Akan diagihkan kepada jabatan yang terlibat</p>
O&G	Kekurangan pensyarah		<p>Jabatan telah menerima seorang pensyarah sambilan dan seorang pensyarah pelatih baru</p>
Farmakologi	Pantri kakitangan sangat terbuka. Mencatatkan pemandangan dan pencemaran bau.	Permohonan pengubahsuaian pada 2009/2011 (PPSP/JR/R18)	Masih diperlukan
FISIOLOGI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Penghawa dingin (makmal) 2) Laluan keselamatan makmal 3) Rak Bahan Kimia 	<p>-13 April 2016</p> <p>- 8 November 2016 (mohon status)</p> <p>-10 November 2016</p> <p>-4 Oktober 2016</p> <p>-20 November 2016 (mohon status)</p>	<p>Belum selesai</p> <p>En Ismail perlu membuat tindakan susulan dan panggilan mesyuarat bagi membincangkan isu ini dengan Unit Dialisis, Jabatan Pembangunan, UKKP dan pihak hospital</p> <p>Belum selesai</p>

Psikiatri	1. Penambahan bilangan pensyarah/pensyarahpelatih	24 Jan 2016	Jabatan akan menerima seorang pensyarah dan 2 pensyarah pelatih baru pada tahun ini: Pensyarah Dr Nur Asikin Pensyarah pelatih Dr Aiman Din Suhaimi MO Dr Ahmad Faiz b Muhamad
	2. Peralatan pengajaran, LCD dan komputer tidak mencukupi untuk menampung bilangan pelajar dari pelbagai kumpulan		Permohonan LCD telah diluluskan.
	3. WIFI sedia ada di jabatan psikiatri tidak memuaskan. Bilik pensyarah dan pelajar di bahagian belakang tidak menerima signal WIFI		Dekan mencadangkan supaya membeli sendiri router, samada melalui derma individu atau derma hasil geran
Imunologi	Bilik <i>postgraduate</i> di Jabatan Imunologi	Surat permohonan untuk ubahsuai ruang makmal yang	Sangat memerlukan kerana pelajar MSc dan PhD ditempatkan di dalam makmal

		tidak digunakan telah dihantar ke Jabatan Pembangunan	
Perubatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projektor (1 unit) 2. Komputer riba (1 unit) 3. Meja dan kerusi perbincangan (2 unit) 	Akan dihantar segera	Keperluan bagi sesi pengajaran dan pembelajaran pelajar kursus doktor perubatan dan pelajar sarjana perubatan
Mikrobiologi	Kekurangan komputer		Mana-mana komputer yang lama (atau kapasiti RAM yang rendah) dari Unit Statistik boleh didermakan ke Jabatan Mikrobiologi
Siswazah	Komputer utama yang sering digunakan kini rosak.	Dekan akan cuba mencari jalan penyelesaian.	Permohonan untuk membaiki komputer tersebut telah diusulkan kepada PPKT, namun PPKT enggan membaiki kerana aset PPSP bukan lagi dibawah tanggungjawab PPKT

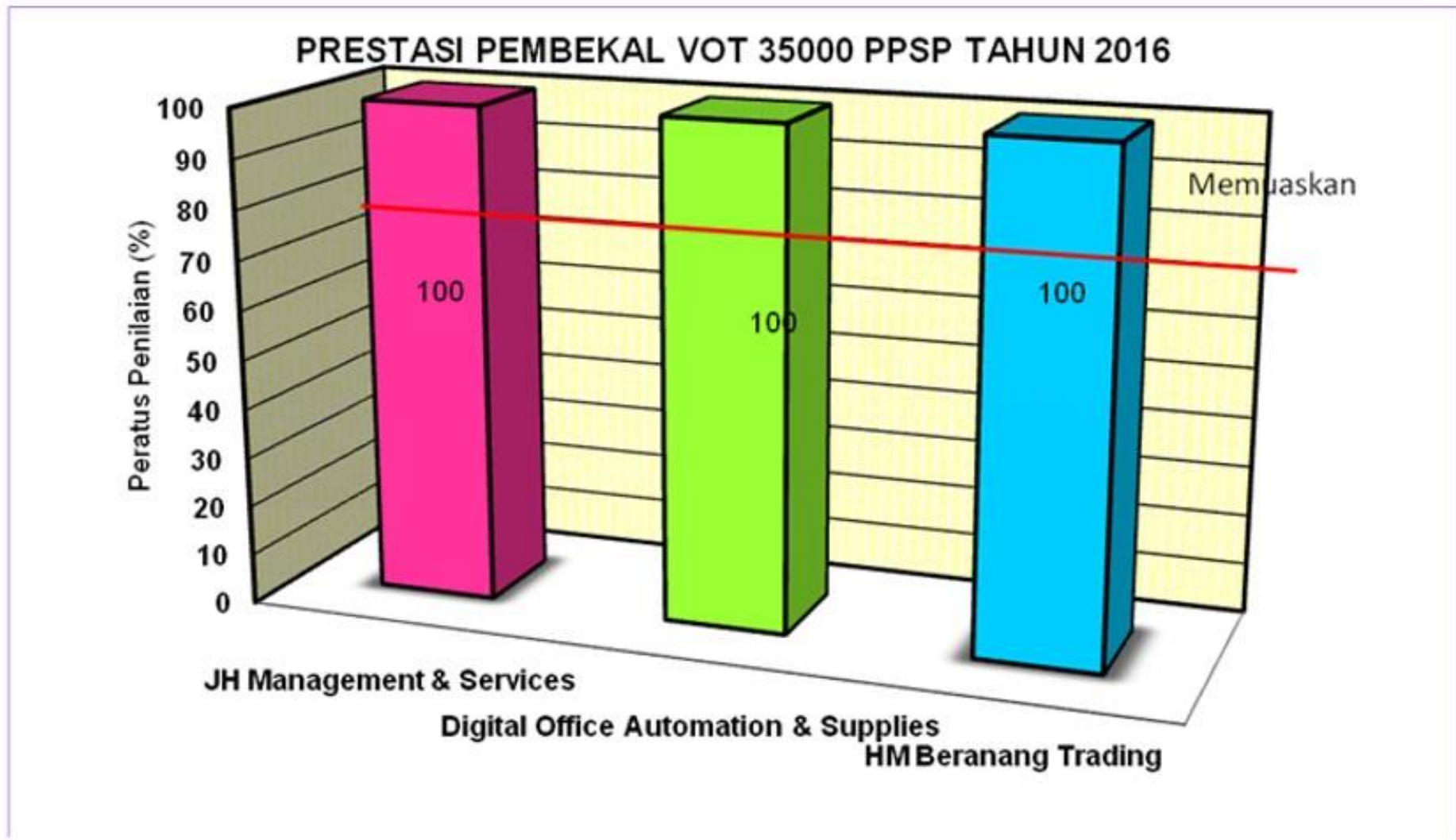
AGENDA 9. PENAMBAHBAIKAN YANG TELAH DILAKSANAKAN OLEH JABATAN BAGI SKOP PENGAJARAN DAN PEMBELAJARAN DAN PENYELIDIKAN

JABATAN	PENAMBAHBAIKAN	PERLAKSANAAN (TARIKH MULA DILAKSANA)	KEBERKESANAN/ULASAN
Anatomi	Sesi praktikal di jadikan lebih interaktif dimana para pelajar disediakan model anatomi yang berlabel berserta soalan. Para pelajar akan diberi masa untuk menjawab soalan di dalam kumpulan (1 – 1½ jam) dan pensyarah akan memberikan penerangan terperinci berkenaan topik praktikal tersebut serta membincangkan soalan yang telah diberikan.		
BPSP	Pertambahan staf	03/10/2016	Staf bermasalah.
Pejabat Akademik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem rekod fail/ maklumat peribadi pelajar akan mula disaring bagi tempoh melebihi 10 tahun. 2. Buku Panduan Fasa 1 telah diterbitkan dalam bentuk cakera padat dan tidak lagi dicetak untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akan mula dilaksanakan setelah mendapat pengesahan SOP daripada Kampus Induk. 2. Telah dilaksanakan bermula sidang akademik 2016/2017 	Mampu memberi penjimatan dari segi kos percetakan.

	diedarkan kepada pelajar/pensyarah. 3. Pembinaan templat pemarkahan peperiksaan bagi kurikulum baru telah dibuat dan akan dirancang dari masa ke semasa.	3. Sedang dalam proses pembinaan templat bagi Fasa 2 (kurikulum baru).	
Hematologi	Jabatan telah membuat penambahbaikan terhadap Objektif Kualiti jabatan selari dengan Objektif Kualiti Pascasiswazah dan penyelidikan PPSP.	2016	Selari dengan Objektif Kualiti PPSP
	Beberapa dokumen baru disediakan terutamanya berkenaan penilaian <i>continous assessment</i> pelajar.	2017	Penilaian akan lebih terperinci dan lebih objektif kerana <i>continous assessment</i> adalah syarat kenaikan tahun dan kelayakan untuk menduduki exam pro.
	CP1 (Program akademik MPath) Jabatan Hematologi disemak semula kerana terdapat beberapa dokumen baru yang digunakan.	2017	Telah lama tidak disemak dan terdapat penggunaan dokumen baru.
	Jabatan telah menambahbaikan <i>student</i>	2015	Analisa lebih baik perlu dilakukan

	<p><i>feedback form</i> dengan mengubah skala penilaian dari 1-5 kepada 1-10 supaya skala penilaian lebih luas.</p> <p>Jabatan telah juga menambahbaik borang dengan memperincikan lagi penilaian mengikut tahap pelajar Mpath iaitu stage 1 dan 2.</p>		
Radiologi	<p>1) Pelajar tahun akhir diwajibkan menghantar <i>Case report/</i> disertasi kepada jurnal <i>indexed/ Scopus</i></p> <p>2) Menggalakkan para pelajar menyertai bengkel penulisan manuskrip</p> <p>3) Berkolaborasi dengan Para pensyarah di jabatan lain yang berpengalaman dalam menulis manuskrip dalam membimbing para pelajar mennghasikan manuskrip dan menghantar manuskrip ke jurnal</p>	2015	Lebih 80 para pelajar menghantar manuskrip/ <i>case report</i> kepada jurnal <i>indexed/Scopus</i>
Jabatan Surgeri	Jadual pengajaran pelajar Sarjana yang lebih teratur	11 Disember 2016	Pembelajaran mengikut jadual yang dirancang dan dipantau dari masa ke semasa.

AGENDA 10: PRESTASI PEMBEKAL

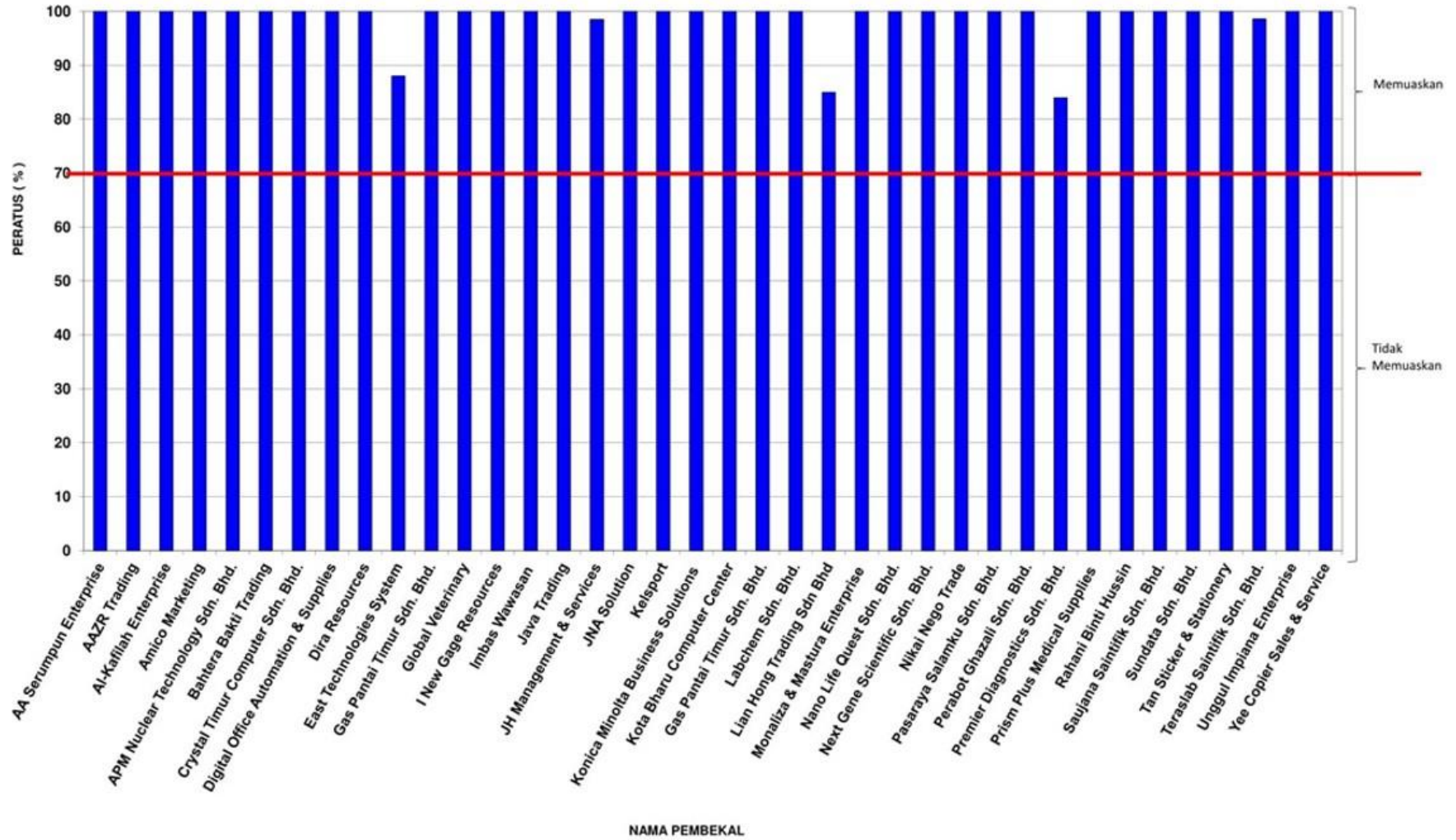


Penilaian Prestasi Keseluruhan

Prestasi pembekal adalah memuaskan jika purata markah adalah 70% dan ke atas

Bil	Kriteria Penilaian	Markah
1	Bekalan dihantar mengikut tempoh yang ditetapkan	60
2	Bekalan memenuhi spesifikasi	20
3	Kuantiti bekalan mencukupi	10
4	Tiada perubahan harga selepas sebutharga diterima	10
Jumlah		100

PRESTASI PEMBEKAL VOT 27000 PPSP (JULAI - DISEMBER 2016)



PERKARA 11: CADANGAN PENAMBAHBAIKAN

1. Siswazah digesa untuk mengumpul segala maklumat berkaitan T&L pascasiswazah dan sentiasa membuat makluman dan edaran agar diketahui umum status terkini.
1. Sebarang aduan mengenai permasalahan yang tiada penyelesaian boleh diajukan ke e-aduan bagi mendapat respon yang lebih cepat
1. Objektif R&D perlu diubah atau dipertingkatkan memandangkan objektif sentiasa tercapai. Perubahan juga perlu agar pensyarah bekerja dengan lebih gigih untuk menghasilkan kertas penulisan, terlalu ketara Objektif Kualiti yang terdahulu (2 kertas penulisan bagi setiap pensyarah) berbanding objektif kualiti yang terkini.
1. Kiraan Objektif Kualiti Siswazah 1 dan 3 perlu mempertimbangkan agar pelajar pada *batch* tahun terkini sahaja yang dikira, bukan jumlah keseluruhan pelajar berdaftar. Pelajar luar kampus juga tidak perlu diambilkira.
1. Perlu wujudkan objektif baru untuk sidang MD baru kerana tiada lagi Fasa III
1. Sasaran setiap jabatan ialah dua (2) calon siswazah antarabangsa setahun. Proses penerimaan calon pascasiswazah akan dipermudahkan dan cadangan adalah untuk terus menerima permohonan dengan segera sekiranya calon tersebut menunjukkan ciri-ciri positif, faktor-faktor lain seperti MQE, *licensing* dan *clinical attachment* akan diuruskan kemudian. Jabatan kini diberi tempoh satu (1) minggu untuk memproses setiap permohonan
1. ISO sepatutnya digunakan untuk menambahbaik T&L dan bukan semata-mata untuk menilai karpit, langsir, pantry, lantai dsbnya.
1. Setiap jabatan digesa agar lebih berinisiatif dan membuat penambahbaikan objektif kualiti masing-masing, jadikan jabatan-jabatan yang berjaya sebagai contoh. Sesi perkongsian boleh dibuat semasa mesyuarat akademik.

PERKARA 12: HAL-HAL LAIN

Urusan berkaitan soalan peperiksaan perlu melibatkan Ketua Jabatan, memandangkan terdapat banyak disiplin yang menguruskannya secara berlainan. Juruaudit boleh merujuk kepada CP berkaitan yang melibatkan Unit Peperiksaan/Bahagian Akademik/Bahagian Siswazah dan Jabatan yang berkenaan.

PERKARA 13: ULASAN DAN KESIMPULAN DEKAN BERKAITAN PRESTASI KESELURUHAN SPK (QMS)

Dekan merakamkan penghargaan kepada pengurusan tertinggi, Wakil Pengurusan, semua AJK Pengurusan Kualiti PPSP, ketua Jabatan serta penyelaras kualiti dan pengawal doumen yang telah berusaha bagi menjayakan aktiviti pengurusan kualiti di PPSP. Dekan melihat sesuatu yang positif bahawa terdapat komitmen yang tinggi daripada semua staf bagi menjayakan peningkatan kualiti. Dekan berharap agar semua pihak dapat menggunakan ISO9001 sebagai medium utk peningkatan kualiti berterusan terutamanya yang melibatkan pengajaran dan pembelajaran serta aktiviti penyelidikan.

Selain itu, peningkatan kemahiran auditor dalaman perlu dimantapkan lagi sebagai persediaan audit pensijilan SIRIM yang akan menggunakan versi baru 2015.

Mesyuarat ditangguhkan jam 12.45 tengahari

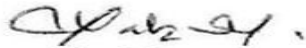
Disediakan oleh:



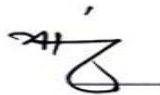
Hj. Che Ismail Che Lah
Setiausaha Jawatankuasa Kuasa kerja ISO9001:2008
Tarikh: 11 Januari 2017



Dr Surianti Sukeri
Timbalan Setiausaha Jawatankuasa Kuasa kerja ISO9001:2008
Tarikh: 1 Februari 2017



Disemak oleh:
Prof. Dr Habsah Hasan
Wakil Pengurusan
Tarikh: 9 Februari 2017



Disahkan oleh:
Prof. Dr Shaiful Bahari Ismail
Dekan PPSP
Tarikh: 9 Februari 2017

SENARAI LAMPIRAN:

1. LAMPIRAN A – [Senarai kehadiran](#)
2. LAMPIRAN B – [Laporan Audit Dalaman, 22 Ogos – 5 Sept. 2016](#)
3. LAMPIRAN C – [Laporan Objektif Kualiti Jabatan/Program/Unit di PPSP](#)
4. LAMPIRAN D - [Pembentangan mengenai platform e-aduan oleh Pengerusi Jawatankuasa Aduan Pelanggan](#)
5. LAMPIRAN E – [Laporan Maklum Balas Pelanggan oleh Jabatan/Unit/Program](#)