

Sebagai Model Perbaikan Dalam Peningkatan Mutu

## ***dr. Luwiharsih, MSc***

### **JABATAN :**

- *Direktur WIA Training*
- *Surveior akreditasi, sejak 1995 - sekarang*
- *Pembimbing akreditasi, sejak 1995 - sekarang*
- *Dewan Penilai, sejak 2015 - sekarang*

### **PENDIDIKAN**

- *S-I Fakultas Kedokteran Unair*
- *S-II Pasca Sarjana UI, Manajemen RS*

### **PENGALAMAN KERJA**

- *Direktur RSK Sitanala Tangerang ( 2007 – 2010 )*
- *Ka Sub Dit RS Pendidikan, Kemkes ( 2005 – 2007 )*
- *Ka Sub Dit RS Swasta, Kemkes ( 2001 – 2005 )*
- *Ka Sub Dit Akreditasi RS, Kemkes (1995 – 2001)*



# Outline

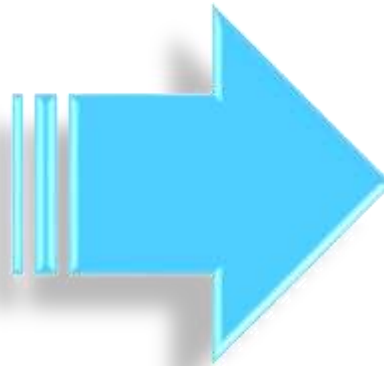
1. Pendahuluan
2. PDSA dalam Standar Akreditasi
3. Pelaksanaan PDSA
4. Contoh: PDSA
5. Penutup



# 1. Pendahuluan

---

Apakah PDCA  
sama dengan  
PDSA?



PDCA **tidak sama**  
dengan PDSA,  
PDCA **bukan** PDSA,  
PDSA **bukan** PDCA



# Plan Do Check Action (PDCA)

- Metode Pemecahan Masalah dan Perbaikan Berkelanjutan
- Siklus empat langkah untuk pemecahan masalah meliputi perencanaan (definisi masalah dan hipotesis tentang kemungkinan penyebab dan solusi), melakukan (pelaksanaan), pengecekan (mengevaluasi hasil), dan tindakan (kembali ke rencana jika hasilnya tidak memuaskan atau standarisasi jika hasilnya memuaskan). Siklus PDCA menekankan pencegahan pengulangan kesalahan dengan menetapkan standar dan modifikasi berkelanjutan dari standar tersebut.
- Dr. Ishikawa mendefinisikan kembali siklus PDCA untuk memasukkan penentuan tujuan dan target serta metode untuk mencapai tujuan dalam langkah perencanaan. Pada langkah do, ia menyertakan pelatihan dan pendidikan untuk mengikuti implementasinya. Dia mengatakan kontrol yang baik berarti memungkinkan standar direvisi terus-menerus untuk mencerminkan suara konsumen dan keluhan mereka serta persyaratan proses selanjutnya. Konsep di balik istilah kontrol (kanri) diterapkan di seluruh organisasi.

PDCA  
Japanese QC  
1951



PDCA  
Ishikawa TQC  
1985

# The PDCA Cycle, Ishikawa, 1985

1. Determine goals and targets.
2. Determine methods of reaching goals.
3. Engage in education and training.
4. Implement work.
5. Check the effects of implementation.
6. Take appropriate action.

**Japanese PDCA cycle—1985** / FIGURE 5

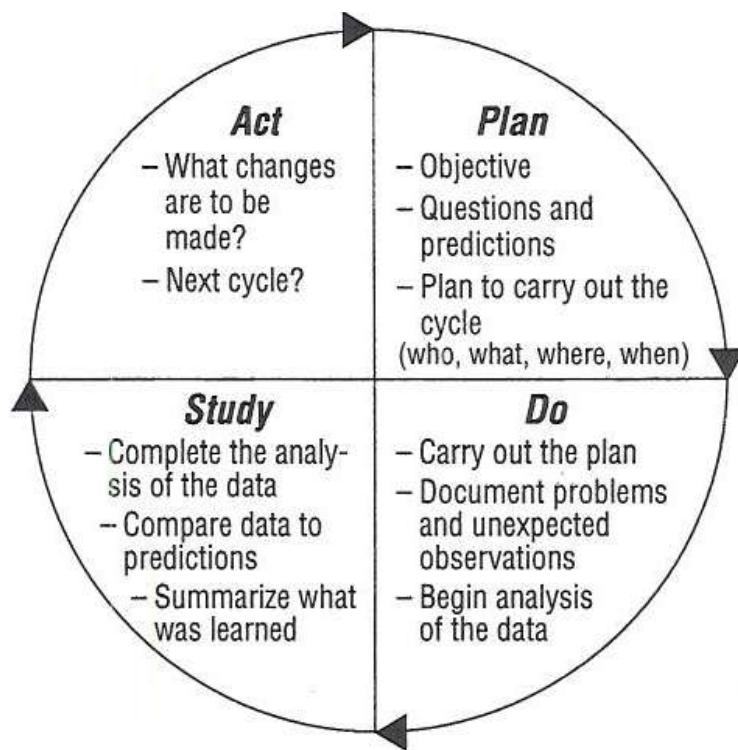


PDCA = plan-do-check-act

# Plan Do Study Action (PDSA)

- Model untuk peningkatan mutu
- Siklus PDSA menggunakan empat tahap pendekatan.
  - 1). *Plan* adalah mengidentifikasi tahap perubahan untuk perbaikan;
  - 2). *Do* adalah tahap menguji perubahan yang telah dilakukan;
  - 3). *Study* adalah tahap meneliti keberhasilan perubahan;
  - 4). *Act* adalah tahap mengidentifikasi adaptasi dan menginformasikan siklus baru.
- Pada tahun 1991, Moen, Nolan dan Provost menambahkan pada langkah perencanaan siklus perbaikan diperlukan **prediksi dan teori terkait**. Langkah studi membandingkan data yang diamati dengan prediksi sebagai dasar pembelajaran.
- Langley, Nolan, dan Nolan menambahkan **tiga pertanyaan dasar** untuk melengkapi siklus PDSA.



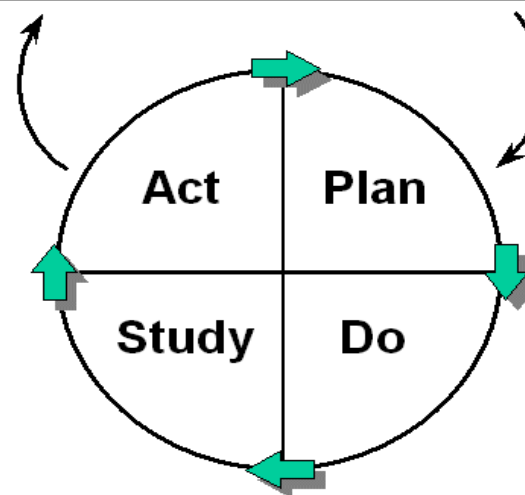


## Model for Improvement

What are we trying to accomplish?

How will we know that a change is an improvement?

What change can we make that will result in improvement?



# PDSA dalam standar akreditasi rumah sakit

---





# Standar PMKP 11

## Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dicapai dan dipertahankan

### Maksud dan Tujuan PMKP 11

Informasi dari analisis data yang digunakan untuk mengidentifikasi potensi perbaikan atau untuk mengurangi atau mencegah kejadian yang merugikan. Khususnya, perbaikan yang direncanakan untuk area/ daerah prioritas pengumpulan data yang sudah diidentifikasi oleh pimpinan rumah sakit.

Rencanakan perbaikan/perubahan, beberapa perubahan perlu dilakukan uji perubahan dengan mengumpulkan data lagi selama masa uji yang ditentukan dan dilakukan re-evaluasi untuk membuktikan bahwa perubahan adalah benar menghasilkan perbaikan, proses uji perubahan ini yang sering disebut dengan siklus PDSA (Plan-Do-Study-Action)

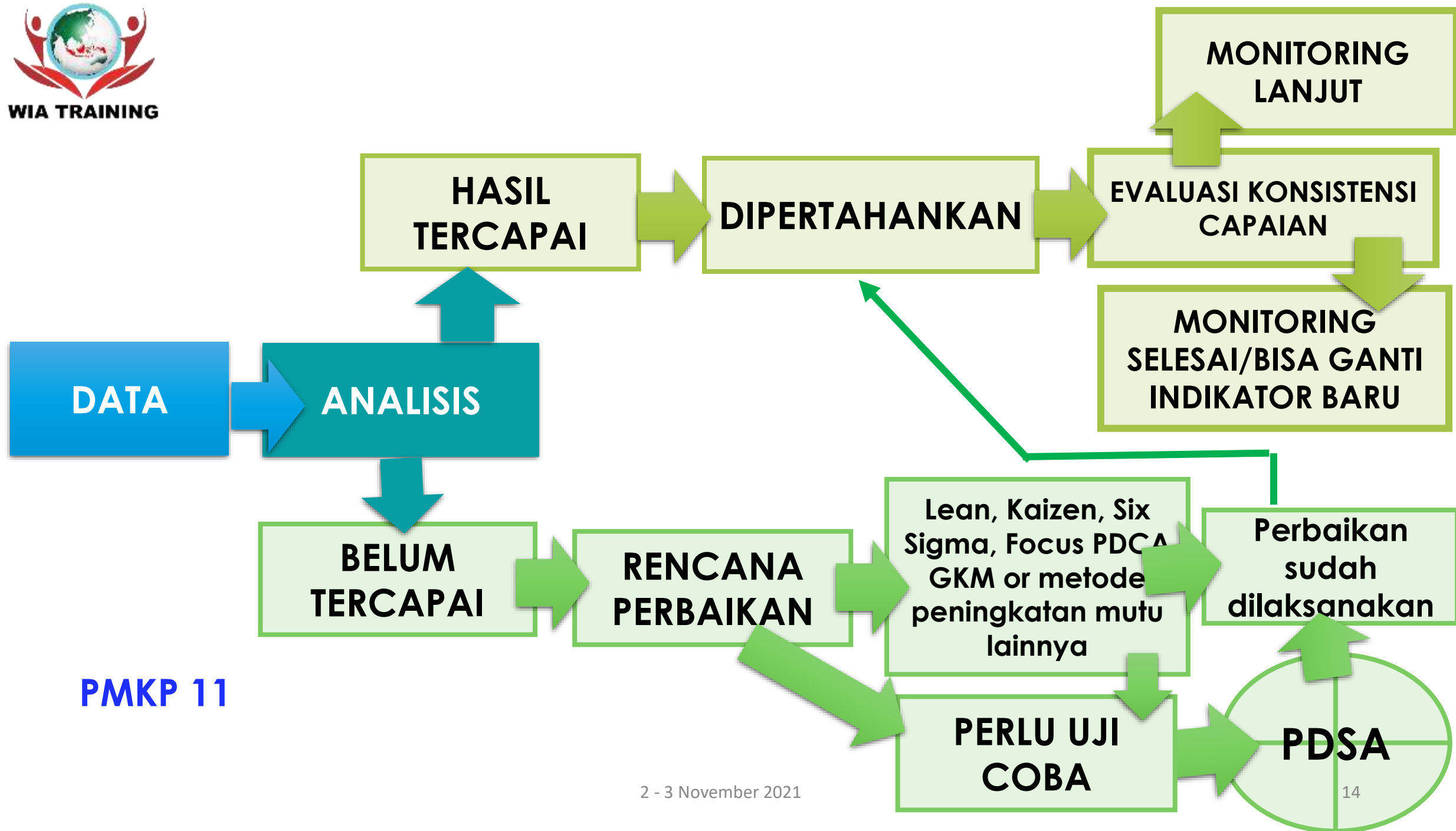
Hal ini untuk memastikan bahwa ada perbaikan berkelanjutan dan ada pengumpulan data untuk analisis berkelanjutan. Perubahan yang efektif dimasukkan ke dalam standar prosedur operasional, prosedur operasi, dan ke dalam setiap pendidikan staf yang perlu dilakukan .

Perbaikan-perbaikan yang dicapai dan dipertahankan oleh rumah sakit didokumentasikan sebagai bagian dari manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan program perbaikan (Lihat TKRS11 EP 2).

Elemen Penilaian PMKP 11	Telusur		Skor	
1. RS telah membuat <b>rencana perbaikan</b> terhadap mutu dan keselamatan berdasarkan hasil capaian mutu (D,W) → <b>P</b>	D	Bukti tentang rencana perbaikan mutu dari hasil capaian mutu ▪ Komite PMKP	10	TL
			5	TS
	W	▪ Kepala bidang/divisi ▪ Kepala unit	0	TT
2. RS telah melakukan <b>uji coba rencana perbaikan</b> terhadap mutu dan keselamatan pasien (D,W) → <b>D dan S</b>	D	Bukti tentang uji coba rencana perbaikan	10	TL
	W	▪ Komite PMKP ▪ Kepala bidang/divisi ▪ Kepala unit	5	TS
			0	TT
3. RS telah <b>menerapkan/ melaksanakan rencana perbaikan</b> terhadap mutu dan keselamatan pasien (D,W). → <b>A</b>	D	Bukti pelaksanaan hasil uji coba	10	TL
			5	TS
	W	• Komite PMKP • Kepala bidang/divisi • Kepala unit	0	TT



Elemen Penilaian PMKP 11	Telusur		Skor	
4. Tersedia data yang menunjukkan bahwa perbaikan bersifat efektif dan berkesinambungan (Lihat juga TKRS 11, EP 2) (D,W)	D	Bukti tentang perbaikan telah tercapai	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite PMKP</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Kepala unit</li> </ul>	0	TT
5. Ada bukti perubahan-2 regulasi yg diperlukan dlm membuat rencana, melaksanakan dan mempertahankan perbaikan (D,W)	D	Bukti tentang perubahan regulasi	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite PMKP</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Kepala unit</li> </ul>	0	TT
6. Keberhasilan-2 telah didokumentasikan dan dijadikan laporan PMKP (D,W)	D	Bukti tentang laporan perbaikan mutu	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite PMKP</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Kepala unit</li> </ul>	0	TT



PMKP 11

# Pelaksanaan PDSA

---

# QUALITY IMPROVEMENT MODELS

- **Model for Improvement = Three questions + PDSA cycle**
- FADE = Focus, Analyze, Develop, Execute and Evaluate
- Six Sigma
- CQI = Continuous Quality Improvement
- TQI = Total Quality Management
- 7 step method



Model for Improvement  
= Three questions + PDCA cycle

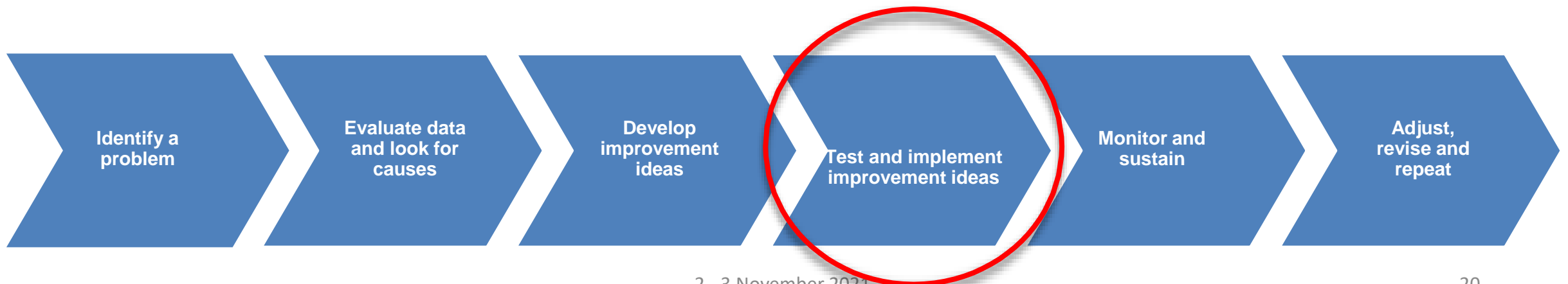
# What is PDSA?

- Model untuk perbaikan menyediakan kerangka kerja untuk mengembangkan, menguji dan mengimplementasikan perubahan yang mengarah ke perbaikan. Ini didasarkan pada metode ilmiah dan memoderasi dorongan untuk mengambil tindakan segera dengan kebijaksanaan penelitian yang cermat.
- Menggunakan siklus PDSA memungkinkan Anda untuk **menguji perubahan dalam skala kecil**, membangun pembelajaran dari siklus tes ini dengan cara yang terstruktur sebelum implementasi grosir. Ini memberi para pemangku kepentingan kesempatan untuk melihat apakah perubahan yang diusulkan akan berhasil dan merupakan alat yang kuat untuk belajar dari ide-ide yang berhasil dan tidak berhasil. Dengan cara ini, proses perubahan lebih aman dan kurang mengganggu bagi pasien dan staf.



# When to use PDSA?

- Ketika merencanakan perbaikan atau perubahan apa pun dalam proses kerja, penting untuk mengetahui apa yang ingin dicapai pada rencana perbaikan tersebut, bagaimana RS akan mengukur peningkatan dan secara eksplisit tentang ide yang akan diuji.
- RS mungkin tidak mendapatkan hasil yang diharapkan sehingga lebih aman dan lebih efektif untuk menguji peningkatan dalam skala kecil sebelum menerapkannya secara menyeluruh.





# When to use PDSA?

1. Mengembangkan ide perubahan
2. Pengujian atau mengadaptasi ide perubahan
3. Menerapkan perubahan

4. Untuk mencoba perubahan proses yang ada
5. Untuk mencoba proses baru
6. Untuk mencoba alat-alat baru
7. Untuk mencoba langkah-langkah baru

## Tidak perlu menggunakan PDSA:

- Untuk tugas-tugas proyek tertentu
- Untuk mengumpulkan data atau informasi (kecuali jika Anda ingin belajar tentang proses data)
- Untuk perencanaan umum, atau menetapkan tujuan, sasaran

## Why Test?

1. Meningkatkan keyakinan Anda bahwa perubahan akan menghasilkan perbaikan
2. Kesempatan untuk belajar dari "kegagalan" tanpa mempengaruhi kinerja
3. Dokumen: berapa banyak perbaikan yang dapat diharapkan dari perubahan
4. Pelajari cara untuk mengadaptasi perubahan kondisi lingkungan setempat
5. Mengevaluasi biaya dan efek samping dari perubahan
6. Minimalkan perlawanan atas implementasi

# Tips for Testing Changes

- Mengidentifikasi perubahan yang akan membantu tim Untuk mencapai tujuan
- Brainstorming, mendapatkan ide-ide bagus dan menyesuaikannya dengan peraturan RS
- Mintalah ide dari anggota tim
- Mulailah dengan perubahan yang mudah untuk menguji
- Mengumpulkan dan mempelajari data yang berguna selama pengujian
- Belajar dari tes yang "gagal"
- Akhirnya menguji atas berbagai kondisi

# How to use it PDSA?

Kerangka kerja ini mencakup tiga pertanyaan kunci untuk dijawab sebelum menguji konsep perbaikan dan proses untuk menguji ide perubahan.

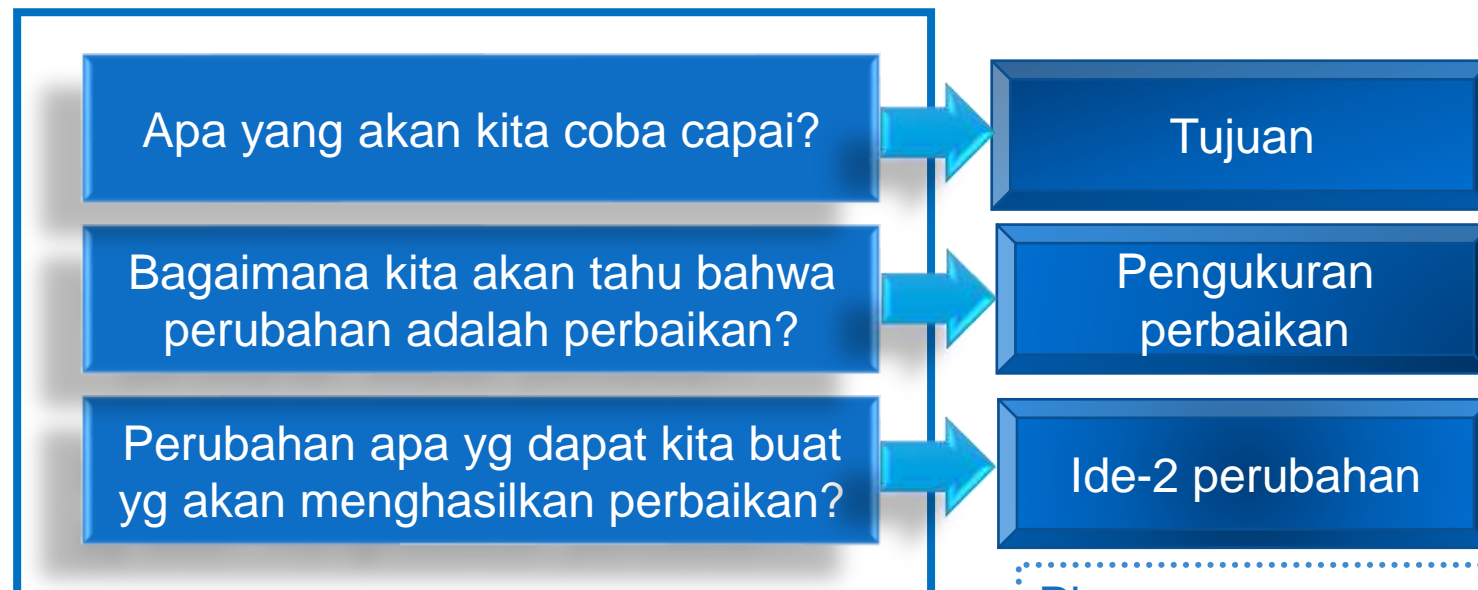
## Key questions

Apa yang ingin kita capai? (Pernyataan tujuan).

Bagaimana kita tahu jika perubahan itu merupakan peningkatan? Ukuran keberhasilan apa yang akan kita gunakan?

Perubahan apa yang dapat kita lakukan yang akan menghasilkan peningkatan? (Konsep perubahan yang akan diuji).





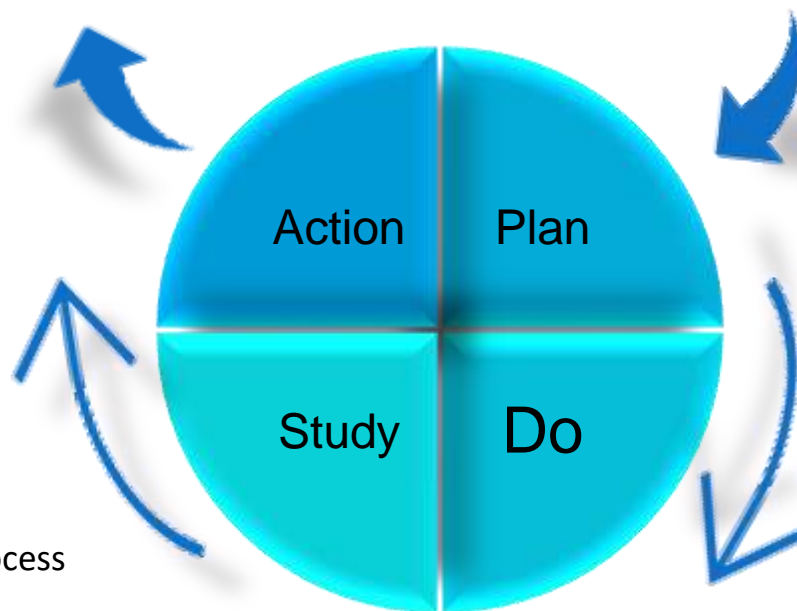
### Study

- Lengkapi analisis data untuk prediksi
- Bandingkan data dengan prediksi
- Meringkas apa yang dipelajari

### Action

- Perubahan apa yang harus dilakukan?
- Siklus berikutnya

Adapted From: Associates in Process Improvement

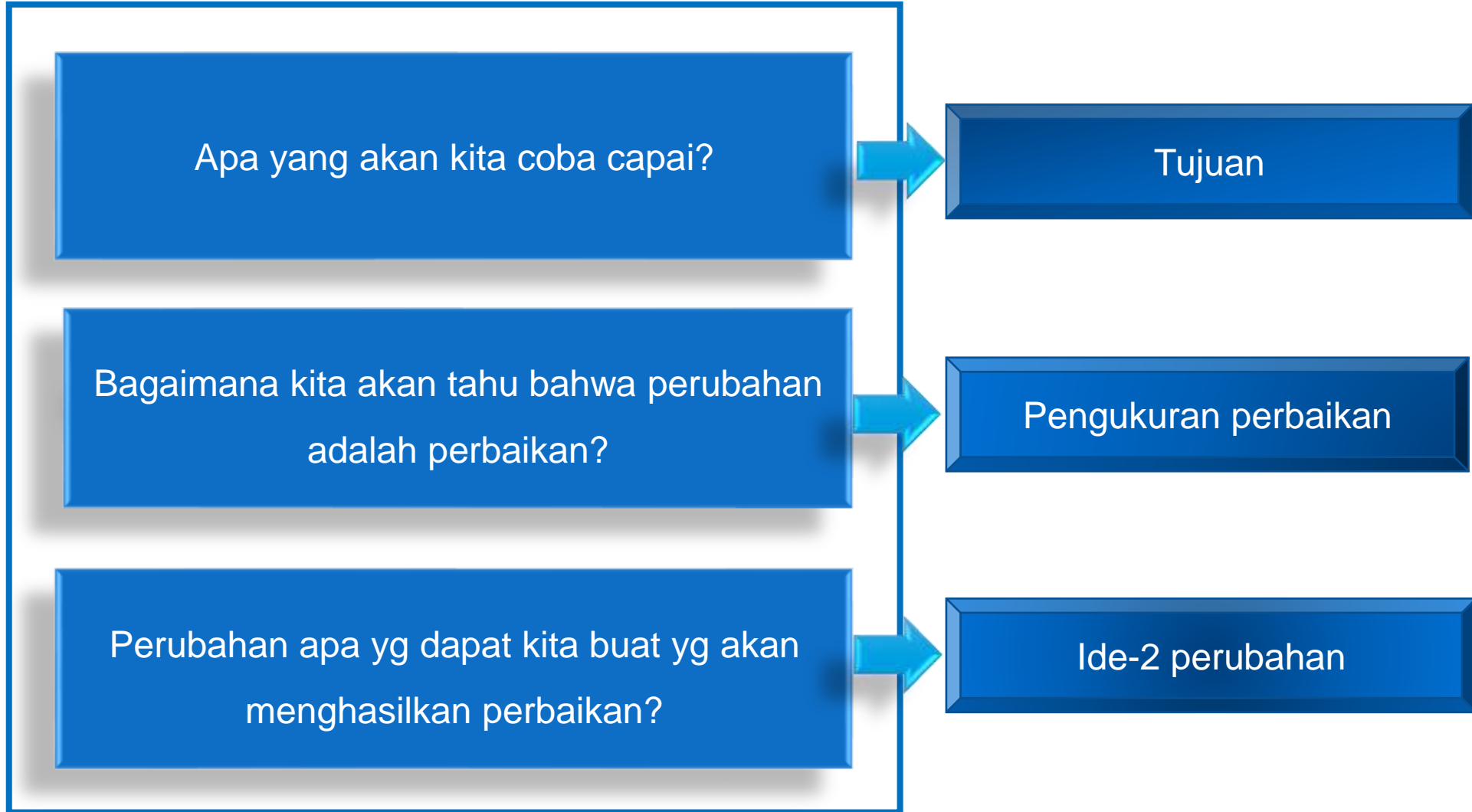


### Plan

- Obyective
- Question dan prediksi
- Rencana pelaksanaan dan siklus (siapa, apa, di mana, kapan)

### Do

- Jalankan rencananya
- Masalah dokumen dan tidak terduga
- Mulai analisis data



# ***TUJUAN:** Apa yang kita capai ?*



- Peningkatan pelayanan dan out-comes yang lebih baik bagi pasien kami.
- Tranformasi menjadi RS yang bermutu.

**Tujuan  
Terlalu  
Luas**

## Mengapa harus ada PERNYATAAN TUJUAN?

- Sebagai jawaban dan memperjelas "Apa yang akan kita capai?"
- Menciptakan persepsi yang sama untuk berkomunikasi tentang proyek
- Memfasilitasi komunikasi organisasi dan pemahaman

Sangat penting mendefinisikan tujuan dengan beberapa kekhususan dan ini disebut pernyataan tujuan

# Pernyataan Tujuan Termasuk



- Apa yang diharapkan terjadi ?
- Peningkatan mutu atau jumlah pasien ?
- Tujuan jumlah tertentu ?
- Batasan waktu (time frame)
- Pedoman untuk kegiatan, seperti strategi untuk usaha, atau keterbatasan

Saya akan menurunkan berat badan. (tidak spesifik)

Saya akan meningkatkan kesehatan dan tingkat energi dengan kehilangan 10 kilogram dalam dua bulan ke depan.

Saya akan mencapai ini dengan berjalan bersama teman saya di sekitar danau tiga kali seminggu, tak makan es krim, dan melakukan yoga pada Kamis malam.

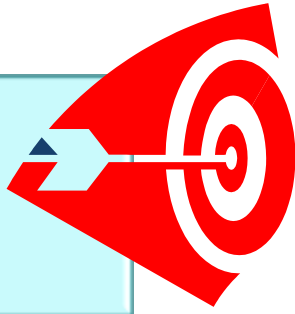


# Contoh Pernyataan Tujuan:

- Meningkatkan identifikasi dini dan pengobatan sepsis berat dengan menggunakan paket Surviving Sepsis Campaign pada unit medis, bedah rumah sakit sebesar 75% dalam 12 bulan.
- Mengurangi waktu tunggu pasien Unit Gawat Darurat untuk kunjungan dokter awal menjadi 20 menit atau kurang dalam 6 bulan.
- Mengurangi waktu untuk menjadwalkan, menyelesaikan dan rujukan terdekat untuk pasien jantung hingga 50% dalam waktu 6 bulan.
- Mencapai 95% kepatuhan kebersihan tangan di semua unit rawat inap dengan protokol baru dalam waktu 12 bulan.
- Mengurangi jumlah rata-rata kunjungan tim respon cepat ke pasien yang dirawat di unit rawat inap RS dari UGD dari 3,5 menjadi 1 per bulan dalam 90 hari dengan menggunakan prosedur kerja standar yang baru dan alat komunikasi berbasis EHR (electronic health record)

# GAGASAN-GAGASAN

Perubahan Apa Yang Dapat Kita Buat Yang Akan Menyebabkan Peningkatan ?



Kunci Perubahan untuk meningkatkan pelayanan berdasarkan:

1. Bukti terbaik yang tersedia
2. Pengetahuan PPA (profesional pemberi Asuhan)
3. Pengalaman dari para ahli

- Saya akan meningkatkan kesehatan & tingkat energi dng kehilangan 10 kilogram dalam dua bulan ke depan.
- Saya akan mencapai ini dng berjalan bersama teman saya di sekitar danau tiga kali seminggu, tak makan es krim, dan melakukan yoga pada Kamis malam.

Bagaimana saya tahu bahwa exercise dan perubahan diet berhasil ?



Saya akan mengukur perubahan: bisa menjadi skala, bisa menjadi cara pakaian saya fit, bisa jadi bahwa saya hanya merasa jauh lebih baik.

# Pengukuran (Measurement):

Bagaimana Kita Tahu Perubahan adalah sebuah perbaikan?

- Peningkatan adalah tentang membuat perubahan sistem dan Ini bukan tentang pengukuran.
- Tetapi mengapa harus melakukan pengukuran ?

## PERAN DARI PENGUKURAN:

1. Untuk **menilai kemajuan** (menuju tujuan - Global)
2. Langkah-langkah spesifik dapat digunakan untuk belajar selama siklus PDSA - **dapat bersifat kualitatif atau kuantitatif** (Lokal)
3. **Menyeimbangkan tindakan** yang diperlukan untuk menilai apakah sistem secara keseluruhan sedang diperbaiki
4. **Data dari sistem** (termasuk dari pasien dan staf) dapat digunakan untuk **memfokuskan peningkatan dan memperbaiki perubahan**

# PDSA: Break it Down/Simplify...

Plan

Mengetahui pertanyaan yang ingin dijawab, merencanakan cara untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan, dan memprediksi hasil

Do

"Just do it" (melakukan rencana); mengumpulkan data

Study

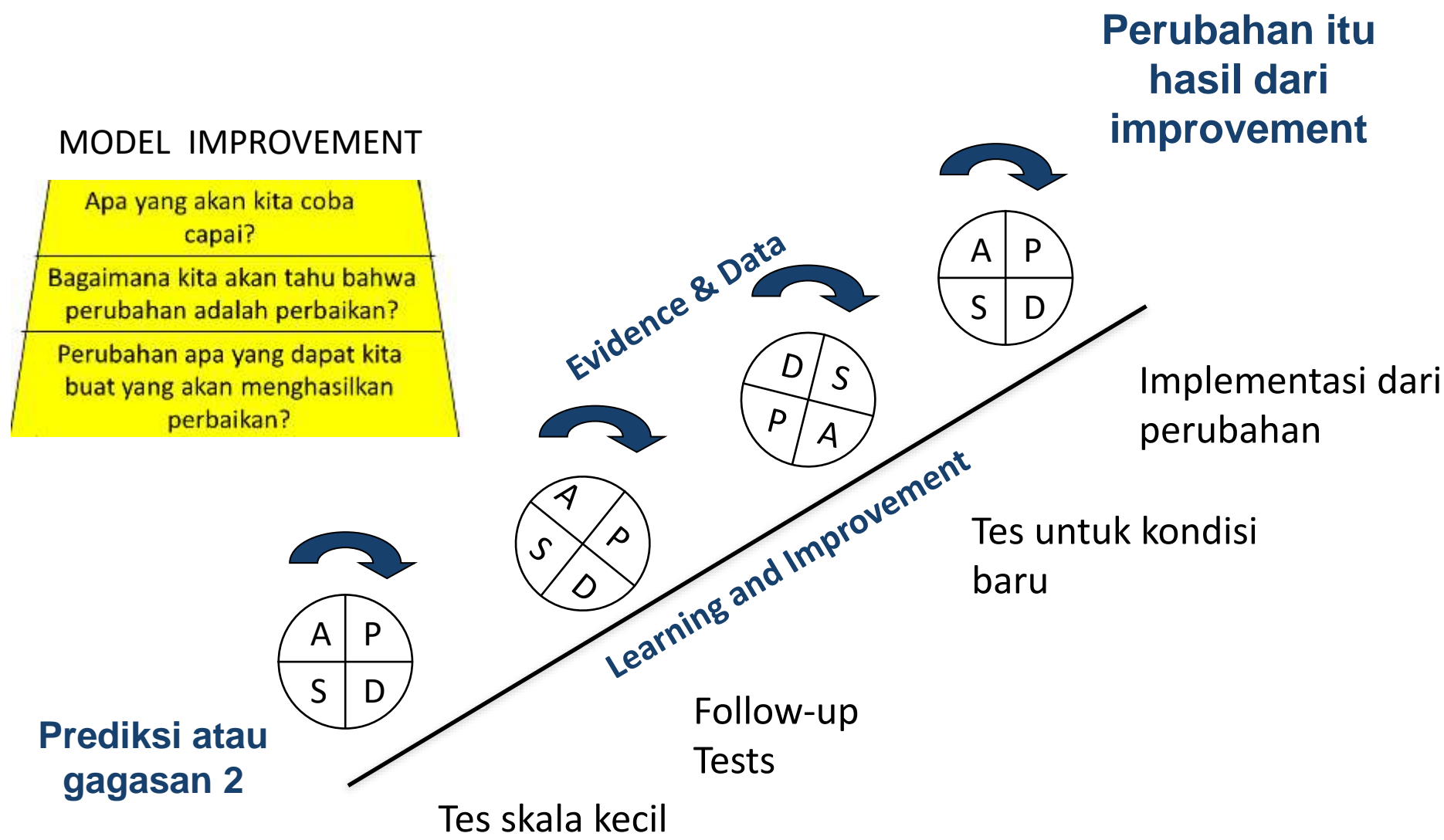
Apa yang dapat dipelajari?

Action

Apa yang akan Anda lakukan dengan pengetahuan yang Anda pelajari,  
?



# REPEATED USE OF THE PDCA CYCLE



# Awalnya menggunakan Tes Skala kecil:

## he Power of “one”

T

**Conduct the initial test with...**

- one facility
- one office
- one doc
- one patient



# TESTING VS. IMPLEMENTING

## Testing –

Mencoba dan mengadaptasi pengetahuan yang ada pada skala kecil.

Belajar apa yang BISA BERJALAN di system RS

## Implementation –

- Membuat perubahan ini bagian dari operasi sistem sehari-hari di LOKASI percontohan.
- Biasanya BUKAN HANYA satu atau dua tes!

## Tes lainnya:

**Termasuk berbagai kondisi  
Shift SIANG / Shift MALAM/  
hari kerja / akhir pekan/  
budaya yang berbeda**



# CONTOH PDSA

2 - 3 November 2021

P L A N	Apa perbaikan kualitas yang dicari?	<p>Tujuan: Tidak ada pemasangan kateter urin yang tidak perlu Saya ingin mengurangi jumlah kateterisasi urin yg tidak perlu di semua IGD ke unit pelayanan klinis selama periode satu bulan. Targetnya adalah 100 % kateterisasi urin yang tepat.</p> <p>Mengapa ingin melihat pertanyaan khusus ini? Selama waktu saya di Unit Pelayanan Klinis saya dikejutkan oleh berapa banyak kateter yang dimasukkan tanpa indikasi yang jelas dan dokumentasi yang sangat buruk. Penyebab tersering HCAI (Health Care Associated Infection) adalah pemasangan kateter/kateter urin yang berhubungan dengan sejumlah besar komplikasi lain seperti trauma lokal</p>
	Rencanakan waktuku	Penyelesaian Template Perencanaan Waktu
	Measure quality indicators	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah indikasi klinis dan indikasi non klinis pemasangan kateter urin (sesuai kebijakan RS) dalam dua periode satu bulan (perubahan sebelum dan sesudah penerapan) untuk semua pasien yang dirawat di rumah sakit</li> <li>2. standar dokumentasi tentang pemasangan kateter urin akan dapat mengetahui perubahan yang direncanakan telah dibuat perbedaan/perbaikan jika ada peningkatan proporsi insersi yang ditunjukkan secara klinis dan/atau dokumentasi yang ditingkatkan. Hasil penyeimbangan adalah jumlah pasien yang tidak dipasang kateter urin saat diindikasikan secara klinis</li> </ol>
	Select change	Perubahan yang diusulkan adalah menerapkan checklist (dalam bentuk stiker ditempatkan dalam catatan kasus) yang harus diselesaikan SEBELUM pemasangan kateter untuk setiap pasien yang berlaku

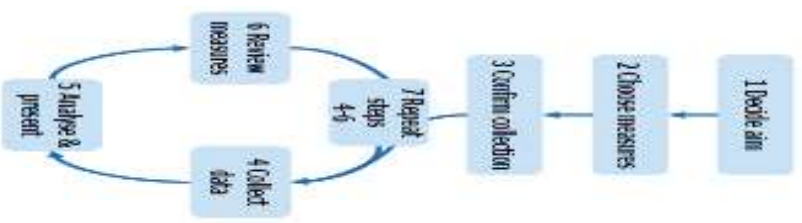




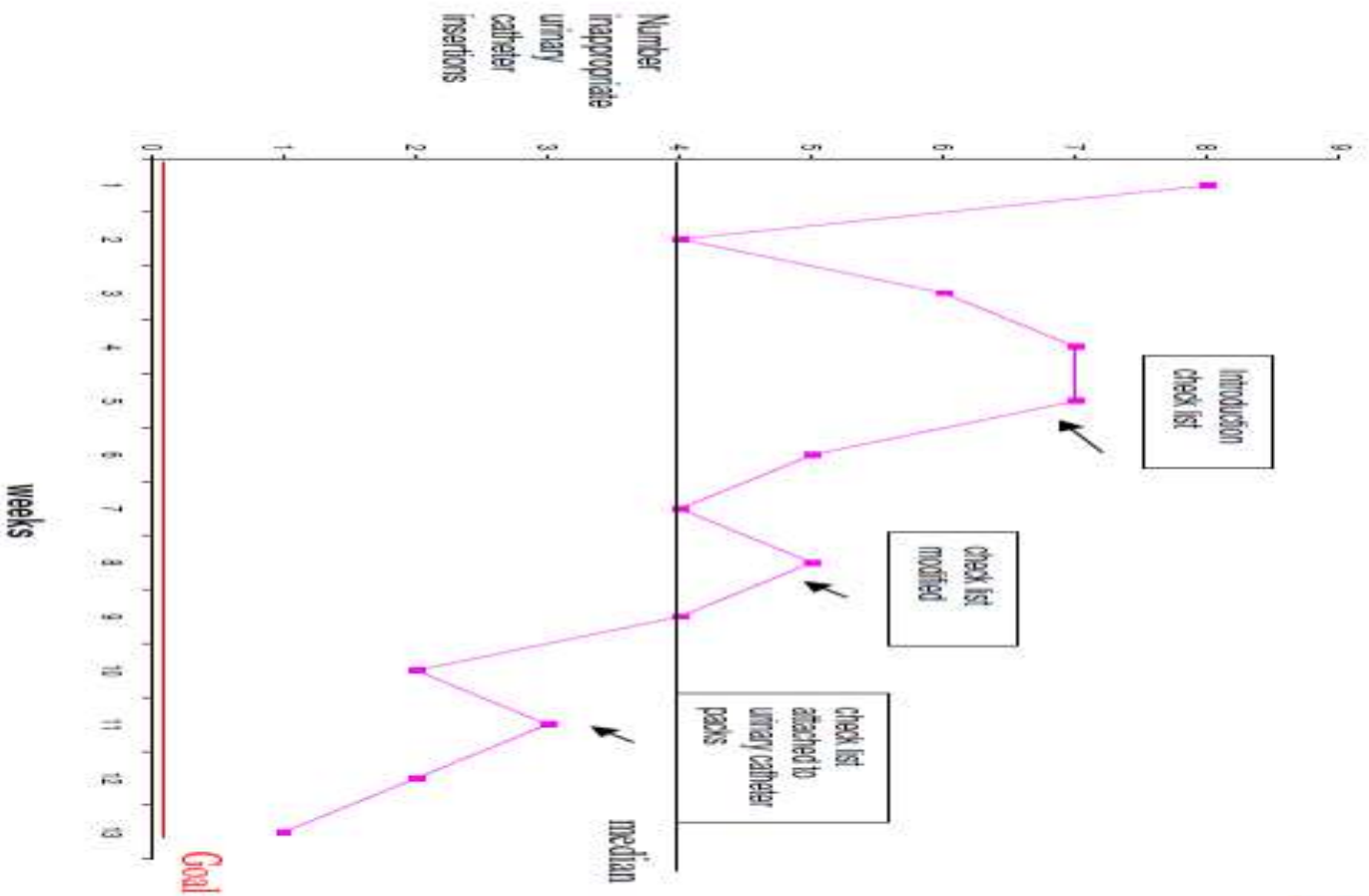
S T U D Y	Evaluasi perubahan	<p>Menggunakan langkah-langkah yang ditetapkan</p> <p>Proses: jumlah pasien yang menggunakan checklist Peningkatan standar dokumentasi</p> <p>Hasil: jumlah kateter yang sesuai vs tidak sesuai Jumlah HAI's</p> <p>Balancing: Jumlah pasien yang seharusnya dipasang kateter tetapi tidak</p>
-----------------------	--------------------	--

A C T	Mengadopsi, menolak, atau memodifikasi rencana perubahan	<p>Perubahan positif terlihat pada run chart tetapi checklist hanya digunakan pada 66% pemasangan kateter</p> <p>Perubahan dibuat: checklist yang dilampirkan ke paket kateter diuji melalui siklus PDSA lagi</p>
-------------	--	---

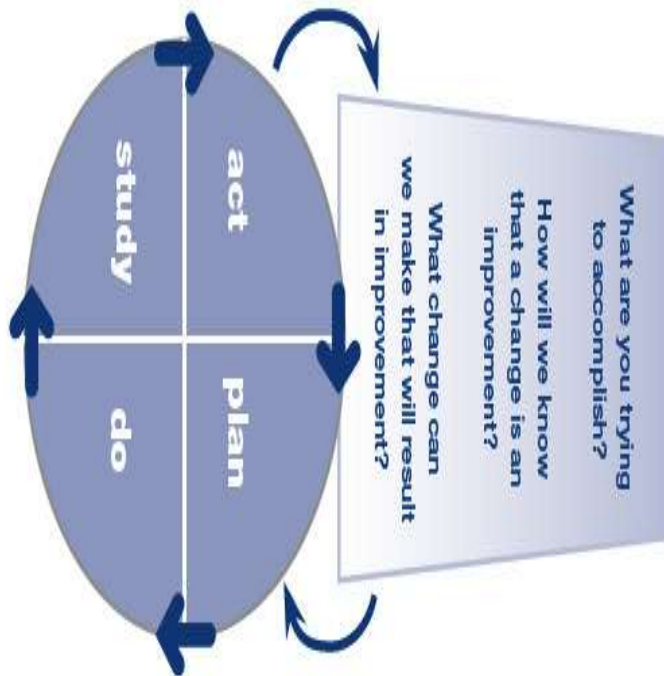
# Measurement?



## RUN CHART EXAMPLE



Contoh lain:



'30 derajat mencegah wheeze'  
Apakah Hospital Acquired  
Pneumonia tak terhindarkan?



# Hospital Acquired Pneumonia

- Infeksi saluran pernapasan yang terjadi lebih dari 48 jam setelah masuk rumah sakit
- Mempengaruhi 0,5% hingga 1,0% pasien rawat inap
- Diidentifikasi sebagai infeksi terkait pelayanan kesehatan paling umum yang berkontribusi terhadap kematian
- Diperkirakan akan meningkatkan lama rawat inap di rumah sakit sebesar 7–9 hari

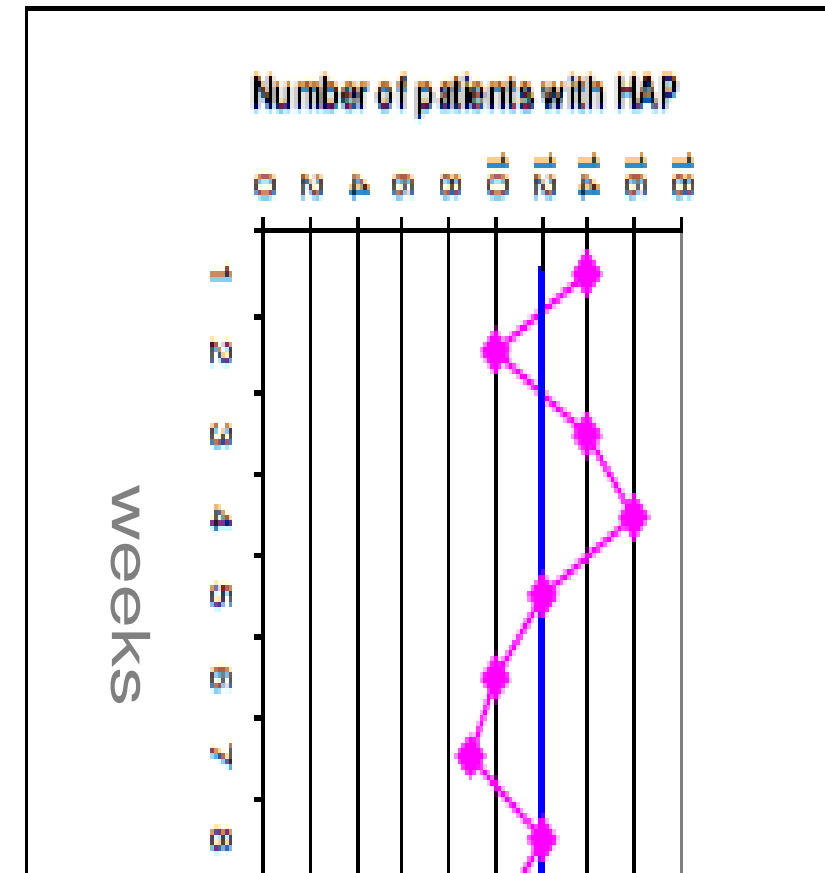
Gross P, Neu H, Aswapokee P et al (1980) *American Journal of Medicine*, 68:219–23.

Masterton R. et al ( 2008) *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 62, 5–34

<p><b>Apa yang akan kita coba capai?</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Mengurangi kejadian HAP hingga 50%</b> dalam periode enam bulan di 8 bangsal dewasa</li> <li>2. <b>Libatkan dokter junior, perawat, dalam metodologi peningkatan mutu</b></li> </ol>
<p>Bagaimana kita akan tahu bahwa perubahan adalah perbaikan?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insiden HAP telah berkurang di bangsal ini</li> <li>2. Tanamkan keterampilan baru dalam metodologi QI dan tunjukkan pembelajaran dan pengembangan</li> </ol>
<p>Perubahan apa yg dapat kita buat yg akan menghasilkan perbaikan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerapkan intervensi dari paket perawatan terkait ventilator Saving Lives 2006 yang relevan dengan HAP</li> <li>2. Gunakan metodologi QI di garis depan untuk membuat perubahan yang terlihat</li> </ol>

# PDSA CYCLE 1: Besar kecilnya masalah

PLAN	Pengukuran dasar di 8 bangsal
DO	Review catatan kasus mingguan 8 bangsal
STUDY	8 minggu – 97 pasien dng diagnosis HAP Rata-rata 12 /minggu di 8 bangsal
ACT	IMPLEMENTASIKAN PROSES UNTUK PERUBAHAN PERTAMA



# PDSA CYCLE 2

PLAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterlibatan semua staf di 8 bangsal percontohan</li> <li>• Keterlibatan pasien</li> </ul>
DO	Informasi tertulis Tatap muka Informasi pasien
STUDY	Umpan balik – lisan dan tertulis
ACT	MELAKSANAKAN PERUBAHAN PERTAMA

Bed head at 30 degrees



## Chest infections can be easily picked up in hospitals

Here are a few simple small steps that you can do to help prevent this happening to you:

- Have the head of the bed up at all times and avoid lying flat, even at night.
- Use a chlorhexidine mouthwash, which you will be given twice a day, after cleaning your teeth/dentures.
- If you are able, sit out in the chairs by the bedside during the day.
- Walk around the ward if you are able and/or as agreed with the physiotherapist.

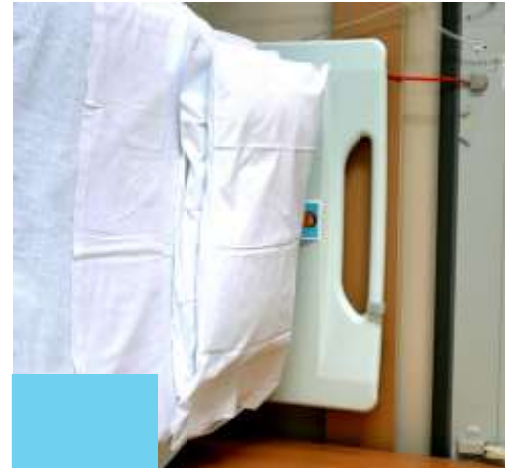
If you need help with any of these, please ask!

# PDSA CYCLE 3

## Intervention 1: Kepala tempat tidur pada 30 derajat

### LEARNING

- Gimmick spreads the word
- Beds move!
- Pendekatan tatap muka membuat semua perbedaan dan yg mempertahankan perbedaan mendekati (dihilangkan)
- Perawat paling banyak melakukan pendekatan segera



# PDSA cycle 3 Intervention 1: Balancing Measures

Healthcare Associated Pneumonia  
Quality Improvement Initiative

Vard:

Date:

Please complete every shift:

Early shift

All patients on this shift have been  
nursed at 30° when in bed

All patients on this shift have been  
given chlorhexidine mouth wash

Signature:

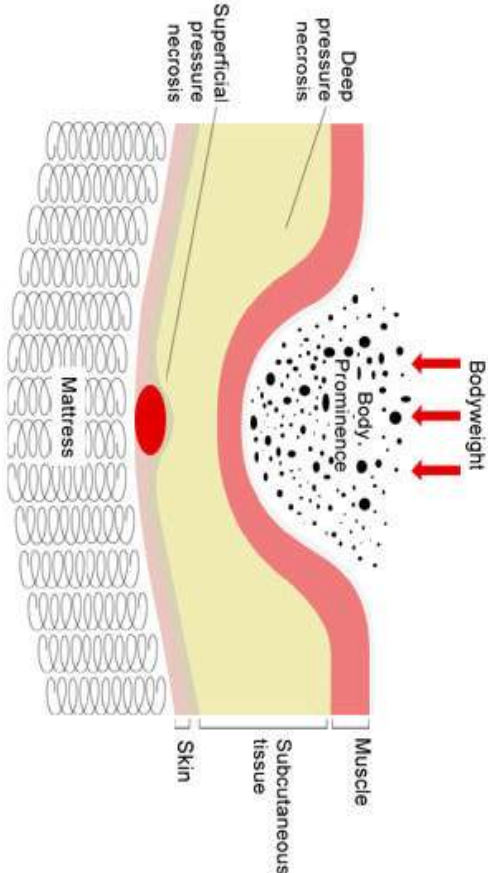
Signature:

Please document below if a patient has  
not been nursed at 30 degrees and  
reason for this

Please document below if a patient has  
not been given chlorhexidine mouth  
wash and reason for this

0.005% (45/8508) = number of  
exceptions documented

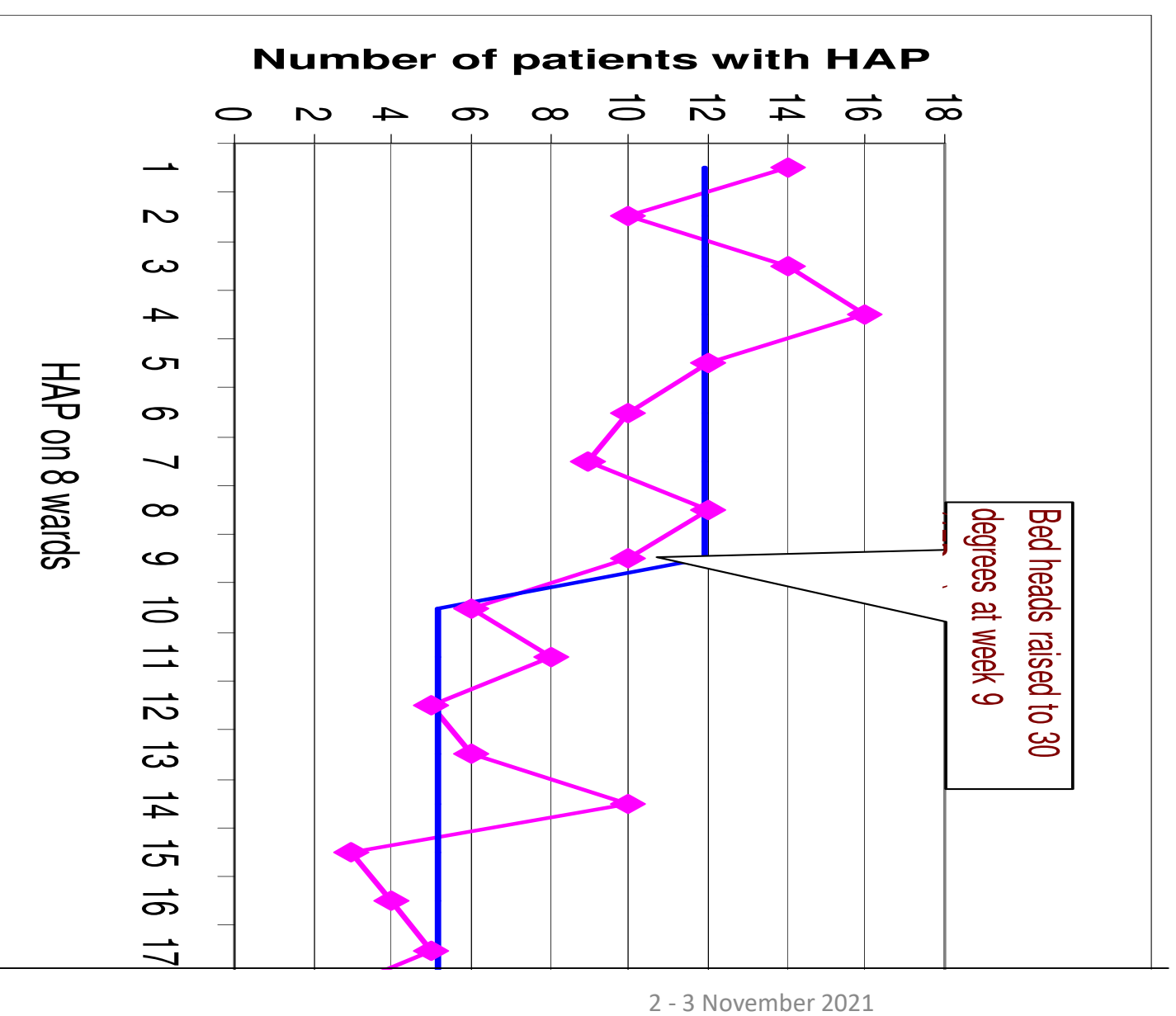
## Pressure Ulcers



No increase in pressure ulcers in 8  
pilot wards



# Runchart



# PDSA Cycle 4: Intervention 2: Improve oral hygiene

0.2 % Chlorhexidine mouthwash after cleaning teeth twice daily

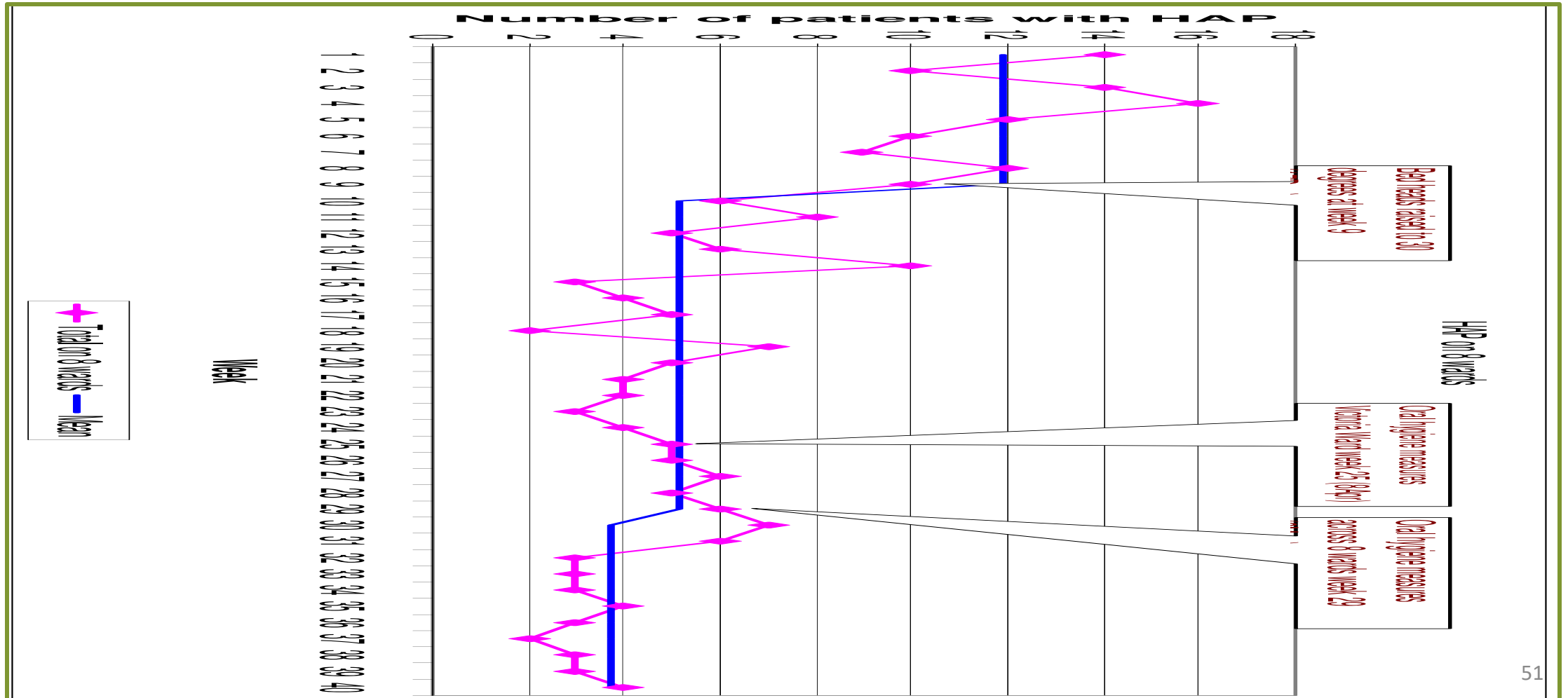


Single ward

## Learning

- ☐ Drug Chart – kemudahan administrasi, audit
- ☐ Keterlibatan dokter junior dalam persepan
- ☐ Roll out – perawatan lansia – pasien demensia

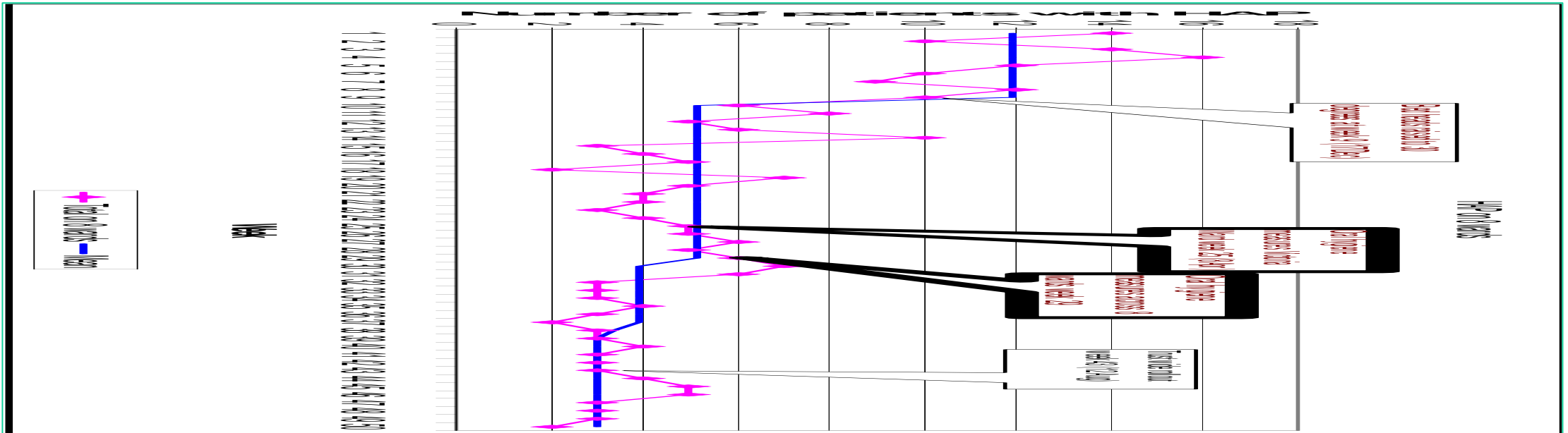
# PDSA cycle 5: Roll out to pilot wards



# Trust roll out PDSA cycle 6



# PDSA cycle 8: Roll out Trust wide 12th August 2011



## Learning

- Gimmick untuk memulai
- Pemantauan berkelanjutan
- Stiker pada grafik obat-obatan
- Tantangan pengukuran



# Cost savings



1. Financial cost

2. Human cost





## Closing Statement Ketua Tim

Kami telah mencapai tujuan kami dan  
membuat perbedaan nyata!

# Kami telah membuat nyata perbedaan!

“Sangat menyenangkan melihat Anda telah berkontribusi pada proyek yang benar-benar membuat rumah sakit kami menjadi tempat yang lebih aman bagi pasien kami”

“Ini memberi kesempatan untuk mendapatkan pengalaman tentang bagaimana Anda menerapkan perubahan”

“Ini membuat saya melihat QI dari perspektif yang berbeda dan sebagai dokter saya akan lebih mudah menerima perubahan”



# Contoh: Form PDSA

---

# Form PDSA

Topik uji coba : .....

Cara : ..... Siklus : .....

## PLAN :

Saya berencana : .....

Saya berharap : .....

Tindakan yg akan dilakukan :

## DO

Apa yang diamati :

## STUDY

Apa yg dapat dipelajari

Apakah sesuai dng measurement goal

## ACTION :

Apa yg dapat anda simpulkan dari siklus ini

# CARA MENGISI FORM PDSA

## PLAN

**Saya berencana untuk :** Tulis pernyataan singkat tentang apa yg akan anda rencanakan dalam uji ini. Rencana ini lebih fokus dan lebih kecil. Rencana ini merupakan sebagian kecil dari implementasi tool

**Saya berharap :** Tulis ukuran atau outcome yg akan anda capai . Anda bisa memiliki data kuantitatif atau kualitatif

**Langkah-langkah :** Tulis langkah-langkah yg anda akan lakukan dalam siklus, termasuk hal berikut :

Populasi dimana anda bekerja – apakah anda mengamati perilaku pasien, dokter atau perawat

Batas waktu yg anda lakukan utk studi ini

# CARA MENGISI FORM PDSA

## DO

**Setelah anda membuat PLAN, anda akan memutuskan untuk mengamati apa yg terjadi**

**Apa yang anda amati ?**

**Tulis hasil observasi selama implementasi termasuk bagaimana reaksi misalnya pasien, dokter, perawat. Bagaimana PLAN sesuai dengan sistem atau alur visit pasien. Anda bisa bertanya, “ Apakah semuanya berjalan sesuai rencana ?” Apakah saya harus modifikasi PLAN**



# CARA MENGISI FORM PDSA

## STUDY

**Setelah implementasi anda akan amati hasil**

**Apa yang dapat anda pelajari ? Apakah sesuai measurement goal ?**

**Dari sini anda dapat melihat implementasi telah sesuai sasaran anda**

## ACT

**Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini ?**

**Disini anda dapat menulis kesimpulan dari implementasi ini, apakah berhasil atau tidak. Bila tidak berhasil, apa yg akan anda lakukan selanjutnya pada siklus berikut agar implementasi berhasil, Jika berhasil, apakah anda siap untuk menyebarkan ke seluruh orang ?**

# PENUTUP

1. PDCA tidak sama dengan PDSA
2. PDSA adalah merupakan model peningkatan mutu, rencana perbaikan yang memerlukan uji coba
3. Siklus PDSA dapat dilakukan pararel tergantung design awalnya
4. Setiap siklus perlu ada penanggung jawabnya yang terus menerus terlihat dalam siklus kegiatan
5. Perbaikan adalah sebuah perubahan, namun tidak semua perubahan adalah perbaikan



TERIMA KASIH

dr Luwiharsih, MSc,  
HP: 0811151142