

**KONVENSYEN INOVASI
JABATAN KESIHATAN NEGERI TERENGGANU 2017**

K A N D U N G A N

QA ORAL

- 1 **MENGURANGKAN MASA MENUNGGU LAMA UNTUK BERJUMPA DOKTOR DI JABATAN PESAKIT LUAR, HOSPITAL SULTANAH NUR ZAHIRAH**

Jabatan Pesakit Luar, Hospital Sultanah Nur Zahirah

- 2 **MENINGKATKAN PENCAPAIAN LTAT UJIAN CSF DALAM MASA 1 JAM DI JABATAN PATOLOGI HSNZ**

Jabatan Patologi, Hospital Sultanah Nur Zahirah Kuala Terengganu

3. **TOWARDS REDUCING THE INCIDENCE OF MEDICATION ERROR IN APS/OAS**

Jabatan Anaesthesiologi, Hospital Sultanah Nur Zahirah Kuala Terengganu

- 4 **REDUCING THE RISK OF CONTAMINATE BREAST PUMP KIT IN POST NATAL WARD**

Unit Kejururawatan, Hospital Sultanah Nur Zahirah Kuala Terengganu

- 5 **TO OPTIMISE USAGE OF MANUAL VACUUM ASPIRATION (MVA) IN MANAGEMENT OF INCOMPLETE AND MISSED MISCARRIAGE IN HOSPITAL KEMAMAN**

Jabatan Obstetrik & Gynaekologi, Hospital Kemaman

- 6 **TO IMPROVE ATTENDANCE RATE FOR ULTRASOUND APPOINTMENT IN RADIOLOGY DEPARTMENT HOSPITAL KEMAMAN**

Jabatan Radiologi, Hospital Kemaman

- 7 **PENINGKATAN PERATUS KESALAHAN PENULISAN PRESKRIPSI**
Unit Farmasi, Hospital Setiu
- 8 **KE ARAH PENGUTIPAN SET YANG LENGKAP DI UNIT KECEMASAN DAN PESAKIT DALAM**
Unit CSSU, Hospital Besut
- 9 **MENURUNKAN KADAR OBESITI DIKALANGAN ANGGOTA KESIHATAN DAERAH KUALA TERENGGANU TAHUN 2016**
Pejabat Kesihatan Daerah Kuala Terengganu
- 10 **MENINGKATKAN PERATUS PESAKIT DIABETES YANG MEMPUNYAI HBA1C <6.5% DI KLINIK KESIHATAN CHENEH**
Klinik Kesihatan Cheneh, Pejabat Kesihatan Daerah Kemaman
- 11 **MENINGKATKAN KADAR SAPUAN TOPIKAL FLORIDA DI KALANGAN BAYI 0-1 TAHUN DI KLINIK PERGIGIAN KEMASIK**
Klinik Pergigian Kemasik, Pejabat Kesihatan Pergigian Daerah Kemaman
- 12 **MENINGKATKAN PERATUS SARINGAN SPUTUM AFB BAGI KEDATANGAN BARU UPL PKD KUALA TERENGGANU & KUALA NERUS**
Unit Pesakit Luar Pejabat Kesihatan Daerah Kuala Terengganu & Pejabat Kesihatan Kuala Nerus
- 13 **MENINGKATKAN PERATUSAN KAUNSELING SUSULAN BAGI PESAKIT DI UNIT FARMASI KLINIK KESIHATAN DAERAH SETIU**
Unit Farmasi, Pejabat Kesihatan Daerah Setiu

PROJEK QAP ORAL 1

Mengurangkan Masa Menunggu Lama Untuk Berjumpa Doktor Di Jabatan Pesakit Luar, Hospital Sultanah Nur Zahirah

Dr Ahmad Fadhlil bin M. Pakarul Razy, Rohhimah binti Mamat, Rose Diana binti Mohamad @ Mohd Razali, Nor Mohd Hisyamuddin bin Shahari, Norehan binti Harun, Ros Anida binti Mohamad

Page | 3

Pemilihan Peluang untuk Penambahbaikan:

1. Masa menunggu yang lama dan melebihi KPI piagam pelanggan iaitu melebihi 90 minit
2. Penambahbaikan boleh dilaksanakan melalui pemantapan prosedur kerja dan penyeliaan berterusan.
3. Tidak mengambil masa yang lama untuk melaksanakan penambahbaikan.

Pengukuran Utama Penambahbaikan:

Masa menunggu lama untuk berjumpa doktor Di Jabatan Pesakit Luar , Hospital Sultanah Nur Zahirah

Proses Pengumpulan Data:

Kajian Verifikasi Feb - Mac 2016

Kajian Pre-remedial April – Ogos

Kajian Post-remedial September – Disember

Kajian 'Cross-sectional'

(Verifikasi > Pre-remediasi > Post-remediasi) 50 Sampel diambil secara rawak setiap hari. Sebulan jumlah sampel adalah 1000.

Analisis dan Interpretasi

Menggunakan Microsoft Office Excel 2010

Strategi Penambahbaikan

1. Pengurusan kakitangan.
2. Penyeragaman
3. Latihan dan pendedahan
4. Merancang POC yang lebih efisien.
5. Pesakit – sistem temujanji mengikut masa yang ditetapkan bagi pesakit kronik.

Kesan Penambahbaikan

Masa menunggu lama untuk berjumpa doktor di Jabatan Pesakit Luar, Hospital Sultanah Nur Zahirah dapat dikurangkan. Jumlah aduan dapat dikurangkan dimana jumlah aduan pada tahun 2015 adalah 7 dan menurun kepada 5 aduan.

PROJEK QAP ORAL 2

Meningkatkan Pencapaian LTAT Ujian CSF Dalam Masa 1 Jam di Jabatan Patologi HSNZ

Rosmawati Bt. Ab.Rahman, Dr Normila Bt. Hadi, Osama B. Mohd Nasir, Noor Hidayati Bt Ahmad, Nizai @ Nurul Nizai Bt. Mamad, Rozita Bt. Mahmood, Tg Faridah Bt.Tg Ibrahim

Page | 4

Penyataan Masalah

Terdapat banyak keputusan ujian *Cerebrospinal Fluid* (CSF) Mikrobiologi yang lambat dikeluarkan melebihi *Laboratory Turn Around Time* (LTAT) selepas spesimen diterima di Kaunter Utama Jabatan Patologi. Ini menyebabkan kelewatan diagnosis dan rawatan awal kepada pesakit.

Pengukuran Utama Penambahbaikan

Pencapaian LTAT ujian CSF bakteria meningitis tidak pernah mencapai standard NIA iaitu 100% keputusan ujian CSF dilaporkan dalam masa 1 jam. Objektif kajian ini adalah untuk meningkatkan peratusan pencapaian LTAT ujian CSF dilaporkan dalam masa 1 jam kepada 100% bagi semua sampel CSF termasuk kes meningitis dan bukan meningitis.

Proses Pengumpulan Maklumat

Kajian dilakukan secara *cross-sectional* serta data retrospektif (verifikasi) berpandukan maklumat dalam *Laboratory Information System* (LIS). Audit pemerhatian serta borang soal selidik juga digunakan untuk mengenalpasti punca kelewatan pelaporan keputusan ujian. Dua fasa tindakan penambahbaikan dan penilaian kesan penambahbaikan telah dijalankan iaitu pada Julai hingga Disember 2016 (Fasa 1) dan pada Januari hingga Mei 2017 (Fasa 2).

Analisis dan Interpretasi

Hanya 69% keputusan ujian CSF mencapai LTAT yang ditetapkan sebelum penambahbaikan dijalankan iaitu ABNA sebanyak 31%. Beberapa faktor telah dikenalpasti menyumbang kepada permasalahan tersebut, iaitu komunikasi tidak berkesan, proses kerja tidak seragam, kurang pengetahuan, sampel lambat diambil di kaunter dan masalah logistik yang mengganggu proses kerja.

Strategi Penambahbaikan

Beberapa langkah penambahbaikan Fasa 1 telah dijalankan seperti merancang *process of care* yang lebih spesifik, menyediakan buku rekod pengambilan sampel dan pengasingan sampel CSF di kaunter. Selain itu, kemahiran anggota ditingkatkan dengan mengadakan CME dan latihan yang berkaitan. Pada Fasa ke-2, strategi penambahbaikan ditambahbaik berdasarkan penemuan Fasa 1 dimana semua sampel CSF diterima terus di Makmal Bakteriologi. Seterusnya jam randik digunakan semasa menjalankan ujian CSF serta jadual pemantauan secara harian diwujudkan.

Kesan Penambahbaikan

Hasil penambahbaikan Fasa 1 berjaya meningkatkan pencapaian LTAT ujian CSF kepada 94% dimana ABNA dapat dikurangkan sehingga 6%. Setelah penambahbaikan Fasa ke-2, pencapaian LTAT ujian CSF dapat ditingkatkan lagi kepada 97% dan ABNA dapat dikurangkan kepada 3%. Kajian ini juga telah berjaya mencapai standard NIA yang ditetapkan.

Langkah Seterusnya

Langkah ekstensif dan pemantauan berterusan akan dijalankan untuk meningkatkan dan mengekalkan pencapaian LTAT ujian CSF. Perancangan seterusnya adalah bagi meningkatkan pencapaian *Total Turn Around Time* (TTAT) bagi semua permohonan ujian CSF.

PROJEK QAP ORAL 3

Towards Reducing The Incidence of Medication Error in APS/OAS

Dr Engku Emila bt Engku Awang, Dr Fatin Hazirah bt Mohamed, Dr Au Qi Yuan

Jabatan Anaesthesiologi, Hospital Sultanah Nur Zahirah, K.Terengganu

Selection of Opportunities for improvement

A medication error is any preventable event that may cause inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of patient or health care professional. Medication error may result in serious patient morbidity and mortality.

Key Measures for improvement

The general objective of this project is to reduce the incidence of medication error in APS/OAS at Hospital Sultanah Nur Zahirah.

Process of Gathering Information

Retrospective data was collected from pharmacy department from year 2015 – 2016. A set of questionnaire was randomly distributed to medical personnel in all wards specifically houseman officers, medical officer and staff nurses to assess their background knowledge, attitude and practice in APS and OAS. A total of 50 questionnaires were collected.

Analysis and Interpretation

From data collection, there is increasing number in the incidence of medication error, which is 16 cases reported in 2015, and 18 case reported in 2016.

Meanwhile, the questionnaire revealed that there is lack of knowledge regarding APS/OAS medication. Majority of the samples (62%) admit that they are unable to differentiate between PCA and epidural medications. In addition, 82 % of participants agreed that they are confused with the APS/OAS drug labels. Besides, 18% of the participants answered wrongly regarding question on PCA and epidural connection.

Strategy for Change

PCA/epidural medications checklist is used when initiating or continuing medications.

Educating staffs on the importance of the checklist and the particulars in the checklist in order to reduce the incidence of medications error. Apply specific sticker label on each syringes to differentiate between epidural and IV used.

Effects of Change

From data collection 2015 – 2016, we can estimate that at least one incident is reported every month. After implementing the remedial actions in 2-month period, there was no case reported or detected so far. This study proved that there are multiple factors contributing to medications error namely lack of knowledge among staff, inadequate information on drug label and last but not least inadequate monitoring and checking before serving medications. By implementing the remedial measures, it reduces the incidence of medications error in APS, improve safety of the patient and quality of service towards patients.

PROJEK QAP ORAL 4

Reducing The Risk Of Contaminate Breast Pump Kit In Post Natal Ward

*PJ Tengku Kamariah binti Tengku Jusoh, PJ Faridah Anum binti Mohd Anuar, KJ Rahayu binti Hashim, JT Siti Hajar binti Muda, JT Siti Zuridah binti Ibrahim, JT Rashidah binti Ramli, JT Norihan binti Hussain, JT Wan Nur Hafsa binti Wan Lokman, JT W. Nur Azwani binti W. Jusoh
Unit Kejururawatan HSNZ*

Selection of Opportunities for improvement

There was high incidence of contaminate breast pump kit in postnatal wards. The impact of contaminated breast pump kit is so serious as it may result cross contamination to infant and mothers, increased unsatisfactory and reduce positive image towards health care workers. Besides, it may increase hospital cost.

Key Measures for improvement

From the surveillance that had been done by QA members in September 2016, we found that breast pump kit that available in postnatal wards were contaminated. This study aimed to prevent contamination of breast pump kit at postnatal wards in 6 months.

Process of Gathering Information

A cross sectional study was conducted from September 2016 to April 2017 to identify the incidence of contaminated breast pump kit. A data collection form used to collect data. Implementation of remedial measures was carried in January 2017

Analysis and Interpretation

Pre-remedial contaminate breast pump kit within 9 weeks surveillance was 9 times. Our aim is to achieve nil of breast pump kit contamination. Among contributing factors that we managed to analyze : lack of equipment (100%), lack of supervision (100%), no proper place to clean the breast pump kit (100%), no proper instruction (100%)

Strategy for Change

Decontamination of breast pump kit guideline and flow chart was set up in Bilik Penyusuan. A short continuous nursing education (CNE) was conducted.

Effects of Change

After the remedial measures implemented, the standard have been achieved. We managed to reduce from 9 cases to 0 case.

The Next Step

We were able to reduce contaminate breast pump kit from 9 cases to 0 case. The main changes are the development of flow chart on how to decontaminate the breast pump kit and adopt the existing washer machine in Bilik Cucian Botol at Unit Pemakanan Bayi for cleaning breast pump kit. We are also decided to extend this service to the other ward that have breast pump kit.

PROJEK QAP ORAL 5

To Optimise Usage of Manual Vacuum Aspiration (MVA) in Management of Incomplete and Missed Miscarriage in Hospital Kemaman

*Nurul Hidayah M, Nor Adibah MK, Aishah A, Manjayuni J, Noorfarizan A
Obstetrics and Gynaecology Department, Hospital Kemaman*

Selection of Opportunities for improvement

In Hospital Kemaman, more than a third of Gynaecology admission are miscarriage related, requiring dilatation and curettage. This can lead to high number of admission, increase risk associated with surgery and anesthesia.

Key measures for improvement

The study aim to optimize usage of MVA in management of miscarriage more than 65% based on International Journal of Gynaecology Obstetric in February 2017.

Process of gathering information

Retrospective and prospective study was conducted from January to September 2016 and from January to April 2017 respectively. Data were collected from procedure book in EPAC and OT book to determine the percentage of MVA procedure done in Hospital Kemaman. Questionnaires were also distributed among patients and O&G staff members to gauge their knowledge, attitude, and practice.

Analysis and interpretation

Only 25.2% of incomplete and missed miscarriage cases underwent MVA from a total of 119 cases. The contributing factors identified were inadequate assessment of miscarriage cases, lack of skills in performing MVA, poor attitude towards MVA among staff, no proper guideline of MVA, poor communication between staff and patients and lack of knowledge and awareness among all O&G staff and patients on this condition.

Strategy for change

MVA protocol, checklist for MVA criteria and MVA room were designed to allow better detection and assessment in miscarriage cases for day care setting. Staff awareness and knowledge is improved by having periodic CMEs and retraining. Public awareness is enhanced by distributing educational pamphlet, poster and counselling.

Effects of change

The percentage of MVA procedure improved from 25.2% to 40% after remedial measures were taken

Next step

Similar measures can be applied to the health clinic and other hospitals in Terengganu. Furthermore, we plan to study on the cost effectiveness of MVA versus dilatation and curettage.

PROJEK QAP ORAL 6**To Improve Attendance Rate For Ultrasound Appointment In Radiology Department Hospital Kemaman**

*Nur Shida A, Mohd Hazamir A, Aznita H, Norli Fazliana A, Tuan Shasril Maizan TMZ
Radiology Department, Hospital Kemaman.*

Selection of opportunities of improvement

Ultrasound examination is one of the method to obtain proper diagnosis or to strengthen certain diagnosis that has been made by clinical judgment. Defaulted ultrasound appointments are an avoidable cost and resource inefficiency which impact upon the health of the patient and treatment outcomes. However, there was high rate of defaulted ultrasound appointment cases in Radiology Department Hospital Kemaman in 2016.

Measures for improvement

The main objective of the project was to reduce defaulted rate for ultrasound appointment in Radiology Department Hospital Kemaman from 36% to less than 15%.

Process of gathering information

Data were collected retrospectively from radiology department to determine the rate of rate of defaulted case for ultrasound appointment in Radiology Department Hospital Kemaman does exist. Interview with the patients were conducted to identify the contributing factors of defaulted. Questionnaire was distributed among staff members to gauge their knowledge, attitude, and practice.

Analysis and interpretation

The percentage of defaulted ultrasound appointment cases during pre remedial measures was 36%. The contributing factors identified were patients overlooked appointment, lack of knowledge among patients and staff, and ineffectice appointment system.

Strategy for change

SMS notification method to the patient a week prior to his/her ultrasound appointment date was applied by using mySMS service. Counselling and pamphlet were given to patient and staffs were trained. Ultrasound request checklist and new regulation to acquire ultrasound appointment date for outpatient were created.

Effects of change

Post remedial study showed reduction in defaulted ultrasound appointment to 17%.

The next step

Continuous implementation and improvement of remedial measures should be practiced in the department. Similar measures also can be applied to the klinik kesihatan in Kemaman and Dungun and also Hospital Dungun.

PROJEK QAP ORAL 7

Peningkatan Peratus Kesalahan Penulisan Preskripsi

*Norzaimah Mohd Kadir, Amira Balqis Bt Mohd Azmi, Nurfatimah Nasiha Bt Bahagia, Ani Arina Bt Sallehan, Nurul Auni Afifa Bt Mustafa
Unit Farmasi Hospital Setiu*

Pemilihan Peluang Untuk Penambahbaikan /Penyataan Masalah

Berdasarkan statistik intervensi preskripsi dalam tempoh Jan- Mac 2016, didapati kesalahan penulisan preskripsi adalah 4.3 % (N= 13,828). Peningkatan ini seiring dengan peningkatan bilangan preskripsi diterima dan bilangan preskriber. Kesalahan penulisan preskripsi boleh menyebabkan berlakunya “medication error” dan peningkatan masa menunggu pesakit atau masa membekal ubat kepada pesakit di dalam wad.

Pengukuran Utama Penambahbaikan

Jawatankuasa projek bersetuju menetapkan standard adalah ≤ 2.5 %. Indikator adalah Peratus kesalahan Penulisan Preskripsi. Pengangka (Numerator) adalah bilangan Preskripsi dengan kesalahan dan penyebut (denominator) adalah bilangan preskripsi diterima.

Proses Pengumpulan Maklumat

Kajian verifikasi di jalankan pada 1-31 Julai 2016. Kajian ringkas dan kuiz kepada preskriber di lakukan bagi mengenalpasti penyebab kesalahan penulisan preskripsi pada 3- 17 Julai 2016 . Audit fail pesakit turut di lakukan pada 1-31 ogos 2016. Kajian re-evaluasi menggunakan kaedah yang sama telah dijalankan pada 1-30 April 2017.

Analisis dan Interpretasi

Kajian pre menunjukkan peratus kesalahan penulisan preskripsi adalah 4.3 %. Kategori kesalahan paling banyak adalah regimen tidak sesuai dari segi Dos di Farmasi Pesakit Luar, manakala preskripsi tidak lengkap dari segi frekuensi di dapati menjadi kategori paling tinggi ditemui di Farmasi Pesakit Dalam. Kajian penyebab kesalahan penulisan preskripsi mendapati kebanyakan

preskriber menyatakan terkeliru antara dos oral serta injeksi (N= 15%), tiada rujukan mudah (N = 15%) serta terkeliru antara frekuensi oral dan injeksi (N= 15%). Bagi soalan kuiz, didapati tiada preskriber mendapat markah penuh 100% betul. Audit fail pesakit mendapati kebanyakan kesalahan penulisan preskripsi adalah melibatkan pesakit yang di bekalkan dengan lebih daripada 5 jenis ubat.

Strategi Penambahbaikan

Memo edaran senarai intervensi preskripsi di keluarkan setiap bulan berdasarkan kesalahan yang dibuat, menyediakan rujukan ringkas kepada preskriber dan menyediakan Buku Ubat pesakit. Selain itu, Sesi Pembelajaran Berterusan turut diadakan, terutama yang terlibat dalam pengendalian preskripsi.

Kesan Penambahbaikan

Selepas tindakan penambahbaikan di jalankan, didapati peratus kesalahan penulisan preskripsi telah berkurang kepada 1.5% pada tempoh Jan- Mac 2017.

Langkah Seterusnya

Pemantauan kesalahan penulisan preskripsi akan di buat setiap bulan berdasarkan Nama preskriber dan di bentangkan dalam Mesyuarat Jawatankuasa Ubat-ubatan peringkat Hospital sebanyak dua kali setahun.

PROJEK QAP ORAL 8

Ke Arah Pengutipan Set Yang Lengkap Di Unit Kecemasan Dan Pesakit Dalam

Dr Ahmad Kamaluddin bin Rosli, PJ Wan Zainun bt Yahya, KJ Zahala bt Muhammad, PPP Mahadir bin Mat Nasir, JT Siti Nor Baizura bt Ariff & PPK Mohd Safwan bin Ali Unit CSSU, Hospital Besut

Pemilihan Peluang Untuk Penambahbaikan / Pernyataan Masalah

Pengutipan set yang tidak lengkap merupakan masalah utama bagi Unit Bahan Steril (CSSU). Penerimaan set yang tidak lengkap ini akan menyebabkan set semakin berkurangan dan impak kepada pesakit dimana prosedur perawatan tidak dapat dijalankan secara optima.

Pengukuran Utama Penambahbaikan

Dengan penambahbaikan yang dilaksanakan, kami menasarkkan jumlah pengutipan set di setiap unit yang lengkap dari semua unit akan meningkat kepada 100%.

Proses Pengumpulan Maklumat

Kajian Verifikasi berkaitan dengan pengutipan set yang tidak lengkap telah dijalankan secara retrospektif selama 3 tahun iaitu dari tahun 2014 – 2016. Langkah penambahbaikan telah dikenalpasti melalui kajian ini dan telah dijalankan pada Januari 2017. Kajian keberkesanan telah dijalankan pada Januari 2017.

Analisa Interpretasi

Kajian verifikasi selama 3 tahun bermula dari 2014 - 2016 menunjukkan berlakunya pengutipan set yang tidak lengkap di Unit kecemasan dan Unit Pesakit Dalam. Data menunjukkan sebanyak 28 set yang tidak lengkap telah dikutip sepanjang tahun kajian dibuat. Pengutipan yang tidak lengkap ini menyebabkan CSSU menanggung kerugian sebanyak RM1,066 dalam masa 3 tahun tersebut. Antara faktor yang dikenalpasti adalah tiadanya buku inventori bagi pengiraan keluar masuk Set CSSU di unit, Tiada person incharge, tiada sistem pengiraan bersama semasa pengutipan dan tiada proper checklist bagi pengutipan semula set.

Setelah kajian dibuat berserta dengan pelaksanaan penambahbaikan, data menunjukkan penurunan kepada pengutipan set yang tidak lengkap pada akhir tahun kajian 2016. Secara langsung penurunan ini menunjukkan sikap tanggungjawab dan intergriti anggota untuk memelihara aset kerajaan telah meningkat kerana ianya melibatkan kewangan serta imej jabatan.

Strategi Penambahbaikan

Antara penambahbaikan yang telah dijalankan adalah:

- i. Mewujudkan Buku dan checklist senarai set
- ii. Mewujudkan Buku Inventory
- iii. Menukar sistem yang sedia dari Sistem Porter kepada Sistem Kaunter bagi pemulangan set ke CSSU.
- iv. Mengadakan sesi CNE bagi kepada anggota/unit yang terlibat di Hospital Besut
- v. Mewujudkan 'person incharge' bagi pemantauan penggunaan set CSSU di Unit Kecemasan dan Unit Pesakit Dalam.
- vi. Membuat sistem tagging bernombor pada setiap set yang dikeluarkan dari CSSU bagi kemudahan. Nombor-nombor ini akan ditandakan pada kidney dish dan juga pada borang checklist.

Kesan Penambahbaikan

Analisis selepas penambahbaikan telah menunjukkan penerimaan set yang tidak lengkap semakin berkurangan dan membuktikan kejayaan strategi yang dibuat berkesan untuk pengutipan set yang lengkap. Disamping itu, ianya juga menunjukkan peningkatan kesedaran penjagaan aset di kalangan anggota di Unit kecemasan mahupun Unit Pesakit Dalam.

Langkah seterusnya

Pemulangan set yang lengkap akan melancarkan proses kerja anggota CSSU seterusnya dapat memberikan perawatan yang optimum kepada pesakit-pesakit di Hospital Besut. Langkah seterusnya kumpulan akan mengadakan roadshow dan CNE berkenaan kepentingan pemulangan yang lengkap ke hospital-hospital lain kerana ia adalah aset kerajaan yang mana ianya melibatkan intergriti penjawat awam, kewangan serta imej jabatan.

PROJEK QAP ORAL 9

Menurunkan Kadar Obesiti Dikalangan Anggota Kesihatan Daerah Kuala Terengganu Tahun 2016

Dr. Nurazrina bt Abdul Aziz, Dr Nuraini bt Ibrahim, Cik Noorhidayah bt Abdul Rahman, Encik Ahmad Syakir bin Mustafa, Puan Hazlina bt Yusof

Pemilihan Peluang untuk Penambahbaikan

Obesiti boleh menyumbang kepada penyakit-penyakit kronik yang meningkatkan morbiditi dan mortaliti di kalangan anggota kesihatan. Faktor penyebab obesiti dikalangan kakitangan kesihatan adalah amalan pemakanan tidak seimbang, tiada motivasi diri dan gaya hidup sedentari serta kurangnya aktiviti fizikal.

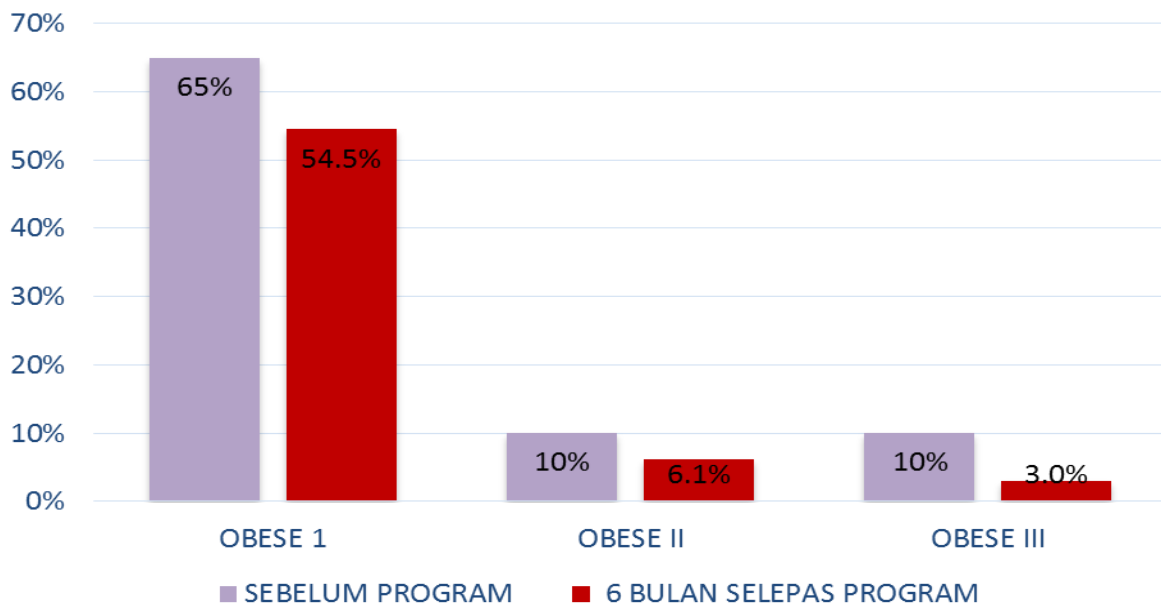
Pengukuran Utama Penambahbaikan

Peratus peserta yang berjaya menurunkan berat badan sebanyak 10% daripada berat asal selama 6 bulan.

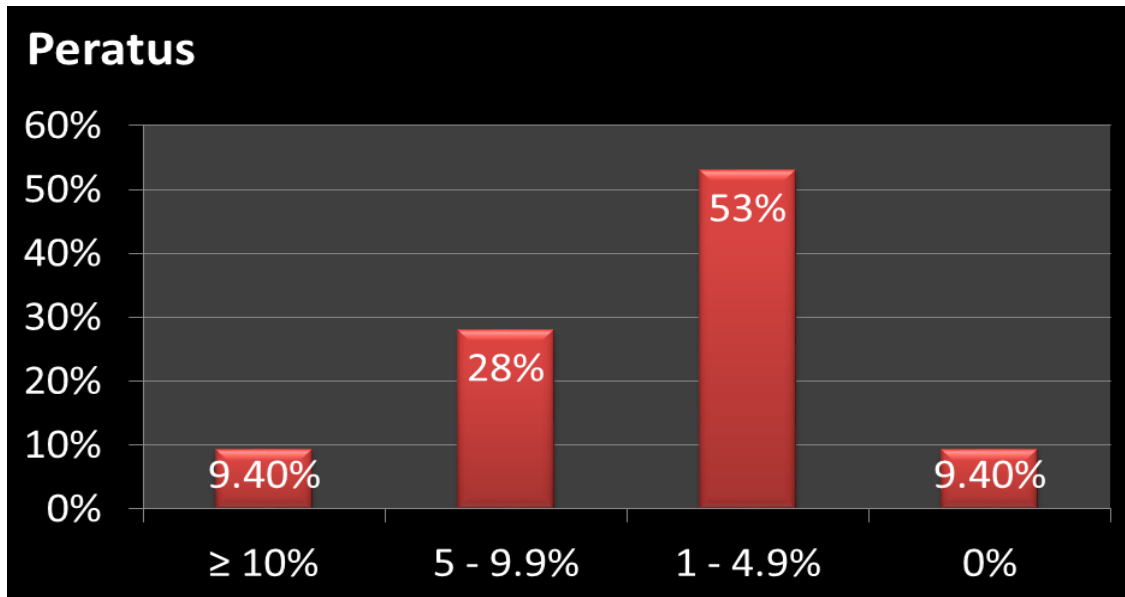
Proses Pengumpulan Maklumat

Pengumpulan data adalah melalui Reten Saringan Kesihatan Anggota (KPAS 2 dan KPAS 3) didaerah Kuala Terengganu, buku rekod kesihatan 'warga aktif warga produktif' peserta dan ujian minda sihat bagi setiap peserta.

Analisis dan Interpretasi



Rajah 1 menunjukkan tahap obesiti dikalangan peserta sebelum dan 6 bulan selepas program



Rajah 2 menunjukkan peratus peserta yang berjaya mencapai susut berat badan 6 bulan selepas program.

Strategi Penambahbaikan

Mewujudkan senarai semak aktivi-aktiviti mingguan dan bulanan secara berkala serta menghasilkan buku modul program pengurusan berat badan untuk daerah Kuala Terengganu.

Kesan Penambahbaikan

Meningkatkan pengetahuan, amalan dan sikap anggota mengenai cara senaman yang berkesan, serta pemakanan seimbang dan juga motivasi diri berterusan dalam proses pengurangan berat badan.

Langkah Seterusnya

Program ini diteruskan oleh unit fisioterapi dan unit kawalan penyakit tidak berjangkit (NCD) daerah kepada kumpulan sasaran lain meliputi agensi kerajaan dan orang awam.

PROJEK QAP ORAL 10

Meningkatkan peratus pesakit diabetes yang mempunyai HbA1c <6.5% di Klinik Kesihatan Cheneh

Dr. Muhammad Khairulanwar B. Adlan, Dr. Dahlia Husna Bt. Husain, PPP Mohd Afizul B. Zakaria, JK Shimar Bt. Abd Manaf, JM Noasikin Bt. Mustafa

Klinik Kesihatan Cheneh, Pejabat Kesihatan Daerah Kemaman

Pemilihan Peluang untuk penambahbaikan / pernyataan masalah

“Quality of Diabetes Care” merupakan salah satu indikator yang telah diperkenalkan di peringkat Kementerian Kesihatan Malaysia yang bertujuan untuk menilai kualiti penjagaan pesakit diabetes di klinik-klinik kesihatan dengan menggunakan paras HbA1c sebagai penanda aras. Peratus kes diabetes yang terkawal (HbA1c <6.5%) di KK Cheneh adalah sangat kurang. HbA1c yang tidak

terkawal akan meningkatkan komplikasi dan mengurangkan kualiti kehidupan pesakit. Pelbagai faktor boleh menyumbang kepada pengawalan HbA1c iaitu sistem pengurusan, anggota kesihatan dan pesakit.

Pengukuran Utama Penambahbaikan

Peratus kenaikan pesakit diabetes yang mempunyai HbA1c <6.5% di Klinik Kesihatan Cheneh

Proses Pengumpulan Maklumat

Kajian verifikasi menggunakan data dari National Diabetes Registry untuk tempoh satu tahun secara retrospektif. Serta, kajian KAP di kalangan anggota kesihatan di Klinik Kesihatan Cheneh dan pesakit diabetes berdaftar di Klinik Kesihatan Cheneh

Analisis dan Interpretasi

Masalah-masalah yang dikenalpasti melalui kajian yang dijalankan dilihat melalui 3 aspek iaitu sistem, anggota dan pesakit. Kajian mendapati kurangnya pemantauan dan penyeliaan terhadap pesakit diabetes yang menyeluruh dan teratur di klinik, malah masih ramai anggota kesihatan yang belum menghadiri kursus pengurusan diabetes. Selain itu, kajian ini juga mendapati kebanyakan pesakit diabetes yang masih enggan menggunakan insulin dan tidak patuh pada garis panduan diet yang diberikan.

Strategi Penambahbaikan

Beberapa langkah penambahbaikan telah dilakukan untuk mengatasi permasalahan ini iaitu dengan menambahbaik sistem pengurusan pesakit diabetes di klinik dengan mewujudkan cop senarai ujian pengesanan komplikasi dan kaunseling bagi tujuan dokumentasi yang lebih sistematik dan liputan menyeluruh. Anggota kesihatan diberikan refreshment course setiap 4 bulan sekali diperingkat klinik dan ditugaskan untuk memberi public talk kepada pesakit diabetes setiap minggu. Klinik juga telah mewujudkan kumpulan kaunseling di kalangan pesakit.

Kesan Penambahbaikan

Kajian KAP pesakit menunjukkan peningkatan pada tahap pencapaian pengetahuan, amalan dan sikap pesakit sebanyak lebih dari 15%. Kajian KAP anggota juga menunjukkan adanya penambahbaikan sebanyak 10%. Dengan langkah penambahbaikan didapati peratus pesakit diabetes mencapai HbA1c <6.5% meningkat dari 6.82% ke 10.98%.

Langkah Seterusnya

Peratusan HbA1c < 6.5% telah meningkat dari 6.82% kepada 10.98%, oleh itu langkah-langkah penambahbaikan yang telah dilakukan perlu diteruskan agar peratusan ini akan lebih memberi kesan positif dan berkekalan.

PROJEK QAP ORAL 11

Meningkatkan Kadar Sapuan Topikal Florida di Kalangan Bayi 0-1 Tahun di Klinik Pergigian Kemasik

Dr Che Wan Nor Ashikin, Dr Nur Syafawati Binti Mohd Zahari, Dr Mohd Iswan Firdaus B Ismadi, Puan Zainab Binti Mohideen, Puan Mariani Binti Idi, Puan Zuraimie Binti Md Sapdi
Pejabat Kesihatan Pergigian Daerah Kemaman

Page | 15

Penyataan Masalah

Projek ini dijalankan bagi meningkatkan kadar sapuan topical florida bayi 0-1 tahun di Klinik Pergigian Kemasik. Ini merupakan suatu langkah pencegahan awal bagi mengelakkan kerosakkan gigi yang lebih teruk.

Pengukuran Utama Penambahbaikan

Meningkatkan kadar sapuan topical florida bayi 0-1 tahun di Klinik Pergigian Kemasik.

Proses Pengumpulan Maklumat

Jenis kajian adalah secara Cross Sectional melibatkan semua sampel bayi (0-1 tahun) outpatient dari KKIA dan dari “walk in” pada bulan Jan-Mac.

Analisis dan Interpretasi

1. Tempoh menunggu yang lama menyebabkan penjaga /ibu bapa enggan dirujuk untuk mendapatkan rawatan dan ini sekaligus menyebabkan kadar sapuan topikal florida bagi bayi 0-1 tahun rendah di Klinik Pergigian Kemasik.
2. Ibu bapa/penjaga tidak patuh kepada protokol rujukan kerana carta alir rawatan yang panjang di KKIA menyebabkan ibu bapa/penjaga enggan patuh pada rujukan ke pergigian.
3. Hasil kajian turut mendapati kekurangan kefahaman di kalangan JP/JM tentang kepentingan rawatan sapuan di awal umur menyebabkan langkah pencegahan tidak dapat dilakukan secara optimal.
4. Tiada ruangan yang khusus dan sesuai di KKIA turut menyebabkan staff pergigian mengalami kesukaran untuk melakukan pemeriksaan serta rawatan.

Kesan Penambahbaikan

Selepas kajian, didapati peratus bayi (0-1 tahun) yang mendapat rawatan sapuan florida di Klinik Pergigian Kemasik telah meningkat iaitu daripada 13.73% kepada 22.54%. Ini adalah berikutan daripada:

- i) Peningkatan kadar sapuan topikal florida telah meningkat sebanyak 8.81%, setelah mesyuarat jawatankuasa toddler diadakan dengan kerjasama dari KKIA di peringkat daerah.
- ii) Bayi (0-1 tahun) yang tidak menerima rawatan disebabkan tidak hadir dan memerlukan rawatan sapuan florida telah diberi temujanji dan dirujuk kepada perawat pergigian dan hasilnya telah meningkat sebanyak 8.81%.

Langkah Seterusnya

Memperluaskan tindakan penambahbaikan baik dari segi pengurusan, fasiliti atau berkaitan rawatan di Klinik Pergigian agar lebih ramai bayi (0-1 tahun) mendapat rawatan sapuan topikal florida.

Mengadakan “hari bersama pelanggan” di tempat tumpuan orang ramai seperti di pusat membeli belah dan sebagainya untuk mendapatkan pemeriksaan serta rawatan sapuan topikal florida secara lebih santai dan mudah akses.

Mengaudit relevan kandungan buku “Guidelines early childhood oral Healthcare” (2008) dengan menekankan kepentingan sapuan topikal florida di awal umur

PROJEK QAP ORAL 12**Meningkatkan Peratus Saringan Sputum AFB bagi Kedatangan Baru UPL PKD Kuala Terengganu & Kuala Nerus**

Dr Siti Nur Zakiah Abd Razak, Dr Usha Gunasagaran, PPKP Ahmad Aizudin b. Abd Razak, PPKP W. Mohd Sharifuddin Wan Nawang

Penyataan Masalah

Saringan pemeriksaan sputum AFB memainkan peranan penting dalam pengesanan penyakit TB. Dengan peningkatan saringan, lebih banyak kes TB dapat dikesan terutamanya pada peringkat awal.

Pengukuran Utama Penambahbaikan

Peratus peningkatan saringan sputum AFB sebanyak $\geq 7\%$ bagi kedatangan baru UPL di PKD Kuala Terengganu

Proses Pengumpulan Maklumat

Verifikasi data.

Analisis dan Interpretasi

Kurang arahan dari perawat kepada pesakit untuk menghantar sputum, saringan simptom TB yang tidak menyeluruh dikalangan pesakit UPL serta pengetahuan masyarakat mengenai penyakit TB yang lemah.

Strategi Penambahbaikan

1. Meningkatkan kesedaran kepada perawat untuk meningkatkan saringan sputum di kalangan pesakit melalui taklimat dan CME berkala mengenai TB, reten saringan sputum bagi setiap perawat, penetapan kuota saringan sputum harian serta bulanan bagi setiap perawat dan pemantauan pencapaian saringan sputum bagi setiap perawat secara mingguan di peringkat KK dan bulanan di peringkat PKD.
2. Kerjasama dengan unit NCD dan bilik kecemasan untuk menyaring simptom TB dengan lebih menyeluruh.
3. Mengadakan aktiviti ceramah dan kuiz TB bagi pesakit UPL secara berkala bagi menambahkan pengetahuan dan kesedaran mengenai penyakit TB.

Kesan Penambahbaikan

Peratus saringan sputum di kalangan kehadiran baru UPL di KK PKDKT & PKDKN pada 2016 berjaya ditingkatkan berbanding 2015 dan mencapai sasaran yang ditetapkan.
Pengurangan ABNA

Langkah Seterusnya

Melalui data yang diperolehi dari keputusan makmal bagi setiap saringan sputum (positif /negative TB), kajian dapat dilakukan untuk mengenalpasti golongan pesakit yang benar-benar berisiko tinggi dikalangan masyarakat setempat untuk mendapat penyakit TB. Dari maklumat ini, perancangan dan pelan tindakan yang lebih fokus dan “cost-effective” boleh dirangka dan diimplikasikan bagi meningkatkan pengesanan kes TB secara keseluruhan di daerah Kuala Terengganu dan Kuala Nerus.

PROJEK QAP ORAL 13

Meningkatkan Peratusan Kaunseling Susulan Bagi Pesakit Di Unit Farmasi Klinik Kesihatan Daerah Setiu

*Pn. Nor Hartini Mohd Nor, Fatin Abdul Aziz, Marhabsyah Rahim
Unit Farmasi, PKD Setiu*

Peluang untuk Penambahbaikan

Kurang kaunseling susulan menyebabkan kefahaman pesakit terhadap pengambilan ubat-ubatan rendah. Ini menyumbang kepada rawatan yang tidak optimum dan meningkatkan risiko untuk mendapat komplikasi. Faktor-faktor yang menyebabkan kaunseling susulan yang rendah adalah kurang pengetahuan anggota terhadap Garispanduan Kaunseling KKM, kelengkapan kaunseling tidak mencukupi, tempat kaunseling tidak kondusif, pesakit tidak menghadiri temujanji kaunseling susulan serta tiada kaedah untuk mengenalpasti dan memantau pesakit susulan. Kajian ini diharap dapat membantu meningkatkan peratusan kaunseling susulan bagi pesakit di unit farmasi klinik kesihatan di daerah Setiu

Pengukuran Utama Penambahbaikan

Peratusan Kaunseling Susulan bagi Pesakit di Unit Farmasi Klinik Kesihatan di Daerah Setiu.

Proses Pengumpulan Maklumat

Menjalankan kaunseling individu kepada pesakit, Memberikan temujanji susulan kepada pesakit yang memerlukan, Melengkapkan borang kaunseling, Semak kehadiran pesakit dan Menjalankan kaunseling susulan dan membuat penilaian kefahaman.

Analisis dan Interpretasi

Analisis kajian verifikasi dibuat dengan mengumpul data reten PF 5.5 (a) selama 3 tahun (2013, 2014, 2015). Didapati peratusan kaunseling susulan masih rendah dan kurang memuaskan.

Strategi Penambahbaikan

Penambahbaikan dilakukan dengan memberi taklimat tentang garispanduan kaunseling edisi terbaru kepada semua anggota farmasi, mengadakan alat bantuan kaunseling yang lengkap, mewujudkan ruang kaunseling yang spesifik dan berlabel serta mengenalpasti dan memantau pesakit susulan melalui kaedah penandaan di dalam sistem PhIS dan slip ubat pesakit.

Kesan Penambahbaikan

Didapati peratusan kaunseling susulan bagi pesakit di unit farmasi Klinik Kesihatan di Daerah Setiu telah meningkat (9.5%) berbanding 0.56% (2013), 1.03% (2014) dan 2.5% (2015) dengan adanya pemantauan berterusan oleh pegawai dan penolong pegawai farmasi. (sasaran: 10%)

Langkah Seterusnya

Penolong pegawai farmasi perlu memberi peringatan kepada pegawai farmasi jika pesakit susulan dikenalpasti semasa “transcribe order” preskripsi untuk menjalankan kaunseling susulan.