

**KONVENSYEN INOVASI  
JABATAN KESIHATAN NEGERI TERENGGANU 2017**

**K A N D U N G A N**

Page | 1

**QA POSTER**

- 1    **TOWARDS INCREASING PERCENTAGE OF BEDSIDE DISPENSING IN  
MEDICAL WARDS OF HOSPITAL SULTANAH NUR ZAHIRAH**  
Unit Farmasi, Hospital Sultanah Nur Zahirah
  
- 2    **TO IMPROVE THE COMPLIANCE OF HAND RUB USAGE AMONG  
STAFFS IN YELLOW ZONE ETD, HOSPITAL KEMAMAN**  
Jabatan Kecemasan & Trauma, Hospital Kemaman
  
- 3    **TOWARDS MINIMIZING INCIDENCE OF POST OPERATIVE NAUSEA  
AND VOMITING (PONV) AFTER SPINAL ANESTHESIA IN HOSPITAL  
KEMAMAN**  
Jabatan Anaesthesiologi, Hospital Kemaman
  
- 4    **MENGOPTIMAKAN PROSES PEMBEKALAN UBAT MENGIKUT TARIKH  
TEMUJANJI**  
Unit Farmasi, Hospital Besut
  
- 5    **MENINGKATKAN SARINGAN PRA KEHAMILAN DI KALANGAN  
WANITA REPRODUKTIF YANG BERPENYAKIT KRONIK DI KLINIK  
KESIHATAN KIJAL**  
Klinik Kesihatan Kijal, Pejabat Kesihatan Daerah Kemaman
  
- 6    **MENGURANGKAN KADAR PENOLAKAN UJIAN ANTIBODI HEPATITIS  
B DI KALANGAN KAKITANGAN PEJABAT KESIHATAN DAERAH  
MARANG**  
Unit Patologi, Pejabat Kesihatan Daerah Marang

7 **MENINGKATKAN PERATUS HBAIC TERKAWAL DI KALANGAN PESAKIT DIABETIS WANITA 'REPRODUCTIVE AGE' DI KK KUALA BERANG**

Klinik Kesihatan Kuala Berang, Pejabat Kesihatan Daerah Kuala Berang

Page | 2

8 **MENINGKATKAN SARINGAN M-CHAT DI KALANGAN KANAK-KANAK BERUMUR 18 BULLAN DI DAERAH SETIU KEPADA 100%**

Pejabat Kesihatan Daerah Setiu

9 **PERATUS KLIEN YANG MENJALANI PEMERIKSAAN MAMOGRAM ADALAH RENDAH**

Pejabat Kesihatan Daerah Besut

10 **REDUCING PERCENTAGE OF BLOOD SAMPLE REJECTION IN GENERAL MEDICAL WARD 7C**

Jabatan Perubatan, Hospital Sultanah Nur Zahirah, Kuala Terengganu

## **PROJEK QAP POSTER 1**

### **Towards Increasing Percentage of Bedside Dispensing in Medical Wards of Hospital Sultanah Nur Zahirah**

*Maznuraini Bt Zainuddin, Lukman Nul Hakim Bin Md Khairi, Wan Najiah Bt Wan Mokhtar, Aimi Shazana Bt Muhammad Anuar, Fara Waheda Binti Jusoh, Nur Liyana Binti Mohd Fozi*  
*Jabatan Farmasi Hospital Sultanah Nur Zahirah*

Page | 3

#### **Selection of Opportunities for Improvement**

Improvement in number of bedside dispensing (BD) may improve patient discharge process, patients' satisfaction and medicine knowledge, as well as discharge pharmacy workload. The study aims to explore on the factors which influence number of BD and implement ways to improve BD in order to provide improved clinical service and patient's health outcomes.

#### **Key Measures for Improvement**

The study indicator was percentage of discharge prescriptions from medical ward dispensed bedside. The proposed study standard was  $\geq 30\%$  of discharge prescriptions dispensed bedside.

#### **Process of Gathering Information**

A cross sectional study was conducted from November 2016 till April 2017. Patients with discharge prescriptions dispensed bedside in medical wards were included in this study.

#### **Analysis and Interpretation**

The percentage of discharge prescriptions dispensed bedside during pre-remedial study was 8.1% thus the target improvement in ABNA was set at 21.9%. Factors associated with low BD percentage were time constraint, poor workflow understanding, lack of self-initiated driving force and inter-professional collaboration.

#### **Strategy for Change**

Strategies involve distribution of new Standard Operating Procedure for Inpatient Pharmacy on BD to all medical wards along with periodical CMEs, introduction of Prescription Box to every medical ward for daily prescription collection during office hour, appointment of an inpatient pharmacist to enforce BD and establishment of study standard of 30% to improve self-initiated driving force.

#### **Effects of Change**

The percentage of discharge prescriptions dispensed bedside had increased from 8.1% to 15.1% which accounts for a reduction in ABNA of 7.0%.

#### **The Next Step**

All remedial measures taken were shown to effectively increase percentage of BD in medical wards of Hospital Sultanah Nur Zahirah. The unachieved standard proves that there is still room for improvement and next step plan for our study.

## **PROJEK QAP POSTER 2**

### **To Improve The Compliance of Hand Rub Usage Among Staffs in Yellow Zone ETD, Hospital Kemaman**

*Mohd Zaki Fadzil S, SW Chaw, Ros Asliani A, Nor Azma K, Sobri AB  
Jabatan Kecemasan & Trauma Hospital Kemaman*

Page | 4

#### **Selection of oppurtunities for improvement**

Infection prevention remains the 3rd challenge in emergency and trauma department worldwide. This is due to the uncontrolled environment in ED and also a high volume of patients seeking medical treatment. Many procedures are done without proper aseptic technique due to time limitation during emergencies. Hand rub which is relatively more suitable to be practiced in ED as it is more convenient and less time consuming compare to hand washing.

#### **Key measures for improvement**

The study aims to improve the compliance of hand rub usage among doctors and paramedics to achieve more than 95% compliance of minimum hand rub usage while handling patients in ETD Hospital Kemaman.

#### **Process of gathering information**

Data collection was done prospectively by measuring the hand rub usage among ED staffs in yellow zone on a random weekday per week. A total of 10 labelled hand rubs were placed respectively on the existing hand rub holders in yellow zone. Quantification of hand rub used is done via indirect measurement of residual hand rub solution at the end of the day. A set of questionnaires on knowledge, attitude and practice has been put up online for every clinical staffs to answer as well.

#### **Analysis and interpretation**

Pre-remedial studies showed the usage of hand rub was less than 50% of the expected minimum hand rub usage per day in yellow zone. The contributing factors were hand hygiene policy not implemented strictly, no specific trolley for hand rub placement, negative perception towards hand rub material and no 24 hours nursing supervision.

#### **Strategy for change**

Multi purpose clinical utility section had been set up in yellow zone for placement of hand rub. All existing hand rubs were replaced by user friendly hand rubs. Poster promoting hand rub usage and hand hygiene techniques were put up on the clinical utility section. Weekly audit by infectious control nurse was carried out randomly.

#### **Effects of change**

After the implementation of remedial measures, percentage of hand rub usage had achieved more than 50% of the expected minimum hand rub usage per day and on some days we manage to achieve more than 100% of the expected minimum hand rub usage. Majority of hand rub used was from the hand rubs placed on the clinical utility section.

#### **The next step**

More multi purpose clinically utility sections will be placed in yellow zones. Apart from placing hand rubs, PPE, clinical waste bin and sharp bins will also be placed on the clinical utility sections. In future, we will be installing automatic hand rub dispensers in our department.

## PROJEK QAP POSTER 3

### **Towards Minimizing Incidence of Post Operative Nausea and Vomiting (PONV) after Spinal Anesthesia in Hospital Kemaman**

*Dr Nik Nabihah Binti 'Adros, Dr Assila Binti Alfi, Dr Ch'ng Syn Dee, Dr Muhamad Arif Hakimi Bin Mohd Noor, Sn Zuzana Binti Jusoh @ Abas, Sn Wan Khazanah Binti Wan Laila, Pt Siti Norsaadah Binti Abdul Aziz*

*Jabatan Anaesthesiologi Hospital Kemaman*

Page | 5

#### **Selection of opportunities for improvement**

PONV post spinal anesthesia is one of the significant problems in Hospital Kemaman. PONV can result in morbidity like wound dehiscence, bleeding, pulmonary aspiration of gastric contents, fluid and electrolyte disturbances, delayed hospital discharge, unexpected hospital admission, and decreased patient satisfaction. Well established risk factors for PONV can be divided into patient related, anesthesia related and surgery related. Besides, lack of pre-emptive prophylaxis could be the possible co-founding factor for the high incidence of PONV.

#### **Key measures for improvement**

To identify the potential patient and determine the remedial actions which need to be carried out. Therefore, it will simultaneously improve the patients' and medical personnel's awareness towards PONV, thus it will decrease the poor operative outcome and medico legal litigation.

#### **Process of gathering information**

This study was conducted by distributing questionnaires for verification study and re-evaluation for post remedial measure. 229 questionnaires were distributed to the patients in the operating theater who received spinal anesthesia and 30 questionnaires for staff in the operation theater.

#### **Analysis and interpretation**

From data collection, incidence of PONV in Hospital Kemaman accounted for 33.6%. Lack of prophylaxis usage was identified as the main contributing factor for PONV as 16% of patients were given only single modal therapy which is intravenous drug.

#### **Strategy for change**

Several remedial measures had been done such development of hospital protocol for PONV prophylaxis, distribution of pamphlet during pre-operative assessment and department CME with all staff to improve knowledge.

#### **Effects of change**

After the implementation of remedial measures, there is no reduction of the incidence of PONV. This could be due to lack of reinforcement of the new multi-modal prophylaxis protocol.

#### **The next step**

To reinforce the compliance to the implemented remedial measures so that it can be re-evaluated in phase 4 study.

#### **Value Added Features**

To reinforce the compliance to the implemented remedial measures so that it can be re-evaluated in phase 4 study.

## **PROJEK QAP POSTER 4**

### **Mengoptimalkan Proses Pembekalan Ubat Mengikut Tarikh Temujanji**

*Mohd Fadhil B Mohd Zaki, Muhd Syazwan B Maarof, Zahirah Razani, Roihanah Rahmat, Salleh B Abd Rahman, Mohd Radzi B Mat Daud*

*Unit Farmasi Hospital Besut*

Page | 6

#### **Pemilihan Peluang untuk penambahbaikan / pernyataan masalah**

Pemberian ubat yang tidak optima menyebabkan berlaku lebihan dan kekurangan bekalan ubat di kalangan pesakit. Lebihan bekalan sudah pasti akan menyebabkan berlakunya pembaziran manakalan kurang bekalan akan menyebabkan rawatan menjadi tidak efektif. Masalah ini mungkin disebabkan oleh bekalan ubat yang tidak selari dengan durasi temujanji pesakit. Daripada kajian ini kami berharap dapat mengenalpasti langkah-langkah penambahbaikan untuk mengoptimalkan pembekalan ubat.

#### **Pengukuran Utama Penambahbaikan**

Kami menasaskan jumlah pesakit yang mendapat bekalan ubat selari dengan durasi temujanji melebihi 80%.

#### **Proses Pengumpulan Maklumat**

Kajian verifikasi masalah bekalan ubat tidak cukup dan masalah lebihan ubat dijalankan secara prospektif selama 3 bulan bermula dari September 2016 sehingga November 2016. Kemudian kajian menganalisa punca masalah dijalankan secara prospektif selama satu bulan pada bulan Disember 2016. Langkah penambahbaikan telah dikenalpasti melalui kajian ini dan dijalankan bermula Januari 2017. Kajian keberkesanan langkah-langkah penambahbaikan telah dijalankan pada bulan Februari 2017

#### **Analisis dan Interpretasi**

Kajian verifikasi selama 3 bulan menunjukkan 71 insiden pesakit datang untuk menyambung ubat tanpa preskripsi yang sah kerana terputus bekalan. Kajian ini juga menunjukkan sebanyak RM 6075 ubat dipulangkan kerana berlaku lebihan bekalan di rumah. Antara faktor yang dikenalpasti menjadi penyebab kepada masalah ini adalah farmasi tiada maklumat temujanji pesakit, kesilapan staf farmasi dalam pengisian ubat, dan pesakit yang datang ke farmasi tidak mengikut tarikh susulan yang diberi.

#### **Strategi Penambahbaikan**

Antara langkah penambahbaikan yang telah dijalankan adalah mewujudkan cop temujanji pesakit untuk preskripsi yang dikeluarkan dari klinik pakar, kempen kesedaran penjimatan ubat kepada pesakit dan penjaga, dan mengadakan taklimat 'CME' kepada staf farmasi dalam mengurangkan kesilapan semasa pengisian ubat

#### **Kesan Penambahbaikan**

Daripada analisis selepas penambahbaikan, berlaku peningkatan dalam jumlah pesakit yang menerima bekalan cukup sehingga tarikh temujanji. Kami juga telah merekodkan penjimatan yang signifikan apabila ubat dibekalkan tidak melebihi durasi yang sepatutnya

#### **Langkah Seterusnya**

Kerjasama antara semua pihak termasuk pesakit, kakitangan farmasi dan hospital adalah amat penting dalam memastikan proses pembekalan ubat terus dijalankan secara optima kepada pesakit. Kami berharap untuk mengimplementasi sistem yang sama bagi pesakit discaj wad pada masa hadapan.

## **PROJEK QAP POSTER 5**

### **Meningkatkan Saringan Pra Kehamilan di Kalangan Wanita Reproduksi yang Berpenyakit Kronik di Klinik Kesihatan Kijal**

*Nurulaini Abd Aziz, Nooraini Omar, Suhariya Ahmad, Ikmal Haris Azmin, Wan Nor Hidayah Wan Abdul Malik*

Page | 7

*Klinik Kesihatan Kijal, Pejabat Kesihatan Daerah Kemaman*

#### **Pemilihan Peluang untuk penambahbaikan / pernyataan masalah**

Saringan PPC yang rendah menyebabkan peningkatan kes ibu berisiko tinggi yang hamil dan seterusnya menjurus kepada peningkatan kadar perinatal mortality di peringkat Klinik Kesihatan Kijal dan daerah Kemaman.

#### **Pengukuran Utama Penambahbaikan**

Peratus pesakit yang menjalani kaunseling PraKehamilan di kalangan wanita reproduktif berpenyakit kronik dijadikan sebagai indikator utama.

#### **Proses Pengumpulan Maklumat**

Data diambil dari bulan Januari 2013 sehingga Disember 2016 dari buku daftar PPC, Buku QA/PK 20, Reten PPC dan Reten Kematian Perinatal. Responden terdiri daripada wanita reproduktif yang mempunyai penyakit kronik yang aktif mendapatkan rawatan. Satu set borang soal selidik juga telah dirangka.

#### **Analisis dan Interpretasi**

Hasil kajian mendapati, pada tahun 2015, hanya 14% sahaja saringan pra kehamilan dikalangan wanita reproduktif berpenyakit kronik dilaksanakan. Retrospektif study menunjukkan antara factor kadar saringan yang rendah adalah kurang pelaksanaan kaunseling oleh staff (60%), kurang aktiviti dan promosi (68%) serta pesakit tidak mengetahui kepentingan saringan pra kehamilan.

#### **Strategi Penambahbaikan**

Antara langkah yang boleh diambil untuk meningkatkan saringan prakehamilan dikalangan wanita reproduktif yang berisiko tinggi adalah melalui CME kepada staff, penyeliaan yang berkala oleh penyelia, menambahkan bahan promosi, mewujudkan 'quick reference' dan ceramah kepada pesakit

#### **Kesan Penambahbaikan**

Terdapat peningkatan dari segi pengetahuan, sikap dan amalan oleh staff dan pesakit. Peratus wanita reproduktif yang berpenyakit kronik yang diberi kaunseling meningkat dari 14% kepada 54.7%.

#### **Langkah Seterusnya**

Kaunseling prakehamilan dikalangan wanita reproduktif yang berpenyakit kronik perlu dipertingkatkan

## **PROJEK QAP POSTER 6**

### **Mengurangkan Kadar Penolakan Ujian Antibodi Hepatitis B di Kalangan Kakitangan Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) Marang**

*Nathrah M.Y, Ropiah A , Rokiah I, Mohd Yusri Z, Nurul Hazwani M.N,  
Unit Patologi Klinik Kesihatan Marang, Pejabat Kesihatan Daerah Marang*

Page | 8

#### **Pemilihan Peluang untuk penambahbaikan / pernyataan masalah**

Kadar penolakan bagi ujian Antibodi Hepatitis B untuk tahun 2015 dan 2016 adalah tinggi di kalangan kakitangan PKD Marang. Keadaan ini jika berterusan menyebabkan pembaziran dari segi kewangan membabitkan tenaga kerja, peralatan, reagen serta masa

#### **Pengukuran Utama Penambahbaikan**

Untuk mengurangkan kadar penolakan ujian Antibodi Hepatitis B di kalangan kakitangan PKD Marang

#### **Proses Pengumpulan Maklumat**

Data diperolehi melalui kajian yang dilakukan ke atas fail penolakan spesimen makmal bagi tahun 2015 dan 2016 di setiap Klinik Kesihatan di PKD Marang untuk mengenalpasti bilangan ujian Antibodi Hepatitis B yang disaring di kalangan kakitangan.

#### **Analisis dan Interpretasi**

Pada tahun 2015, jumlah penolakan ujian Antibodi Hepatitis B ialah 80 daripada 236 sampel yang diambil (33.8%) manakala tahun 2016, berlaku penolakan 27 daripada 90 sampel yang diambil (30%).

#### **Strategi Penambahbaikan**

Membuat penambahbaikan Reten Imunasasi Hepatitis B A1/2011, mengedarkan carta alir Proses Imunisasi Hepatitis B bagi kumpulan 1 dan 2 dan Borang Permohonan Keputusan Ujian Makmal ke setiap Klinik Kesihatan. Selain itu diadakan kursus pengendalian saringan Hepatitis B beserta ujian “pre/post” di kalangan anggota kesihatan yang merangkumi semua jawatan. Audit Program Saringan Hepatitis B juga dijalankan di semua Klinik Kesihatan.

#### **Kesan Penambahbaikan**

Setelah projek ini dijalankan pada suku pertama 2017, berlaku pengurangan jumlah penolakan sebanyak 9 daripada 41 sampel yang diambil (21.9%) sehingga hujung April 2017. Berdasarkan ujian “Pre/Post”, didapati berlaku peningkatan skala pengetahuan am dari 330 markah kepada 364 markah dan skala cakna terhadap program saringan Hepatitis B meningkat dari 165 markah kepada 181 markah.

#### **Langkah Seterusnya**

Pelan Strategik Bagi Memperkukuhkan Program Pencegahan dan Kawalan TB negeri Terengganu 2011 – 2016, Edisi ke 4) menetapkan sekurang-kurangnya 90% pesakit DM dilakukan saringan secara CXR dalam tempoh dua tahun.



## **PROJEK QAP POSTER 7**

### **Meningkatkan Peratus HbA1c Terkawal Di kalangan Pesakit Diabetes Wanita 'Reproductive Age' Di KK Kula Berang**

*Dr Ilham Alia Ahmad, Dr Nor Syafawatty Aluwi, Normi Azlida Abd Rahman, Nabila Shahman, Rozilah Taib*

Page | 9

#### **Pemilihan Peluang untuk penambahbaikan**

Pesakit diabetes wanita dalam lingkungan 'reproduktif age' dikaitkan dengan tahap kawalan diabetes yang rendah dan lebih membimbangkan ramai di antara mereka yang hamil tanpa mencapai tahap kawalan diabetes yang baik seterusnya meningkatkan pelbagai risiko dan komplikasi maternal dan juga fetus.

#### **Pengukuran Utama Penambahbaikan**

Sasaran Kajian ini adalah untuk meningkatkan peratus HbA1c  $\leq 6.5\%$  pesakit diabetes wanita dalam lingkungan 'reproductive age' kepada  $\geq 30\%$  Standard yang ditetapkan ialah  $\geq 30\%$

#### **Proses Pengumpulan Maklumat**

Analisa secara retrospektif telah dijalankan antara Januari-Februari 2016 untuk mengenalpasti tahap kawalan diabetes di kalangan pesakit DM wanita dalam umur reproduktif. Selain itu kajian audit pengurusan DM serta kajian hirisan lintang juga telah dilakukan untuk mengenalpasti faktor-faktor yang menyebabkan tahap HbA1c yang masih rendah di kalangan pesakit. Implimentasi tindakan penambahbaikan telah dijalankan bermula Mac 2016- Mac 2017 dan hasil penambahbaikan telah dinilai pada April 2017.

#### **Analisis dan Interpretasi**

Pra intervensi, didapati hanya kira-kira 10% pesakit yang mempunyai tahap kawalan diabetes yang baik. ABNA adalah sebanyak 20%. Antara faktor penyumbang utama termasuklah pesakit tidak patuh rawatan, cicir temuanji, kurang pengetahuan, tidak melakukan SMBG (self blood glucose monitoring) serta rawatan yang tidak optimum.

#### **Strategi Penambahbaikan**

Tindakan penambahbaikan yang diambil termasuklah memperkemarkan sistem pengesanan kes cicir. Pesakit juga telah diberi penekanan untuk melakukan SMBG pada setiap kali temuanji, meningkatkan kekerapan Kaunseling/pendidikan kesihatan secara berkelompok melibatkan pelbagai disiplin perubatan juga dipertingkatkan. Anggota-anggota kesihatan juga telah dihantar menghadiri kursus-kursus berkaitan pengurusan penyakit DM serta sesi CME juga telah dijalankan.

#### **Kesan Penambahbaikan**

Peratus pesakit yang mencapai HbA1c  $\leq 6.5\%$  meningkat kepada 14.5% pada Oktober 2016 dan seterusnya kepada 20.2% pada April 2017. ABNA Berjaya dikurangkan daripada 20% kepada 15.5% seterusnya 9.8% pada akhir kajian.

#### **Langkah Seterusnya**

Tindakan penambahbaikan yang sedia ada perlu diteruskan dan kami bercadang untuk mempertingkatkan kerjasama dengan unit MCH untuk mengesan pesakit-pesakit 'established Diabetes Mellitus' yang baru didiagnos semasa hamil dan juga pesakit yang didiagnos sebagai Pra-diabetes setelah tamat tempoh postnatal supaya mereka tidak tercicir daripada rawatan yang sepatutnya.

## **PROJEK QAP POSTER 8**

### **Meningkatkan Saringan M-CHAT di Kalangan Kanak-Kanak Berumur 18 Bulan di Daerah Setiu Kepada 100%**

*Dr Ranimah Bt Yahya, Dr. Rafidah Abd Razak, KJK Noorsibah Awang Seman, JK Rossilawati bt Mohamed, JK Nik Khozanah bt Nik Hussain*

Page | 10

#### **Pemilihan Peluang untuk penambahbaikan / pernyataan masalah**

Projek ini memberikan penekanan terhadap peningkatan saringan M-CHAT di kalangan kanak-kanak berumur 18 bulan di daerah Setiu bagi membantu meningkatkan pengesanan kes Autisme daripada peringkat awal.

#### **Pengukuran Utama Penambahbaikan**

Saringan M-CHAT di kalangan kanak-kanak berumur 18 bulan di daerah Setiu meningkat.

#### **Proses Pengumpulan Maklumat**

Reten saringan M-CHAT telah diambil daripada April 2017 hingga Jun 2017 menggunakan Buku rekod KIB 101, Reten Kib 202, Reten M-CHAT, Kad perawatan kanak-kanak, Buku rekod KKK 101 dan dibandingkan dengan reten saringan M-CHAT April 2016 hingga Jun 2016.

#### **Analisis Dan Interpretasi**

Hasil daripada projek yang telah dijalankan, didapati terdapat peningkatan dalam peratus saringan M-CHAT kepada 84.9% (April hingga Jun 2017) berbanding 43.3% (April hingga Jun 2016).

#### **Strategi Penambahbaikan**

1. Menyediakan 'nota peringatan' saringan M-CHAT ke atas kanak-kanak yang akan melakukan saringan M-CHAT pada temujanji seterusnya.
2. Mengedarkan risalah "Penyakit Autisme dan saringan M-CHAT" kepada ibu bapa atau penjaga kanak-kanak semasa lawatan klinik pada usia 1 tahun bagi meningkatkan kesedaran dan pengetahuan mengenai kepentingan saringan M-CHAT.
3. Melakukan penyeliaan berkala secara bulanan ke atas semakan kad kanak-kanak dan buku rekod KKK 101 bagi memperkemas reten saringan M-CHAT.
4. Mengadakan taklimat berkenaan saringan M-CHAT kepada anggota bagi memantapkan pengetahuan mengenai saringan M-CHAT.

#### **Kesan Penambahbaikan**

Selepas 3 bulan projek berjalan, didapati terdapat peningkatan saringan M-CHAT di kalangan kanak-kanak berumur 18 bulan di daerah Setiu.

#### **Langkah Seterusnya**

Projek meningkatkan saringan M-CHAT akan dilaksanakan secara berterusan di Pejabat Kesihatan Daerah Setiu bagi mencapai sasaran saringan kepada 100%.

## **PROJEK QAP POSTER 9**

### **Peratus klien yang menjalani pemeriksaan Mamogram adalah rendah**

*Dr Nur Nazilah Binti Mat Zin, PPP Mohd Redzuan Bin Ghazali, PPP Siti Baidah Binti Mat Lazim, JK Aryani Binti Alias, JK KUP Nik Sapinah Binti Nik Mat*

Page | 11

### **Pemilihan Peluang untuk penambahbaikan / pernyataan masalah**

Mamogram adalah suatu pemeriksaan saringan sinar-X yang dilakukan untuk mengesan peringkat awal kanser payu dara. Kurangnya ujian mammogram dibuat menyebabkan kebanyakan kes kanser payudara dikesan pada tahap yang telah teruk dan seterusnya menyumbang kepada mortaliti. Antara faktor yang menyumbang kepada masalah ini termasuklah klien enggan menjalani ujian, borang ujian tidak mencukupi, permohonan ujian ditolak, dan kurangnya promosi oleh anggota kepada klien. Dengan adanya kajian ini, faktor-faktor penyumbang dapat dikenalpasti dan tindakan penambahbaikan boleh diambil melalui indikator yang telah ditetapkan.

### **Pengukuran Utama Penambahbaikan**

Indikator kajian ini adalah bilangan klien yang menjalani pemeriksaan mamogram. Lebih daripada 60 klien menjalani pemeriksaan mamogram ditetapkan sebagai standard bagi kajian ini.

### **Proses Pengumpulan Maklumat**

Kajian ini merupakan kajian prospektif dan bermula dari November 2015 hingga April 2017. Data diperoleh daripada retn program saringan mamogram wanita berisiko tinggi mengikut kumpulan umur daerah Besut.

### **Analisis dan Interpretasi**

Pada tahun 2015, sebanyak 33 klien menjalani pemeriksaan mamogram.

### **Strategi Penambahbaikan**

Beberapa langkah penambahbaikan telah dijalankan, antaranya ialah mengadakan CME dan kursus berkaitan mamogram dan kanser payudara. Senarai semak saringan klien yang layak menjalani ujian dan panduan penerangan tentang mamogram untuk pendidikan pesakit disediakan.

### **Kesan Penambahbaikan**

Langkah-langkah penambahbaikan yang dijalankan telah meningkatkan bilangan klien yang menjalani pemeriksaan mamogram iaitu sebanyak 67 klien

### **Langkah Seterusnya**

Standard telah dinaikkan kepada 100. Langkah penambahbaikan yang lebih ekstensif perlu dirancang untuk meningkatkan pencapaian.

## **PROJEK QAP POSTER 10**

### **Reducing Percentage of Blood Sample Rejection In General Medical Ward 7C**

*Azrianna Nurfizan Azmi, Mohd Farhan Sharafuddin Bin Mohd, Wan Noor Amirah Binti Wan Ahmad, Intan Aaroni Binti Md Isa, Rasid Bin Othman, Mohd Saidi Bin Ali*

Page | 12

#### **Selection of Opportunities for improvement**

**Problem:** From data collected on February 2015, Ward 7C, HSNZ showed the highest percentage of sample rejection compared to other wards. **Effect:** This problem will have a great impact on the patients' management as it will cause wastage of resources, patient's distress due to repeated needle prick, increase healthcare workload, increase healthcare exposure to needle prick injury as well as bad impression from the public. **Possible causes:** Previous studies showed that the reasons of blood sample rejections include improperly labelled sample, haemolysed sample, clotted sample, insufficient volume of specimen and request errors. Causes include lack of knowledge/training, high burden of work, and non-cooperative patient **Intent to improve:** Thus from this study, we hope by improving all these areas & by carrying out remedial measures, we are able to reduce percentage of blood sample rejection.

#### **Key Measures for improvement**

Reduction of blood sample rejection less than 1.8%

#### **Process of Gathering Information**

Duration: 1st September 2016 – 31st December 2016

Source of data: Laboratory record and assessment.

#### **Analysis and Interpretation**

Percentage of blood sample rejection from 1.8 - 2.3%

Factors identified: Lack of knowledge, high burden of work and non-co-operative patient.

#### **Strategy for Change**

Quick reference on how blood sample should be placed in the correct order, course, Continuous teaching and Continuous assessment of blood taking technique.

#### **Effects of Change**

Marked decrease in percentage of blood sample rejection from 1.8 - 2.3% per month to 1.3 - 1.6% per month

#### **The Next Step**

To implement remedial measure to all wards.