

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 036/PER/DIR/RSIH/III/2022**

**TENTANG  
PANDUAN *PLAN, DO, STUDY, ACT* (PDSA)**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

**LEMBAR VALIDASI**  
**PANDUAN PLAN, DO, STUDY, ACT (PDSA)**  
**NOMOR: 036/PER/DIR/RSIH/III/2022**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Yeliani Rachmi Fauzi Amd.Kep	Kepala Ruangan Anthurium		24-03-2022
	:	Kartini Cendrawasih S.Kep	Staf Mutu Asuhan Keperawatan		21-03-2022
Verifikator	:	dr.Iva Tania	Manajer Pelayanan		24-03-2022
	:	Depi Rismayanti S.Kep	Manajer Keperawatan		24-03-2022
Validator	:	drg.Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		24-03-2022

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**  
**NOMOR : 036/PER/DIR/RSIH/III/2022**  
**TENTANG**  
**PANDUAN *PLAN, DO, STUDY, ACT* (PDSA)**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. bahwa kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien tidak dapat dipisahkan secara tegas karena ada kegiatan yang sering tumpang tindih (*overlapping*)
- b. bahwa kegiatan peningkatan mutu dan kegiatan keselamatan pasien perlu dilaksanakan secara terintegrasi yang dikelola oleh Komite Mutu sebagai motor penggerak penyusunan program mutu RS Intan Husada
- c. bahwa metode *Plan, Do, Study, Act* (PDSA) diperlukan oleh suatu organisasi untuk membantu memperbaiki suatu sistem atau memecahkan suatu masalah;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Panduan *Plan, Do, Studi, Act* (PDSA);

Mengingat :

1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Undang - Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
3. Peraturan Pemerintah No.47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan
4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
6. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;

## MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN *PLAN, DO, STUDY, ACT* (PDSA)**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 036/PER/DIR/RSIH/III/2022 Tentang Panduan *Plan, Do, Study, Act* (PDSA).
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 036/PER/DIR/RSIH/III/2022 Tentang Pedoman *Plan, Do, Study, Act* (PDSA) Di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Panduan *Plan, Do, Study, Act* (PDSA) digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan keselamatan pasien di Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Panduan *Plan, Do, Study, Act* (PDSA) sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 24 Maret 2022  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**

## DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI .....	i
DAFTAR GAMBAR .....	ii
BAB I .....	1
DEFINISI .....	1
BAB II .....	2
RUANG LINGKUP .....	2
BAB III .....	3
TATA LAKSANA .....	3
A. Tata Laksana <i>Plan</i> .....	3
B. Tata Laksana <i>Do</i> .....	5
C. Tata Laksana <i>Study</i> .....	5
D. Tata Laksana <i>Act</i> .....	5
BAB IV .....	7
DOKUMENTASI .....	7



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Gambar Metode <i>Dellbecq</i> .....	3
Gambar 3.2 Gambar <i>Fishbone</i> Diagram.....	4
Gambar 3.3 Gambar Alur PDSA .....	6

## **BAB I DEFINISI**

### **1. Pengertian**

PDSA (*Plan-Do-Study-Action*) merupakan suatu model pemecahan masalah yang digunakan sebagai upaya pengendalian mutu berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement*) untuk memenuhi standar target pencapaian. PDSA dilakukan sebagai siklus yang dikembangkan untuk menerapkan perbaikan secara terus menerus dan meningkatkan kerjasama tim dalam implementasi proses perubahan.

## BAB II RUANG LINGKUP

Terdapat empat tahapan dalam siklus PDSA (*Plan-Do-Study-Action*) yaitu :

- A. *Plan*, merupakan tahapan analisa proses dan perencanaan atau pengembangan solusi perubahan yang akan diuji coba dan diterapkan.
- B. *Do*, merupakan tahapan melakukan uji coba atas langkah-langkah perubahan yang telah direncanakan.
- C. *Study*, merupakan tahapan mempelajari dan mengevaluasi data dengan membandingkan sebelum dan setelah perubahan serta memantau perubahan yang telah dipelajari.
- D. *Act*, merupakan tindak lanjut dari hasil uji coba dan memonitoring perubahan dengan melakukan pengukuran dan pengendalian proses secara berkala. Bila perbaikan berhasil akan dijadikan standar, bila tidak berhasil akan dilakukan langkah-langkah PDSA siklus berikutnya dengan rencana yang berbeda.



### BAB III TATA LAKSANA

#### A. Tata Laksana Plan

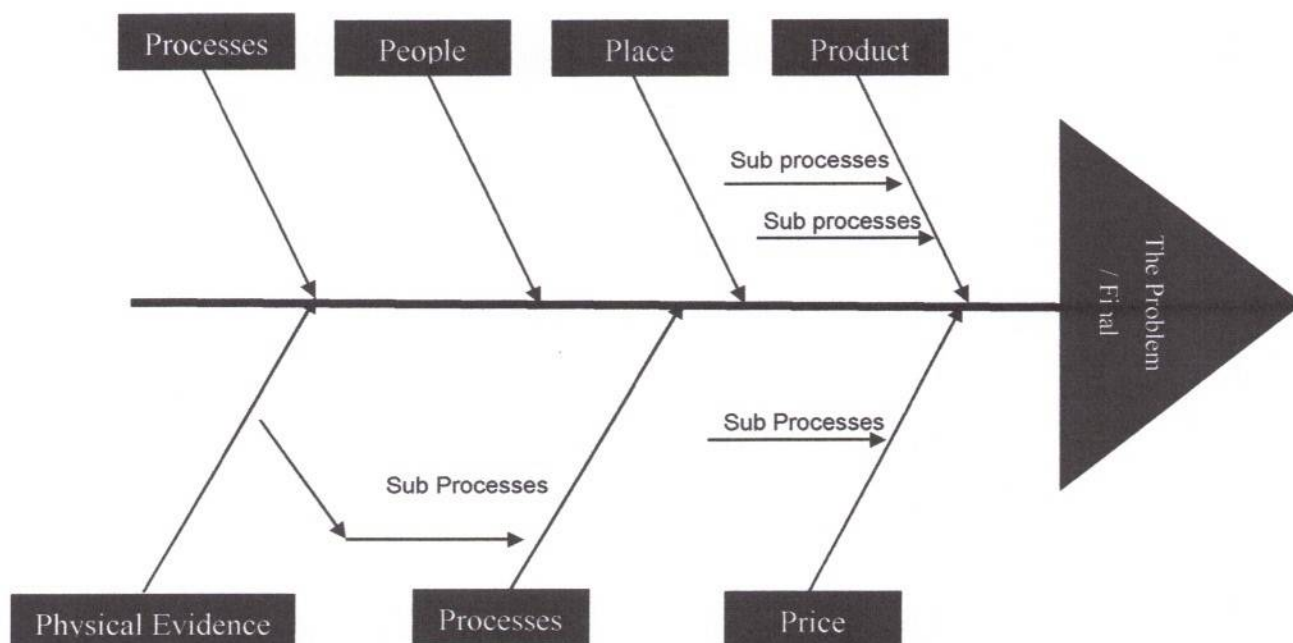
1. Komite Mutu menerima atau mendapatkan topik PDSA yang bersumber dari :
  - a. Insiden  
Insiden meliputi semua insiden keselamatan pasien yang terjadi di rumah sakit, dan insiden-insiden yang berkaitan risiko yang mungkin terjadi di rumah sakit dan di masing-masing unit kerja dan pelayanan.
  - b. Keluhan Pelanggan  
Keluhan pelanggan meliputi keluhan yang masuk melalui *customer services* yang berasal dari pasien rawat jalan, pasien rawat inap, keluarga pasien dan pengunjung rumah sakit.
  - c. Hasil *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA)  
FMEA meliputi semua hasil pengukuran risiko di rumah sakit yang memiliki rangking tertinggi.
  - d. Hasil *Root Cause Analysis* (RCA)  
Hasil RCA setiap kasus khusus yang berupa kasus-kasus sentinel.
  - e. Tren Pengukuran Data  
Semua indikator mutu yang hasil pengukurannya memiliki gap antara capaian dan target selama 3 bulan berturut-turut,
  - f. *Tracer*/Observasi  
Hasil *tracer*/observasi yang menunjukkan hasil yang tidak sesuai dengan harapan
  - g. Pengajuan langsung dari unit  
Setiap unit di RSIH dapat mengajukan dilakukannya PDSA terkait masalah atau target yang belum tercapai di unit mereka yang perlu diperbaiki dengan mengisi formulir pengajuan PDSA terlebih dahulu.
2. Komite Mutu menentukan prioritas masalah yang akan dilakukan PDSA dengan melakukan penilaian terlebih dahulu terhadap beberapa topik yang akan dipilih dengan metode *Dellbecq*. Dibawah ini contoh penggunaan metode *Dellbecq* :

Table 3.1 Contoh Penggunaan Metode *Dellbecq*

No	Daftar Masalah	KRITERIA				Jumlah Skor	Prioritas
		Besar Masalah (9)	Urgensi (8)	Biaya (9)	Kemudahan (8)		
1	TBC	8X9=72	6X8 = 48	7X9=63	6X8=48	231	I
2	STROKE	6X9=54	5X8=40	7X9=63	7X8=56	231	II
3	HEPATITIS	6X9=54	4X8=48	5X9=45	6X8=48	195	III

3. Setelah ditentukan topik yang akan dilakukan PDSA, komite Mutu membentuk TIM PDSA yang anggotanya terdiri dari perwakilan masing-masing departemen/instalasi/unit/komite terkait.
4. Tim PDSA mengadakan rapat bersama untuk menentukan penyebab masalah yang ada dengan menggunakan metode Fishbone diagram. Dibawah ini contoh dari *Fishbone Diagram* :

### 3.2 Metode *Fishbone Diagram*



5. Tim PDSA menyusun "*plan*" (Perencanaan) :
  - a. Tim PDSA menentukan strategi yang akan diterapkan atau diuji coba untuk dapat memperbaiki masalah.
  - b. Tim PDSA menentukan target pencapaian PDSA
  - c. Tim PDSA menentukan periode dari siklus PDSA
  - d. Tim PDSA menentukan tempat/unit di mana akan dilakukan PDSA
  - e. Tim PDSA menyusun rencana kegiatan untuk dapat menjalankan strategi yang telah diputuskan.
  - f. Tim PDSA menyusun *time table (Plan Action)* dari rencana yang telah ditetapkan.
  - g. Tim PDSA melakukan identifikasi pengukuran yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilan dari strategi tersebut dan apakah sudah mencapai target.
  - h. Tim PDSA menentukan bagaimana cara mengumpulkan pengukuran keberhasilan.
  - i. Tim PDSA mengikutsertakan orang-orang yang dapat dengan baik melakukan pengembangan dan uji coba.

## **B. Tata Laksana Do**

1. Tim PDSA dan Staf di unit terkait melaksanakan seluruh rencana kegiatan yang telah ditetapkan dalam proses "*Plan*"
2. Tim PDSA melakukan uji coba terhadap proses baru atau proses yang sudah dirancang ulang tersebut di unit terkait.
3. Tim PDSA mengumpulkan data untuk mengukur keberhasilan proses baru tersebut.
4. Tim PDSA mendokumentasikan seluruh kegiatan dan data yang telah dilakukan pada formulir PDSA.

## **C. Tata Laksana Study**

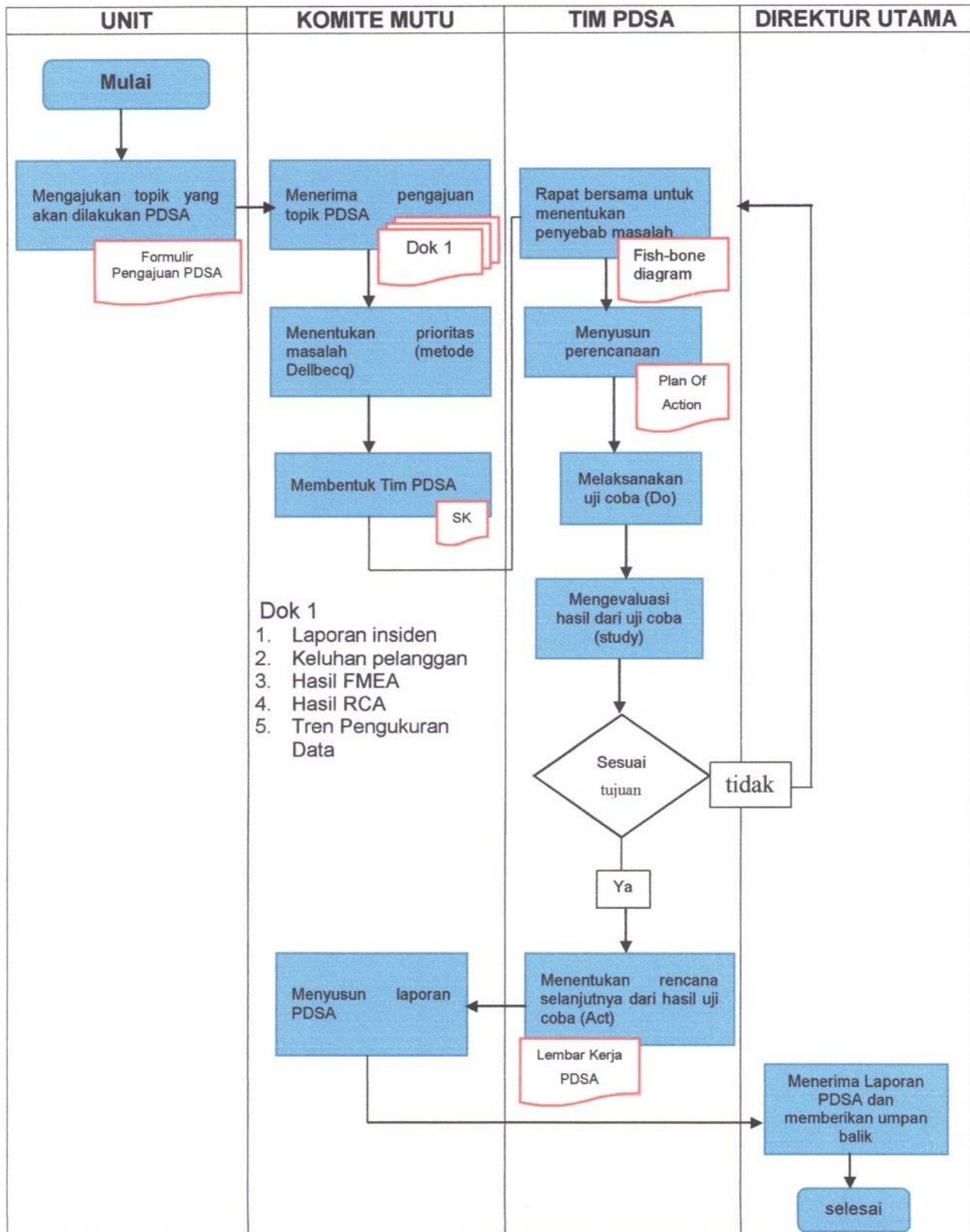
1. Tim PDSA menganalisa hasil dari uji coba selama jangka waktu tertentu
2. Tim PDSA mengevaluasi proses dan hasil dari uji coba tersebut
3. Tim PDSA menentukan apakah perubahan yang dilakukan berhasil atau tidak
4. Tim PDSA mengidentifikasi pelajaran yang didapat

## **D. Tata Laksana Act**

1. Tim PDSA menentukan rencana selanjutnya dari hasil PDSA selama jangka waktu tertentu
2. Jika hasil PDSA belum mencapai target yang ditetapkan, apakah akan dilanjutkan ke siklus berikutnya dengan penambahan/perubahan strategi.
3. Jika hasil PDSA sudah mencapai target, tim PDSA mengimplementasikan perubahan tersebut secara permanen dan menjadikannya sebagai standar baru
4. Tim PDSA memodifikasi proses tersebut dan menjalankannya melalui siklus uji coba yang lain
5. Tim PDSA menyelesaikan siklus PDSA dan mencari area lain untuk dilakukan perbaikan berkesinambungan
6. Tim PDSA mengisi lembar kerja PDSA sesuai format yang telah dibuat
7. Komite Mutu menyusun laporan PDSA diakhir siklus sesuai dengan hasil yang didapatkan untuk dilaporkan kepada Direktur Utama.



Gambar 3.3 Alur PDSA



## BAB IV DOKUMENTASI

Seluruh kegiatan PDSA akan didokumentasikan oleh Komite Mutu. Dokumentasi tersebut meliputi :

- A. Undangan, Materi, Absensi dan Notulensi (UMAN).
- B. Dokumentasi rapat
- C. Lembar *Fishbone* Diagram
- D. Lembar *Plan of Action* (PoA)
- E. Formulir pengajuan PDSA (bila ada)
- F. Lembar Kerja PDSA
- G. Laporan PDSA
- H. Dokumentasi dokumen-dokumen yang terkait pelaksanaan PDSA seperti SPO (Standar Prosedur Operasional), Panduan dan dokumen lainnya.