



PEMERINTAH KABUPATEN KARANGANYAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Alamat : Jl. Laksda Yos Sudarso Karanganyar Telepon (0271)495025, 495118
Fax (0271)495673 Ext. 109 Website : www.rsud.karanganyarkab.go.id,
E-mail : rsudkabkaranganyar@gmail.com Kode Pos 57716

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN KARANGANYAR

NOMOR 400.13.23/17.25 TAHUN 2025

TENTANG

**PANDUAN PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN
NEONATAL BERKELANJUTAN DENGAN *POINT OF CARE QUALITY
IMPROVEMENT (POCQI)* RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN
KARANGANYAR**

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KARANGANYAR,

Menimbang : 1. bahwa sebagai acuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal Berkelanjutan dengan *Point Of Care Quality Improvement (POCQI)*, maka perlu menetapkan Panduan Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal Berkelanjutan dengan *Point Of Care Quality Improvement (POCQI)*;
2. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a di atas, perlu menetapkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar tentang Panduan Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal Berkelanjutan dengan *Point Of Care Quality Improvement (POCQI)* Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2025 Nomor 114)
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1051/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak;

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
- KESATU : Panduan Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal Berkelanjutan dengan *Point Of Care Quality Improvement (POCQI)* Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur ini.
- KEDUA : Panduan Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal Berkelanjutan dengan *Point Of Care Quality Improvement (POCQI)* sebagaimana dimaksud Diktum KESATU digunakan sebagai dasar dan standar Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal Berkelanjutan dengan *Point Of Care Quality Improvement (POCQI)*.
- KETIGA : Keputusan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Karanganyar
Pada tanggal 18 Maret 2025

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN KARANGANYAR,

✓



ARIF SETYOKO

LAMPIRAN

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH KABUPATEN
KARANGANYAR

NOMOR 400.13.23/ 17 .25 TAHUN 2025
TENTANG

PANDUAN PENINGKATAN KUALITAS
PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN
NEONATAL BERKELANJUTAN DENGAN
POINT OF CARE QUALITY IMPROVEMENT
(POCQI) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN KARANGANYAR

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Salah satu strategi intervensi yang diterapkan dalam penguatan sistem kesehatan dalam upaya penurunan AKI dan AKB adalah antara lain melalui peningkatan akses pelayanan kesehatan universal, peningkatan kualitas pelayanan, penguatan tata kelola manajemen dan klinis, termasuk juga peningkatan kualitas pelayanan melalui audit maternal-perinatal (AMP) dan pendampingan fasilitas kesehatan (faskes) rujukan primer, pemantapan sistem informasi dan pemberdayaan masyarakat. Upaya pendampingan rumah sakit (RS) berpeluang besar dalam mempercepat penurunan AKI dan AKB.

Pendampingan RS kabupaten/kota oleh RS Pengampu merupakan rangkaian kegiatan untuk meningkatkan kinerja klinis tim pelaksana pelayanan dan institusi RS untuk menciptakan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang bermutu. Di samping itu, dibutuhkan juga pendampingan manajemen RS agar tercipta lingkungan yang kondusif untuk terlaksananya pelayanan yang bermutu tersebut. .

Monitoring dan evaluasi (monev) adalah suatu alat yang bertujuan menjamin pelaksanaan suatu sistem dan melihat dampak intervensi terhadap perubahan yang diharapkan. Monitoring dan evaluasi program kesehatan neonatal penting untuk menilai kemajuan dan memahami tantangan dalam pelaksanaan program. Bila monitoring dan evaluasi dilaksanakan efektif, maka sistem akan memperbaiki kinerja setiap waktunya, sehingga akuntabilitas bisa terjadi. Selain itu, monitoring dan evaluasi juga merupakan alat advokasi untuk pengambilan keputusan, mendapatkan dukungan dan menentukan suatu kebijakan.

Saat ini terjadi perubahan paradigma dalam sistem monitoring dan evaluasi Melakukan monitoring dan evaluasi tidak hanya melihat cakupan layanan, tetapi juga memonitor evaluasi kualitas pelayanan.

Oleh karena itu, perlu adanya monitoring kualitas pelayanan yang disandingkan dengan capaian indikator pelayanan, di mana evaluasi yang dilakukan berdasarkan hasil dari monitoring kualitas dan kuantitas pelayanan. Untuk mengoptimalkan fungsi monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dengan digitalisasi program menjadi sangat penting, sehingga perlu dikembangkan suatu instrument monev yang berbasis web (online), melalui aplikasi SiMatneo diharapkan dapat membantu pengisian data dalam Kajian Mandiri, Selain itu diharapkan aplikasi SiMatneo dapat melakukan interoperabilitas antara aplikasi program yang sudah ada dan mendukung pelayanan kesehatan maternal dan neonatal

Pengambilan keputusan terhadap permasalahan mutu pelayanan pada langkah pertama didasarkan atas data. Pada saat melakukan kajian terhadap data yang tersedia, beberapa permasalahan terkait mutu pelayanan dapat diidentifikasi dengan melakukan kajian data dan memprioritaskan permasalahan mutu yang akan ditindak lanjuti. Fasilitas kesehatan yang baru memulai inisiasi QI diharapkan memprioritaskan pada permasalahan yang sederhana, mudah diintervensi, , berpengaruh terhadap keluaran pelayanan pasien, tidak membutuhkan banyak sumber daya tambahan dan dapat dilaksanakan dalam waktu yang tambahan dan dapat dilaksanakan dalam waktu yang pendek.. yaitu dengan salah satu Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal berkelanjutan dengan kegiatan *Point Of Care Quality Improvement (POCQI)* yang terdapat dalam aplikasi SiMatneo pada Alat Pantau Kinerja Klinis Tata Kelola

B. LANDASAN HUKUM

1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1051/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2025 Nomor 114);
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak;

C. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

Sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar

2. Tujuan

Memastikan agar setiap pasien mendapatkan pelayanan kesehatan dengan kualitas terbaik di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar

D. RUANG LINGKUP

1. Tenaga Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah kabupaten Karanganyar;
2. Tim Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar;
3. Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar.

BAB II

POINT OF CARE QUALITY IMPROVEMENT (POCQI)

A. Pengertian *Quality Improvement*

Quality Improvement merupakan pendekatan manajerial yang dapat digunakan untuk melakukan re-organisasi pelayanan kesehatan pada unit mereka untuk memastikan agar setiap pasien mendapatkan pelayanan kesehatan dengan kualitas terbaik.

B. Tujuan *Quality Improvement*

1. Tujuan Umum

Quality Improvement merupakan pendekatan manajerial yang dapat digunakan untuk melakukan re-organisasi pelayanan kesehatan pada unit mereka untuk memastikan agar setiap pasien mendapatkan pelayanan kesehatan dengan kualitas terbaik.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan analisa terhadap data pelayanan yang tersedia dan mengidentifikasi permasalahan mutu pelayanan
- b. Mampu menetapkan prioritas permasalahan mutu yang akan ditindak lanjuti
- c. Mampu membentuk tim peningkatan mutu pelayanan yang tepat di unit pelayanan Kebidanan
- d. Mampu menyusun tujuan peningkatan mutu dengan tepat

C. Pengertian *Point Of Care Quality Improvement (POCQI)*

Adalah model peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang berfokus pada area pelayanan langsung kepada pasien melalui tim Mutu di masing -masing unit Kebidanan dengan cara mengidentifikasi masalah kualitas, melakukan analisis akar masalah, dan mengembangkan solusi yang sesuai dengan sumber daya yang ada.

D. Tujuan *Point Of Care Quality Improvement (POCQI)*

1. Tujuan Umum

upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pasien secara berkelanjutan di Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar.

2. Tujuan Khusus

- a. Membangun kapasitas tim mutu di unit -unit Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar dalam melakukan peningkatan mutu.
- b. Menggunakan data dan pengalaman dari Tim pemberi pelayanan untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah kualitas.

- c. Meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya yang ada.
- d. Meningkatkan kepuasan pasien dan kualitas hidup mereka melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas.
- e. Mengurangi kesalahan dan risiko yang dapat terjadi selama pelayanan kesehatan

E. Pelaksanaan *Quality Improvement* Berdasarkan Model *Point Of Quality Improvement (POCQI)*

CONTOH SKENARIO KASUS

No	Nama	Jenis persaliaan	Jam Persalinan	Jenis Persalinan	Uterotonika diberikan dalam 1 meni	Apgar SCORE Mnt 1 dan 5	BBL	Suhu Bayi	Immediate drying	Delayed Cord clamping	Tgl Keluar RS	Keluaran (Pulang, Meninggal, rujuk)
1	G	15/05	05.00	Per vaginam	V	8 / 9	3400	35,4	V	V	16/05	Pulang
2	A	15/05	01.45	SC	-	7/8	2400	34,4	-	V	17/05.	Pulang
3	C	15/05	03.10	Pervaginam	-	7/9	2400	35,4	-	-	16/05.	Pulang
4	D	16/05	02.15	Per vaginam	V	6 / 8	2600	36,8	V	V	17/05.	Pulang
5	E	16/05	07.10	Per vaginam	-	6 / 7	2700	37,1	V	V	17/05.	Pulang
6	I	17/05	09.30	Per vaginam	-	5 / 7	2900	35,4	-	V	19/05.	Rujuk PPH
7	K	18/05	10.20	Per vaginam	V	8 / 9	2800	36,8	V	V	19/05.	Pulang
8	P	19/05	16.30	Per vaginam	-	8 / 9	3100	37,1	V	V	23/05.	Pulang
9	E	19/05	03.10	Per vaginam	-	8 / 9	26 00	34,6	V	V	23/05.	Rujuk PPH
10	B	21/05	08.20	Per vaginam	V	8 / 9	2600	37,4	V	V	24/05.	Pulang

Pelaksanaan *Point Of Qualityality Improvement Improvement (POCQI)* denagan 4 langkah :

1. Indentifikasi Masalah, Membentuk TIM, Pernyataan Tujuan

a. Identifikasi Permasalahan

- 1) Berdasarkan data yang tersedia terdapat informasi apa saja yang dapat diambil terkait “proses pelayanan kesehatan” dan keluaran pelayanan kesehatan”?

Proses Pelayanan Kesehatan	Keluaran Pelayanan Kesehatan
1. Persaliansan Pervaginam	1. Pulang
2. Per vaginam	2. Pulang
3. Persalinan SC	3. Pulang
4. Pervaginam	4. Pulang
5. Per vaginam	5. Pulang
6. Per vaginam	6. Rujuk PPH
7. Per vaginam	7. Pulang
8. Per vaginam	8. Pulang
9. Per vaginam	9. Rujuk PPH
10. Per vaginam	10. Pulang

2) Persentase Kinerja Pelayanan Kesehatan di

Data yang ada

No	Proses Pelayanan	Kinerja (%)	Keluaran Pelayanan	Kinerja (%)
1	Uteronika dalam menit	40 %	Perdarahan	0%
			Non Perdarahan	100%
2	.Uterotonika lebih dari 1 menit	60 %	Perdarahan	33%
			Non Perdarahan	67%
3	Immediate Drying Drying	70 %	Hipotermi	43 %
			Suhu Normal	53 %
4	Delayed Cord clamping	80 %	Hiportermi	50 %
			Suhu Normal	50 %

Staf di kamar bersalin rumah sakit telah mengidentifikasi sejumlah permasalahan pelayanan kesehatan. Mereka menemukan bahwa tidak semua ibu mendapat injeksi uterotonik (oksitosin) dipelayanan kesehatan dalam satu menit dan ibu tersebut mengalami perdarahan post-partum (PPH). Mereka juga menemukan ibu tersebut mengalami perdarahan post-partum (PPH). Mereka juga menemukan bahwa 20% bayi lahir dengan berat badan lahir rendah,bahwa banyak yang tidak segera

dikeringkan dan tidak menjalani delayed cord clamp. Selain itu juga terdapat banyak bayi yang mengalami hipotermia dalam satu menjalani delayed cord clamp. setelah 1 jam pertama setelah lahir. Mereka menyadari bahwa mereka tidak akan mampu mengatasi keseluruhan permasalahan tersebut dalam waktu yang bersamaan dan untuk memprioritaskan menyelesaikan satu atau dua permasalahan terlebih dahulu.

3) Menetapkan Prioritas Permasalahan

Kemungkinan Perbaikan Mutu	Penting Untuk Pasien (1-5)	Affordable (1-5)	Mudah Diukur (1-5)	Berada Dlm Kendali Tim (1-5)	Skor Total (4-20)
Pemberian uterotonic dalam 1 menit	5	5	5	5	20
Hipotermia dalam 1 jam O/k Immediate Drying	4	4	4	4	16
Hipotermia dalam 1 jam oleh karena Delayed Cord clamping	4	5	4	4	17

Keterangan :

- 1) Penting untuk menghasilkan keluaran terbaik bagi pasien
1 tidak penting (skor terendah), 5 vital untuk penting (skor terendah),
- 2) Affordable baik dalam hal waktu maupun sumber daya dalam hal waktu yang dibutuhkan Berikan skor 1 jika tidak affordable (membutuhkan waktu yang lama dan sumber daya yang besar), 5 jika sangat affordable
- 3) Mudah untuk di ukur
Berikan skor 1 jika sangat sulit (misalnya Seberapa mudah mengukur permasalahan yang akan ditangani? Berikan skor 1 jika sangat sulit (misalnyacase management untuk penyakit kongenital), 5 jika sangat mudah
- 4) Berada dalam kendali tim di unit pelayananpelayanan
Apakah tenaga kesehatan di unit pelayanan tersebut dapat mengatasi permasalahan tersebut sendiri?
Berikan skor 1 jika permasalahan tersebut sepenuhnya tidak berada di bawah kendali tim, dan 5 jika sepenuhnya berada di bawah kendali tim.sepenuhnya berada di bawah kendali tim.

- b. Membentuk Tim
- Setelah menyusun prioritas permasalahan, diskusikan

Anggota tim dari Unit 1. 2. 3. 4.	Peran masing-masing anggota 1. Melakukan assessment untuk mengidentifikasi masalah kualitas pelayanan. 2. Menyusun rencana intervensi untuk mengatasi masalah yang diidentifikasi. 3. Memantau pelaksanaan intervensi dan mengevaluasi dampaknya. 4. Membangun kapasitas SDM dalam menerapkan POCQI secara berkelanjutan di Unit. 5. Melakukan studi kasus atau riset yang mendalam untuk memahami masalah. 6. Mengembangkan solusi inovatif dan praktis.
PemimpinTim Kepala Ruang	Karakteristik pemimpin tim yang baik: 1. Mampu mengidentifikasi masalah kualitas pelayanan 2. Mampu menetapkan prioritas, 3. Membentuk tim peningkatan mutu, 4. Menyusun tujuan peningkatan mutu dengan tepat. 5. Menganalisis data dengan tepat 6. Membangun kerjasama tim, dan komitmen bersama 7. Meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya yang ada

bersama-sama siapa saja yang akan terlibat, dalam upaya peningkatan mutu tersebut. Pastikan terdapat pembagian peran yang jelas di dalam tim tersebut, siapa yang akan menjadi pimpinan tim, anggota,

- c. Menyusun Tujuan Peningkatan Mutu
- Setelah terbentuk tim, susunlah tujuan perbaikan mutu yang akan dilaksanakan. Kalimat “tujuan” yang baik seyogyanya memuat kejelasan apa yang akan dicapai, siapa yang dituju, target yang akan dicapai, dan kapan target tersebut dicapai. Hal ini sesuai dengan prinsip-prinsip ‘SMART’ (*Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Timely/time-based*) sebagai berikut :

- 1) Memuat informasi terkait proses atau keluaran spesifik yang akan diintervensi
- 2) Memuat informasi populasi sasaran yang akan mendapatkan manfaat dari perubahan tersebut
- 3) Memuat informasi target perubahan yang akan dicapai dalam satuan yang terukur
- 4) Memuat informasi target waktu pencapaian perubahan tersebut

Tujuan peningkatan mutu yang akan di lakukan adalah **untuk pencegahan terjadinya perdarahan post partum persalinan pervaginam** (kelompok pasien yang mana ?) **pada pasien post partum pervaginam** dari (cakupan saat ini) **belum semua pasien persalinan pervaginam mendapatkan injeksi oksitosin dalam 1 menit pada penatalaksanaan kala 3** ke (target cakupan yang diharapkan) **semua persalinan pervaginam mendapatkan injeksi oksitosin dalam 1 menit pada penatalaksanaan kala 3** (kapan target tersebut dicapai) **setelah reuiu SPO dan sosialisasi SPO tentang Pemberian injeksi oksitosin dalam 1 menit pada penatalaksanaan kala 3**

2. Analisa Masalah dan Mengukur Mutu Pelayanan

a. Analisa Masalah

Dalam menganalisa permasalahan mutu dalam model ini, dapat menggunakan fishbone analisis

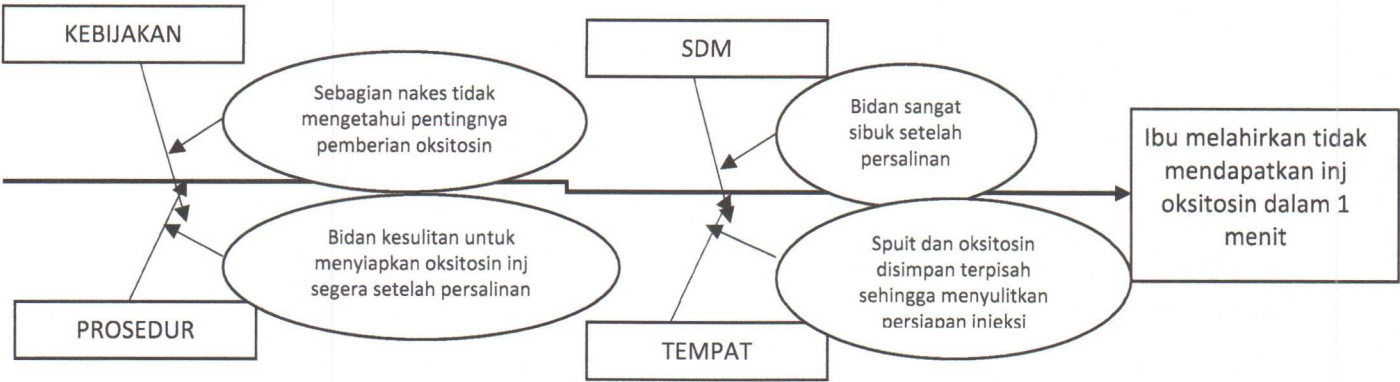


Diagram Skema Fishbone analysis

Berdasarkan pendekatan ini, penyebab dari permasalahan yang dihadapi dikelompokkan dalam empat kategori besar sebagaimana digambarkan dalam diagram diatas, meliputi :

1) ORANG

Tenaga kesehatan tidak memahami pelayanan yang diberikan atau bagaimana memberikan pelayanan tersebut. Di dalam

- komponen ini termasuk kapasitas dan kecukupan tenaga kesehatan.
- 2) TEMPAT
Pengorganisasian tempat pelayanan tidak ramah untuk petugas kesehatan dan pasien sehingga menyulitkan pemberian pelayanan. Obat dan perbekalan kesehatan termasuk dalam komponen ini. Sebagai contoh, tidak tersedia obat dan perbekalan kesehatan esensial yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan atau obat dan perbekalan kesehatan tersebut diletakkan di tempat yang sulit dijangkau.
 - 3) PROSEDUR
Pengorganisasian pelayanan dapat berkontribusi terhadap permasalahan mutu. Sebagai contoh, pelayanan diberikan dalam rangkaian proses yang tidak sesuai, tidak tepat, atau terlambat.
 - 4) KEBIJAKAN :
Tidak tersedia kebijakan yang mendukung pemberian pelayanan, atau kebijakan tersebut tidak spesifik. Guideline dan SPO termasuk dalam komponen ini.

b. Mengukur Mutu Pelayanan

- a. Tentukan indikator proses untuk mengukur kemajuan upaya peningkatan cakupan pemberian uterotonic injeksi

Numerator	jumlah pasien yang mendapatkan pemberian uterotonika injeksi dalam 1 menit dalam penanganan kala tiga pada persalinan pervaginam dalam periode 1 bulan
Denominator	Jumlah Pemberian uterotonika injeksi dalam 1 menit, dalam konteks penanganan kala tiga persalinan pervaginam dibandingkan dengan jumlah persalinan pervaginam dalam periode 1 bln
Sumber data	Rekam Medik Rumah Sakit
Penanggung jawab	Kepala Ruang
How frequently	Banyaknya kejadian dalam satu periode 1bulan

- b. Tentukan indikator keluaran untuk mengukur kemajuan upaya peningkatan cakupan pemberian uterotonic injeksi

Numerator	jumlah kasus perdarahan post partum yang terjadi setelah persalinan pervaginam
Denominator	jumlah kasus perdarahan post partum yang terjadi setelah persalinan pervaginam dibandingkan jumlah persalinan pervaginam dalam satu periode I bulan
Sumber data	Rekam Medik Rumah Sakit

Penanggung jawab	Kepala Ruang
How frequently	Banyaknya kejadian dalam satu periode 1 bulan

- c. Mengumpulkan baseline
- Sebagai contoh, Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar memutuskan untuk menggunakan indikator berikut untuk memantau pemberian uterotonic injeksi :
- Presentase ibu yang mendapat uterotonik dalam satu menit setelah melahirkan
 - Presentase ibu yang mengalami perdarahan post-partum
- Tim kemudian mengumpulkan data terkait indikator ini selama 16 hari.

- d. Menampilkan hasil pengumpulan data baseline

Indikator		Day															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Ibu mendapat oksitosin dalam 1 menit	Numerator																
	Denominator																
	Persentase																
Ibu dengan PPH	Numerator																
	Denominator																
	Persentase																

3. Mengembangkan dan Menguji Perubahan

- a. Mengembangkan
- Penerapan siklus PDSA (*plan-do-study-act*) membantu tim mutu untuk menerapkan ide perubahan tersebut secara sistematis.
- 1) **Plan** –
- Tim mutu merencanakan bagaimana ide perubahan tersebut akan dilaksanakan, oleh siapa dan berapa lama.
- 2) **Do** –
- Tim mutu melaksanakan rencana pelaksanaan tersebut sembari memonitor pelaksanaan tersebut secara kualitatif dan kuantitatif
- 3) **Study** –
- Tim mutu mengevaluasi pelaksanaan ide perubahan dan menentukan apakah 1) ide perubahan tersebut telah sesuai dengan kondisi fasilitas tersebut dan dapat langsung diterapkan (*Adopt*), 2) diperlukan penyesuaian/perbaikan terhadap ide perubahan tersebut (*Adopt*), atau 3) menganulir ide perubahan tersebut (*Abandon*).

4) **Act –**

Tim mutu melakukan langkah perbaikan selanjutnya berdasarkan hasil studi/evaluasi ide perubahan. Tim mutu dapat memulai pelaksanaan PDSA dalam skala kecil dan dalam waktu singkat.

b. Mengembangkan ide perubahan

Ide perubahan	Bagaimana ide perubahan tersebut dapat memperbaiki mutu pelayanan
Mereviu SPO yang sudah ada	Dengan adanya SPO yang baru semua petugas mematuhi SPO
Sosialisasi SPO baru	Dengan dilakukan sosialisasi petugas memahami SPO dan melaksanakan sesuai ketentuan dan tepat waktu
Peningkatan Akses ke Obat-obatan	Dengan meletakkan obat secara ergonomis.
Pembagian Tanggung Jawab dalam Tim	Pembagian tugas dan wewenang dalam satu Tim
Pengembangan Sistem Informasi	Mengembangkan sistem informasi yang akurat dan efisien untuk mencatat dan memantau kasus perdarahan postpartum, serta menganalisis tren dan penyebab terjadinya perdarahan.
Penguatan Manajemen Risiko:	Memberikan edukasi tanda bahaya kehamilan dan persalinan

c. Merencanakan siklus PDSA untuk penerapan ide perubahan

Plan	Ide perubahan apa yang akan dilaksanakan ?	Mereviu SPO
	Siapa yang akan melaksanakan ide perubahan tersebut ?	Semua penolong persalian
	Dimana ide perubahan tersebut dilaksanakan ?	Di PONEK dan RB
	Berapa lama ide perubahan tersebut akan diuji coba ?	1 Bulan
Do	Kepatuhan terhadap SPO	Dipantau dengan menggunakan checklist
Study	Hasil apa yang Anda harapkan dari uji coba tersebut ?	tidak ada Kasus perdarahan post partum
Act	Memantau dengan checklist Kepatuhan SPO	Melaksanakan tindakan sesuai checklist SPO

d. Melakukan uji coba ide perubahan melalui siklus PDSA

Siklus PDCA (Plan-Do-Check-Act) dapat digunakan untuk mencegah perdarahan postpartum (PPH) di fasilitas kesehatan. Dengan penerapannya sebagai berikut :

1. Plan (Rencanakan):

a) Identifikasi masalah:

Identifikasi tingkat PPH di fasilitas kesehatan, misalnya dengan menganalisis data jumlah kasus PPH, penyebab utama, dan faktor risiko yang terkait.

Menentukan tujuan:

Tentukan target penurunan kasus PPH, misalnya 50% dalam waktu 6 bulan.

b) Menentukan rencana tindakan:

Pelatihan tenaga kesehatan: Lakukan pelatihan untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan terkait manajemen PPH, termasuk langkah-langkah pertolongan pertama dan rujukan.

Peningkatan SOP: Perbarui dan perbaiki standar operasional prosedur (SOP) terkait penanganan PPH, termasuk penggunaan obat-obatan dan peralatan yang diperlukan.

c) Edukasi pasien: Berikan edukasi kepada ibu hamil dan keluarga tentang PPH, tanda-tanda bahaya, dan pentingnya mendapatkan penanganan medis yang tepat.

d) Peningkatan pemantauan vital: Lakukan pemantauan tanda-tanda vital ibu secara ketat selama persalinan dan setelahnya, dan identifikasi tanda-tanda PPH dini.

e) Tentukan indikator keberhasilan:

Tentukan indikator yang akan digunakan untuk mengukur keberhasilan rencana tindakan, misalnya jumlah kasus PPH, persentase ibu yang mendapatkan penanganan segera, dan tingkat kepuasan ibu.

2. Do (Lakukan):

Laksanakan rencana tindakan: Lakukan pelatihan, perbarui SOP, berikan edukasi, dan lakukan pemantauan tanda-tanda vital sesuai rencana.

3. Check (Periksa):

Pantau indikator keberhasilan: Lakukan pengumpulan data dan analisis secara rutin untuk memantau perkembangan PPH dan indikator keberhasilan. Identifikasi masalah:

Jika indikator keberhasilan tidak sesuai target, identifikasi penyebabnya dan masalah yang terjadi.

4. Act (Tindak):

Ambil tindakan korektif:

Lakukan penyesuaian rencana tindakan, perbaiki SOP, atau tindakan lain yang diperlukan untuk mengatasi masalah.

4. Perbaikan berkelanjutan

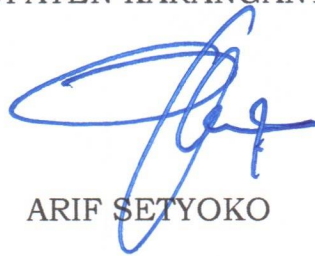
Kesinambungan pelaksanaan perubahan yang meningkatkan mutu pelayanan merupakan salah satu komponen kunci dalam *quality improvement*. Kesinambungan perubahan tersebut dapat diperoleh dengan berbagai cara. Keterlibatan manajemen dan direksi dalam proses *quality improvement* merupakan salah satu kunci keberhasilan. Selain itu, adanya penghargaan terhadap perubahan-perubahan yang telah dihasilkan dan keberhasilan yang telah diraih dapat mendorong mempertahankan motivasi untuk terus melaksanakan perubahan-perubahan dalam *quality improvement*.

- a. Memastikan kesinambungan keberhasilan perubahan pelayanan
 1. Tim terus memantau dan mengevaluasi dampak solusi yang diimplementasikan
 2. Melakukan perbaikan berkelanjutan berdasarkan hasil evaluasi
- b. Membangun antusiasme untuk melakukan *quality improvement*
 1. Mensosialisasikan kegiatan POQCI dalam berbagai kesempatan
 2. Penyampaian hasil dari evaluasi kegiatan POQCI disetiap operan jaga
 3. Menciptakan budaya peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas kepada masyarakat

BAB III PENUTUP

Panduan yang disusun ini merupakan sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar. Memastikan agar setiap pasien mendapatkan pelayanan kesehatan dengan kualitas terbaik di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar. Buku panduan ini masih dalam tahap perkembangan sehingga tidak menutup kemungkinan adanya masukan demi tercapainya perbaikan. Hal hal yang belum tercantum dalam buku panduan ini akan diatur kemudian. Besar harapan agar buku ini dapat menjadi pedoman bersama dan dilaksanakan oleh semua pihak dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal Berkelanjutan dengan kegiatan *Point Of Care Quality Improvement (POCQI)* dilingkungan kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN KARANGANYAR,



ARIF SETYOKO