



## Laporan Peningkatan Mutu

# IMPLEMENTASI *POINT OF CARE QUALITY IMPROVEMENT* (POCQI) UNTUK MENINGKATKAN TATA LAKSANA BAYI BARU LAHIR PADA PERSALINAN SEKSIO SESAREA

Ribkhi Amalia Putri<sup>1</sup>, Rukmono Siswihanto<sup>2</sup>, Adi Utarini<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Magister Manajemen Rumah Sakit, Program Studi Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

<sup>2</sup>Program Studi Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

<sup>3</sup>Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

Corresponding Author: ribkhi@gmail.com

Dikirimkan 2 Februari, Diterima 16 Maret 2023

### Abstrak

**Masalah Mutu:** Setiap bayi baru lahir mendapatkan perawatan neonatal esensial sebagai perawatan rutin untuk meminimalkan komplikasi yang dapat berakibat sampai kematian. Pemisahan antara ibu dan bayi baru lahir terutama pada persalinan seksio cesarea (SC) masih cukup tinggi jika dibandingkan persalinan normal. Angka SC yang tinggi menghambat penundaan penjepitan tali pusat minimal 30 detik, inisiasi menyusui dini (IMD), dan rawat gabung segera. Model *Point of Care Quality Improvement* (POCQI) adalah pendekatan manajemen yang dapat digunakan petugas kesehatan untuk mengelola pasien di tingkat unit pelayanan untuk memastikan pasien menerima perawatan kesehatan yang berkualitas menerapkan siklus *Plan Do Study Act* (PDSA).

**Solusi:** Penerapan metode POCQI untuk meningkatkan kualitas pelayanan bayi baru lahir dan IMD pada persalinan SC.

**Implementasi:** Dengan desain penelitian *action research*, tim melakukan langkah POCQI, termasuk di dalamnya dua siklus PDSA, dengan tim seksio sesarea sebagai subjek. Pada PDSA 1 dilakukan review dan penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO), dilanjutkan dengan pelatihan dan pendampingan pada PDSA 2. Semua persalinan SC dengan bayi aterm dimasukkan dalam pengamatan. Kriteria eksklusi ibu adalah kondisi hemodinamik tidak stabil atau ibu dalam anestesi umum. Sedangkan kriteria eksklusi bayi adalah kurang bulan, tidak bugar, kembar, dan terdapat kelainan kongenital.

**Evaluasi:** Siklus PDSA 1 meningkatkan capaian IMD minimal 15 menit pada persalinan SC dari 0% menjadi 53,85%, penundaan penjepitan tali pusat 30 detik dari 36,84% menjadi 76,92%, serta jarak rawat gabung  $\leq 4$  jam dari 0% menjadi 53,33%. Setelah siklus PDSA 2, kenaikan capaian IMD minimal 15 menit dan penundaan penjepitan tali pusat 30 detik meningkat menjadi 81,82%, serta jarak rawat gabung  $\leq 4$  jam menjadi 60,87%. Pada observasi sampai dengan minggu kelima, peningkatan mencapai >90% untuk ketiga indikator. Selama dilakukan perubahan tersebut, tidak ada bayi yang dilaporkan hipotermia. Metode POCQI efektif untuk meningkatkan pelayanan bayi baru lahir SC di RS Islam Jakarta Cempaka Putih. Agar hasil tersebut dapat berkelanjutan, maka perlu dilakukan standarisasi untuk mempertahankan perubahan tersebut.

**Kata Kunci:** POCQI, Inisiasi Menyusu Dini, penundaan penjepitan tali pusat, perawatan neonatal esensial, seksio sesarea, PDSA

### Masalah Mutu

Setiap bayi baru lahir mendapatkan perawatan neonatal esensial komplikasi, termasuk penundaan penjepitan tali pusat dan inisiasi menyusui dini (IMD).<sup>1</sup> Pada umumnya, kedua hal ini masih harus diperhatikan untuk menuju persalinan seksio cesarea (SC) sayang ibu dan sayang bayi.<sup>2</sup> IMD merupakan

prosedur rutin pascapersalinan yang mendukung keberhasilan Air Susu Ibu (ASI) dengan cara melakukan kontak kulit dengan kulit antara ibu dan bayi dalam satu jam pertama. Bila mengawali ASI lebih dari 60 menit dalam 24 jam pertama maka akan meningkatkan risiko kematian bayi 1,5 kali lipat.<sup>3-4</sup> Metode persalinan yang mempengaruhi pemberian ASI merupakan isu penting kesehatan ibu dan bayi. Angka

persalinan SC yang tinggi, akan meningkatkan keterlambatan IMD dan menurunkan capaian ASI eksklusif.<sup>5</sup> Keterlambatan IMD pada persalinan SC sebesar 50,49% dibandingkan dengan 35,34% pada persalinan pervaginam.<sup>6</sup>

Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih (RSIJCP) merupakan rumah sakit tipe B di Jakarta yang memiliki pelayanan maternal neonatal level Pelayanan Obstetri Neonatologi Emergensi Komprehensif (PONEK) madya dengan rata-rata persalinan seksio sesarea sebesar 83,5% dari jumlah persalinan.<sup>7</sup> IMD pada persalinan pervaginam dilaporkan secara rutin sebagai indikator mutu dengan capaian 100%, namun pada seksio sesarea belum dilakukan. IMD merupakan proses yang terintegrasi dengan proses persalinan baik pervaginam maupun seksio sesarea, sehingga memerlukan kerja sama tim yang terdiri dari dokter spesialis anak, dokter spesialis obgin, dokter spesialis anestesi, perawat bedah, perawat anestesi, dan bidan penolong bayi untuk menyukkseskannya. Belum adanya keterlibatan aktif tim di unit terkecil layanan di RSIJCP dalam proyek Quality Improvement (QI) menjadikan pendekatan POCQI sebagai pilihan untuk meningkatkan pelayanan bayi baru lahir, terutama IMD, pada persalinan seksio sesarea.

### Solusi Masalah

Model *Point of Care Quality Improvement* (POCQI) adalah pendekatan manajemen yang dapat digunakan petugas kesehatan untuk mengelola pasien di tingkat unit pelayanan dengan kelebihan mampu memetakan permasalahan riil di unit, mudah dikerjakan, melibatkan petugas di unit tersebut, serta menerapkan siklus *Plan Do Study Act* (PDSA) yang terus-menerus. Hal ini mendorong munculnya solusi yang sederhana dan mudah dilakukan di lingkungan kerja.<sup>8</sup>

### Implementasi

Dilakukan peningkatan mutu menggunakan empat tahapan POCQI yang disusun oleh WHO SEARO: 1) identifikasi masalah, membentuk tim, dan menentukan tujuan; 2) analisis mendalam dan pengumpulan informasi dasar mutu pelayanan; 3) penyusunan dan pelaksanaan intervensi perbaikan mutu pelayanan dengan PDSA; dan 4) mempertahankan peningkatan mutu (*sustaining improvement*). Proses QI dilakukan pada Juni 2023 dengan intervensi pada tim SC. Observasi dilakukan pada pasien yang melakukan persalinan SC cukup bulan. Ibu tidak dilakukan IMD jika kondisi hemodinamik tidak stabil dan anestesi umum. Sedangkan bayi yang tidak memenuhi kriteria IMD adalah: lahir kurang bulan, tidak bugar sehingga memerlukan langkah lanjut resusitasi neonatus, kembar, dan terdapat kelainan kongenital.

Siklus PDSA 1 terdiri dari pengkajian ulang dan pembaruan dokumen Pedoman Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi, Panduan IMD, Panduan Rawat Gabung, Standar Prosedur Operasional (SPO) IMD, SPO rawat gabung, SPO tata laksana bayi baru lahir, dan SPO SC. Panduan tersebut kemudian disosialisasikan ke petugas pelayanan di unit melalui pertemuan online dan video. Setelah PDSA 1, dilakukan intervensi siklus PDSA 2 berupa pelatihan dan pendampingan bidan penolong bayi. Variabel yang menjadi indikator keberhasilan adalah: persentase penundaan penjepitan tali pusat 30 detik, persentase dilakukan IMD minimal 15 menit, persentase jarak bayi lahir sampai rawat gabung  $\leq 4$  jam, dan kejadian hipotermia pada bayi yang lahir SC. Analisis data dilakukan secara harian dan mingguan.

Langkah ke-1: Identifikasi masalah, membentuk tim, dan menentukan tujuan

Identifikasi masalah didasarkan pada register persalinan bulan Februari 2023 dengan hasil tiga permasalahan proses yaitu: penundaan pemotongan tali pusat minimal 30 detik (kinerja 0%), IMD minimal 15 menit (kinerja 0%), dan jarak persalinan dengan rawat gabung  $\leq 4$  jam (kinerja 20%). Walaupun tidak banyak ditemukan, hipotermia merupakan *outcome* yang diamati. Dilakukan penilaian skala prioritas, yang tertinggi adalah IMD minimal 15 menit. Prioritas didasarkan pada: pentingnya bagi pasien, waktu dan sumber daya terjangkau, mudah diukur, dan apakah di bawah kontrol tim. Sehingga disepakati pernyataan tujuan: “Kami bertujuan untuk meningkatkan pelaksanaan IMD pada persalinan SC selama minimal 15 menit dari 0% menjadi 50% dalam waktu 3 minggu”.

Langkah ke-2: Analisis mendalam dan pengumpulan informasi dasar mutu pelayanan

Kajian didasarkan pada alur pelayanan yang ada (gambar 1) dan analisis *fishbone* (gambar 2) untuk memetakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan.

Langkah ke-3: Penyusunan dan pelaksanaan intervensi perbaikan mutu pelayanan – PDSA

Tim mendiskusikan lima ide perubahan berupa: pembuatan dan sosialisasi SPO, pelatihan dan pendampingan petugas, edukasi pasien, pemenuhan ruang transisi, dan penambahan SDM. Setelah dikaji kelebihan dan kekurangannya, diputuskan tiga ide perubahan yang dilakukan.

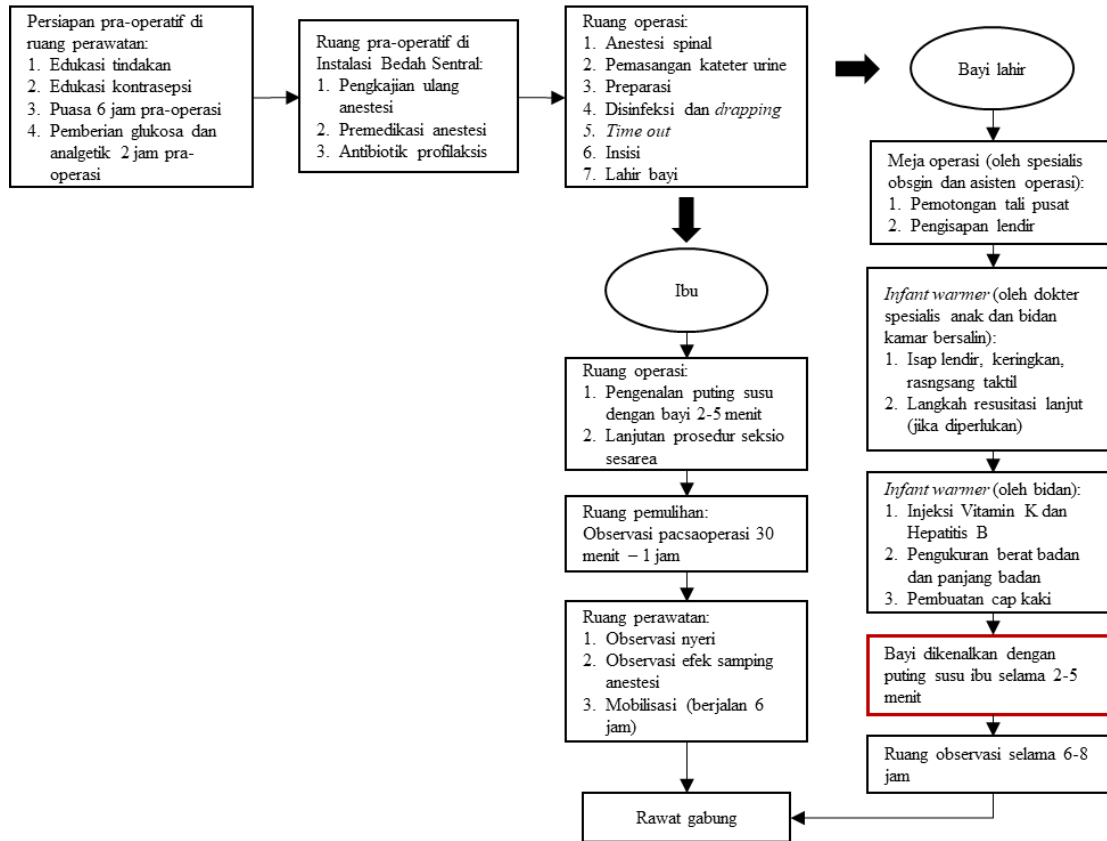
#### *PDSA I: Pembuatan dan sosialisasi SPO*

Tim melakukan pengkajian dan revisi isi dan alur dokumen sesuai Panduan Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi, gentle caesarean section, serta kemampuan implementasi di unit. Sosialisasi kemudian dilakukan melalui pertemuan online kepada petugas yang dihadiri oleh: dokter spesialis obgin 12,5%, dokter spesialis anak 22,2%, dokter spesialis anestesi 12,5%, bidan 100,0%, perawat bedah 63,2%, dan perawat anestesi 42,9%. Karena capaian kehadiran masih cukup rendah, maka disusun video alur pelayanan sesuai panduan. Setelah sosialisasi menggunakan video, cakupan petugas meningkat menjadi 100% bidan, 100% perawat bedah, 85,7% perawat anestesi, 87,5% spesialis obgin, 88,9% spesialis anak, dan 75,0% spesialis anestesi.

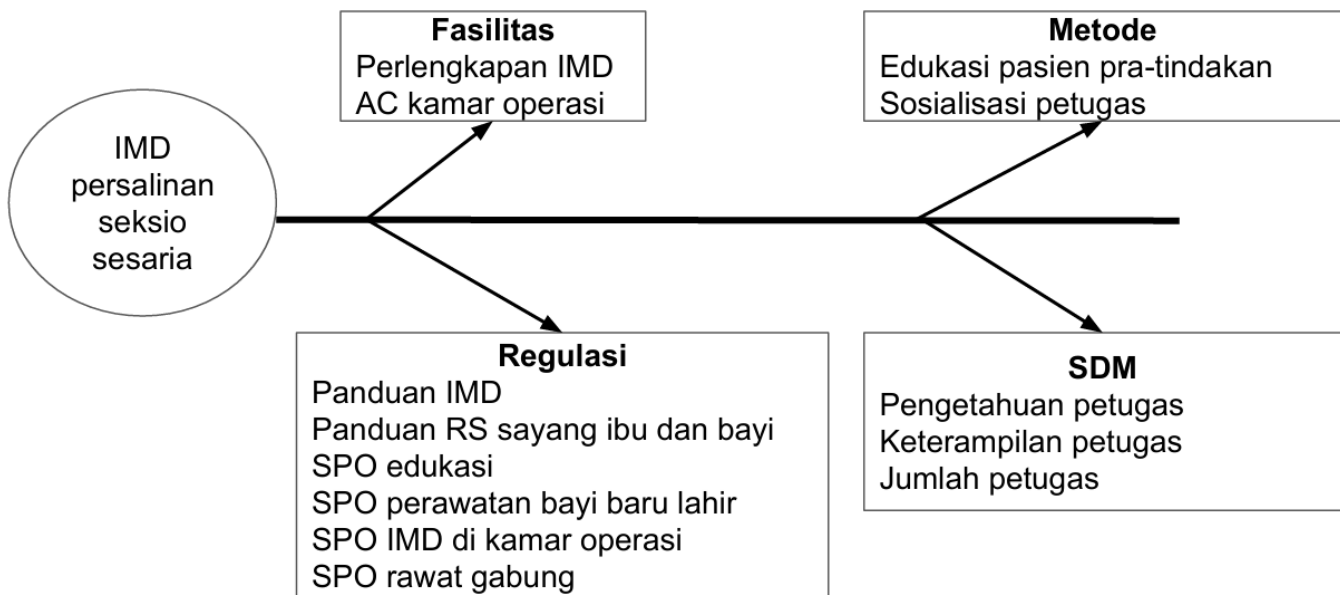
#### *PDSA II: Pelatihan dan pendampingan petugas*

Seluruh bidan kamar bersalin dan ruang nifas mengikuti pelatihan yang berisi materi online dan praktek langsung. Setelah itu dilakukan pendampingan oleh dokter spesialis anak kepada para bidan untuk memastikan tata cara IMD dengan benar berdasarkan daftar tilik.

**Implementasi Point of Care Quality Improvement (POCQI)**



Gambar 1. Bagan alur pelayanan ibu dan bayi baru lahir pada persalinan SC di RSIJCP

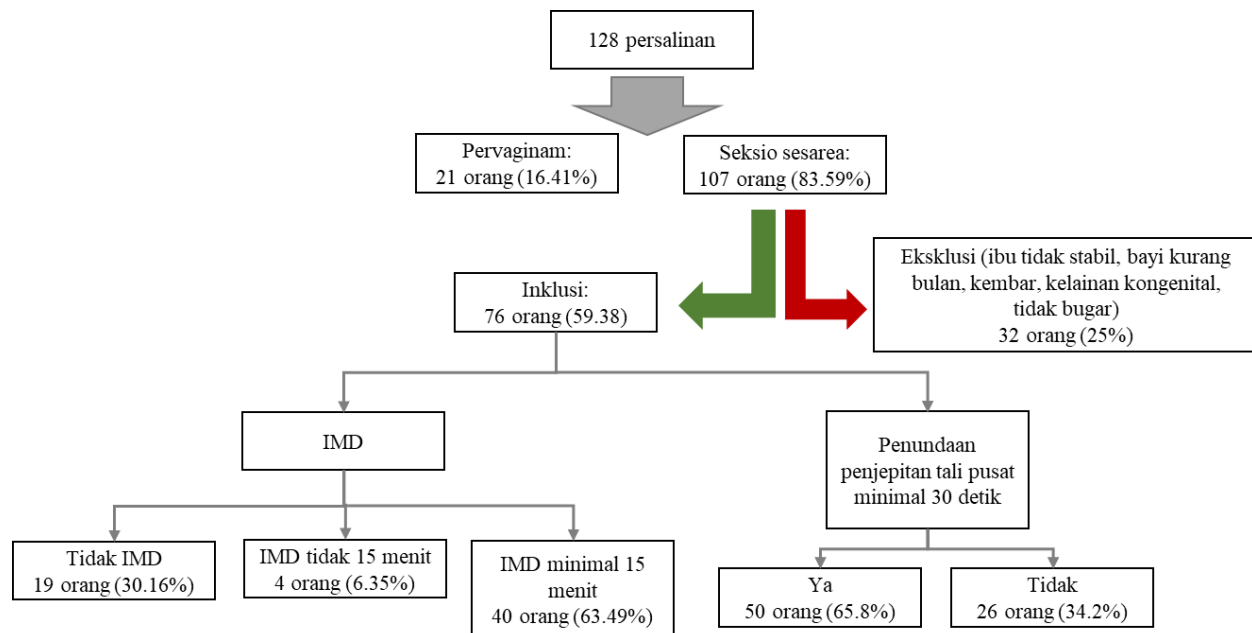


Gambar 2. Diagram analisis fish bone

## Langkah ke-4: Sustaining improvement

Upaya perbaikan berkelanjutan dilakukan dengan mendokumentasikan alur baru, mengamati indikator selama tiga bulan, menjadikan indikator mutu unit, serta menjadikan salah satu penilaian kinerja unit. Selain itu juga dilakukan upaya internalisasi dengan membangun antusiasme tim di unit dengan cara menampilkan poster grafik capaian perubahan di ruang kebidanan, kamar operasi, dan poliklinik, serta membuat video edukasi pasien.

Dari total 128 persalinan, didapatkan 21 orang persalinan pervaginam (16,41%) dan 107 orang persalinan SC (83,59%). Sebanyak 32 orang (25%) memenuhi kriteria eksklusi, sehingga terdapat 76 orang (59,38%) termasuk dalam subjek yang memenuhi kriteria pengamatan. Dari 76 orang subjek yang diamati pada periode Juni 2023, didapatkan total 19 orang (30,16%) tidak IMD, empat orang (6,35%) IMD tidak 15 menit, dan 40 orang (63,49%) IMD minimal 15 menit. Sedangkan penundaan penjepitan tali pusat dilakukan pada 50 orang (65,8%) dan tidak dilakukan pada 26 orang (34,2%) (Gambar 3).



Gambar 3. Bagan pengamatan subjek

*IMD pada seksio sesarea minimal 15 menit*

Pada siklus PDSA 1 terdapat kenaikan capaian IMD minimal 15 menit dari hari ke hari. Penurunan terjadi pada beberapa hari karena ibu merasa mual dan muntah sehingga tidak nyaman dengan keberadaan bayi di dadanya serta satu orang ibu menolak. Pada pengamatan data mingguan tampak peningkatan capaian dari 0% pada minggu ke-1 dan ke-2, menjadi 53,85% di minggu ke-3 setelah dilakukan PDSA 1. Di minggu ke-4 peningkatan terjadi sampai 86,4% setelah dilakukan PDSA 2. Pengamatan pada minggu ke-5 menunjukkan capaian yang semakin meningkat, yaitu mencapai 92,9%.

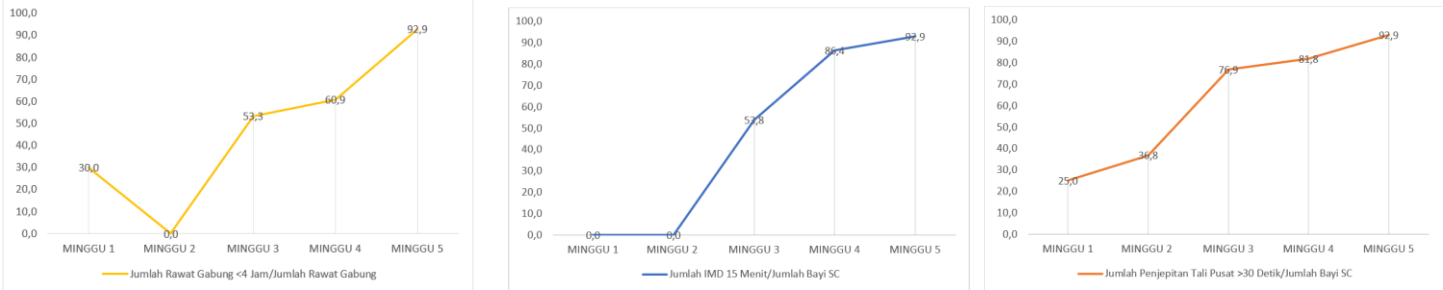
*Penundaan penjepitan tali pusat minimal 30 detik*

Didapatkan capaian harian yang cukup baik pada penundaan penjepitan tali pusat minimal 30 detik. Pada hari ke-1 sampai dengan ke-11 (sebelum intervensi), tampak tren yang tidak konsisten, yang menunjukkan ketidakteraturan antar petugas. Setelah dilakukan PDSA 1, capaian meningkat. Pada hari ke-13 dan ke-16 tampak penurunan karena ditemukan ketuban hijau kental. Peningkatan semakin konstan setelah dilakukan siklus PDSA 2, meskipun juga terjadi penurunan akibat ketuban bercampur mekonium. Setelah PDSA 1, data mingguan meningkat dari 25% (minggu 1), menjadi 36,8% (minggu 2) dan 76,92% (minggu 3). Peningkatan pada minggu ke-4 mencapai 81,82% setelah dilakukan PDSA 2. Pengamatan pada minggu 5 menunjukkan peningkatan capaian menjadi 92,9%.

Tabel 1. Karakteristik persalinan pada implementasi POCQI (n 128)

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Usia (n = 128)		
≤20 tahun	3	2.34%
21-30 tahun	81	63.28%
31-40 tahun	41	32.03%
>40 tahun	3	2.34%
Pendidikan (n = 128)		
SMP	6	4.69%
SMA	92	71.88%
Sarjana	30	23.44%
Pekerjaan (n = 128)		
Ibu rumah tangga	81	63.28%
Pegawai swasta	27	19.53%
PNS	12	9.38%
Wiraswasta	8	6.25%
Lain-lain	2	1.56%
Paritas (n =128)		
Nulipara	52	40.63%
Multipara	76	59.38%
Usia kehamilan (n= 128)		
Kurang bulan (<37 minggu)	8	6.25%
Cukup bulan (≥37 minggu)	120	93.75%
Persalinan (n = 128)		
Pervaginam	21	16.41%
Seksio sesarea	107	83.59%
Asal pasien SC (n = 107 )		
Rujukan	80	74.77%
<i>Booked case</i>	27	25.23%
Kriteria SC (n = 107)		
Elektif	65	60,75%
Emergensi	42	39,25%
Berat lahir (n = 128)		
<2500 gram	19	14.8%
2500-4000 gram	107	84.59%
>4000 gram	2	1.56%
Perawatan bayi (n = 128)		
Rawat gabung	103	80.47%
Perinatologi	7	5.47%
<i>NICU</i>	15	11.72%
<i>IUFD</i>	3	2.34%

## Implementasi Point of Care Quality Improvement (POCQI)



Gambar 4. Capaian indikator mingguan: (kiri kekanan) Indikator proporsi jumlah rawat gabung, Indikator proporsi IMD 15 menit/jumlah bayi SC, Indikator proporsi penjepitan tali pusat > 30 detik/jumlah bayi SC

### Jarak persalinan dengan rawat gabung $\leq 4$ jam

Sebelum dilakukan intervensi, tampak tren yang tidak konstan. Setelah dilakukan PDSA 1, tampak meningkat, namun belum konsisten. Peningkatan semakin konstrak setelah dilakukan siklus PDSA 2. Pada hari ke 21-24, dan hari ke 27 terdapat penurunan oleh karena ibu belum nyaman ketika bayi berada di sampingnya oleh karena efek samping mual muntah. Pada grafik mingguan, tampak penurunan capaian dari 30% (minggu 1) menjadi 0% pada minggu 2. Setelah dilakukan siklus PDSA I, capaian meningkat menjadi 53,3% (minggu 3) dan 60,87% (minggu 4) setelah PDSA II. Peningkatan pada minggu ke 5 mencapai 92,9%.

### Hipotermia

Tidak ditemukan hipotermia baik sebelum dan sesudah perubahan pelayanan dilakukan.

### Evaluasi pembelajaran

Pada pendekatan POCQI, pemilihan tim menjadi kunci perbaikan di unit pelayanan. Pada penelitian dipilih tim yang terdiri dari petugas-petugas unit yang memiliki antusiasme tinggi. Upaya ini tentunya harus memperoleh dukungan dari pimpinan instansi.<sup>7</sup> Tim yang dipilih adalah mereka yang antusias terhadap perubahan, terlibat langsung dalam pelayanan, dan mampu mempengaruhi orang lain di sekitarnya.<sup>10</sup> Tim dilatih secara kolektif dan berdasarkan data di setiap unit, memutuskan target dan pemecahan masalah berupa peningkatan ketersediaan ataupun efisiensi sumber daya untuk mencapai standar pelayanan yang diinginkan.<sup>7</sup>

Selain tim, identifikasi dan prioritas masalah merupakan langkah awal yang penting. Dalam melakukan identifikasi masalah sebaiknya berdasarkan atas data, sederhana, menambah nilai untuk pasien, tidak memerlukan banyak sumber daya untuk memperbaikinya, bukan merupakan kejadian yang jarang terjadi di pelayanan, mudah diatasi, serta mencegah penyelesaian jangka Panjang.<sup>10</sup>

Tim menentukan tujuan spesifik yaitu IMD 15 menit pada SC tercapai 50% selama 3 minggu sesuai dengan caih SMART.<sup>11</sup> Penetapan tujuan oleh tim harus spesifik sehingga memiliki target kerja yang jelas. Analisis *fishbone* memiliki kelebihan dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi. *Fishbone* disusun di awal proyek QI sehingga permasalahan didasarkan pada data.<sup>12</sup> Berdasarkan analisis *fishbone*, strategi-strategi perubahan disusun oleh tim.<sup>13</sup> Tim melakukan perubahan yang kemudian dilaksanakan dalam satu waktu menggunakan siklus PDSA.<sup>14</sup>

Pelayanan maternal neonatal merupakan pelayanan yang memerlukan kolaborasi lintas profesi. Komitmen serta kolaborasi tim dan petugas di unit dalam melakukan perubahan, mengevaluasi, dan mencari solusi adalah kunci keberhasilan dalam peningkatan mutu capaian setiap minggu selama proyek POCQI yang dilakukan. Kolaborasi tim antar profesi (*interprofessional collaboration*) penting dalam pelayanan kesehatan yang terpusat pada kepentingan pasien untuk mencapai standar praktik yang baik.<sup>15</sup> Secara sistem, kerja kolaborasi dalam penanganan kasus tertentu dapat disusun dalam Integrated Clinical Pathway yang merupakan penerjemahan teknis dari konsep tata laksana medis, perawatan, dan kepentingan nonmedis terhadap suatu masalah pasien.<sup>16</sup> Dokumen kebijakan pedoman, panduan, dan SPO yang sudah dibuat lebih sempurna jika disertai dengan ICP, sehingga setiap profesi dapat melakukan peran yang sesuai pada alur pelayanan pasien, termasuk pada bagian perawatan bayi baru lahir.

Dalam sebuah proyek POCQI diharapkan semua petugas di unit tersosialisasi dengan baik dan memahami ide perubahan yang diangkat.<sup>7</sup> Tantangan yang muncul pada proses sosialisasi adalah bagaimana cara meningkatkan cakupan petugas yang paham. Setelah menggunakan video, cakupan petugas yang tersosialisasi semakin luas. Proses edukasi suatu prosedur pelayanan melalui audiovisual meningkatkan cakupan petugas kesehatan serta pengetahuan petugas lebih baik.<sup>17</sup>

IMD pada beberapa hari tidak tercapai karena ibu merasa mual dan muntah sehingga tidak nyaman dengan keberadaan bayi - di dada ibu. Evaluasi siklus PDSA I menguatkan perlunya pelatihan dan pendampingan petugas yang melakukan IMD untuk dapat melakukan dengan cara yang benar, nyaman untuk ibu, serta mendukung ibu untuk tenang selama IMD. Pada pelaksanaan IMD saat SC, keluhan yang sering dirasakan oleh ibu adalah: mengantuk, stres, nyeri, hipotermia, vertigo, mual, dan batuk.<sup>18</sup> Ketidakyamanan ibu juga menjadi salah satu masalah, sehingga proses IMD dilakukan dengan posisi bayi melintang di dada ibu.<sup>18</sup>

Mual selama operasi merupakan salah satu ketidaknyamanan ibu. Tim menilai upaya meminimalkan efek mual pada ibu yang disebabkan karena pemberian morfin, puasa terlalu lama, dan riwayat gastritis, sudah menjadi prosedur rutin pembiusan oleh dokter spesialis anestesi. Upaya lain yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa mual selama operasi adalah dengan memberikan profilaksis phenylephrine untuk mencegah hipotensi, mencegah ekstriorisasi uterus, mengurangi

penggunaan oksitosin berlebihan, dan mengurangi irigasi abdomen.<sup>19</sup>

Terjadi penurunan penundaan penjepitan tali pusat pada diagram harian dikarenakan terjadi ketuban hijau bercampur mekonium. Pada bayi dengan ketuban hijau bercampur mekonium (hijau kental), langkah awal adalah menghisap lendir dengan selang penghisap besar berukuran 16 Fr jika diperlukan untuk mencegah aspirasi meconium.<sup>20,21</sup> Ketuban hijau kemudian diputuskan sebagai kriteria eksklusi untuk penundaan penjepitan tali pusat.

Edukasi dan pelibatan pasien merupakan langkah yang baik dalam proses QI. Tim melakukan upaya edukasi pasien dengan memasang poster edukasi dan keberhasilan IMD minimal 15 menit dan penundaan penjepitan tali pusat minimal 30 detik di poliklinik dan kamar bersalin. Tim juga membuat video edukasi perawatan bayi baru lahir pada persalinan SC yang dapat diakses oleh pasien saat di poliklinik maupun di kamar bersalin. Meskipun demikian, penelitian ini belum melibatkan pasien secara aktif dalam memberikan pendapat tentang manfaat perubahan pelayanan yang dilakukan. Dalam suatu upaya perubahan mutu pelayanan, keterlibatan pasien sangat diperlukan untuk menjaga pelayanan tersebut sesuai standar. Pemberdayaan pasien (*patient empowerment*) adalah proses yang dirancang untuk membantu pasien dalam memilih dan membawa perubahan dalam tatalaksana kondisi penyakitnya.<sup>22</sup> Hal ini semakin diutamakan sebagai bentuk transformasi paradigma pelayanan tindakan di Indonesia, dari konsep paternalisme menuju model pemberian pelayanan tindakan yang lebih adil dan kolaboratif.<sup>23</sup> Layanan kolaboratif rumah sakit dan pasien berpotensi meningkatkan efektivitas biaya perawatan, terutama pada penyakit kronik dan tindakan operatif.<sup>24</sup>

Siklus PDSA merupakan cara melakukan peningkatan kualitas pelayanan di unit secara detil dan kontinu sampai tercapai tujuan yang diharapkan.<sup>13</sup> *Rapid cycle* PDSA dilakukan dengan cepat untuk mengatasi masalah yang penting. Proses yang cepat ini harus disertai dengan identifikasi masalah, hambatan, dan dokumentasi yang transparan sehingga pemecahan masalah lebih riil dan tepat.<sup>14</sup> Pada *rapid cycle* ini perubahan diukur dengan cepat menggunakan cara monitoring yang mudah.<sup>25</sup> Siklus PDSA dijalankan dengan cepat setiap minggu sehingga efektivitas ide perubahan yang dijalankan dapat dievaluasi lebih cepat.

Mempertahankan perubahan terus berjalan bukan merupakan hal yang mudah bagi tim. Mengatur perubahan menjadi satu sistem pelayanan merupakan salah satu alternatif cara mempertahankan perubahan tersebut<sup>13</sup>, sehingga dilakukan penetapan regulasi pedoman, panduan, dan SPO. Selain itu, perencanaan menjadikan perubahan sebagai indikator pelayanan dan indikator kinerja unit juga merupakan salah solusi untuk menjaga keberlanjutannya.

Keberhasilan proyek QI untuk perawatan bayi baru lahir juga dilaporkan oleh penelitian di India. Penelitian mengenai capaian kontak kulit dengan kulit pada persalinan SC diteliti tahun 2018 di India menggunakan tiga siklus PDSA. Capaian setiap siklus yaitu 87,5%, 90%, dan 83,3%, serta mencapai fase keberlanjutan dengan capaian 100% setelah empat bulan. Siklus PDSA terdiri dari: pertemuan konsultasi dan pembuatan kebijakan, pemetaan kembali prosedur dan peran petugas SC, dan penugasan perawat penanggung jawab<sup>26</sup>. Metode POCQI dilakukan pada pelayanan bayi baru lahir pervaginam di India tahun 2021. Setelah dilakukan selama 36 bulan, peningkatan kepatuhan prosedur dari minimal menjadi 51% pada konseling

pra-persalinan, 56% pada kontak kulit dengan kulit, 59% pada penundaan penjepitan tali pusat, dan 61% pada keberhasilan inisiasi menyusui dalam satu jam pascapersalinan.<sup>11</sup>

Proyek peningkatan mutu di RS ini memiliki beberapa keterbatasan. Lama waktu evaluasi intervensi yang relatif singkat mungkin menyebabkan permasalahan yang mempengaruhi implementasi perubahan tersebut belum muncul. Pembuatan dokumen regulasi belum mengakomodasi proses kolaboratif antar profesi termasuk perawat dan bidan, serta peningkatan mutu ini tidak melibatkan pasien dalam menggali masalah pelayanan serta dampak perubahan pelayanan secara langsung.

## Kesimpulan

Implementasi metode POCQI dengan dua siklus PDSA dapat meningkatkan perawatan bayi baru lahir pada persalinan SC berupa capaian IMD minimal 15 menit, penundaan penjepitan tali pusat minimal 30 detik, dan jarak persalinan dan rawat gabung  $\leq 4$  jam. Perubahan pelayanan tersebut tidak mengakibatkan kejadian hipotermia pada bayi. Agar pencapaian indikator tersebut dapat dipertahankan, perlu dilanjutkan upaya monitoringnya serta standarisasi perubahan yang telah dilakukan.

## Referensi

- Aspland, E., Gartner, D. and Harper, P. (2021) 'Clinical pathway modelling: a literature review', *Health Systems*, 10(1), pp. 1–23. doi: 10.1080/20476965.2019.1652547.
- Bravo, P. et al. (2015) 'Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study', *BMC Health Services Research*, 15(1), pp. 1–14. doi: 10.1186/s12913-015-0907-z.
- Cheng, Y.-L. et al. (2016) 'Cesarean Section and Breastfeeding Outcomes', *Intech*, 11(tourism), p. 13.
- Christoff, P. (2018) 'Running PDSA cycles', *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 48(8), pp. 198–201. doi: 10.1016/j.cppeds.2018.08.006.
- Cox, M. and Sandberg, K. (2018) 'Modeling Causal Relationships in Quality Improvement', *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 48(7), pp. 182–185. doi: 10.1016/j.cppeds.2018.08.011.
- Habib, A. S. and Ituk, U. (2018) 'Enhanced recovery after cesarean delivery [version 1; referees: 2 approved]', *F1000Research*, 7(0), pp. 1–11. doi: 10.12688/f1000research.13895.1.
- IDAI (2021) *Buku Resusitasi Neonatus*. Ikatan Doter Anak Indonesia.
- Katowa-Mukwato, P. et al. (2021) 'Implementing Evidence Based Practice nursing using the PDSA model: Process, lessons and implications', *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 14(January 2020), p. 100261. doi: 10.1016/j.ijans.2020.100261.
- Kemendes RI (2019) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*.
- Magee, S. R. et al. (2014) 'Promotion of family-centered birth with gentle cesarean delivery', *Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(5), pp. 690–693. doi: 10.3122/jabfm.2014.05.140014.

11. Maria, A. et al. (2018) 'Achieving Early Mother-baby Skin-to-skin Contact in Caesarean Section: A Quality Improvement Initiative', *Indian Pediatrics*, 55(9), pp. 765–767. doi: 10.1007/s13312-018-1377-2.
12. McLaney, E. et al. (2022) 'A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours', *Healthcare Management Forum*, 35(2), pp. 112–117. doi: 10.1177/08404704211063584.
13. Ni Made Diah (2022) 'Levelling Fasilitas Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal'. Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
14. NIAT (2022) Rapid-cycle testing: How to Conduct a Plan-Do-Study-ACT (PDSA) Cycle. Available at: <https://chess.wisc.edu/niatx/Content/ContentPage.aspx?NID=148> (Accessed: 24 July 2023).
15. Noetel, M. et al. (2021) 'Video Improves Learning in Higher Education: A Systematic Review', *Sage Journals*, 91(2), pp. 2116–2124. doi: 10.1016/j.pec.2018.06.018.
16. Paksoy Erbaydar, N. and Erbaydar, T. (2020) 'Relationship between caesarean section and breastfeeding: Evidence from the 2013 Turkey demographic and health survey', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), pp. 1–9. doi: 10.1186/s12884-020-2732-6.
17. Pariya, A. and Das, A. (2020) 'Exploring Barriers for Early Initiation of Breastfeeding among Mothers in the Post-natal Ward: A Cross-sectional Study', *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 14(1), pp. 6–10. doi: 10.7860/jcdr/2020/43041.13437.
18. Polese, F., Tartaglione, A. M. and Cavacece, Y. (2016) 'Patient empowerment for healthcare service quality improvements: a value co-creation view', 19th Toulon-Verona International Conference: Excellence in Services, (September 2016), pp. 385–398.
19. Robert M. Anderson and Funnell, M. M. (2010) 'Patient Empowerment: Myths and Misconceptions Robert', *Patient Educ Couns.*, 79(3), pp. 277–282. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.025.Patient.
20. Sachan, R. et al. (2021) 'Use of point of care quality improvement methodology to improve newborn care, immediately after birth, at a tertiary care teaching hospital, in a resource constraint setting', *BMJ Open Quality*, 10, pp. 1–7. doi: 10.1136/bmjopen-2021-001445.
21. Stevens, J. et al. (2014) 'Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: A review of the literature', *Maternal and Child Nutrition*, 10(4), pp. 456–473. doi: 10.1111/mcn.12128.
22. UKK Neonatologi (2023) 'Panduan Instruktur ResNeo Indonesia'.
23. Warshaw, G. (2013) 'Quality improvement', *Annals of Long-Term Care*, 21(7), p. 8.
24. WHO SEARO (2019) POCQI-Slides for Leads Facilitators. Available at: <https://www.pocqi.org/#0>. WHO SEARO (2020) Improving the Quality of Care for Mothers, Newborns, and Children in Health Facilities. POCQI: Point of Care Quality Improvement.