

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**NOMOR : 3504/A000/XI/2021**

**TENTANG  
PEDOMAN PELAYANAN  
OBSTETRIK NEONATAL EMERGENSI  
KOMPREHENSIF (PONEK)**

**RS INTAN HUSADA**

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

**LEMBAR VALIDASI**  
**PEDOMAN PELAYANAN OBSTETRIK NEONATAL EMERGENSI KOMPREHENSIF**  
**(PONEK)**  
**NOMOR: 3504/A000/XI/2021**

	Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
<b>Penyusun</b>	: Yusti Meliana, A.Md.Keb	Kepala Unit Kamar Bersalin		12-11-2021
	: Resti Fauziah, Amd. Kep	Kepala Unit Intensif Anak		12-11-2021
	: Iman Nurjaman, S.Kep., Ners	Kepala Unit Gawat Darurat		12-11-2021
	: Hinda Setiawati, Amd. Kep	Kepala Unit Intensif Dewasa		12-11-2021
	: Lia Susilawati S.Kep., Ners	Kepala Unit Kamar Operasi		12-11-2021
	: dr. Kemas Muhammad Aditya, Sp. OG	Ketua Tim PONEK		12-11-2021
<b>Verifikator</b>	: dr. Gustomo Panantro, Sp. A	Ketua KSM Anak		12-11-2021
	: dr. Rizki Safa'at Nurahim, Sp. OG MKes	Ketua KSM Obstetri Ginekologi		12-11-2021
	: Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		12-11-2021
	: dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		12-11-2021
<b>Validator</b>	: drg. Muhammad Hasan MARS	Direktur RS Intan Husada		12-11-2021

**LEMBAR PENGESAHAN  
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 3504/A000/XI/2021**

**TENTANG  
PEDOMAN PELAYANAN OBSTETRIK NEONATAL EMERGENSI KOMPREHENSIF  
(PONEK)  
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. Bahwa dalam rangka peningkatan mutu dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, Rumah Sakit Intan Husada telah memenuhi syarat dan kemampuan pelayanan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C;
- b. Bahwa dalam rangka penerapan tata kelola rumah sakit yang baik dan pelayanan rumah sakit yang efektif, efisien dan akuntabel dalam Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) perlu dibuat ketentuan dasar untuk melakukan/melaksanakan kegiatan pelaksanaan PONEK tersebut;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan huruf b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK

Mengingat :


1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1051 Tahun 2008 Tentang Pedoman Pelayanan Obstetri Neonatus Terintegrasi (PONEK);
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
6. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;

7. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomer 3515/A000/XI/2021 tentang Program Nasional.

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN OBSTETRIK NEONATAL EMERGENSI KOMPREHENSIF (PONEK)**
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 3504/A000/XI/2021 tentang Pedoman Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) Di Rumah Sakit Intan Husada
- Kedua : Pedoman Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan PONEK di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Pedoman Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : 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 : 12 November 2021  
Direktur,

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



## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR VALIDASI</b>	
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>iv</b>
<b>BAB I.....</b>	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	1
1. Tujuan Umum .....	1
2. Tujuan Khusus .....	1
C. Ruang Lingkup Pelayanan .....	1
D. Batasan Operasional.....	2
<b>BAB II.....</b>	<b>3</b>
<b>STANDAR KETENAGAAN .....</b>	<b>3</b>
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia .....	3
B. Distribusi Ketenagaan .....	5
C. Pengaturan Jaga.....	5
<b>BAB III.....</b>	<b>9</b>
<b>STANDAR FASILITAS .....</b>	<b>9</b>
A. Denah Ruang .....	9
1. Ruang UGD PONEK .....	9
2. Klinik Obstetrik dan Ginekologi dan Klinik Anak .....	9
3. Kamar Bersalin (VK) .....	10
4. Ruang Perawatan Azalea.....	10
5. Ruang Rawat Intensif Dewasa .....	11
6. Ruang Rawat Intensif Anak.....	11
7. Kamar Operasi Dewasa .....	12
B. Standar Fasilitas .....	11
<b>BAB IV.....</b>	<b>17</b>
<b>TATA LAKSANA PELAYANAN .....</b>	<b>17</b>
A. Kegiatan PONEK di Unit Gawat Darurat.....	17
B. Kegiatan PONEK di Unit Rawat Jalan .....	19
C. Kegiatan PONEK di Unit Kamar Bersalin .....	20
D. Kegiatan PONEK di Unit Kamar Operasi.....	25
E. Kegiatan PONEK di Ruang Perawatan Intensif Anak .....	23
F. Kegiatan PONEK di Ruang Perawatan Intensif Dewasa.....	29
F. Kegiatan PONEK di Unit Penunjang .....	26
<b>BAB V .....</b>	<b>27</b>
<b>LOGISTIK.....</b>	<b>27</b>
A. Perencanaan Logistik.....	27
B. Pengendalian Logistik .....	32
C. Monitoring dan Evaluasi Logistik.....	32
<b>BAB VI.....</b>	<b>34</b>

<b>KESELAMATAN PASIEN .....</b>	<b>34</b>
<b>BAB VII.....</b>	<b>37</b>
<b>KESELAMATAN KERJA.....</b>	<b>37</b>
<b>BAB VIII.....</b>	<b>39</b>
<b>PENGENDALIAN MUTU .....</b>	<b>39</b>
A. Indikator Mutu .....	39
B. Monitoring .....	55
C. Evaluasi .....	55
D. Pelaporan .....	56
E. Continuous Improvement .....	56
<b>BAB IX.....</b>	<b>57</b>
<b>PENUTUP .....</b>	<b>57</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>58</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia .....	3
Tabel 2.2 Distribusi Ketenagaan .....	5
Tabel 5.1 Barang Logistik Umum .....	27
Tabel 5.2 Barang Logistik Farmasi .....	30
Tabel 8.1 Profil Indikator Kematian Ibu Melahirkan Karena Perdarahan.....	39
Tabel 8.2 Profil Indikator Kematian Ibu Melahirkan karena Eklamsia .....	40
Tabel 8.3 Profil Indikator Persentase Kejadian Perdarahan Postpartum .....	41
Tabel 8.4 Profil Indikator Persentase Kejadian Gawat Janin Pada Persalinan Lama.....	42
Tabel 8.5 Profil Indikator Pemberi Pelayanan Persalinan Normal.....	44
Tabel 8.6 Profil Indikator Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit .....	45
Tabel 8.7 Profil Indikator Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi.....	46
Tabel 8.8 Profil Indikator Ketidakmampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gram.....	47
Tabel 8.9 Profil Indikator Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Sesarea .....	49
Tabel 8.10 Profil Indikator Keluarga Berencana .....	50
Tabel 8.11 Profil Indikator Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan.....	51
Tabel 8.12 Profil Indikator Kepuasan Pasien dan Keluarga .....	52
Tabel 8.13 Profil Indikator Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir .....	54

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Denah Ruang UGD PONEK .....	9
Gambar 3.2 Denah Klinik Obstetrik dan Ginekologi dan Klinik Anak .....	9
Gambar 3.3 Denah Kamar Bersalin (VK) .....	10
Gambar 3.4 Denah Ruang Perawatan Azalea .....	10
Gambar 3.5 Denah Ruang Intensif Dewasa .....	11
Gambar 3.7 Ruang Intensif Anak .....	12
Gambar 3.8 Ruang Kamar Operasi .....	12



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tetinggi diantara negara ASEAN dan penurunannya sangat lambat. AKI pada tahun 2015 yaitu 102/100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB pada tahun 2015 23/100.000 kelahiran hidup. Seharusnya sesuai dengan SDGs target penurunan AKI pada tahun 2030 yaitu 70/100.000 dan target penurunan AKB pada tahun 2030 12/100.000.

Rumah Sakit Intan Husada adalah rumah sakit rujukan yang memiliki visi menjadi rumah sakit yang memberikan pelayanan terbaik Sepriangan Timur. Dalam mencapai visi tersebut diperlukan upaya yang berkelanjutan dan fasilitas beserta sistem yang memadai.

Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam merupakan bagian dari sistem rujukan pelayanan kedaruratan maternal dan neonatal yang sangat berperan dalam menurunkan AKI dan AKB. Kunci keberhasilan PONEK adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, prasarana, sarana dan manajemen yang handal.

Untuk dapat menjalankan PONEK di Rumah Sakit Intan Husada (RSIH), Tim PONEK khususnya dan seluruh staf Rumah Sakit Intan Husada pada umumnya memerlukan serangkaian kebijakan dan garis besar langkah-langkah pelayanan mulai perencanaan hingga evaluasi kegiatan pelayanan sesuai dengan standar kinerja klinis dan manajemen, sehingga perlu dibuatkan Pedoman PONEK yang menjadi acuan dalam pelayanan di Rumah Sakit Intan Husada.

#### **B. Tujuan**

##### **1. Tujuan Umum**

Sebagai acuan penatalaksanaan PONEK di Rumah Sakit Intan Husada.

##### **2. Tujuan Khusus**

- a) Sebagai acuan pelaksanaan PONEK di Unit Gawat Darurat (UGD).
- b) Sebagai acuan pelaksanaan PONEK di Unit Rawat Jalan.
- c) Sebagai acuan pelaksanaan PONEK di Unit Kamar Bersalin.
- d) Sebagai acuan pelaksanaan PONEK di Kamar Operasi.
- e) Sebagai acuan pelaksanaan PONEK di Unit Intensif Dewasa
- f) Sebagai acuan pelaksanaan PONEK di Unit Intensif Anak
- g) Sebagai acuan pelaksanaan PONEK di Unit Penunjang Medis (Laboratorium, CSSD, Rekam Medis, Farmasi, dan Radiologi).

#### **C. Ruang Lingkup Pelayanan**

1. Pelaksanaan PONEK di UGD.
2. Pelaksanaan PONEK di Unit Rawat Jalan.
3. Pelaksanaan PONEK di Unit Kamar Bersalin (VK & Azalea).
4. Pelaksanaan PONEK di Unit Intensif Dewasa
5. Pelaksanaan PONEK di Unit Intensif Anak
6. Pelaksanaan PONEK di Unit Kamar Operasi
7. Pelaksanaan PONEK di Unit Penunjang

#### **D. Batasan Operasional**

1. Kegiatan PONEK di UGD adalah prosedur pelayanan penatalaksanaan pelayanan kasus – kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang berpotensi mengancam jiwa dan membutuhkan penanganan segera di UGD.
2. Kegiatan PONEK di Unit Rawat Jalan adalah prosedur pelayanan penatalaksanaan pelayanan yang meliputi kasus – kasus obstetri dan neonatal dengan keadaan pasien stabil dan tidak memerlukan perawatan inap di RSIH.
3. Kegiatan PONEK di Unit Kamar Bersalin (VK & Azalea) adalah prosedur pelayanan penatalaksanaan yang meliputi kasus – kasus obstetri dan neonatal yang membutuhkan rawat inap di rumah sakit, dimana unit yang terlibat yaitu Ruang Azalea.
4. Kegiatan PONEK di Ruang Perawatan Intensif dewasa adalah prosedur pelayanan penatalaksanaan yang meliputi kasus – kasus obstetri berat dan membutuhkan perawatan secara intensif, dimana unit yang terlibat yaitu ICU, HCU
5. Kegiatan PONEK di Ruang Perawatan Intensif anak adalah prosedur pelayanan penatalaksanaan yang meliputi kasus – kasus neonatal yang berat dan membutuhkan perawatan secara intensif, dimana unit yang terlibat yaitu ruang intensif anak.
6. Kegiatan PONEK di Kamar Operasi adalah prosedur pelayanan penatalaksanaan pelayanan yang meliputi kasus – kasus obstetri dan neonatal yang membutuhkan tindakan operatif.
7. Kegiatan PONEK di Unit Penunjang adalah prosedur pelayanan penatalaksanaan terhadap pasien-pasien obstetri dan neonatal yang melibatkan Laboratorium, CSSD, Rekam Medis, Farmasi, dan Radiologi.

## BAB II

### STANDAR KETENAGAAN

#### A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Profesi	Pendidikan	Pengalaman dan Kualifikasi
Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi	Sp-1 Spesialis Obstetri dan Ginekologi	a. Dokter dengan pendidikan minimal Dokter Spesialis Sp-1. b. Memiliki STR dan SIP yang berlaku di RSIH. c. Memiliki sertifikat: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)</i>, <i>Basic Cardiovascular Life Support (BCLS)</i>.</li> <li>2) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan khusus Neonatologi.</li> <li>3) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).</li> </ol> d. Sehat jasmani dan rohani. e. Memiliki etos kerja yang baik.
Dokter Spesialis Anak	Sp-1 Spesialis Ilmu Kesehatan Anak	a. Dokter dengan pendidikan minimal Dokter Spesialis Sp-1. b. Memiliki STR dan SIP yang berlaku di RSIH. c. Memiliki sertifikat: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)</i>, <i>Basic Cardiovascular Life Support (BCLS)</i>.</li> <li>2) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan Khusus Neonatologi.</li> <li>3) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).</li> </ol> d. Sehat jasmani dan rohani. e. Memiliki etos kerja yang baik.
Dokter Spesialis Anestesi	Sp-1 Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif	a. Dokter dengan pendidikan minimal Dokter Spesialis Sp-1. b. Memiliki STR dan SIP yang berlaku di RSIH. c. Memiliki sertifikat: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)</i>, <i>Basic Cardiovascular Life Support (BCLS)</i>.</li> <li>2) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan Khusus Neonatologi.</li> <li>3) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).</li> </ol>

		d. Sehat jasmani dan rohani. e. Memiliki etos kerja yang baik.
Dokter Umum	S1 Profesi Dokter Umum	a. Dokter dengan pendidikan minimal S1 Dokter Umum. b. Memiliki STR dan SIP yang berlaku di RSIH. c. Memiliki sertifikat: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)</i>, <i>Basic Cardiovascular Life Support (BCLS)</i>.</li> <li>2) Diutamakan sudah mengikuti dalam Pelatihan asuhan neonatal (ASI, resusitasi neonatus, dan kegawatdaruratan neonatus).</li> <li>3) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).</li> </ol> d. Sehat jasmani dan rohani. e. Memiliki etos kerja yang baik.
Kebidanan	DIII Kebidanan	a. Bidan dengan pendidikan minimal DIII Kebidanan. b. Memiliki STR dan SIPB yang berlaku di RSIH. c. Memiliki sertifikat: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pertolongan Pertama Kegawat Daruratan Obstetrik dan Neonatus (PPGDON)</li> <li>2) Midwifery Update (MU)</li> <li>3) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)</li> <li>4) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN)</li> </ol> d. Sehat jasmani dan rohani. e. Memiliki etos kerja yang baik.
Perawat	DIII Keperawatan	a. Perawat dengan pendidikan minimal DIII Keperawatan. b. Memiliki STR dan SIPP yang berlaku di RSIH. c. Memiliki sertifikasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)</i>, <i>Basic Cardiovascular Life Support (BCLS)</i>.</li> <li>2) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan Resusitasi Neonatus.</li> <li>3) Diutamakan sudah mengikuti Pelatihan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).</li> </ol> d. Sehat jasmani dan rohani. e. Memiliki etos kerja yang baik.

## B. Distribusi Ketenagaan

Pola pengaturan ketenagaan tim PONEK di setiap shift dinas (pagi, siang dan malam) di RSIH yaitu:

1. Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi 3 orang (*OnCall*).
2. Dokter Spesialis Anak 2 orang (*oncall*).
3. Dokter Spesialis Anestesi dan Terapi Intensif 2 orang (*ocal*).
4. Dokter Jaga UGD 1 orang.
5. Kepala Unit Kamar Bersalin 1 orang (*Office hour*).
6. Kepala Unit Intensif Anak 1 orang (*Office hour*).
7. Bidan pelaksana 8 orang:
  - a. UGD 2 orang.
  - b. Rawat Inap 4 orang.
  - c. Rawat Jalan 2 orang (Disesuaikan dengan jadwal praktik dokter Unit Rawat Jalan)
8. Petugas di Unit Penunjang (Laboratorium, CSSD, Rekam Medis, Farmasi, dan Radiologi) sesuai ketentuan di unit tersebut.
9. Admin 3 orang ( 2 orang UGD, 1 orang ranap)

Tabel 2.1 Distribusi Ketenagaan

No.	Jenis Tenaga	Jumlah
1	Dokter Spesialis Obstetri & Ginekologi	3
2	Dokter Spesialis Anak	2
3	Dokter Spesialis Anestesi	2
4	Perawat Anestesi	-
5	Dokter Umum	9
7	Bidan Koordinator	1
8	Bidan Pelaksana	8
9	Bidan Poliklinik	2
10	Perawat Pelaksana	4

## C. Pengaturan Jaga

### 1. Pengaturan Dinas Dokter Spesialis (Obstetri dan Ginekologi, Anak dan Anestesi)

Daftar dinas dibuat setiap bulan oleh Divisi Pelayanan Medik dan disetujui oleh Manajer sampai Direktur dan dibagikan kepada para semua unit yang terlibat paling lambat di tanggal terakhir di bulan tersebut.

Dokter Penanggung Jawab Obgyn di jadwalkan untuk konsultasi pasien baru kebidnan di UGD dikarenakan DPJP yang ada hanya bersifat oncall.

## **2. Pengaturan Dinas Dokter Jaga UGD**

Daftar dinas dibuat oleh Kepala UGD. Daftar dinas untuk bulan berikut disusun dan dibagikan kepada para dokter UGD paling lambat tanggal 25 setiap bulannya (disesuaikan dengan jadwal cuti dan tugas belajar). Setiap hari tugas dinas dibagi dalam 3 shift:

- a) Pagi : Pukul 07.00 – 14.00
- b) Siang : Pukul 14.00 – 21.00

## **3. Pengaturan Dinas Dokter Jaga Ruangan**

Daftar dinas dibuat oleh Kepala Unit Intensif Dewasa dan Kepala Unit Anak. Daftar dinas bulan berikut disusun dan dibagikan kepada para dokter jaga ruang intensif paling lambat tanggal 25 setiap bulannya (disesuaikan dengan jadwal cuti dan tugas belajar). Setiap hari tugas dinas dibagi dalam 3 shift:

- a. Pagi : Pukul 07.00 – 14.00
- b. Siang : Pukul 14.00 – 21.00
- c. Malam : Pukul 21.00 – 07.00 (H+1)

## **4. Pengaturan Dinas Bidan, Perawat dan Pekarya**

Daftar dinas bidan, perawat dan pekarya dibuat oleh kepala unit masing-masing (UGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, Ruang Intensif Dewasa, Ruang Intensif Anak, dan Kamar Operasi) dan disesuaikan dengan jadwal shift harian. Petugas harus tersedia dan standby 24 jam sehari.

## **5. Pengaturan Dinas petugas di Unit Penunjang**

Daftar dinas dibuat oleh Kepala Unit masing – masing (Laboratorium, CSSD, Rekam Medis, Farmasi, dan Radiologi) dan disesuaikan dengan jadwal shift harian. Petugas harus tersedia dan *standby* 24 jam sehari.

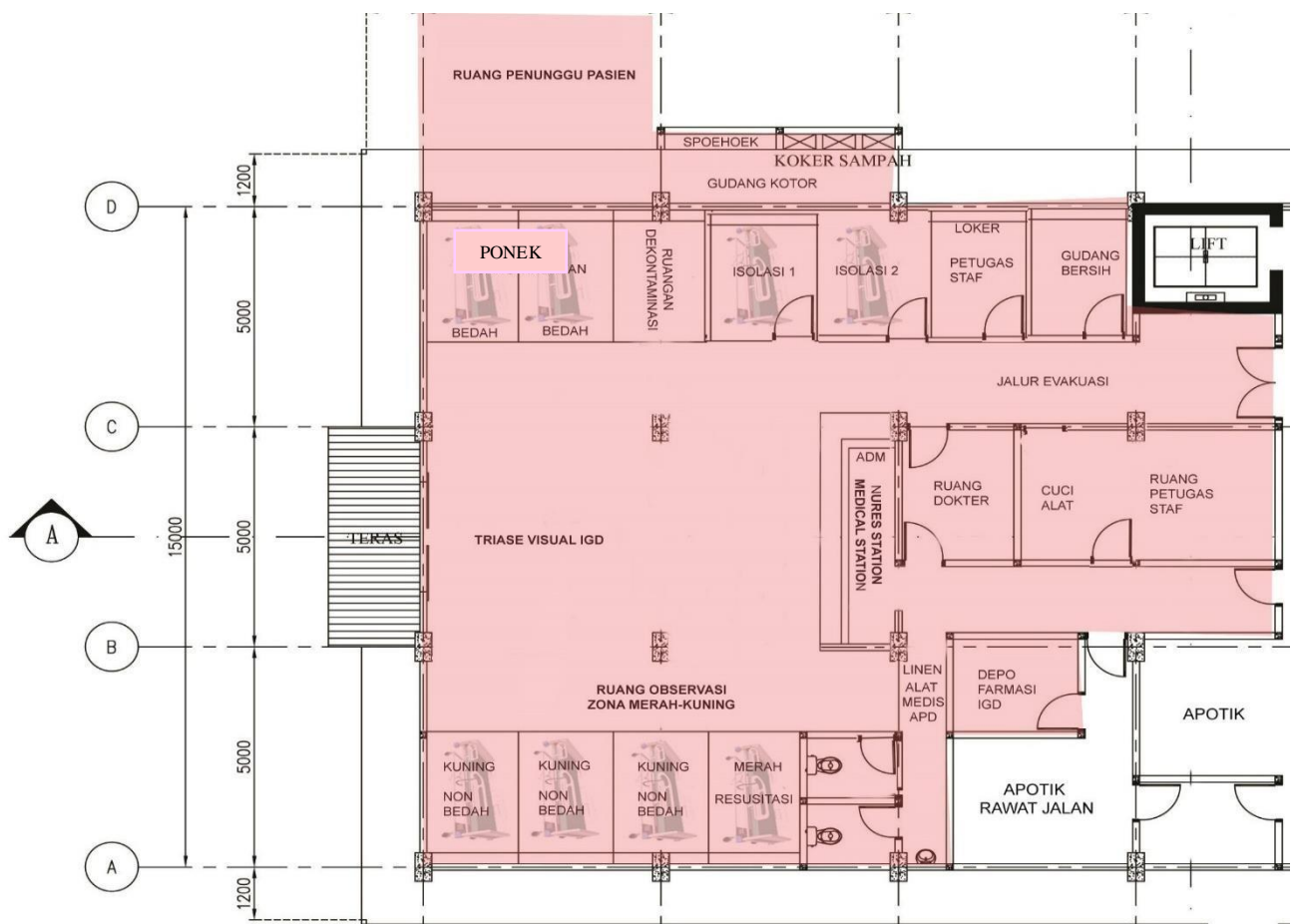


### BAB III STANDAR FASILITAS

#### A. Denah Ruang

##### 1. Ruang UGD PONEK (Lantai 1)

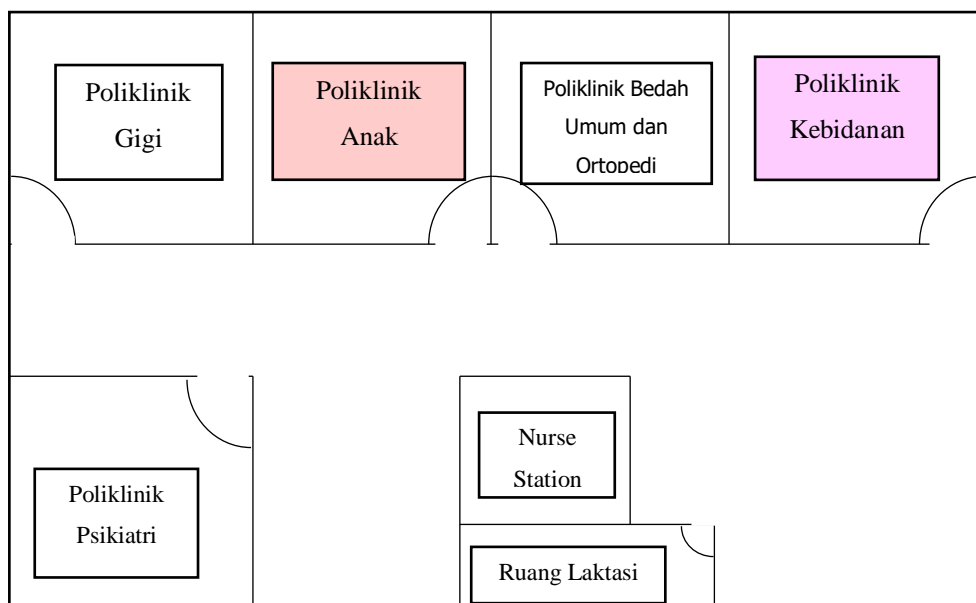
Ruang UGD Rumah Sakit Intan Husada terletak di Gedung Depan dan berada di sayap kiri gedung. Untuk jumlah bed kasus kebidanan terdapat 2 bed yang disediakan untuk melakukan tindakan dan pelayanan pada pasien-pasien obgyn.



Gambar 3.1 Denah Ruang Unit Gawat Darurat

## 2. Klinik Obstetrik dan Ginekologi dan Klinik Anak (Lantai 1)

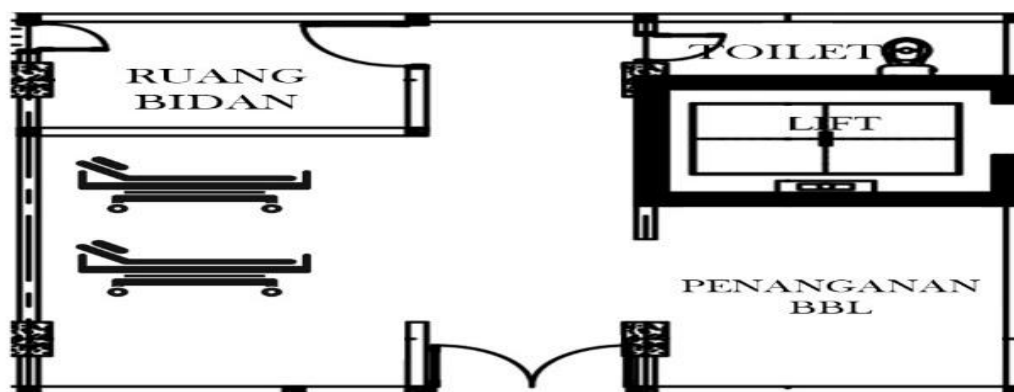
Pelayanan Rawat Jalan khususnya Poliklinik Obgyn dan Poliklinik Anak berada di lantai 1 Gedung Depan RS dan terletak di sayap kanan gedung depan.



## 3. Unit Kamar Bersalin

### a. VK

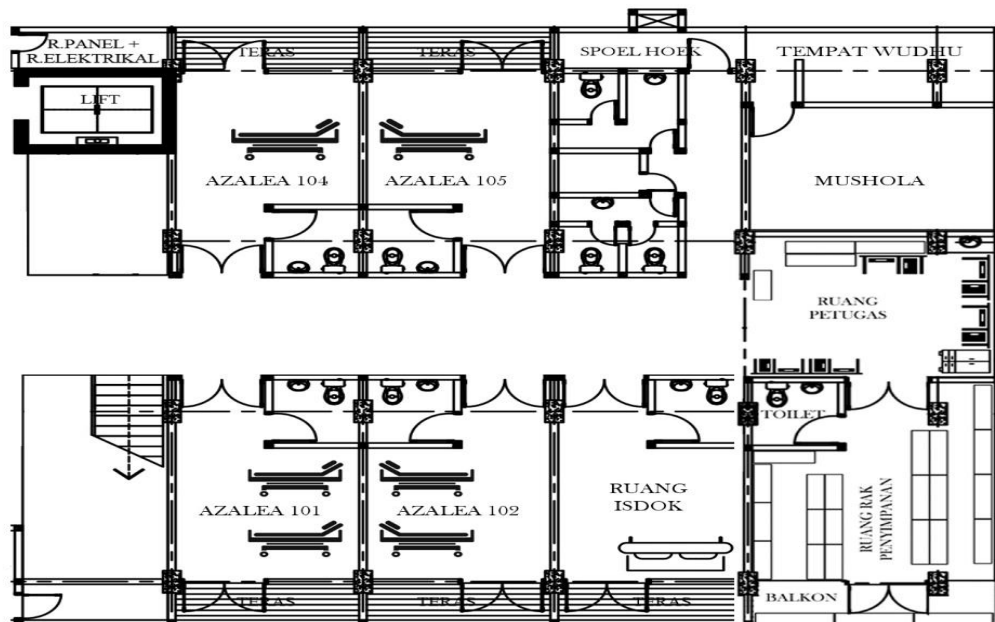
Ruang VK atau Ruang Bersalin Rumah Sakit Intan Husada berada di lantai 2 gedung depan dan terletak bersebelahan dengan ruangan Operas. Untuk Ruang VK senccdiri berkapasitas 2 bed dengan didalamnya terdapat ruangan khusus penanganan bayi baru lahir.



**DENAH VK**

## B. Ruang Perawatan Maternity (Azalea)

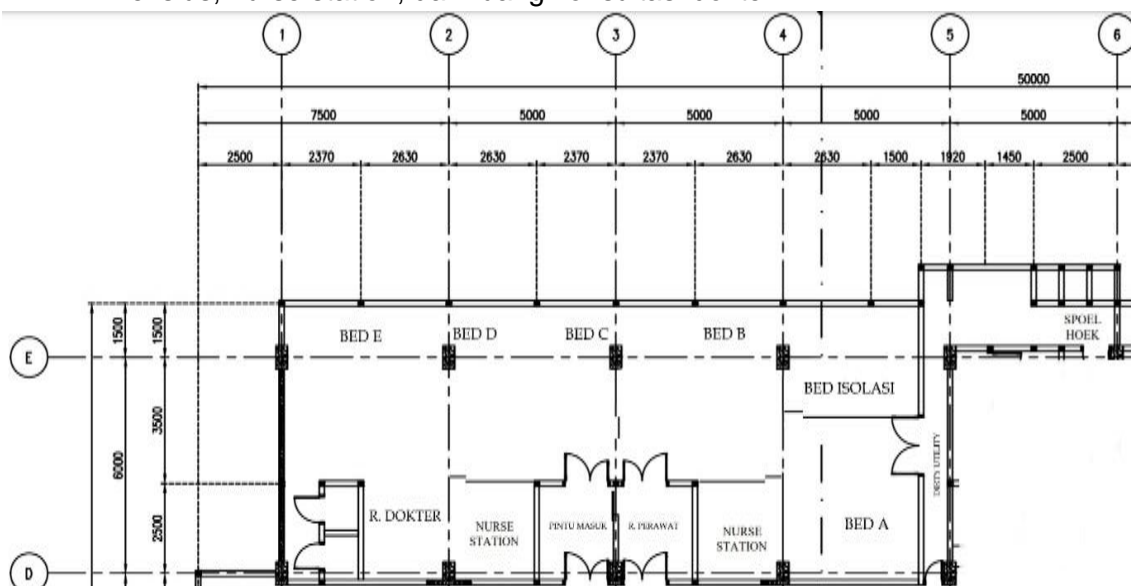
Ruang Perawatan rawat inap kebidanan berada di lantai 2 gedung depan dengan fasilitas bed sebanyak 8 bed rawat inap. untuk rawat inap Azalea sendiri bukan hanya diperuntukan untuk perawatan ibu pasca salin saja melainkan untuk pasien-pasien ibu non kebidanan dan pasien anak. dalam hal ini, Azalea bisa di sebut juga rawat inap untuk Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).



**DENAH AZALEA**

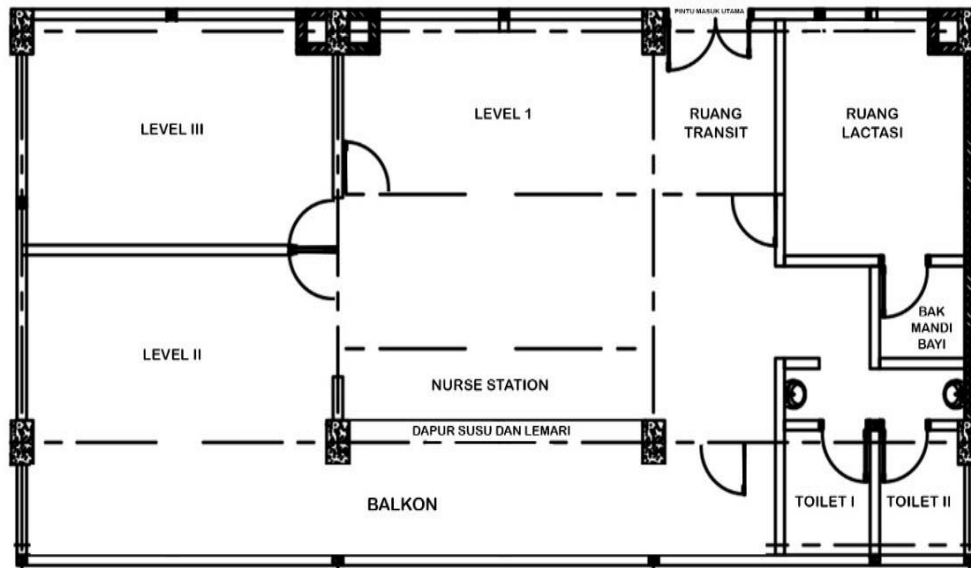
## 1. Ruang Unit Intensif Dewasa

Ruang Intensif Dewasa berada di lantai 2 gedung belakang Rumah Sakit dengan fasilitas ruang perawat intensif pasien infeksius dan ruang perawatan isolasi pasien infeksius, nurse station, dan ruang konsultasi dokter.



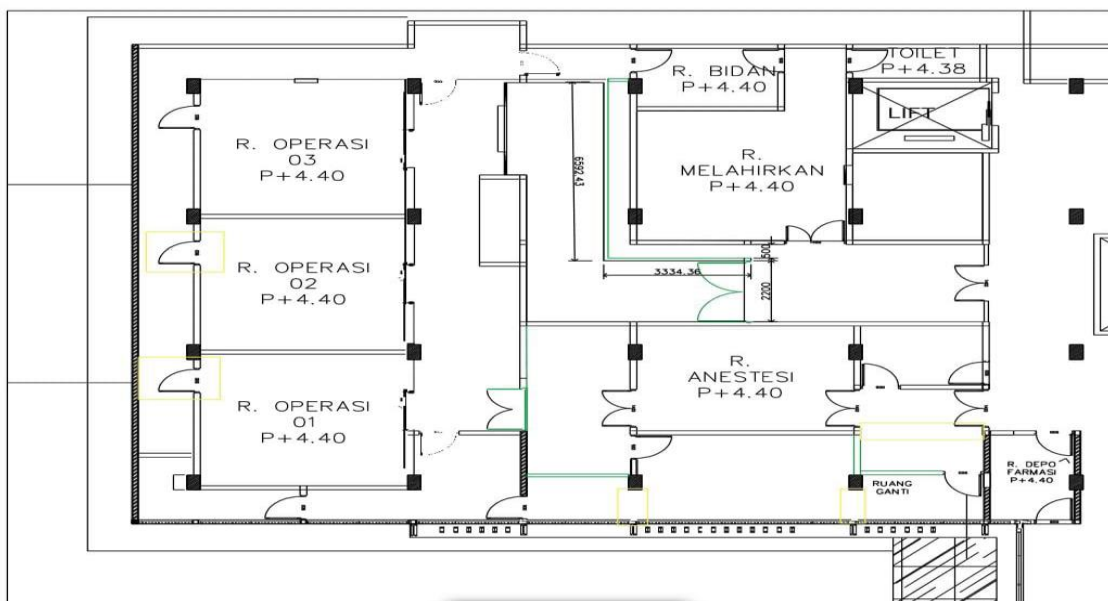
## 2. Ruang Unit Intensif Anak

Ruang Intensive Anak berada di gedung belakang Rumah sakit di lantai 2 dengan fasilitas diantaranya ruang laktasi, ruang transit, nurse station, Ruang Perawatan level I, Level II, Level III, dan balkon.



## 3. Kamar Operasi

Ruang VK atau Ruang Bersalin Rumah Sakit Intan Husada berada di lantai 2 gedung depan dan terletak bersebelahan dengan ruangan Operas. Untuk Ruang VK sendiri berkapasitas 2 bed dengan didalamnya terdapat ruangan khusus penanganan bayi baru lahir.



### C. Standar Fasilitas

Sarana dan Prasarana dalam rangka PONEK harus memenuhi persyaratan sehingga penanganan pasien dalam dilakukan dengan optimal, sesuai kriteria berikut:

#### 1. Kriteria Umum Ruangan

- a) Struktur Fisik
  - 1) Luas lantai memadai.
  - 2) Lantai dari bahan porselen.
  - 3) Dinding dicat dengan bahan yang bisa dicuci atau dilapis keramik.
  - 4) Langit-langit di cat dengan cat yang bisa dicuci.
  - 5) Unit harus memiliki area untuk menyiapkan susu formula dan area laktasi.
  - 6) Minimal tersedia 6 outlet listrik untuk setiap pasien.
  - 7) Harus ada 1 lemari dan meja untuk penyimpanan bahan di ruangan.
  - 8) Harus tersedia kulkas khusus untuk susu formula dan ASI.
- b) Kebersihan
  - 1) Cat dan lantai harus berwarna terang sehingga kotoran mudah terlihat.
  - 2) Ruangan harus bersih dan bebas debu, kotoran, sampah dan limbah rumah sakit.
- c) Pencahayaan
  - 1) Pencahayaan harus memadai baik dengan cahaya alami atau buatan/listrik.
  - 2) Semua jendela diberikan kawat nyamuk agar serangga tidak masuk.
  - 3) Listrik harus berfungsi dengan baik, kabel dan steker tidak membahayakan dan semua lampu berfungsi baik dan kokoh.
  - 4) Tersedia lampu *emergency*.
  - 5) Harus ada cukup lampu untuk setiap neonatus.
- d) Ventilasi
  - 1) Ventilasi harus memadai jika dibandingkan dengan ukuran ruang.
  - 2) Kipas angin atau pendingin ruangan harus berfungsi dengan baik.
  - 3) Diperlukan pendingin ruangan, Suhu ruangan dipertahankan pada 24-26°C.
  - 4) Pendingin ruangan harus dilengkapi dengan filter (sebaiknya anti bakteri).
- e) Pencucian tangan
  - 1) Tersedia wastafel yang terpasang pada ketinggian yang sesuai.
  - 2) Tidak boleh ada saluran pembuangan air terbuka.
  - 3) Pasokan air panas harus memadai.
  - 4) Harus ada tisu untuk mengeringkan tangan, diletakan di sebelah wastafel.

#### 2. Kriteria Khusus per Unit

##### a) Ruang UGD PONEK

- 1) Ukuran sedikitnya 6 meter dan ada di dalam unit perawatan khusus.
- 2) Kamar PONEK di UGD harus terpisah dari kamar gawat darurat lain.
- 3) Dilengkapi dengan meja resusitasi bayi dan inkubator.
- 4) Meja periksa bayi dilapisi kasur busa, plastik dan sprei bersih. Bagian logam tidak boleh berkarat.
- 5) Kamar PONEK dilengkapi:
  - *Trolley emergency* (termasuk defibrillator).
  - Tempat tidur bersalin dengan tiang infus.

- Inkubator transport.
- Lampu pemancar panas.
- Pencahayaan yang cukup, ditambah lampu sorot dan lampu darurat.
- Mesin insap (*suction*).
- Oksigen (sumber dari *wall outlet* atau tabung) minimal 2 tabung dan memiliki regulator dan pengatur aliran oksigen.
- Lemari isi: perlengkapan persalinan, vacuum, forcep, kuret.
- Alat resusitasi bayi dan dewasa.
- Timbangan bayi.
- Wastafel dengan air mengalir dan antiseptik.
- Alat komunikasi dan telepon ke kamar bersalin.
- *Nurse station* dan lemari rekam medik.
- USG dan CTG *mobile*.
- EKG.
- Sarana pendukung: toilet, kamar tunggu keluarga, kamar persiapan peralatan (linen dan instrumen), kamar kerja kotor, kamar jaga, ruang sterilisator dan jalur ke ruang bersalin / kamar operasi.
- Steker listrik.

**b) Poliklinik Obstetri dan Ginekologi**

- 1) Ruang idealnya memiliki luas 12 – 24 m<sup>2</sup>
- 2) Fasilitas pelayanan Klinik Obgyn
  - Bed obgyn
  - Dingklik
  - USG
  - Printer USG
  - Trolley Tindakan
  - Viewing box
  - Stabilizer
  - Pinsetbanatomis
  - Pinset surgis
  - Gunting benang
  - Nervuder
  - Kom tutup
  - Alligator
  - Inspekulo
  - Sonde
  - Sims
  - Tenaculum
  - Klem ovum
  - Bengkok
  - Baskom stainless
  - Tromol kassa
  - Korentang
  - Reflek hammer
  - Trolley baskom
  - Gunting IUD bengkok



**c) Poliklinik Anak**

- 1) Ruang pemeriksaan dan konsultasi memiliki luas ideal 12 – 24 m<sup>2</sup>.
- 2) Memiliki kelengkapan perangkat dasar yaitu:
  - Bed pasien
  - Dingklik
  - Trolley Tindakan
  - Coller bag
  - Pinset anatomis
  - Pinset bedah
  - Penlight
  - Bengkok
  - Bak injeksi
  - Kom
  - Gunting perban
  - Reflek hammer
  - Stetoskop

**d) Ruang Rawat Inap (VK, Ruang Perawatan Azalea)**

- 1) VK (Kamar Bersalin)
  - Lokasi berdekatan dengan kamar operasi dan UGD.
  - Luas memadai untuk pasien, penunggu dan penolong persalinan
  - Harus ada tempat untuk isolasi ibu di tempat terpisah.
  - Ruangan bersalin tidak boleh menjadi tempat lalu lalang orang.
  - Kamar bersalin terletak dekat dengan kamar neonatal.
  - Ruangan terintegrasi antara ruangan Kala 1, Kala 2 dan Kala 3.
  - Ada kamar mandi dan toilet.
  - Ruang post partum harus cukup luas, standar 8 m<sup>2</sup> per tempat tidur (bed) dalam kamar dengan multibed atau standar 1 bed minimal 10 m<sup>2</sup>.
  - Pada ruangan dengan banyak tempat tidur, jarak antara tempat tidur minimal 1-2 m dan atar dinding 1 m.
  - Jumlah tempat tidur per ruangan maksimum 4.
  - Tiap ruangan harus mempunyai jendela sehingga memiliki cahaya yang cukup.
  - Harus ada fasilitas untuk cuci tangan setiap ruangan.
  - Tiap pasien punya akses ke kamar mandi privasi.
  - Kamar pemeriksaan / diagnostik berisi: tempat tidur pasien obygn, kursi pemeriksaan, meja, kursi, lampu sorot, troli alat-alat, lemari obat kecil, USG mobile, EKG, *trolley emergency*.
  - Ruang perawatan *nurse station* berisi: meja, telepon, lemari berisi perlengkapan darurat / obat.
  - Ruang isolasi bagi kasus infeksi.
  - Ruang tindakan operasi kecil darurat / *one day care* untuk kuret, penjahitan dan sebagainya berisi: meja operasi lengkap, lampu sorot, lemari perlengkapan operasi kecil, wastafel cuci tangan operator, mesin anestesi, inkubator, perlengkapan Aspirasi Vakum Manual (AVM) dan sebagainya

- 2) Ruang Rawat Inap Ibu (Azalea)
  - Luas memadai untuk pasien dan penunggu pasien, kebutuhan ruang 1 tempat tidur minimal 7,2 m<sup>2</sup>.
  - Memiliki kelengkapan perangkat yaitu:
    - Tempat tidur pasien.
    - Lemari.
    - Nurse call.
    - Code Blue call
    - Meja dan kursi.
    - Televisi
    - Toilet
    - Nurse station
    - Trolley Emergency

**e) Ruang Rawat Intensif Dewasa**

- 1) Lokasi dekat dengan ruang bersalin.
- 2) Minimal ruangan berukuran 18 m<sup>2</sup> (6-8 m<sup>2</sup> untuk masing-masing pasien).
- 3) Di ruang dengan beberapa tempat tidur sedikitnya ada jarak 8 kaki (2,4 m<sup>2</sup>) antar ranjang bayi.
- 4) Harus ada tempat untuk isolasi bayi di area terpisah.
- 5) Memiliki minimal 5 inkubator, dan setiap inkubatornya memiliki:
  - Satu unit terapi sinar.
  - Satu alat kardio respirasi.
  - Satu outlet oksigen.
  - Satu outlet udara bertekanan.
  - Satu penghisap (*suction*).
  - Satu pulse oksimeter.
  - Satu syringe pump.
  - 8 steker listrik.
- 6) Terdapat wastafel untuk cuci tangan.
- 7) Memiliki generator listrik cadangan apabila pasokan listrik utama tidak tersedia.
- 8) Memiliki satu alat pengukur ikterus.
- 9) Memiliki alat pemeriksa glukosa.
- 10) Memiliki set Nasal CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*).
- 11) Memiliki tabung oksigen cadangan / konsentrator Oksigen.
- 12) Memiliki tabung *medical air* cadangan.
- 13) Memiliki perangkat resusitasi.
- 14) Memiliki lemari es untuk menyimpan ASI perah.
- 15) Memiliki Mesin EKG.
- 16) Memiliki set anestesi dewasa dan pediatrik.
- 17) Memiliki ventilator.
- 18) Memiliki *Nasopharyngeal Airway*.
- 19) Memiliki *Oropharyngeal Airway*.
- 20) Memiliki laringoskop dewasa dan bayi.
- 21) Memiliki konektor pipa oro dan nasotrakeal dengan mesin anestesi.

- 22) Memiliki pipa trakeal oral/nasal dengan *cuff*.
- 23) Memiliki pipa trakeal spiral.
- 24) Memiliki pipa orotrakea dengan *cuff*.
- 25) Memiliki pipa nasotrakea dengan *cuff*.
- 26) Memiliki magill forceps dewasa dan anak.
- 27) Memiliki sikat pembersih pipa trakea.

**f) Ruang Intensif Anak**

- 1) Unit Perawatan Neonatal Normal
  - Ruang terpisah (ruang perawatan neonatus) atau rawat gabung ibu-bayi harus tersedia.
  - Jumlah boks bayi harus melebihi jumlah rata – rata persalinan harian.
  - Suhu dalam ruangan harus terkontrol (24 - 26° C).
- 2) Unit Perawatan Neonatal dengan resiko Tinggi Level II
  - Lokasi dekat dengan ruang bersalin.
  - Area yang diperlukan tidak boleh < 12 m<sup>2</sup> (4m<sup>2</sup> untuk setiap pasien).
  - Unit harus memiliki kemampuan untuk mengisolasi bayi:
    - area terpisah
    - area terpisah dalam 1 unit
    - inkubator di area khusus
    - Meja pemeriksaan dilapisi kasur busa, plastik dan spreng bersih. Bagian logam tidak boleh berkarat.
    - Memiliki timbangan bayi.
    - Memiliki selimut yang memadai.
    - Memiliki wastafel atau area untuk cuci tangan.
    - Ruang harus dilengkapi paling sedikit 6 steker listrik.
    - Minimal harus ada jarak 1 m<sup>2</sup> antar inkubator atau tempat tidur bayi.
    - Terdapat area pencucian inkubator.

**g) Kamar Operasi**

- 1) Mempunyai luas minimal 25 m<sup>2</sup> dengan lebar minimum 4 m.
- 2) Disediakan unit komunikasi dengan kamar bersalin.
- 3) Di dalam kamar operasi harus tersedia: pemancar panas, inkubator dan perlengkapan resusitasi dewasa dan bayi.
- 4) Ruang resusitasi ini berukuran: 3 m<sup>2</sup>. Tersedia 6 sumber listrik.
- 5) Memiliki *Recovery Room* dengan standar luas: 8 m<sup>2</sup>/bed, sekurang-kurangnya ada 2 tempat tidur, selain itu isi ruangan adalah: meja, kursi perawat, lemari obat, mesin pemantau tensi / nadi / oksigen dsb, tempat rekam medik, inkubator bayi, troli darurat.
- 6) Harus dimungkinkan pengawasan langsung dari meja perawat ke tempat pasien. Demikian pula agar keluarga pasien dapat melihat melalui kaca.
- 7) Memiliki kelengkapan yaitu:
  - Mesin EKG
  - Mesin anestesi yang mempunyai *antihypoxic device*.
  - Set anestesi dewasa dan pediatrik.
  - Ventilator
  - *Nasopharyngeal Airway*

- *Oropharyngeal Airway*
  - Laringoskop dewasa dan bayi
  - Konektor pipa oro dan nasotrakeal dengan mesin anestesi
  - Pipa Trakeal oral / nasal dengan *cuff*
  - Pipa trakeal spiral
  - Pipa orotrakea dengan *cuff*
  - Pipa nasotrakea dengan *cuff*
  - Magill forceps dewasa dan anak
  - Sikat pembersih pipa trakea.
- 8) Fasilitas pelayanan berikut perlu disediakan untuk unit operasi:
- *Nurse station*
  - Ruang kerja-kotor yang terpisah dari ruang kerja bersih.
  - Perlu disediakan tempat cuci wastafel besar untuk cuci tangan dan fasilitas air panas / dingin. Ada meja kerja, kursi dan troli.
  - Saluran pembuangan kotoran / cairan.
  - Kamar pengawasan KO: 10 m<sup>2</sup>
  - Ruang tunggu keluarga.
  - Kamar sterilisasi yang berhubungan dengan kamar operasi.
  - Kamar obat berisi lemari dan meja untuk distribusi obat.
  - Ruang cuci tangan (*scrub*) sekurangnya untuk dua orang, terdapat di depan kamar operasi / kamar bersalin. Wastafel harus dirancang agar tidak membuat basah lantai.
  - Ruang kerja bersih. Ruang berisi meja dan lemari berisi linen, baju dan perlengkapan operasi. Juga terdapat troli pembawa linen.
  - Ruang gas / tabung gas
  - Gudang alat anestesi dan gudang alat umum.
  - Kamar ganti pria dan wanita.
  - Kamar diskusi bagi staff dan paramedik.
  - Kamar jaga dokter dan paramedik.
  - Kamar rumatan rumah tangga (*housekeeping*): berisi lemari, meja, kursi, peralatan mesin isap, sapu, ember, perlengkapan kebersihan, dsb.
  - Ruang tempat brankar dan kursi dorong.

**h) Unit Penunjang (Laboratorium, CSSD, Rekam Medis, Farmasi, Bank Darah dan Radiologi)**

Persyaratan tiap unit disesuaikan dengan pedoman di unit masing – masing.

## BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

### A. Kegiatan PONEK di Unit Gawat Darurat

1. Pelayanan Unit Gawat Darurat (UGD) adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, dan/atau pelayanan medis lainnya.
2. Langkah pelayanan pasien di UGD:
  - a) Pasien masuk ke UGD melalui pintu masuk UGD.
  - b) Pasien diklasifikasikan sebagai pasien baru atau pasien lama.
  - c) perawat UGD menginformasikan kepada bidan bahwa ada pasien kebidanan yang memerlukan pemeriksaan
  - d) bidan yang berbidan memeriksa dan menganamnesa pasien untuk selanjutnya disampaikan ke dokter jaga UGD
  - e) Dokter jaga UGD dan tim PONEK UGD melakukan asesmen awal pasien baru untuk menentukan apakah pasien memiliki indikasi rawat inap atau tidak.
  - f) Keluarga pasien melakukan pendaftaran pasien UGD.
  - g) Dokter jaga UGD melaporkan hasil asesmen ke DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan).
  - h) Dokter jaga UGD memberikan informasi medis kepada pasien dan keluarga tentang asuhan pasien yang akan diberikan, rencana tindakan medis dan juga kondisi yang tidak diharapkan.
  - i) Jika pasien setuju untuk dirawat inap, maka pasien atau keluarga datang ke bagian pendaftaran (*admission*) dengan membawa formulir permohonan rawat inap. Setelah itu petugas pendaftaran akan mendata dan menempatkan pasien di Unit Rawat Inap sesuai dengan ketersediaan kamar.
  - j) Pasien yang memerlukan pelayanan penunjang (radiologi, laboratorium) akan mendapatkan pelayanan sesuai dengan advis DPJP.
  - k) Jika pasien dalam kondisi gawat darurat dan memerlukan tindakan pembedahan segera, maka dokter jaga UGD berkoordinasi dengan DPJP dan Unit Kamar Operasi.
3. Kebijakan Kegawatdaruratan Obstetrik:
  - a) Triase kegawatdaruratan obstetrik dilakukan dengan menggunakan kriteria kegawatdaruratan obstetrik.
  - b) Pengkajian pasien dan penanganan kegawatdaruratan obstetrik di UGD dilakukan oleh Dokter Spesialis Obstetrik-Ginekologi (*Obgyn*). Dokter jaga UGD atau bidan jaga UGD dapat melakukan pengkajian pasien dan penanganan kegawatdaruratan obstetrik dengan arahan Dokter Obgyn.
  - c) Pasien kegawatdaruratan obstetrik yang ditangani di RSIH adalah pasien dengan kasus yang dapat ditangani di RSIH. Kewenangan pengambilan keputusan penanganan kegawatdaruratan berada pada Dokter Obgyn sebagai DPJP.
4. Kebijakan Kegawatdaruratan Neonatal:
  - a) Triase kegawatdaruratan neonatal dilakukan dengan kriteria kegawatdaruratan neonatal.
  - b) Pengkajian pasien dan penanganan kegawatdaruratan obstetrik di UGD dilakukan oleh Dokter Spesialis Anak. Dokter jaga UGD atau perawat jaga UGD

dapat melakukan pengkajian pasien dan penanganan kegawatdaruratan obstetrik dengan arahan Dokter Spesialis Anak.

- c) Pasien kegawatdaruratan neonatal yang ditangani di RSIH adalah pasien dengan kasus yang dapat ditangani di RSIH. Kewenangan pengambilan keputusan penanganan kegawatdaruratan berada pada Dokter Spesialis Anak sebagai DPJP.

5. Kasus – kasus yang dapat ditemui di UGD:

No.	Kasus	No.	Kasus
1.	Perdarahan kehamilan muda (abortus, <i>blighted ovum</i> (BO), dan mola hidatidosa).	13.	Gawat janin.
2.	Nyeri perut dalam kehamilan muda dan lanjut.	14.	Distosia bahu.
3.	Gerak janin tidak dirasakan.	15.	Prolapsus tali pusat.
4.	Demam dalam kehamilan dan persalinan.	16.	<i>Intra Uterine Fetal Death</i> (IUFD).
5.	Kehamilan ektopik terganggu (KET).	17.	Perdarahan antepartum (Plasenta previa dan solusio plasenta).
6.	Hipertensi dalam kehamilan.	18.	Perdarahan pasca persalinan.
7.	Preeklamsia dan eklamsia.	19.	Nyeri perut pasca persalinan.
8.	Ketuban Pecah Dini (KPD).	20.	Infeksi nifas.
9.	Syok pada ibu dan/atau neonatus.	21.	Kejang pada neonatus.
10.	Persalinan lama.	22.	Apnea atau gangguan nafas sedang dan berat pada neonatus
11.	Kehamilan dengan komorbid (jantung, vaskular, dsb)	23.	Kista ovarium akut.
12.	Malpresentasi dan malposisi.		

6. Tindakan medis yang dapat dilakukan di UGD:

No.	Tindakan
1.	Asuhan Persalinan Normal (APN).
2.	Aspirasi vakum manual.
3.	Plasenta manual.
4.	Perbaikan robekan vagina dan perineum.



5.	Reposisi inversio uteri.
6.	Induksi dan akselerasi persalinan.
7.	Kompresi bimanual dan aorta.
8.	Episiotomi.
9.	Pudendal block.
10.	Resusitasi neonatus.
11.	Stabilisasi hemodinamik.
12.	Kraniotomi dan kraniosentesis.

#### B. Kegiatan PONEK di Unit Rawat Jalan

1. Pelayanan PONEK di Unit Rawat Jalan merupakan pelayanan yang mencakup poliklinik Obgyn dan Poliklinik Anak.
2. Langkah pelayanan pasien di Unit Rawat Jalan:
  - a) Pasien datang ke bagian pendaftaran kemudian mendaftarkan diri atau keluarganya ke poliklinik yang diinginkan.
  - b) Bagi pasien rujukan maka membawa surat rujukan dan identitas yang diperlukan.
  - c) Pasien menunggu antrean.
  - d) Perawat mempersiapkan rekam medis pasien kemudian melakukan pemeriksaan awal kepada pasien.
  - e) Dokter melakukan anamnesis pemeriksaan fisik, diagnosis dan tatalaksana kepada pasien. Tatalaksana dapat berupa pemberian obat – obatan (medikamentosa), tindakan sederhana, ataupun tindakan operatif.
  - f) Sebelum melakukan penatalaksanaan, dokter memberikan penjelasan terkait kondisi pasien, alternatif tindakan yang akan dilakukan, tujuan tindakan, perkiraan biaya, komplikasi tindakan yang diberikan serta komplikasi apabila tindakan tidak dilakukan.
  - g) Pasien lalu menandatangani lembar persetujuan atau penolakan tindakan medis.
  - h) Pasien dengan kasus – kasus yang tidak dapat ditangani di RSIH maka akan dirujuk ke rumah sakit lain.
3. Kasus – kasus yang dapat ditemui di Unit Rawat Jalan:

No.	Kasus	No.	Kasus
1.	Kehamilan fisiologis.	12.	<i>Intra Uterine Fetal Death</i> (IUFD).
2.	Perdarahan kehamilan muda (abortus, <i>Blighted Ovum</i> (BO), dan mola hidatidosa).	13.	HIV / AIDS.
3.	Nyeri perut dalam kehamilan muda dan lanjut.	14.	Nyeri perut pasca persalinan.
4.	Hipertensi dalam kehamilan.	15.	Perdarahan pasca persalinan.

5.	Preeklamsia dan eklamsia.	16.	Kista ovarium.
6.	Kehamilan ektopik (KE).	17.	Perdarahan uterus disfungsi
7.	Perdarahan antepartum (plasenta previa dan solusio plasenta).	18.	Kelainan payudara (mastitis, abses payudara, dan retraksi puting).
8.	Ketuban Pecah Dini (KPD).	19.	Perdarahan menoragia
9.	Persalinan dengan parut atau distensi uterus.	20.	Radang pelvik akut dan abses pelvik.
10.	Kehamilan dengan komorbid (jantung, vaskular, dsb)		
11.	Infeksi saluran genitalia.		

4. Tindakan medis yang dapat dilakukan di Unit Rawat Jalan:

No.	Tindakan
1.	<i>Antenatal Care (ANC).</i>
2.	<i>Postnatal Care (PNC).</i>
3.	Keluarga Berencana (Suntik, Implan, dan AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)).
4.	Konseling ASI.
5.	Imunisasi dan Stimulasi, Deteksi, Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK).

**C. Kegiatan PONEK di Unit Rawat Inap**

1. Pelayanan di Unit Rawat Inap terkait PONEK mencakup pelayanan postnatal dan pelayanan pasien rawat inap maternitas. Langkah pelayanan pasien di Unit Rawat Inap:
  - a) Pasien dan/atau keluarga pasien membawa Surat Permohonan Rawat Inap (SPRI) kemudian menyerahkan kepada petugas pendaftaran.
  - b) Petugas mengonfirmasi identitas pasien, penjaminan perawatan yang digunakan, kemudian menghubungi petugas ruang rawat untuk menanyakan ketersediaan kamar.
  - c) Petugas pendaftaran menyiapkan kelengkapan dokumen pasien masuk rawat inap untuk diisi oleh pasien, kemudian data tersebut diinput ke dalam sistem.
  - d) Setelah menyelesaikan proses administrasi, maka pasien/keluarga pasien dipersilakan kembali ke UGD atau poli untuk menunggu persiapan kamar.
  - e) Perawat UGD atau perawat poli mengantar pasien ke ruang rawat inap, dapat menggunakan stretcher ataupun kursi roda.
  - f) Perawat UGD atau perawat poli melakukan serah terima pasien dan melakukan operan pasien beserta tindakan keperawatan lanjutan sebagai instruksi dari DPJP.

- g) Setelah berada di kamar rawat, pasien akan mendapat perawatan dari DPJP dengan dibantu oleh perawat ruang rawat. DPJP melakukan visite setiap harinya untuk memantau kondisi dan perkembangan pasien.

2. Kasus – kasus yang dapat ditemui di Unit Rawat Inap:

No.	Kasus
1.	Prematur kontraksi
2.	Perdarahan antenatal
3.	HEG
4.	Perdarahan kehamilan muda (abortus, <i>blighted ovum</i> (BO), dan mola hidatidosa).
5.	Nyeri perut dalam kehamilan muda dan lanjut.
6.	Demam dalam kehamilan dan nifas
7.	IUFD
8.	IUGR
9.	Preeklamsia
10.	Hipertensi Graviarum
11.	Syok pada ibu hamil
12.	Kehamilan dengan komorbid (jantung, vaskular, dsb)
13.	Mastitis

3. Tindakan medis yang dapat dilakukan di Unit Rawat Inap:

No.	Tindakan
1.	Resusitasi neonatus.
2.	Stabilisasi dan perawatan neonatus.
3.	Terapi sinar (Fototerapi).
4.	Imunisasi dan Stimulasi, Deteksi, Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK).
5.	Asuhan Persalinan Normal (APN).
6.	Episiotomi.
7.	Plasenta manual.

8.	Induksi dan akselerasi persalinan.
9.	Kraniotomi dan kraniosentesis.
10.	Aspirasi Vakum Manual (AVM).
11.	Ekstraksi forceps.
12.	<i>Pudendal block.</i>
13.	Perbaikan robekan vagina dan perineum.
14.	Reposisi inversio uteri.
15.	Dilatasi dan kuretase.
16.	Kompresi bimanual dan aorta.
17.	Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
18.	Perawatan Metode Kangguru (PMK)
19.	Rawat Gabung

1. Kasus – kasus yang dapat ditemui di Kamar Operasi:

No.	Kasus	No.	Kasus
1.	Perdarahan kehamilan muda (abortus, <i>blighted ovum</i> (BO), dan mola hidatidosa).	9.	Disproporsi Kepala Panggul / <i>Cephalopelvic Disproportion</i> (CPD).
2.	Kehamilan Ektopik Terganggu (KET).	10.	Malpresentasi dan malposisi.
3.	Eklamsia.	11.	Gawat janin.
4.	Kehamilan dengan komorbid (jantung, 22terine22, dsb)	12.	Syok pada ibu dan/atau neonatus.
5.	Persalinan dengan parut atau distensi uterus.	13.	Perdarahan antepartum (plasenta previa dan solusio plasenta).
6.	Persalinan lama.	14.	Perdarahan pasca persalinan.
7.	<i>Intra Uterine Fetal Death</i> (IUFD).	15.	Kista ovarium.
8.	Inversio uteri.		

2. Tindakan medis yang dapat dilakukan di Kamar Operasi:

No.	Tindakan
1.	Resusitasi neonatus.
2.	Seksio Sesarea.

3.	Perbaikan robekan dinding uterus dan serviks.
4.	Reposisi
5.	Histerektomi.
6.	Ligasi art
7.	Kompresi bimanual dan aorta.
8.	Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

#### D. Kegiatan PONEK di Ruang Perawatan Intensif Dewasa

- Ruang Perawatan Intensif Dewasa yang berkaitan dengan PONEK meliputi ruang rawat ICU, HCU.
- Langkah pelayanan pasien di ruang rawat intensif:
  - Petugas ICU menerima informasi pasien masuk dari petugas pendaftaran.
  - Petugas ICU mendapatkan informasi rinci tentang pasien dari UGD, Unit Rawat Jalan, Unit Rawat Inap, dan Kamar Operasi. Informasi tersebut diantaranya berisi: persetujuan dokter spesialis Anestesi, identitas pasien, kondisi hemodinamik pasien, serta tindakan yang telah atau belum dilakukan.
  - Kriteria pasien yang masuk ke unit ICU, HCU, atau NICU didasarkan pada ketetapan yang sudah ditentukan oleh RSIH.
  - Petugas ICU berkoordinasi dengan dokter jaga ICU dan perawat ICU untuk mempersiapkan ruangan dan peralatan yang dibutuhkan oleh pasien.
  - Petugas ICU melakukan tindakan yang diperlukan sesuai prioritas, diantaranya: penilaian GCS dan ABC, pemasangan aksesoris monitor ke tubuh pasien, pemeriksaan motorik, refleks pupil, tanda – tanda vital, serta tindakan lainnya sesuai advis dokter jaga, dokter KIC atau dokter spesialis anestesi.
  - Petugas dan dokter mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan pada lembar formulir.
- Kasus – kasus yang dapat ditemui di Ruang Perawatan Intensif Dewasa :

No.	Kasus ibu di ICU
1.	Syok pada ibu dan/atau neonatus.
2.	Apnea atau gagal nafas sedang dan berat pada neonatus.
3.	Sepsis.

- Tindakan medis yang dapat dilakukan di Ruang Perawatan Intensif:

No.	Tindakan
1.	Pemantauan terapi cairan.
2.	Pengawasan dan penatalaksanaan gawat nafas, baik menggunakan ventilasi mekanik ataupun HFO ( <i>High Frequency Oscillation</i> ).

3.	Perawatan sepsis.
----	-------------------

#### E. Kegiatan PONEK di Ruang Perawatan Intensif Anak

1. Ruang Perawatan Intensif Anak yang berkaitan dengan PONEK meliputi ruang tindakan BBL, Ruang Observasi, Ruang Fototherapy, Ruang ICU, ruang Baby Show
2. Langkah pelayanan pasien di ruang rawat intensif:
  - a) Pasien Bayi Baru lahir dari Ruang VK dan Kamar Operasi
    - Petugas dari Ruang VK dan Kamar Operasi memberitahukan bahwa akan ada rencana lahiran
    - petugas Ruang Intensif Anak melakukan persiapan penanganan BBL
    - Petugas dari Ruang VK dan Kamar Operasi menginformasikan bahwa proses persalinan atau tindakan akan segera dilakukan
    - petugas Intensif Anak melakukan penanganan BBL beserta dokter Spesialis Anak atau dokter jaga ruangan
    - petugas Intensif Anak melakukan tindakan selanjutnya sesuai Instruksi dokter
  - b) Pasien Baru dari UGD
    - Petugas dari UGD memastikan ruangan dan fasilitas yang akan digunakan oleh pasien tersedia.
    - petugas dari UGD melakukan Hand Over dengan petugas dari Unit Intensif Anak
    - petugas dari Unit Intensif Anak melakukan tindakan sesuai dengan instruksi dari DPJP.
  - c) Kasus – kasus yang dapat ditemui di Ruang Perawatan Intensif Anak:

No.	Kasus Bayi di Ruang
1	Bayi Normal
2	Bayi dengan asfiksia ringan/berat
3	Iktik Neonatus
4.	Bayi prematur.
5.	Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) atau Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR).
6	Sepsis
7	Bayi dengan cacat bawaan

- g) Tindakan medis yang dapat dilakukan di Ruang Perawatan Intensif:

No.	Tindakan
1.	Pemantauan terapi cairan.



2.	Pengawasan dan penatalaksanaan gawat nafas, baik menggunakan ventilasi mekanik ataupun HFO ( <i>High Frequency Oscillation</i> ).
3.	Perawatan sepsis.
4.	Asuhan keperawatan neonatus.
5.	Penggantian kateter vena sentral.

#### F. Kegiatan PONEK di Kamar Operasi

1. Pelayanan di Kamar Operasi meliputi kasus – kasus obstetrik dan neonatal yang membutuhkan tatalaksana operatif.
2. Langkah pelayanan pasien di Kamar Operasi:
  - a) Perawat Kamar Operasi menerima informasi rencana operasi dari UGD, Unit Rawat Inap, Unit Rawat Jalan, dan Unit Rawat Intensif.
  - b) Perawat Kamar Operasi mencatat rencana operasi dan menjadwalkan operasi sesuai tingkat urgensinya (cito, elektif, atau elektif ODS).
  - c) Perawat Kamar Operasi melaporkan rencana operasi kepada Supervisor Kamar Operasi, Dokter Anestesi dan Dokter Operator mengenai informasi pasien.
  - d) Perawat Kamar Operasi membuat daftar jadwal rencana operasi pada papan tulis acara operasi.
  - e) Persiapan pre-operasi dilakukan 30 menit sebelum operasi dimulai.
  - f) Perawat Kamar Operasi membawa pasien ke kamar operasi yang telah disiapkan.
  - g) Dokter Operator melakukan tindakan operatif kepada pasien sesuai dengan keluhan dan diagnosisnya.
  - h) Setelah operasi selesai, pasien dibawa ke *Recovery Room* (RR).
  - i) Pasien berada di RR hingga berada dalam kondisi sadar penuh dan saturasi oksigen stabil.
  - j) Perawat Bedah berkoordinasi dengan Perawat Ruangan tentang pemindahan pasien ke ruang rawat inap.
  - k) Kasus – kasus yang dapat ditemui di Kamar Operasi:

No.	Kasus	No.	Kasus
1.	Perdarahan kehamilan muda (abortus, <i>blighted ovum</i> (BO), dan mola hidatidosa).	9.	Disproporsi Kepala Panggul / <i>Cephalopelvic Disproportion</i> (CPD).
2.	Kehamilan Ektopik Terganggu (KET).	10.	Malpresentasi dan malposisi.
3.	Eklamsia.	11.	Gawat janin.
4.	Kehamilan dengan komorbid (jantung, 25terine25, dsb)	12.	Syok pada ibu dan/atau neonatus.
5.	Persalinan dengan parut atau distensi uterus.	13.	Perdarahan antepartum (plasenta previa dan solusio plasenta).
6.	Persalinan lama.	14.	Perdarahan pasca persalinan.
7.	<i>Intra Uterine Fetal Death</i> (IUFD).	15.	Kista ovarium.

8.	Inversio uteri.		
----	-----------------	--	--

l) Tindakan medis yang dapat dilakukan di Kamar Operasi:

No.	Tindakan
1.	Resusitasi neonatus.
2.	Seksio Sesarea.
3.	Perbaikan robekan dinding uterus dan serviks.
4.	Reposisi
5.	Histerektomi.
6.	Ligasi art
7.	Kompresi bimanual dan aorta.
8.	Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

#### G. Kegiatan PONEK di Unit Penunjang

1. Pelayanan Unit Penunjang terkait PONEK meliputi Laboratorium, *Central Sterile Supply Department* (CSSD), Rekam Medis, Farmasi, Bank Darah dan Radiologi.
2. Pelayanan di laboratorium berperan dalam pemeriksaan penunjang terkait diagnosis dan derajat keparahan pasien – pasien obstetrik dan neonatal.
3. Pelayanan di CSSD bertanggungjawab atas pencucian dan distribusi alat yang telah disterilkan di rumah sakit.
4. Pelayanan di rekam medis berperan dalam administrasi rekam medis pasien.
5. Pelayanan di farmasi berperan dalam mempersiapkan obat – obatan yang diperlukan oleh pasien – pasien obstetrik dan neonatal.
6. Pelayanan di Bank Darah meliputi:
  - a) Perencanaan kebutuhan darah.
  - b) Penerimaan darah dari UTD (Unit Transfusi Darah) yang telah memenuhi syarat.
  - c) Penyimpanan dan pemantauan persediaan darah harian / mingguan.
  - d) Pengelolaan transfusi darah di RSIH.
7. Pelayanan di radiologi meliputi:
  - a) Rontgen
  - b) USG ibu dan neonatal.
  - c) MRI dan CT-Scan

## BAB V LOGISTIK

### A. Perencanaan Logistik

Perencanaan kebutuhan logistik merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan logistik di Bagian PONEK sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan logistik dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan sehingga tercapai efisiensi dan penghematan biaya serta kualitasnya dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun kelompok logistik di Bagian PONEK meliputi :

Tabel 5.2 Barang Logistik Umum

No	Jenis Barang Logistik Umum	Alur Pengadaan	
		Rutin	Tidak Rutin
1.	Kertas A4	√	
2.	Amplop	√	
3.	Bindex	√	
4.	Clip Trigonal No 3 & No 5	√	
5.	Spidol Permanent dan Board Maker	√	
6.	Pulpen, Pensil, Penghapus, Penggaris	√	
7.	Lem Kertas	√	
8.	Lakban bening, Lakban Hitam	√	
9.	Refill Tinta Printer	√	
10.	Status Rekam Medis Pasien	√	
11.	Isi Cutter dan Staples	√	
12.	Plastik Cover	√	
13.	Buku Kecil	√	
14.	Formulir-formulir asuhan pasien	√	
15.	Gunting		√
16.	Perforator (4 Lubang)		√
17.	Plastik Sampul (Jilid)		√

18.	Penggaris besi		√
19.	Penghapus White Board		√
20.	<i>Perforator</i> (Pembolong Kertas) 2 Lubang		√
21.	Kursi Roda		√
22.	Klem Arteri		√
23.	Kom Tutup		√
24.	Korentang		√
25.	Laringoskop		√
26.	Metline (Meteran pengukur)		√
27.	Nierbekken (Bengkok)		√
28.	Perlak Infus		√
29.	<i>Penlight</i>		√
30.	Pengait Vacum		√
31.	Pispot		√
32.	Sput Gliserin		√
33.	<i>Oxymeter</i>		√
34.	Standar Infus		√
35.	Stetoskop		√
36.	<i>Suction Pump</i>		√
37.	Spygmomanometer		√
38.	Termometer Digital		√
39.	<i>Torniquet</i>		√
40.	<i>X-ray Viewer</i>		√
41.	<i>Vacum Extractor</i>		√
42.	<i>Vacum</i>		√
43.	<i>Vacum Metal</i>		√
44.	WWZ ( <i>Warm Water Zack</i> ) / Buli-Buli		√
45.	<i>Standing Lamp</i>		√
46.	Pendil		√

47.	Apron		√
48.	AC		√
49.	Bak Instrumen		√
50.	Bak Sputit		√
51.	Bak Sputum		√
52.	Baki Kayu		√
53.	Baki <i>Stainless</i>		√
54.	Dispenser		√
55.	Gelas Ukur		√
56.	Kalkulator		√
57.	<i>Keyboard</i>		√
58.	Komputer		√
59.	Kursi		√
60.	Sofa Bed		√
61.	Kulkas		√
62.	Lemari		√
63.	Meja		√
64.	<i>Mouse</i>		√
65.	Nakas		√
66.	<i>Nurse bell</i>		√
67.	Printer		√
68.	Televisi		√
69.	Telepon		√
70.	Trolley Instrumen		√
71.	Trolley Status Berlaci		√
72.	Trolley Tindakan		√
73.	Trolley 3 Susun		√
74.	Jam dinding		√
75.	<i>Smoke Detector</i>		√

76.	Dudukan Toilet		√
-----	----------------	--	---

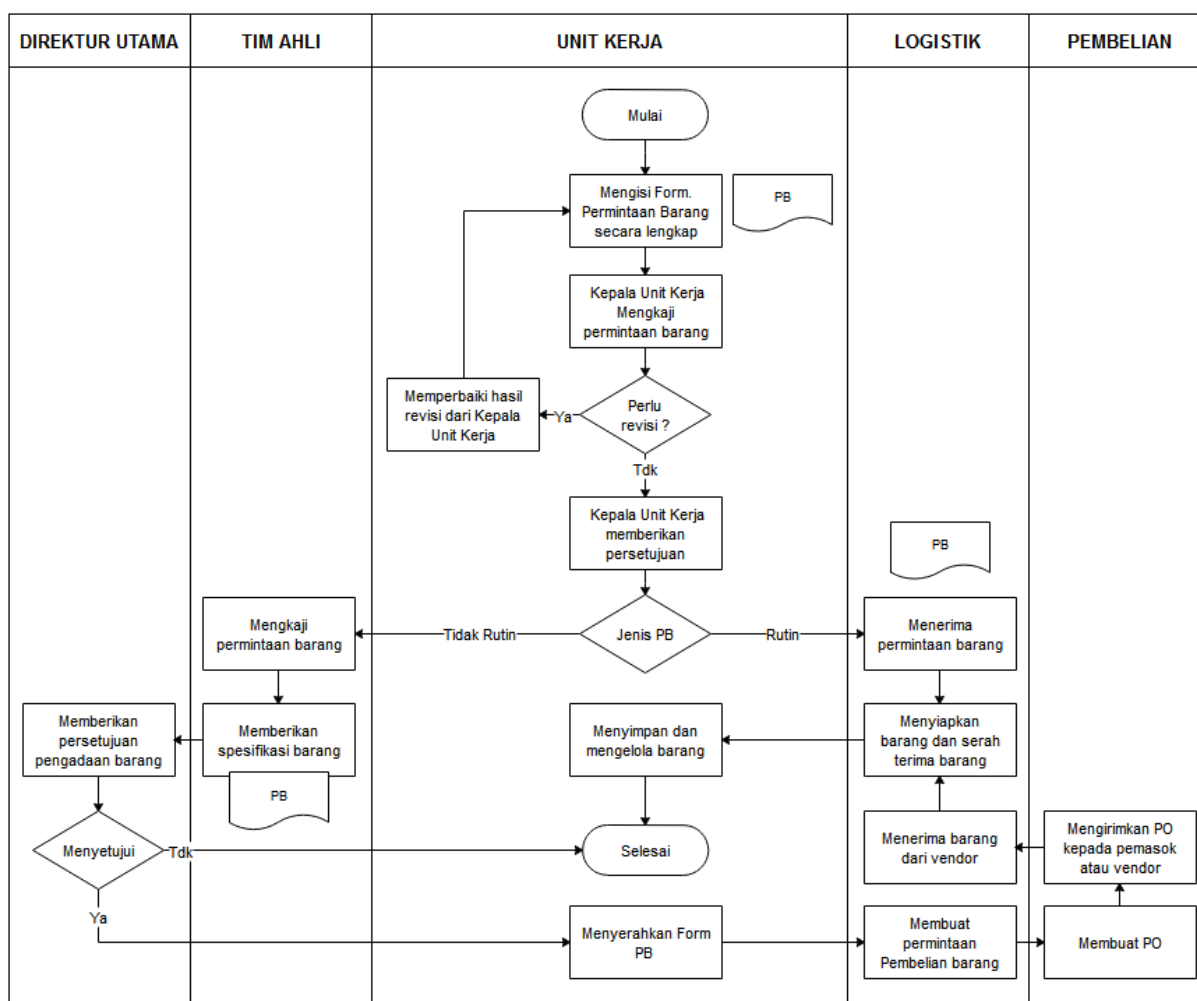
Tabel 5.3 Barang Logistik Farmasi

No	Jenis Barang Logistik Farmasi	Alur Pengadaan	
		Rutin	Tidak Rutin
1.	<i>Needle</i> berbagai Ukuran	√	
2.	<i>Guedel</i> berbagai Ukuran	√	
3.	<i>Micropore</i> ½ Inch	√	
4.	<i>Micropore</i> 1 Inch	√	
5.	<i>Bacterial Filter For Suction</i>	√	
6.	<i>Three Way Discofix Stopcock</i>	√	
7.	<i>Three Way Discovix Tubing</i>	√	
8.	Masker Nebulizer Adult	√	
9.	<i>Suction Catheter</i>	√	
10.	<i>Extension Tube</i> 150 cm	√	
11.	<i>Transfusion Set</i>	√	
12.	<i>Tongue Blade</i> Plastik	√	
13.	Dextrose 5 %	√	
14.	Elektroda Adult	√	
15.	Nacl 0.9 %	√	
16.	Futrolit	√	
17.	Kassa Roll 5 CM	√	
18.	Sput Insulin	√	
19.	Intravix Air Adult	√	
20.	Syringe berbagai ukuran	√	
21.	Folley Cath 2 Way	√	
22.	Folley Cath 2 Way	√	
23.	Cath Jelly	√	
24.	Urine Bag	√	
25.	Glove Steril berbagai Ukuran	√	

26.	IV Catheter berbagai Ukuran	√	
27.	Tegaderm	√	
28.	Binasal	√	
29.	<i>Simple Mask</i>	√	
30.	<i>Rebreathing Mask</i>	√	
31.	<i>Non Rebreathing Mask</i>	√	
32.	NGT Berbagai ukuran	√	
33.	Catheter Tip 50 ml	√	
34.	Pampers Dewasa (All Size)	√	
35.	Underpad	√	
36.	Betadine 60 ml	√	
37.	Dextrose 40%	√	
38.	WI 25 ml	√	
39.	Dextrose 10%	√	
40.	Nacl 0.9% 500 ml	√	
41.	RL 500 ml	√	
42.	My Jeli	√	
43.	Female Catheter	√	
44.	Softex Maternity	√	
45.	D5 500 ml	√	
46.	Ranitidine	√	
47.	Ondansetron	√	
48.	Anbacim	√	
49.	Metoclopramide	√	
50.	Dexamethasone	√	
51.	Tro-Gynosurge Ukuran S	√	
52.	Tro-Gynosurge Ukuran M	√	

Pengadaan logistik untuk PONEK dilakukan melalui Logistik Umum dan/atau Logistik Farmasi, sesuai dengan ketentuan atau prosedur yang sudah ditetapkan. Adapun pengadaan logistik di Bagian PONEK dilakukan berdasarkan alur sebagai berikut :





monitoring dan evaluasi. Adapun yang menjadi indikator dalam melakukan monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Ketepatan perencanaan kebutuhan selama periode tertentu.
2. Ketepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/kebutuhan.
3. Ketepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan, kesalahan dalam pemberian, kehilangan fisik yang tidak mampu telusur, kesalahan dalam pendistribusian.

## BAB VI KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien merupakan hal yang paling utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rumah sakit merupakan tempat yang rentan atau penuh dengan risiko yang dapat mengancam keselamatan pasien. Banyaknya jumlah pasien, jenis obat, jenis pemeriksaan, prosedur, serta staf rumah sakit dapat menjadi sumber risiko yang berpotensi menyebabkan terjadinya kesalahan. Untuk menjamin adanya sistem dalam mengendalikan dan mengurangi risiko, maka Unit melakukan manajemen risiko yang merupakan pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian kepada pasien.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Unit dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

1. Identifikasi Risiko  
Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number (RPN)*.
2. Analisis Risiko  
Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis (FMEA)*.
3. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan pasien di Unit antara lain:

Risiko	Pasien jatuh
Penyebab Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Identifikasi pasien yang tidak sesuai.</li> <li>5. Monitoring pasien yang tidak ketat.</li> <li>6. Alat kesehatan yang tidak terawat dengan baik.</li> </ol>
Mitigasi Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat dan bidan melakukan identifikasi pasien risiko tinggi jatuh dengan lebih teliti. Bila terdapat kesalahan identifikasi segera diperbaiki atau disampaikan ke PJ shift.</li> <li>2. Dilakukan monitoring pasien secara berkala.</li> <li>3. Koordinasi dengan bagian pemeliharaan alat medis agar selalu melakukan pengecekan berkala. Apabila sudah terlewat waktunya maka wajib melaporkan ke bagian terkait.</li> </ol>

Risiko	Syok Anafilaksis
Penyebab Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak dilakukan tes alergi terlebih dahulu.</li> <li>2. Kesalahan dalam identifikasi riwayat alergi sebelumnya.</li> <li>3. Kesalahan dalam identifikasi obat.</li> </ol>
Mitigasi Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selalu dilakukan tes alergi sebelum pemberian obat.</li> </ol>

	2. Konfirmasi ulang riwayat alergi pasien ketika melakukan anamnesis. 3. Pemisahan obat – obat yang LASA ( <i>Look Alike Sound Alike</i> ).
--	--

Risiko	Syok Hemorragik
Penyebab Risiko	4. Terlambat dalam mengidentifikasi kondisi klinis pasien. 5. Observasi pasien kurang maksimal. 6. Terlambat dalam melakukan penatalaksanaan.
Mitigasi Risiko	1. Standardisasi SPO pemeriksaan pasien. 2. Perbaikan alur komunikasi antar tim.

Risiko	Infeksi Nifas
Penyebab Risiko	1. Tertinggalnya sisa plasenta / selaput ketuban / bekuan darah di dalam rongga Rahim. 2. Pemeriksaan dalam yang kurang higienis. 3. Infeksi nosokomial dari rumah sakit.
Mitigasi Risiko	1. Standardisasi SPO tindakan persalinan. 2. Standardisasi alat kesehatan steril yang digunakan. 3. Protokol Pencegahan Infeksi secara berkala dan menyeluruh.

Risiko	Mastitis atau Bendungan Payudara ( <i>Breast Engorgement</i> )
Penyebab Risiko	1. Kurang edukasi mengenai teknik menyusui yang benar. 2. Kurangnya penerapan <i>breast care</i> pada ibu postpartum.
Mitigasi Risiko	1. Standardisasi konselor ASI. 2. Penerapan <i>breast care</i> pada ibu postpartum secara berkala. 3. Apabila pasien merasa tidak dilakukan <i>breast care</i> dan edukasi menyusui, dibuatkan mekanisme agar informasi tersebut tersampaikan kepada petugas.

Risiko	Reaksi Transfusi
Penyebab Risiko	1. Kurangnya identifikasi risiko reaksi transfusi pada pasien. 2. Kurangnya monitoring tanda dan gejala reaksi transfusi yang terjadi.
Mitigasi Risiko	1. Standardisasi identifikasi risiko reaksi transfusi. 2. Edukasi kepada pasien mengenai tanda – tanda reaksi transfusi dan cara melaporkannya kepada petugas.

Risiko	Phlebitis
Penyebab Risiko	1. Prosedur pemasangan infus yang kurang baik. 2. Pasien yang kurang kooperatif terhadap pemasangan infus.

Mitigasi Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelatihan bagi tim PONEK yang melakukan tindakan pemasangan infus.</li> <li>2. Informed consent yang lebih teliti sebelum dilakukan tindakan.</li> </ol>
-----------------	--

Risiko	Kesalahan Pemberian Obat
Penyebab Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangnya identifikasi identitas pasien.</li> <li>2. Kurang teliti dalam membaca komponen dalam resep.</li> <li>3. Kesalahan saat pemberian etiket pada obat.</li> </ol>
Mitigasi Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan kehati-hatian identifikasi pasien dan identifikasi resep.</li> <li>2. Standardisasi PIO (Pemberi Informasi Obat).</li> <li>3. Edukasi kepada pasien agar waspada apabila terdapat obat yang tidak sesuai dengan penjelasan dokter.</li> </ol>

Risiko	Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Penyebab Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan luka yang tidak steril.</li> <li>2. Kurangnya mobilisasi ibu.</li> <li>3. Kurangnya pengetahuan ibu dalam perawatan luka operasi.</li> </ol>
Mitigasi Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standardisasi SPO perawatan luka.</li> <li>2. Edukasi kepada ibu mengenai langkah – langkah perawatan luka dan pemulihan pascaoperasi.</li> <li>3. Edukasi tanda – tanda infeksi kepada ibu agar meningkatkan kewaspadaan sehingga IDO dapat ditangani lebih cepat.</li> </ol>

## BAB VII KESELAMATAN KERJA

Keselamatan kerja adalah keselamatan yang berkaitan dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan dan proses pengolahan, landasan kerja dan lingkungan kerja serta cara-cara melakukan pekerjaan. Keselamatan kerja merupakan tugas semua orang yang berada di rumah sakit termasuk Unit dengan demikian keselamatan kerja adalah dari, oleh dan untuk setiap tenaga kerja dan orang lain yang berada di rumah sakit serta masyarakat di sekitar rumah sakit yang mungkin terkena dampak akibat suatu proses kerja. Dengan demikian jelas bahwa keselamatan kerja adalah merupakan sarana utama untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang dapat menimbulkan kerugian yang berupa luka / cidera, cacat / kematian, kerugian harta benda dan kerusakan peralatan mesin dan lingkungan secara luas.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Unit dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

### 1. Identifikasi Risiko

Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number (RPN)*.

### 2. Analisis Risiko

Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis (FMEA)*.

### 3. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan kerja di Unit antara lain:

Risiko	Terjatuh
Penyebab Risiko	1. Permukaan lantai licin, 2. Terdapat Unit kabel yang tidak rapih
Mitigasi Risiko	1. Jika melihat genangan air segera menaruh benda (co.tong sampah) di depan atau dibelakang genangan dan segera melaporkannya kebagian terkait 2. Jika terdapat Unit kabel di ruangan yang tidak rapih segera melapor ke bagian terkait

Risiko	Tersengat Listrik
Penyebab Risiko	1. Terdapat kabel yang terkelupas, 2. Terdapat genangan air dekat Unit listrik,
Mitigasi Risiko	1. Jika melihat kabel yang terkelupas pada ruangan segera melaporkan pada unit terkait dan beri tanda pemberitahuan agar tidak ada rekan kerja yang memegang untuk sementara 2. Jika melihat genangan air dekat Unit listrik pada ruangan segera lapor ke bagian terkait jika genangan semakin

	banyak lakukan pemutusan aliran listrik/ mencabut stopkontak.
--	---

Risiko	Kebakaran
Penyebab Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat kabel yang terkelupas,</li> <li>2. Terdapat genangan air dekat Unit listrik yang mengakibatkan konsleting listrik,</li> <li>3. Terdapat sumber api/asap,</li> <li>4. Terdapat gas LPG yang bocor</li> </ol>
Mitigasi Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jika terdapat Unit kabel di ruangan yang tidak rapih segera melapor ke bagian terkait</li> <li>2. Jika melihat genangan air dekat Unit listrik pada ruangan segera lapor ke bagian terkait jika genangan semakin banyak lakukan pemutusan aliran listrik/ mencabut stopkontak.</li> <li>3. Jika melihat sumber api/asap pada ruang kerja selain yang tidak bersumber dari alat memang difungsikan untuk mengeluarkan api segera padamkan menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)</li> <li>4. Jika terdapat Unit gas LPG yang ditemukan terdapat kebocoran maka segera matikan valve pada pusat/unit dan segera laporkan kepada unit terkait</li> </ol>

Risiko	Bencana
Penyebab Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alam</li> <li>2. Manusia</li> </ol>
Mitigasi Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Panduan/SPO mengenai panduan bencana.</li> <li>2. Sosialisasi dan simulasi SPO panduan bencana secara berkala.</li> <li>3. Pembuatan jalur evakuasi bagi seluruh tim PONEK.</li> </ol>

Risiko	Penyakit Akibat Kerja
Penyebab Risiko	1. Tidak menggunakan APD standar
Mitigasi Risiko	1. Panduan/SPO mengenai panduan APD pada karyawan

Risiko	Penularan HIV dan Hepatitis B dan C bagi petugas pertolongan persalinan
Penyebab Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangnya kewaspadaan dalam pencegahan infeksi.</li> <li>2. Prosedur sterilisasi alat yang tidak sesuai standar.</li> </ol>
Mitigasi Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring alat – alat di unit CSSD secara berkala untuk memastikan fungsinya berjalan dengan baik.</li> <li>2. Edukasi prosedur pelaporan apabila terjadi insiden.</li> </ol>



## BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

### A. Indikator Mutu

#### 1. Kematian ibu melahirkan karena perdarahan

Tabel 8.4 Profil Indikator Kematian Ibu Melahirkan Karena Perdarahan

Kode Indikator	IAK40
Nama Indikator	Kematian Ibu Melahirkan Karena Perdarahan
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Sarwono 214, SISMADAK.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk mengetahui dan mengurangi angka kematian karena perdarahan yang terjadi pada semua kala dalam persalinan.
Definisi Operasional	Insiden yang menunjukkan banyaknya ibu yang meninggal karena perdarahan yang dapat terjadi pada semua kala dalam persalinan. Perdarahan post partum adalah: perdarahan yang terjadi setelah bayi lahir yang melebihi 500 cc dalam 24 jam pertama persalinan.
Jenis Indikator	Outcome
Numerator	Jumlah ibu melahirkan yang meninggal karena perdarahan.
Denominator	Jumlah ibu melahirkan dengan perdarahan pada bulan tersebut.
Kriteria Inklusi	Disebabkan antara lain APB, ruptur uteri, kegagalan uri (placenta) untuk keluar secara spontan (retentio placenta), tidak berkontraksinya rahim ibu (atonia uteri).
Kriteria Eksklusi	Perdarahan karena trauma pada perut atau karena tindakan fisik yang lain yang tidak berhubungan dengan proses persalinan.
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah ibu melahirkan yang meninggal karena perdarahan}}{\text{Jumlah ibu melahirkan dengan perdarahan pada bulan tersebut}} \times 100\% \right)$
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan

Cara Pengumpulan Data	Concurrent
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	IMN; SPM; PROGNAS
Nilai Standar	IAK40 – Kematian Ibu Melahirkan Karena Perdarahan
Wilayah Pengamatan	2 %
Fungsi Objektif	Kamar Bersalin
Satuan Pengukuran	Minimal
Skala Rasio	%

## 2. Kematian ibu melahirkan karena eklamsia

Tabel 8.5 Profil Indikator Kematian Ibu Melahirkan karena Eklamsia

Kode Indikator	IAK39
Nama Indikator	Kematian ibu melahirkan karena eklamsia
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, SISMADAK
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk mengetahui dan mengurangi kematian ibu karena eklamsia.
Definisi Operasional	Insiden yang menunjukkan banyaknya ibu yang meninggal karena eklamsia. Eklamsia adalah suatu kelainan akut yang terjadi pada wanita hamil, bersalin, atau nifas yang ditandai dengan pre-eklamsia serta timbulnya kejang atau komplikasi lainnya, yang bukan disebabkan karena kelainan neurologi.
Jenis Indikator	Outcome
Numerator	Jumlah ibu meninggal karena eklamsia.
Denominator	Jumlah ibu dengan eklamsia pada bulan tersebut.

Kriteria Inklusi	Semua ibu hamil/ bersalin dan nifas yang mengalami eklamsia.
Kriteria Eksklusi	Hipertensi menahun (kronik).
Formula	Jumlah ibu meninggal karena eklamsia per bulan dibagi Jumlah ibu dengan eklamsia pada bulan tersebut dikali 100%.
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Concurrent
Cakupan Data	Total populasi
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	IMN; SPM; PROGNAS
Nilai Standar	IAK39 – Kematian Ibu Melahirkan karena Eklamsia
Wilayah Pengamatan	2 %
Fungsi Objektif	Kamar Bersalin
Satuan Pengukuran	Minimal
Skala Rasio	%

### 3. Persentase kejadian perdarahan postpartum

Tabel 8.6 Profil Indikator Persentase Kejadian Perdarahan Postpartum

Kode Indikator	IML17a
Nama Indikator	Persentase kejadian perdarahan postpartum
Dasar Pemikiran / Literatur	Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal (PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo 2014)
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk mengetahui dan menurunkan angka kejadian perdarahan postpartum di Ruang <i>Maternity</i> .

Definisi Operasional	Perdarahan Postpartum adalah perdarahan yang terjadi setelah bayi lahir yang melebihi 500 ml dalam 24 jam pertama persalinan.
Jenis Indikator	Outcome
Numerator	Jumlah pasien post partum yang mengalami perdarahan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien postpartum.
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien yang melahirkan di Ruang Maternity.
Kriteria Eksklusi	Pasien post partum dengan perdarahan rujukan dari luar.
Formula	Jumlah pasien post partum yang mengalami perdarahan dibagi jumlah seluruh pasien post partum dikali 100%
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Concurrent
Cakupan Data	Total populasi
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	AML; PROGNAS
Nilai Standar	IML17a – Persentase Kejadian Perdarahan Postpartum
Wilayah Pengamatan	10 %
Fungsi Objektif	Kamar Bersalin
Satuan Pengukuran	Minimal
Skala Rasio	%

#### 4. Persentase Kejadian Gawat Janin pada Persalinan Lama

Tabel 8.7 Profil Indikator Persentase Kejadian Gawat Janin Pada Persalinan Lama

Kode Indikator	IML17b
Nama Indikator	Persentase Kejadian Gawat Janin Pada Persalinan Lama.

Dasar Pemikiran / Literatur	Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Sarwono 2014.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk mengetahui dan mengurangi angka kejadian gawat janin pada Persalinan Kala II Lama.
Definisi Operasional	Gawat Janin adalah apabila janin tidak menerima O <sub>2</sub> yang cukup, dimana DJJ <110 x/menit atau >160 x/menit. Persalinan lama adalah persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir, fase laten lebih dari 8 jam dan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada persalinan fase aktif.
Jenis Indikator	Outcome
Numerator	Jumlah pasien inpartu dengan gawat janin.
Denominator	Jumlah seluruh pasien inpartu.
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien inpartu dengan gawat janin di Delivery.
Kriteria Eksklusi	Seluruh pasien inpartu di Delivery RSIH.
Formula	Jumlah pasien inpartu dengan gawat janin dibagi jumlah seluruh pasien inpartu dikali 100 %.
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Concurrent
Cakupan Data	Sampel
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	IML; PROGNAS
Nilai Standar	IML17b – Persentase Kejadian Gawat Janin pada Persalinan Lama.
Wilayah Pengamatan	10 %
Fungsi Objektif	Kamar Bersalin
Satuan Pengukuran	Minimal

Skala Rasio	%
-------------	---

## 5. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Tabel 8.8 Profil Indikator Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Kode Indikator	SPM5a
Nama Indikator	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
Dimensi Mutu	Kesinambungan
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter SpOG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Kriteria Inklusi	(-)
Kriteria Eksklusi	(-)
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal}}{\text{Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal}} \times 100 \%$
Sumber Data	Observasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Cakupan Data	Sampel
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit

Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	100 %
Wilayah Pengamatan	Unit Persalinan, Perina
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

## 6. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Tabel 8.9 Profil Indikator Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Kode Indikator	SPM5b
Nama Indikator	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit.
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
Dimensi Mutu	Kesinambungan
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada.
Kriteria Inklusi	(-)
Kriteria Eksklusi	(-)
Formula	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih / Tidak ada.
Sumber Data	Observasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan

Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Cakupan Data	Sampel
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	Tersedia.
Wilayah Pengamatan	Unit Persalinan, Perina
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	Tindakan
Skala Rasio	100

## 7. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Tabel 8.10 Profil Indikator Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Kode Indikator	SPM5c
Nama Indikator	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi.
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
Dimensi Mutu	Kesinambungan
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter SpA, dokter SpAn.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter SpA, dokter SpAn yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi.
Kriteria Inklusi	(-)



Kriteria Eksklusi	(-)
Formula	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi / Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi x 100%
Sumber Data	Observasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Cakupan Data	Total populasi
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	100 %
Wilayah Pengamatan	Unit Persalinan, Perina
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

## 8. Ketidakmampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 1.500 – 2.500 gram

Tabel 8.11 Profil Indikator Ketidakmampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gram

Kode Indikator	IAK41
Nama Indikator	Ketidakmampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gram.
Dasar Pemikiran / Literatur	IKA UI 2005, Permenkes NO.10 tahun 2015 Standar Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Khusus.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	1. Untuk mengetahui gambaran kejadian BBLR menurut paritas. 2. Untuk mengetahui gambaran kejadian BBLR di RSIH.

Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr - 2500 gr.
Jenis Indikator	Outcome
Numerator	Jumlah BBLR 1500 – 2500 gr dengan usia kehamilan $\geq$ 32 minggu yang tidak berhasil ditangani per bulan.
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 – 2500 gr dengan usia kehamilan $\geq$ 32 minggu yang ditangani dalam bulan tersebut.
Kriteria Inklusi	Berat badan bayi < 2500 gr dengan usia kehamilan $\geq$ 32 minggu.
Kriteria Eksklusi	Berat badan bayi < 1500 gr dengan usia kehamilan < 32 minggu
Formula	Jumlah BBLR 1500 – 2500 gr dengan usia kehamilan $\geq$ 32 minggu yang tidak berhasil ditangani per bulan dibagi Jumlah seluruh BBLR 1500 – 2500 gr dengan usia kehamilan $\geq$ 32 minggu yang ditangani dalam bulan tersebut dikali 100%.
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Cakupan Data	Total populasi
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar sensus harian.
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	IMN; PROGNAS
Nilai Standar	IAK41 – Ketidakmampuan menangani BBLR 1.500 – 2.500 gram
Wilayah Pengamatan	0 %
Fungsi Objektif	Perina dan Nursery
Satuan Pengukuran	Minimal
Skala Rasio	%

## 9. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Sesarea

Tabel 8.12 Profil Indikator Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Sesarea

Kode Indikator	SPM5e
Nama Indikator	Pertolongan persalinan melalui seksio sesarea
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektivitas, Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi Operasional	Seksio sesarea adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio sesarea dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan.
Kriteria Inklusi	(-)
Kriteria Eksklusi	(-)
Formula	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan / Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan x 100%.
Sumber Data	Observasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Cakupan Data	Sampel
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja.
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	$\leq 100\%$
Wilayah Pengamatan	Persalinan, Perina
Fungsi Objektif	Maksimal

Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

## 10. Keluarga Berencana

Tabel 8.13 Profil Indikator Keluarga Berencana

Kode Indikator	SPM5f
Nama Indikator	Keluarga Berencana
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
Dimensi Mutu	Aksesibilitas Kesiambungan
Tujuan	Mutu dan kesiambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Kriteria Inklusi	(-)
Kriteria Eksklusi	(-)
Formula	$\text{Jenis pelayanan KB mantap} / \text{Jenis pelayanan KB mantap} \times 100\%$
Sumber Data	Observasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Cakupan Data	Total populasi
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK

Area Indikator	SPM
Nilai Standar	100 %
Wilayah Pengamatan	Unit Persalinan, Perina
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

### 11. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan

Tabel 8.14 Profil Indikator Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan

Kode Indikator	SPM5g
Nama Indikator	Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan.
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
Dimensi Mutu	Aksesibilitas Kesiambungan
Tujuan	Mutu dan kesiambungan pelayanan.
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap.
Denominator	Laporan unit layanan KB.
Kriteria Inklusi	(-)
Kriteria Eksklusi	(-)
Formula	$\text{Jumlah konseling layanan KB mantap} / \text{Jumlah konseling layanan KB mantap} \times 100\%$
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif

Cakupan Data	Total populasi
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	100 %
Wilayah Pengamatan	Unit Persalinan, Perina
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

## 12. Kepuasan Pasien dan Keluarga

Tabel 8.15 Profil Indikator Kepuasan Pasien dan Keluarga

Kode Indikator	IMW12.
Nama Indikator	Kepuasan Pasien dan Keluarga.
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan, Fokus kepada pasien.
Tujuan	3. Untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien dan keluarga mengenai pelayanan di Rumah Sakit. 4. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan terhadap pasien dan keluarga.
Definisi Operasional	1. Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). 2. Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan

	<p>harapan pasien dan keluarga di Rawat Jalan, Rawat Inap dan Gawat Darurat.</p> <p>3. Kepuasan Pasien keluarga diukur dengan mendapatkan gambaran persepsi pasien dan keluarga pada saat mendapatkan pengalaman selama dilayani di RS melalui : metode kuesioner atau interview dengan konversi Rentang angka *Tidak Puas* sampai *Puas* 1 – 5</p> <p>4. Jumlah Responden berdasarkan sampling pasien Rawat Jalan/ Rawat Inap dan Gawat Darurat.</p> <p>5. Pelayanan yang diukur berdasarkan persepsi dan pengalaman pasien terhadap: a. Fasilitas : Sarana, Prasarana, Alat b. SDM : Perawat, Dokter, Petugas Lain c. Farmasi : Kecepatan, Sikap Petugas, Penjelasan Penggunaan Obat d. Service: Pendaftaran, Ruang Tunggu dan Pelayanan: , kecepatan, Kemudahan, Kenyamanan.</p> <p>6. Pengambilan kuesioner: sesuai Kebijakan RS minimal 1x per semester dan dilaksanakan oleh internal/ eksternal RS.</p> <p>7. Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah.</p>
Jenis Indikator	Outcome
Numerator	Hasil Penilaian IKM. Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen).
Denominator	Skala Maksimal Penilaian IKM. Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) .
Kriteria Inklusi	Semua pasien, keluarga, pengunjung.
Kriteria Eksklusi	(-)
Formula	Hasil Penilaian IKM. Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen) dibagi Skala Maksimal Penilaian IKM. Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) x 100 %
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif

Cakupan Data	Sampel
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner kepuasan pasien
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	SKP
Area Indikator	IMN
Nilai Standar	IMW12 – Kepuasan Pasien dan Keluarga
Wilayah Pengamatan	80 %
Fungsi Objektif	Rumah Sakit
Satuan Pengukuran	Maksimal
Skala Rasio	%

### 13. Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada bayi baru lahir

Tabel 8.16 Profil Indikator Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir

Kode Indikator	IAK44
Nama Indikator	Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir.
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, Jurnal Kesmas Indonesia ,Vol 9 NO 1, Januari 2017 hal 78-90, SISMADAK.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk mengetahui tidak dilakukannya IMD pada bayi baru lahir di kamar bersalin dan kamar operasi.
Definisi Operasional	Inisiasi Menyusu Dini adalah bayi baru lahir diberi kesempatan untuk memulai atau inisiasi menyusui sendiri segera setelah lahir dengan membiarkan kontak kulit bayi dan ibu setidaknya satu jam atau sampai menyusui pertama selesai.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah bayi baru lahir yang tidak dilakukan IMD.
Denominator	Jumlah seluruh bayi baru lahir yang dapat dilakukan IMD pada bulan tersebut.
Kriteria Inklusi	Semua bayi baru lahir yang tidak bermasalah.



Kriteria Eksklusi	Bayi baru lahir dengan permasalahan kesehatan seperti BBLR, Asfiksia, Hydrocephalus, Meningokel, Labiopalatoskizis, Omfalokel / tidak ada dinding perut.
Formula	Jumlah bayi baru lahir yang tidak dilakukan IMD dibagi Jumlah seluruh bayi baru lahir yang dapat dilakukan IMD pada bulan tersebut dikali 100%.
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Concurrent
Cakupan Data	Total populasi
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	IMN; PROGNAS
Nilai Standar	IAK44 – Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada bayi baru lahir.
Wilayah Pengamatan	30 %
Fungsi Objektif	Ruang Bersalin
Satuan Pengukuran	Minimal
Skala Rasio	%

## B. Monitoring

Monitoring adalah proses yang dilakukan oleh tim PONEK dalam memantau pelaksanaan, pengukuran indikator dan proses peningkatan mutu di PONEK. Monitoring dilakukan terhadap seluruh indikator mutu PONEK di RSIH.

## C. Evaluasi

Evaluasi adalah proses dan langkah - langkah yang dilakukan oleh PONEK dalam melakukan analisa mendalam terhadap proses dan hasil pengukuran indikator serta proses perbaikan dan peningkatan mutu. Mencakup standar acuan dan pengolahan data.

#### **D. Pelaporan**

Tatacara dan alur pelaporan hasil pengukuran indikator mutu dan hasil peningkatan mutu di PONEK mencakup media, periode, PIC dan bentuk pelaporannya. Pelaporan dilakukan secara berkala (harian, bulanan dan tahunan) kepada PIC yang telah ditentukan. Evaluasi dilaksanakan setiap 3 bulan sekali dalam rapat tim PONEK.

#### **E. *Continuous Improvement***

*Continuous improvement* adalah proses perbaikan dan peningkatan mutu yang dilakukan oleh PONEK yang merupakan upaya untuk memastikan bahwa setiap proses perbaikan dan peningkatan mutu dapat dilakukan secara berkesinambungan dan berkelanjutan, mencakup:

1. Penyusunan program kerja unit terkait hasil analisis indikator mutu PONEK.
2. Revisi prosedur dan kebijakan, maupun penyusunan prosedur / kebijakan baru terkait PONEK.
3. Sosialisasi dan reedukasi terkait indikator mutu kepada seluruh tim PONEK.
4. Pengembangan keterampilan tim PONEK melalui pendidikan dan pelatihan secara berkala.

## **BAB IX PENUTUP**

Pedoman pelayanan PONEK ini dibuat untuk meningkatkan mutu pelayanan terhadap pasien – pasien obstetrik dan neonatus di RSIH. Dengan demikian, pedoman ini harus dilaksanakan oleh seluruh staf yang termasuk ke dalam tim PONEK agar tujuan yang diharapkan dapat tercapai.

## DAFTAR PUSTAKA

*A Guide to infection control in the hospital, International Society for infection disease Boston. 2002. USA.*

Pedoman penyelenggaraan PONEK 24 jam di Rumah Sakit. Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian RI. 2012

Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Peraturan Menteri Kesehatan. 2017

Protokol Asuhan Neonatal Esensial di Buku Paket Pelatihan PONEK. 2008

Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B. Kementerian Kesehatan 2010.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1. 2017. Jakarta.

Saifudin AB. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2014. Jakarta. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Sistem *Manajemen Dokumentasi* Akreditasi (SISMADAK)

