

Intervensi POCQI Untuk Meningkatkan Tata Kelola Hipertensi Kehamilan di Fasilitas Kesehatan Primer

Maidar^{*1}, Radhiah Zakaria², Melania Hidayat³,
Naufal Abdi⁴, Marhamah⁵

^{1,2,3,4,5}Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas
Muhammadiyah Aceh, Banda Aceh, Indonesia

e-mail: ¹maidar7117@gmail.com, ²radhiah@unmuha.ac.id, ³mela.hidayat@gmail.com,
⁴naufalabdi8899@gmail.com, ⁵marhamah.idris82@gmail.com

Abstrak

Hipertensi dalam kehamilan merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas maternal, sehingga memerlukan tata kelola yang optimal di layanan kesehatan primer. Keberhasilan deteksi dini dan penanganan sangat bergantung pada akurasi pencatatan data serta kepatuhan tenaga kesehatan terhadap standar pelayanan. Evaluasi dilakukan menggunakan data sekunder Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) tahun 2024 yang divalidasi menggunakan telaah rekam medis ibu hamil dan observasi langsung pemeriksaan tekanan darah di Puskesmas Matangkuli, Aceh Utara. Hasil analisis menunjukkan prevalensi hipertensi kehamilan (11%), lebih tinggi dibandingkan angka provinsi dan nasional. Namun, ditemukan kesenjangan pencatatan sebesar 5 poin antara data laporan dan kondisi riil, yang mengindikasikan perlunya intervensi peningkatan mutu di tingkat pelayanan. Kegiatan pengabdian ini menerapkan metode Point of Care Quality Improvement (POCQI) selama Juni–Agustus 2025, dengan sasaran tim mutu, penanggung jawab klaster KIA, dan 49 bidan desa. Intervensi dilaksanakan melalui tahapan identifikasi masalah, analisis akar masalah, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Fokus perbaikan meliputi pencatatan dan pelaporan, ketersediaan SOP di titik layanan, serta pelatihan pemeriksaan tekanan darah. Hasil menunjukkan penurunan kesenjangan data menjadi <2 poin, kepatuhan SOP mencapai 100%, dan peningkatan akurasi data. Penerapan POCQI terbukti efektif meningkatkan tata kelola hipertensi kehamilan dalam waktu singkat dan berpotensi diintegrasikan dalam sistem manajemen mutu Puskesmas.

Kata kunci: POCQI, hipertensi kehamilan, tata kelola, Puskesmas, validasi data

1. PENDAHULUAN

Gangguan hipertensi dalam kehamilan (*Hypertensive Disorders in Pregnancy/HDP*) merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi di seluruh dunia. Analisis *Global Burden of Disease* 2021 menunjukkan bahwa insidensi HDP meningkat secara global dari 31,33 juta menjadi 36,10 juta kasus antara tahun 1990 hingga 2021, atau mengalami kenaikan sebesar 15,24%, dengan lonjakan prevalensi hingga 487% [1]. Peningkatan ini terutama terjadi di wilayah dengan *Sociodemographic Index* (SDI) rendah dan menengah ke bawah, yang mencerminkan keterbatasan akses terhadap layanan antenatal berkualitas. Pada konteks layanan primer, mutu tata kelola hipertensi kehamilan sangat ditentukan oleh akurasi pencatatan dan pelaporan klinis, karena data yang tidak valid dapat menghambat deteksi dini, pengambilan keputusan klinis, serta ketepatan rujukan. Kelemahan dalam mutu pencatatan berpotensi meningkatkan risiko keterlambatan penanganan, yang pada akhirnya berdampak langsung terhadap keselamatan ibu dan bayi.

Dalam konteks keterbatasan sumber daya di fasilitas kesehatan primer, diperlukan pendekatan peningkatan mutu yang bersifat praktis, adaptif, dan dapat diterapkan langsung di titik pelayanan. *Point of Care Quality Improvement* (POCQI) dipilih karena menekankan perbaikan mutu berbasis tim melalui siklus identifikasi masalah, analisis akar penyebab, implementasi solusi sederhana, serta evaluasi berkelanjutan tanpa memerlukan tambahan sumber daya yang besar. Dibandingkan metode peningkatan mutu konvensional yang cenderung bersifat top-down dan berfokus pada evaluasi hasil akhir, POCQI memungkinkan tenaga kesehatan untuk secara aktif terlibat dalam perbaikan proses pelayanan sehari-hari. Pendekatan ini relevan untuk meningkatkan mutu pencatatan, kepatuhan terhadap standar operasional prosedur, serta konsistensi tata kelola klinis, yang merupakan prasyarat penting dalam upaya menurunkan risiko komplikasi hipertensi kehamilan dan meningkatkan keselamatan ibu dan bayi. Meskipun beban *Disability-Adjusted Life Years* (DALY) akibat HDP menurun dari 6,96 juta menjadi 4,94 juta, beban relatif tetap tinggi di negara berpenghasilan rendah, menandakan perlunya peningkatan kualitas pelayanan prenatal dan edukasi kesehatan yang berkesinambungan untuk memitigasi dampak jangka panjang HDP.

Secara klinis, hipertensi pada kehamilan juga berimplikasi serius terhadap kesehatan maternal dan neonatal. Penelitian oleh [2] menunjukkan bahwa dari 19 juta persalinan, 14,5% ibu hamil mengalami hipertensi dalam kehamilan, dengan risiko komplikasi tertinggi pada kelompok preeklamsia dan eklampsia. Kondisi ini meningkatkan kejadian mortalitas ibu, syok sirkulasi, gagal jantung peripartum, dan perdarahan signifikan dibandingkan dengan kehamilan normotensif. Temuan serupa dilaporkan oleh [3] di Ethiopia, yang menemukan 65,1% luaran perinatal buruk dan angka kematian perinatal mencapai 166 per 1.000 kelahiran hidup pada kasus preeklamsia dan eklampsia, dengan faktor risiko utama berupa onset dini, kehamilan ganda, dan gejala berat. Selain itu, [4] menegaskan bahwa perempuan dengan riwayat hipertensi kehamilan memiliki risiko jangka panjang lebih tinggi terhadap penyakit autoimun seperti lupus eritematosus sistemik dan artritis reumatoid, memperlihatkan bahwa HDP bukan hanya masalah obstetri akut, tetapi juga faktor predisposisi penyakit kronik di kemudian hari. Meta-analisis oleh [5] menambahkan bahwa peningkatan indeks massa tubuh (IMT) pra-kehamilan memiliki hubungan linier dengan peningkatan risiko hipertensi kehamilan, preeklamsia, dan eklampsia, dengan *adjusted odds ratio* mencapai 1,82 untuk setiap kenaikan 5 unit IMT. Hasil ini menegaskan pentingnya pendekatan promotif dan preventif yang dimulai sejak masa prakonsepsi.

Kondisi global tersebut sejalan dengan situasi di Indonesia, di mana hipertensi dalam kehamilan masih menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu bersama perdarahan dan infeksi. WHO memperkirakan 2–8% ibu hamil mengalami preeklamsia, dengan kontribusi signifikan terhadap kematian maternal dan neonatal [6] [7]. Pada tingkat layanan primer, tata kelola hipertensi dalam kehamilan seharusnya mencakup deteksi dini melalui pemantauan tekanan darah dan pemeriksaan protein urin secara berkala, edukasi kesehatan, manajemen farmakologis dan nonfarmakologis, serta rujukan tepat waktu. Namun, berbagai penelitian dan laporan nasional menunjukkan masih adanya kesenjangan implementasi antara pedoman dan praktik lapangan, seperti rendahnya kepatuhan terhadap SOP, pencatatan yang tidak akurat, serta kurangnya evaluasi mutu berkelanjutan terhadap proses pelayanan.

Di Kabupaten Aceh Utara, berdasarkan data Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) tahun 2024, Puskesmas Matangkuli tercatat memiliki prevalensi hipertensi dalam kehamilan tertinggi, yaitu 34 kasus dari 313 ibu hamil yang diperiksa (11%), angka ini jauh di atas prevalensi nasional (3,3%) [7] maupun Provinsi Aceh (2,7%). Selain itu, pemeriksaan protein urin menunjukkan hasil positif pada sekitar 11% ibu hamil, yang mengindikasikan adanya risiko tinggi terhadap komplikasi preeklamsia dan eklampsia. Kondisi ini menunjukkan bahwa beban kasus hipertensi kehamilan di wilayah tersebut tidak hanya tinggi, tetapi juga berpotensi menimbulkan kesenjangan mutu dalam pencatatan, tindak lanjut, dan rujukan.

Dengan mempertimbangkan tingginya prevalensi dan beban komplikasi, diperlukan intervensi sistematis untuk memperkuat tata kelola pelayanan berbasis mutu di tingkat layanan primer. POCQI merupakan pendekatan yang menekankan perbaikan mutu langsung di titik pelayanan melalui siklus identifikasi masalah, analisis akar penyebab, perencanaan solusi,

implementasi intervensi, dan evaluasi berkelanjutan. Pendekatan ini telah terbukti efektif dalam meningkatkan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap SOP, memperbaiki ketepatan pencatatan data, dan menurunkan komplikasi maternal di berbagai negara berpendapatan menengah ke bawah. Oleh karena itu, penerapan POCQI Tata Kelola Hipertensi Kehamilan di Puskesmas Matangkuli menjadi strategi yang relevan dan mendesak sebagai bentuk Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) berbasis bukti, yang bertujuan memperkuat sistem pelayanan primer, meningkatkan kualitas tata kelola klinis, serta mendukung pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) terutama target penurunan angka kematian ibu dan bayi.

2. METODE

Sasaran intervensi dalam kegiatan ini adalah tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam pelayanan antenatal di Puskesmas Matangkuli, Kabupaten Aceh Utara. Sasaran tersebut meliputi Tim Penanggung Jawab Mutu Puskesmas yang berperan dalam pengendalian dan evaluasi mutu layanan, Penanggung Jawab Klaster 2 Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang bertanggung jawab terhadap koordinasi dan implementasi pelayanan maternal, serta 49 bidan desa yang menjadi pelaksana utama pemeriksaan kehamilan dan pencatatan data di tingkat pelayanan primer dan komunitas. Keterlibatan seluruh unsur ini dimaksudkan untuk memastikan bahwa intervensi peningkatan mutu dapat diterapkan secara menyeluruh dan berkelanjutan pada seluruh rantai pelayanan antenatal.

Pendekatan *Point of Care Quality Improvement* (POCQI) diterapkan melalui tahapan siklikal yang sistematis, meliputi identifikasi masalah, analisis akar penyebab, pembentukan tim kerja, penentuan prioritas intervensi, implementasi perbaikan, serta monitoring dan evaluasi hasil. Analisis akar masalah dilakukan menggunakan diagram tulang ikan (*fishbone diagram*), yang dinilai efektif dan sesuai kaidah peningkatan mutu (*quality improvement*) karena mampu mengidentifikasi faktor penyebab secara komprehensif dari aspek proses, sumber daya manusia, sarana, dan manajemen pelayanan.

2.1. Identifikasi Masalah Awal

Tahap awal kegiatan diawali dengan validasi data Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) tahun 2024, yang dilakukan melalui perbandingan antara data laporan rutin dengan hasil penelusuran rekam medis ibu hamil serta klarifikasi kepada bidan desa. Hasil analisis menunjukkan adanya kesenjangan data sebesar 5 poin antara hasil pengukuran tekanan darah di lapangan dan data yang dilaporkan, yang mengindikasikan kelemahan pada sistem pencatatan, pelaporan, dan mekanisme validasi data hipertensi dalam kehamilan di tingkat pelayanan primer.

2.2. Identifikasi Akar Masalah

Untuk menelusuri penyebab mendasar, dilakukan analisis akar masalah menggunakan pendekatan *root cause analysis* dengan bantuan diagram tulang ikan (*fishbone diagram*). Analisis menunjukkan bahwa ketidaksesuaian data terutama disebabkan oleh:

1. posisi dokumen SOP yang sulit diakses oleh tenaga kesehatan di titik pelayanan,
2. keterbatasan pelatihan teknis bagi bidan desa terkait pemeriksaan tekanan darah dan pelaporan kasus hipertensi kehamilan, serta
3. inkonsistensi penggunaan alat ukur tekanan darah yang belum terkalibrasi secara berkala.

2.3. Pembentukan Tim Kerja POCQI

Sebagai tindak lanjut, dibentuk Tim POCQI secara formal melalui Surat Keputusan Kepala Puskesmas Matangkuli. Tim terdiri atas penanggung jawab mutu, penanggung jawab klaster 2 (Kesehatan Ibu dan Anak), serta perwakilan bidan desa. Tim berperan dalam merencanakan, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi kegiatan perbaikan mutu sesuai siklus POCQI.

2.4. Penentuan Prioritas Masalah

Berdasarkan hasil analisis dan diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*), disepakati tiga prioritas utama perbaikan mutu, yaitu:

1. perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan kasus hipertensi dalam kehamilan;
2. optimalisasi ketersediaan dan akses dokumen SOP di titik-titik pelayanan antenatal; dan
3. peningkatan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan ulang tentang pemeriksaan tekanan darah menggunakan alat ukur yang terkalibrasi.

2.5. Implementasi Perbaikan

Pelaksanaan intervensi dilakukan secara bertahap melalui kegiatan berikut:

1. Optimalisasi sistem informasi berupa penempatan dokumen SOP di lokasi strategis, seperti ruang pemeriksaan untuk memastikan kemudahan akses dan rujukan cepat saat pelayanan.
2. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan teknis pemeriksaan tekanan darah sesuai standar WHO dan Kemenkes, serta kalibrasi alat ukur *sphygmomanometer* di setiap pos pelayanan.
3. Penguatan sistem validasi data dengan penerapan prosedur *double-check* sebelum pelaporan ke PWS-KIA, dengan verifikasi silang antara bidan desa dan penanggung jawab mutu.

2.6. Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring dilakukan setiap bulan untuk menilai perubahan pada indikator mutu, terutama tingkat kesesuaian data dan kepatuhan terhadap SOP pelayanan antenatal. Evaluasi dilakukan melalui audit dokumen, observasi langsung, serta wawancara singkat dengan tenaga kesehatan. Hasil pemantauan menunjukkan bahwa kesenjangan validasi data hipertensi dalam kehamilan menurun signifikan, dari 5 poin pada tahun 2024 menjadi kurang dari 2 poin pada awal Agustus 2025. Selain itu, kepatuhan terhadap penggunaan SOP dan pelaksanaan pemeriksaan tekanan darah sesuai standar meningkat lebih dari 90%.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Kegiatan

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini dilaksanakan dengan memberdayakan mitra Puskesmas Matangkuli, Kabupaten Aceh Utara, melalui penerapan pendekatan *Point of Care Quality Improvement* (POCQI) pada tata kelola hipertensi dalam kehamilan. Kegiatan berlangsung selama Juni hingga Agustus 2025 dan melibatkan Tim Penanggung Jawab Mutu Puskesmas, Penanggung Jawab Klaster 2 Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), serta 49 bidan desa di wilayah kerja Puskesmas Matangkuli.

3.1.1. Identifikasi Masalah Tata Kelola Hipertensi Kehamilan

Analisis awal terhadap data Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) tahun 2024 menunjukkan prevalensi hipertensi dalam kehamilan sebesar 11% (34 dari 313 ibu hamil), yang jauh lebih tinggi dibandingkan angka nasional (3,3%) dan Provinsi Aceh (2,7%). Namun, hasil validasi data melalui penelusuran rekam medis serta klarifikasi dengan bidan desa menunjukkan bahwa prevalensi aktual hipertensi dalam kehamilan adalah 6%. Temuan ini mengindikasikan adanya kesenjangan pencatatan sebesar 5 poin antara data laporan dan kondisi riil di lapangan.

Kesenjangan tersebut mencerminkan permasalahan pada proses pencatatan, pelaporan, dan validasi data pelayanan antenatal di tingkat pelayanan primer, yang berpotensi memengaruhi mutu tata kelola klinis dan pengambilan keputusan dalam penanganan hipertensi kehamilan.

3.1.2 Analisis Akar Masalah

Diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion*) dan analisis *fishbone diagram* mengidentifikasi beberapa penyebab mendasar, meliputi:

1. Proses: SOP pemeriksaan tekanan darah tidak selalu tersedia di titik pelayanan.
2. Sumber daya manusia: Pengetahuan dan keterampilan pencatatan bervariasi antar petugas.
3. Sarana: Akses alat ukur tekanan darah dan formulir PWS-KIA tidak optimal.
4. Manajemen: Tidak terdapat mekanisme validasi data rutin sebelum pelaporan.

3.1.3 Pembentukan Tim dan Penetapan Prioritas

Tim POCQI dibentuk secara formal, terdiri atas penanggung jawab mutu, penanggung jawab kluster 2, dan perwakilan bidan desa. Berdasarkan *prioritization matrix*, dua fokus utama perbaikan ditetapkan, yaitu:

1. peningkatan mekanisme validasi data, dan
2. optimalisasi ketersediaan SOP pemeriksaan tekanan darah di titik layanan antenatal.

3.1.4 Perencanaan dan Implementasi Perbaikan

Rencana perbaikan dilakukan dengan tiga intervensi utama:

1. menempatkan dokumen SOP pemeriksaan tekanan darah di setiap ruang pelayanan,
2. memberikan pelatihan singkat tentang pencatatan dan pelaporan PWS-KIA kepada bidan desa, dan
3. menetapkan jadwal validasi data bulanan sebelum pengiriman laporan ke Dinas Kesehatan.

Implementasi dilakukan secara kolaboratif dan dipantau melalui kunjungan mingguan oleh Tim POCQI. Setiap bidan desa melakukan pemeriksaan tekanan darah sesuai standar dan mencatat hasilnya menggunakan format yang telah distandarkan.

3.1.5 Evaluasi dan Hasil

Setelah tiga bulan pelaksanaan intervensi, diperoleh hasil sebagai berikut:

1. Kesenjangan validasi data menurun dari 5 poin tahun 2024 menjadi <2 poin pada Agustus 2025.
2. Kepatuhan terhadap SOP meningkat, ditunjukkan dengan 100% ruang pelayanan memiliki SOP yang mudah diakses.
3. Keakuratan pencatatan pada formulir PWS-KIA meningkat signifikan.
4. Setelah orientasi SOP pemeriksaan tekanan darah, laporan kasus hipertensi dalam kehamilan hingga Juli 2025 menunjukkan 3 kasus valid, mencerminkan peningkatan akurasi pelaporan dibandingkan sebelumnya.

Selain itu, seluruh bidan desa melaporkan peningkatan pemahaman terhadap tata cara pemeriksaan tekanan darah yang benar dan penggunaan alat ukur terkalibrasi.



Gambar 1 dan 2. Kegiatan Pembentukan Tim dan Pembahasan Adopsi POCQI

3.2. Pembahasan

Hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas maternal di dunia. Analisis global oleh [1] menunjukkan bahwa meskipun terdapat sedikit penurunan angka *DALY* akibat hipertensi dalam kehamilan, beban penyakit tetap tinggi terutama di negara berpendapatan menengah ke bawah. Kondisi ini menegaskan perlunya

penguatan layanan primer dalam mendeteksi dan menatalaksana hipertensi secara dini melalui pendekatan peningkatan mutu berbasis tim seperti POCQI.

3.2.1. Efektivitas Penerapan POCQI pada Konteks Fasilitas Primer

Hasil kegiatan POCQI di Puskesmas Matangkuli memperlihatkan peningkatan signifikan dalam tata kelola hipertensi pada kehamilan. Validasi data meningkat dengan menurunnya kesenjangan pencatatan dari 5 poin menjadi kurang dari 2 poin dalam tiga bulan, serta peningkatan kepatuhan terhadap SOP hingga 100%. Perbaikan ini dicapai melalui intervensi sederhana berupa reposisi SOP di titik pelayanan, pelatihan singkat bidan desa, dan validasi data bulanan tanpa tambahan sumber daya besar.

Temuan ini sejalan dengan [8] dan [9] yang menunjukkan bahwa POCQI mampu meningkatkan kepatuhan dokumentasi dan praktik pengukuran tekanan darah secara bermakna di berbagai fasilitas layanan maternal. Namun demikian, sebagian besar studi tersebut dilakukan dengan durasi implementasi antara 6 hingga 12 bulan, seperti penelitian [10] yang menggunakan enam siklus PDSA selama setahun untuk meningkatkan praktik *Kangaroo Mother Care*.

3.2.2. Perbandingan Durasi Intervensi

Kegiatan PkM ini berlangsung relatif singkat, yaitu 3 bulan, dibandingkan sebagian besar studi terdahulu yang memerlukan waktu lebih panjang untuk mencapai perubahan perilaku dan sistemik. Durasi singkat ini menjadi tantangan sekaligus kekuatan. Dari sisi tantangan, waktu terbatas membatasi jumlah siklus *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) yang dapat dijalankan, sehingga tidak semua intervensi diuji secara berulang. Perubahan perilaku pencatatan dan validasi data yang diamati kemungkinan masih bersifat awal (*early improvement*), dan perlu pemantauan lanjutan untuk memastikan keberlanjutan (*sustainability*).

Namun di sisi lain, hasil yang tercapai dalam waktu singkat menunjukkan bahwa pendekatan POCQI dapat diadaptasi secara efisien bila dilakukan dengan komitmen tinggi, koordinasi kuat antar bidan desa, dan dukungan manajerial dari pimpinan Puskesmas. Ini mendukung prinsip POCQI sebagai strategi *low-cost-high-impact*, sebagaimana juga dilaporkan oleh [11] dalam peningkatan mutu pelayanan neonatal di India.

3.2.3. Keterbatasan Kegiatan

Beberapa keterbatasan yang perlu dicatat dalam kegiatan ini meliputi:

1. Durasi implementasi terbatas: Waktu pelaksanaan tiga bulan belum memungkinkan observasi terhadap keberlanjutan hasil (*sustainability*) dan dampak klinis jangka panjang, seperti penurunan komplikasi preeklamsia atau eklampsia.
2. Cakupan data: Validasi data dilakukan di satu Puskesmas dengan 49 bidan desa; generalisasi hasil ke wilayah lain perlu kehati-hatian.
3. Variabilitas kompetensi: Meskipun dilakukan pelatihan singkat, variasi kemampuan pencatatan dan penguasaan SOP antar petugas masih ditemukan, memerlukan tindak lanjut berupa supervisi periodik.
4. Evaluasi klinis terbatas: Intervensi lebih berfokus pada tata kelola data dan kepatuhan prosedur, belum mencakup pengukuran luaran klinis seperti tekanan darah rerata, angka rujukan, atau *maternal near miss*.

3.2.4. Implikasi Kebijakan dan Praktik

Meskipun memiliki keterbatasan, kegiatan ini memberikan sejumlah implikasi kebijakan penting:

1. Integrasi POCQI dalam sistem mutu Puskesmas:
Hasil kegiatan menunjukkan bahwa pendekatan berbasis tim dan siklus perbaikan berkelanjutan dapat memperkuat implementasi program peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas. Kementerian Kesehatan dapat mempertimbangkan untuk menjadikan POCQI sebagai bagian wajib dari strategi peningkatan mutu layanan maternal di tingkat primer.
2. Replikasi lintas Puskesmas:

Model intervensi sederhana ini dapat direplikasi di fasilitas lain dengan adaptasi kontekstual, terutama dalam validasi data PWS-KIA dan penguatan SOP di titik pelayanan.

3. Kebijakan pelatihan berkelanjutan:
Hasil kegiatan menunjukkan perlunya integrasi pelatihan pencatatan dan validasi data ke dalam orientasi rutin tenaga kesehatan baru di Puskesmas.
4. Penguatan sistem informasi:
Kegiatan ini mengindikasikan bahwa kesalahan pencatatan dapat dikurangi melalui tata kelola berbasis tim dan umpan balik berkala. Hal ini sejalan dengan arah transformasi digital kesehatan yang menekankan integritas dan validitas data sebagai dasar pengambilan keputusan klinis dan manajerial.

3.2.5. Implikasi untuk Penelitian dan Pengabdian Selanjutnya

Hasil awal kegiatan menunjukkan adanya perbaikan nyata pada indikator proses sebelum dan sesudah pelatihan serta pendampingan berbasis POCQI. Sebelum intervensi, pencatatan kasus hipertensi dalam kehamilan menunjukkan kesenjangan data sebesar 5 poin antara laporan PWS-KIA dan kondisi riil di lapangan, keterbatasan akses terhadap SOP di titik pelayanan, serta variasi praktik pemeriksaan tekanan darah antar bidan desa.

Setelah pelatihan teknis pemeriksaan tekanan darah, penguatan pencatatan, dan penerapan mekanisme validasi data, terjadi penurunan kesenjangan pencatatan menjadi kurang dari 2 poin, peningkatan kepatuhan terhadap penggunaan SOP di seluruh ruang pelayanan antenatal, serta peningkatan konsistensi praktik pemeriksaan tekanan darah sesuai standar. Perubahan ini mengindikasikan bahwa intervensi pelatihan dan pendampingan memberikan dampak positif terhadap mutu tata kelola pelayanan, meskipun evaluasi luaran klinis seperti penurunan kejadian preeklamsia atau rujukan darurat belum dilakukan.

Berdasarkan temuan tersebut, kegiatan ini membuka peluang untuk penelitian dan pengabdian selanjutnya yang berfokus pada evaluasi dampak klinis POCQI terhadap luaran maternal dan perinatal, termasuk penurunan kejadian preeklamsia, rujukan obstetri emergensi, serta *maternal near miss*. Selain itu, diperlukan analisis biaya-efektivitas (*cost-effectiveness*) penerapan POCQI di fasilitas kesehatan primer serta pengembangan model *blended mentoring* antara akademisi dan tenaga kesehatan daerah untuk memastikan keberlanjutan dan replikasi program.

Hasil awal yang positif membuka peluang untuk studi lanjutan dengan fokus pada evaluasi dampak klinis POCQI terhadap luaran maternal dan perinatal, misalnya penurunan preeklamsia atau rujukan darurat. Analisis biaya-efektivitas (*cost-effectiveness*) implementasi POCQI di fasilitas primer. Pengembangan model *blended mentoring* antara akademisi dan tenaga kesehatan daerah untuk memastikan keberlanjutan.

4. KESIMPULAN

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat melalui penerapan metode POCQI pada tata kelola hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas Matangkuli menunjukkan peningkatan nyata terhadap mutu pelayanan antenatal. Intervensi yang dilaksanakan selama tiga bulan berhasil menurunkan kesenjangan validasi data dari 5 poin menjadi kurang dari 2 poin, meningkatkan kepatuhan terhadap SOP menjadi 100%, serta memperbaiki akurasi pencatatan pada formulir PWS-KIA.

Walaupun durasi pelaksanaan relatif singkat dibandingkan dengan implementasi POCQI di lokasi lain yang umumnya berlangsung lebih dari tiga bulan, hasil kegiatan ini menunjukkan bahwa perubahan positif dapat dicapai bila terdapat kolaborasi lintas peran, komitmen pimpinan, dan mekanisme umpan balik rutin. Durasi yang singkat menjadi salah satu keterbatasan karena belum memungkinkan observasi terhadap keberlanjutan hasil dan dampak klinis jangka panjang.

Namun demikian, kegiatan ini menegaskan efektivitas pendekatan POCQI sebagai model peningkatan mutu berbasis tim yang adaptif dan kontekstual di tingkat layanan primer. Temuan ini memperkuat peran Puskesmas sebagai garda terdepan dalam deteksi dini dan

penanganan hipertensi kehamilan, yang berkontribusi langsung terhadap upaya penurunan angka kematian ibu sesuai target *Sustainable Development Goals (SDGs)* 3.1.

5. SARAN

Berdasarkan rangkaian pendekatan POCQI yang dilakukan pada Pengabdian kepada Masyarakat ini, maka beberapa rekomendasi disampaikan:

1. Integrasi sistemik: Disarankan agar mekanisme validasi data bulanan dan pemantauan kepatuhan SOP diintegrasikan ke dalam sistem manajemen mutu internal Puskesmas secara berkelanjutan.
2. Penguatan kapasitas SDM: Pelatihan pencatatan, pelaporan, dan validasi data perlu menjadi bagian dari program orientasi rutin bagi bidan desa dan tenaga baru, disertai supervisi berkala oleh penanggung jawab mutu.
3. Perluasan replikasi: Model POCQI yang terbukti efektif di Puskesmas Matangkuli dapat direplikasi di Puskesmas lain dengan adaptasi sesuai konteks dan kapasitas lokal.
4. Pendalaman riset lanjutan: Diperlukan penelitian lanjutan dengan durasi lebih panjang untuk menilai keberlanjutan hasil, dampak klinis terhadap luaran maternal, serta analisis biaya-efektivitas penerapan POCQI.
5. Implikasi kebijakan: Pemerintah daerah dan dinas kesehatan kabupaten perlu mempertimbangkan POCQI sebagai strategi formal dalam program peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan integrasinya dengan sistem transformasi digital kesehatan untuk memperkuat validitas data dan akuntabilitas layanan maternal.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala dan staf UPTD Puskesmas Matangkuli, Aceh Utara sebagai mitra dalam kegiatan PkM ini, Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh, Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, LP4M Unmuha, dan pihak-pihak lain yang turut membantu pelaksanaan PkM ini, baik langsung maupun tidak langsung.

DAFTAR PUSTAKA

- (1) Sun S, Li W, Zhang X, Aziz AUR, Zhang N. Trends in global and regional incidence and prevalence of hypertensive disorders in pregnancy (1990-2021): an age-period-cohort analysis. *Sci Rep*. 2025;15(1):1513.
- (2) Alhuneafat L, Ghanem, F., Nandy, S., Khan, S., Puttur, A., Jabri, A., Haddad, A., Ramu, B., Sabol, B., Schultz, J., & Carlson, S. . Examining maternal and fetal outcomes across various subtypes of hypertension during pregnancy. *International journal of cardiology Cardiovascular risk and prevention*. 2025;25(200413).
- (3) Teka H, Alemayehu, M., Yemane, A., Abera, B. T., Tadesse, H., Berhe, E., Abraha, H. E., Gebru, F., Yahiya, M., Abraha, M., Tadesse, Y., Gebre, D., Tekle, A., Gebremariam, T., Amare, B., & Zelelow, Y. B. . Magnitude and determinants of adverse perinatal outcomes of pregnancies complicated with preeclampsia and eclampsia at a teaching hospital in the Tigray region of Ethiopia. *Scientific reports*. 2025;15(1), 36883.
- (4) Shih YH, Yang CY, Lung CC. Pregnancy-Induced Hypertension and Association With Future Autoimmune Diseases. *Obstetrics and gynecology*. 2025;145(4):426-34.
- (5) Xiong Y, Chen J, Wu Y, Zhao P, Liao M, Guo J, et al. The effect of maternal pre-pregnancy body mass index on hypertensive disorders of pregnancy (HDP): a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies involving 50 million pregnancies. *EClinicalMedicine*. 2025;86:103395.

- (6) Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*. 2025;13(4):e626-e34.
- (7) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan Nasional Riskesdas 2018: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan; 2019. Available from: <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan%20Riskesdas%202018%20Nasional.pdf>.
- (8) Dhawan S, Shubham S, Puri N, Ahmed SM, Mishra D, Joshi A, et al. Improving Prescription Completeness and Reducing Prescription Errors in a Neonatal Intensive Care Unit: A Quality Improvement Initiative From a Tertiary Care Centre in North India. *Cureus*. 2025;17(9):e92039.
- (9) Ansari S, Yadav R, Jaiswal N, Chopra K, Kansara M, Kumar M. Incorporation of Mean Arterial Pressure in Clinical Practice Using Quality Improvement Initiative. *Journal of obstetrics and gynaecology of India*. 2025;75(Suppl 1):449-56.
- (10) Suthar K, Nangia S, Anand P, Pemde H. Use of WHO quality assessment/quality improvement tool for maternal and newborn care for gap analysis and POCQI methodology to improve preterm neonatal outcomes at a tertiary care centre: a quality improvement initiative. *BMJ open quality*. 2025;14(3).
- (11) Raj AS, Rao V, Deepa R, Babu H, Shaju S, Rao SV. Transfer to Home of Low-Birth-Weight Infants in Kangaroo Mother Care (KMC)-A Point of Care Quality Improvement (POCQI) Approach. *Journal of paediatrics and child health*. 2025;61(6):887-93.