Jurnal Manajemen dan Teknologi
https://journal.stmiki.ac.id

E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November

OPEN ACCESS

https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

Kualitas Pencatatan Rekam Medis ANC Berdasarkan Komponen 10T di TPMB Jakarta Barat

Naia Putri Ramadhani [1*], Hosizah [2], Nauri Anggita Temesvari [3], Witri Zuama Qomarania [4]

[1*,2,3,4] Program Studi Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul, Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Indonesia.

Corresponding Email: putriramadhaninaia@student.esaunggul.ac.id [1*]

Histori Artikel:
Dikirim 9 Oktober 2026; *Diterima dalam bentuk revisi* 20 Oktober 2026; *Diterima* 30 Oktober 2026; *Diterbitkan* 25 November 2026. Semua hak dilindungi oleh Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LPPM) STMIK Indonesia Banda Aceh.

Abstrak

Kualitas data antenatal care (ANC) menentukan kesinambungan pemantauan kehamilan dan menjadi dasar evaluasi program kesehatan ibu, tetapi Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB) jarang dinilai meskipun sering menjadi kontak pertama ibu hamil. Observasi awal di Jakarta Barat menunjukkan hanya 1.439 dari 2.693 kunjungan (53,4%) memiliki data lengkap. Penelitian ini bertujuan menilai kualitas pencatatan rekam medis ANC (komponen 10T) di TPMB wilayah Jakarta Barat dan menelusuri faktor perilaku bidan yang melatarinya. Penelitian menggunakan desain mixed methods: telaah dokumen terhadap 30 rekam medis dari enam TPMB (quota sampling) berdasarkan empat dimensi Data Quality Management AHIMA sebagai komponen utama, dan wawancara mendalam dengan tujuh bidan berbasis Theory of Planned Behavior. Hasil menunjukkan accuracy 79,44%, accessibility 59,71%, comprehensiveness 62,48%, dan consistency 48,20%, dengan rata-rata 62,45%. Pencatatan tatalaksana kasus (skrining tanda bahaya) turun dari 66,67% pada trimester I menjadi 0% pada trimester III, sedangkan skrining imunisasi TT dan pemeriksaan laboratorium termasuk komponen dengan pencatatan terendah. Seluruh bidan melaporkan telah melaksanakan seluruh komponen 10T. Informan menyebut beban pencatatan ganda dan hasil laboratorium di puskesmas yang tidak dicatat ulang sebagai kendala pencatatan. Kualitas pencatatan rekam medis ANC di TPMB wilayah Jakarta Barat masih belum memadai, terutama pada konsistensi dan tatalaksana kasus, sehingga diperlukan standardisasi formulir 10T, pelatihan pencatatan, dan supervisi berkala.

Kata Kunci: Antenatal Care; Kualitas Data; Layanan 10T; Rekam Medis; Data Quality Management.

Abstract

Antenatal care (ANC) data quality underpins continuity of pregnancy monitoring and the evidence base for maternal health programme evaluation, yet independent midwife practices (Tempat Praktik Mandiri Bidan, TPMB), which are often the first point of contact for pregnant women, are rarely assessed. Preliminary observation in West Jakarta found that only 1,439 of 2,693 visits (53.4%) had complete data. This study aimed to assess the quality of ANC medical record documentation (10T components) at TPMBs in West Jakarta and to explore the behavioural factors among midwives behind it. A mixed-methods design was used: a document review of 30 medical records from six TPMBs (quota sampling) against four AHIMA Data Quality Management dimensions as the main component, and in-depth interviews with seven midwives guided by the Theory of Planned Behavior. Accuracy was 79.44%, accessibility 59.71%, comprehensiveness 62.48%, and consistency 48.20%, with an overall mean of 62.45%. Documentation of case management (danger-sign screening) fell from 66.67% in the first trimester to 0% in the third, while tetanus toxoid immunization screening and laboratory testing were among the least documented components. All midwives reported performing every 10T component. Informants mentioned documentation workload and laboratory tests performed at primary health centres as barriers to documentation. ANC medical record documentation at TPMBs in West Jakarta remains inadequate, particularly for consistency and case management, indicating a need for standardised 10T forms, documentation training, and regular supervision.

Keyword: Antenatal Care; Data Quality; 10T Services; Medical Records; Data Quality Management.

Jurnal Manajemen dan Teknologi
https://journal.stmiki.ac.id

E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November

OPEN ACCESS

https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

1. Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator utama derajat kesehatan masyarakat dan target prioritas Sustainable Development Goals (SDGs) (Khalisha *et al.* 2024). WHO mencatat pada 2023 lebih dari 700 perempuan meninggal setiap hari akibat penyebab kehamilan dan persalinan yang sebenarnya dapat dicegah, dengan 92% terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah bawah (World Health Organization 2025). Berdasarkan Long Form Sensus Penduduk 2020, AKI Indonesia sebesar 189 per 100.000 kelahiran hidup, masih di atas target RPJMN 2024 sebesar 183 dan target SDGs 2030 sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2024). *Antenatal care* (ANC) memantau kondisi ibu dan janin, mendeteksi dini faktor risiko, serta memberikan intervensi tepat (Nurdiana and Nurlailasari 2020). Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Kementerian Kesehatan menetapkan minimal enam kunjungan dengan sepuluh komponen pemeriksaan (10T), yang pencatatannya menjadi sumber data utama evaluasi program kesehatan ibu selain indikator mutu pelayanan kebidanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2015; World Health Organization 2016). Kualitas pencatatan 10T berperan langsung dalam pengambilan keputusan klinis, karena riwayat pemeriksaan pada kunjungan sebelumnya menjadi dasar bagi bidan untuk menilai perkembangan kondisi ibu dan janin serta menentukan kebutuhan rujukan pada kunjungan berikutnya (Rartri 2022). Ketidaklengkapan maupun inkonsistensi pencatatan antar kunjungan berpotensi memutus kesinambungan pemantauan tersebut, sehingga faktor risiko kehamilan dapat luput terdeteksi hingga kondisinya berkembang lebih berat (World Health Organization 2017). Data 10T juga menjadi masukan sistem informasi kesehatan untuk menghitung indikator program, seperti cakupan ANC lengkap dan deteksi kehamilan berisiko tinggi; apabila pencatatan pada tingkat TPMB tidak akurat sejak awal, maka indikator yang dihasilkan pada tingkat yang lebih tinggi turut mengalami bias, sehingga perencanaan program yang didasarkan pada data tersebut berisiko tidak tepat sasaran (Hosseinzadeh, Afkanpour, and Momeni 2025). Pemerintah telah menegaskan pentingnya keakuratan dan keberlanjutan data rekam medis melalui kebijakan penyelenggaraan satu data bidang Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2022).

Jakarta Barat termasuk 120 kabupaten/kota lokus percepatan penurunan AKI dan AKN yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, dengan 32 kematian ibu dan cakupan komponen ANC lengkap yang hanya 42,9% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2021). Meski DKI Jakarta secara provinsi memiliki AKI terendah di Indonesia, penetapan ini menunjukkan kesenjangan capaian antarwilayah dalam satu provinsi, sehingga evaluasi di pelayanan primer seperti Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB) tetap relevan. Penelitian di Lampung Utara menemukan tidak satu pun ibu hamil menerima seluruh komponen 10T secara lengkap, hal ini diperkuat temuan serupa di puskesmas wilayah lain dan kelengkapan buku KIA di NTT yang hanya 52,3% (Suarni *et al.* 2024; Khalisha *et al.* 2024; Krull and Kurniasari 2020). Penelitian kualitas data ANC umumnya dilakukan di puskesmas atau pada sistem informasi kesehatan tingkat kabupaten, baik di Ethiopia (Getachew, Erkalo, and Garedew 2022; Solomon *et al.* 2021; Chekol *et al.* 2023) maupun di Indonesia melalui kelengkapan pelaksanaan 10T dan buku KIA (Suarni *et al.* 2024; Khalisha *et al.* 2024; Krull and Kurniasari 2020). TPMB, yang sering menjadi kontak pertama ibu hamil, jarang menjadi objek penilaian kualitas data. Observasi awal pada 9 TPMB di Jakarta Barat yang dilakukan oleh Hosizah tahun 2025 menemukan dari 2.693 kunjungan, hanya 1.439 atau sekitar 53,4% yang memiliki data lengkap, dengan tinggi fundus uteri, tes laboratorium, dan tatalaksana kasus paling sering tidak terisi. Sepengetahuan penulis, belum ada penelitian yang menilai pencatatan rekam medis ANC di TPMB sesuai dengan dimensi *accuracy*, *accessibility*, *comprehensiveness*, dan *consistency* pada setiap trimester sekaligus membandingkannya dengan keterangan bidan tentang pelaksanaan 10T. Penelitian ini bertujuan menilai kualitas pencatatan rekam medis ANC (10T) di TPMB wilayah Jakarta Barat dan menelusuri faktor perilaku bidan yang melatarinya.

Jurnal Manajemen dan Teknologi
https://journal.stmiki.ac.id

E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November

OPEN ACCESS

https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *mixed methods*, dengan telaah dokumen rekam medis ANC (kuantitatif deskriptif) sebagai komponen utama dan wawancara mendalam sebagai komponen pendukung untuk menelusuri perilaku pencatatan bidan. Penelitian dilakukan di tujuh TPMB di wilayah Jakarta Barat (Kecamatan Cengkareng, Kebon Jeruk, Kembangan, dan Palmerah) pada bulan Maret–Juni 2026. Rekam medis dapat diperoleh dari enam TPMB, sedangkan wawancara dilakukan terhadap bidan di ketujuh TPMB. Populasi penelitian ini adalah seluruh rekam medis *antenatal care* yang ada di Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB) wilayah Jakarta Barat. Sampel penelitian ditentukan menggunakan *quota sampling* untuk penentuan jumlah rekam medis yang ditelaah. Sampel terdiri dari lima rekam medis ibu hamil dari masing-masing TPMB, dengan kriteria inklusi berupa rekam medis kunjungan ANC periode 2020–2026 yang terbaca jelas dan memiliki minimal satu kali kunjungan pada setiap trimester kehamilan. Di setiap TPMB, lima rekam medis dipilih secara berurutan dari rekam medis yang memenuhi kriteria inklusi hingga kuota terpenuhi. Periode 2020-2026 dipilih karena jumlah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan di TPMB pada setiap trimester relatif terbatas, sehingga diperlukan rentang waktu yang lebih panjang untuk memperoleh jumlah sampel yang memadai sesuai kebutuhan penelitian. Dari tujuh TPMB yang menjadi lokasi penelitian, rekam medis hanya dapat diperoleh dari enam TPMB, sedangkan satu TPMB tidak menyertakan data rekam medis karena gudang penyimpanan rekam medis manual tidak dapat diakses, sehingga total sampel rekam medis yang diperoleh sebanyak 30 rekam medis. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari lembar observasi dan panduan wawancara.

Lembar observasi disusun berdasarkan 4 dari 10 dimensi *Data Quality Management* AHIMA karena empat dimensi tersebut dapat dinilai langsung dari dokumen rekam medis manual, sedangkan dimensi lain seperti *timeliness* atau *currency* memerlukan data waktu/sistem yang tidak tersedia. Keempat dimensi tersebut adalah *accuracy* yang menilai kelengkapan pengisian identitas pasien yang terisi pada hasil pemeriksaan 10T, catatan pengobatan, dan catatan pasien pulang/rujuk, *accessibility* yang menilai ketersediaan riwayat pemeriksaan 10T dari kunjungan sebelumnya, mencakup pemeriksaan fisik, pemeriksaan janin, tanda bahaya, tablet Fe, imunisasi TT, dan laboratorium untuk trimester I dan III, serta pemeriksaan fisik, pemeriksaan janin, dan tablet Fe untuk trimester II, *comprehensiveness* yang menilai kelengkapan pengisian seluruh elemen wajib rekam medis sesuai periode kunjungan pada masing-masing trimester dan *consistency* yang menilai keseragaman pencatatan elemen data yang sama pada kunjungan berturut-turut dalam satu trimester (American Health Information Management Association 2017). Ketentuan elemen wajib yang berbeda antar trimester ini mengacu pada Standar Pelayanan Kebidanan Kementerian Kesehatan, di mana pada trimester I seluruh elemen data wajib diisi untuk pertama kalinya sebagai baseline pemeriksaan, pada trimester II hanya elemen yang berpotensi berubah secara klinis dan memerlukan pemantauan berkelanjutan yang wajib diperbarui, yaitu berat badan, tekanan darah, tinggi fundus uteri, denyut jantung janin, dan tablet Fe, sedangkan pada trimester III seluruh elemen kembali wajib diperbarui termasuk pemeriksaan laboratorium sebagai evaluasi menyeluruh menjelang persalinan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2007). Setiap indikator dihitung dengan rumus (jumlah elemen yang terpenuhi/jumlah elemen yang seharusnya terpenuhi) × 100%, yaitu elemen identitas yang terisi lengkap pada hasil pemeriksaan 10T, catatan pengobatan, dan catatan pasien pulang/rujuk (*accuracy*); elemen riwayat kunjungan sebelumnya yang tersedia pada kunjungan berikutnya (*accessibility*); elemen wajib yang terisi sesuai trimester (*comprehensiveness*); dan elemen yang tercatat seragam pada kunjungan berturut-turut dalam satu trimester (*consistency*). Persentase tiap komponen dihitung dari jumlah rekam medis yang memenuhi komponen tersebut dibagi jumlah rekam medis yang seharusnya memenuhinya, dikali 100%. Komponen pemeriksaan laboratorium terdiri dari 6 pemeriksaan, sehingga persentasenya dihitung dari 6 komponen tersebut. Nilai akhir tiap indikator dihitung dengan membagi jumlah seluruh data yang tercatat dengan jumlah seluruh komponen yang seharusnya tercatat pada seluruh rekam medis dan seluruh trimester yang dinilai, dikali 100%, sehingga nilai akhir tidak sama dengan rata-rata sederhana persentase pada

Jurnal Manajemen dan Teknologi
https://journal.stmiki.ac.id
E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November
OPEN ACCESS
https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

tabel. Tanda "-" pada tabel menunjukkan komponen tidak wajib dinilai pada trimester tersebut. Data kuantitatif dianalisis secara deskriptif dalam bentuk frekuensi dan persentase. Wawancara mendalam dilakukan terhadap tujuh bidan yang berpraktik di TPMB lokasi penelitian, berusia 23–51 tahun, dengan enam informan berlatar pendidikan S1 Profesi Kebidanan dan satu informan D3 Kebidanan, yang dipilih dengan teknik *accidental sampling*. Panduan wawancara disusun berdasarkan konstruk *Theory of Planned Behavior* (TPB), yaitu sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku, serta komponen 10T (Ajzen 1991). Wawancara bertujuan mengonfirmasi apakah komponen 10T, termasuk yang tidak memiliki kolom pencatatan seperti temu wicara, tetap dilaksanakan, serta menelusuri faktor yang memengaruhi pencatatan. Wawancara direkam, ditranskrip verbatim, dan dianalisis dengan analisis tematik: pengodean, pengelompokan tema berdasarkan konstruk TPB, dan penarikan kesimpulan. TPB digunakan sebagai kerangka pengelompokan temuan dan tidak diuji secara statistik. Kutipan informan diberi kode Informan 1 hingga Informan 7. Seluruh informan memperoleh penjelasan penelitian dan menyatakan persetujuan secara sukarela (*informed consent*).

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Hasil

Penilaian terhadap 30 rekam medis ibu hamil menunjukkan rata-rata keempat indikator AHIMA sebesar 62,45%, dengan nilai tertinggi pada *accuracy* (79,44%) dan nilai terendah pada *consistency* (48,20%) (Tabel 1). Angka ini menunjukkan bahwa secara umum pencatatan rekam medis ANC pada TPMB di wilayah Jakarta Barat belum lengkap, terutama pada aspek konsistensi pencatatan antar kunjungan.

Tabel 1 Kualitas Data Layanan 10T pada TPMB di Wilayah Jakarta Barat

Indikator	Rata-rata (%)
Accuracy	79,44
Accessibility	59,71
Comprehensiveness	62,48
Consistency	48,20
Rata-rata	62,45

Accuracy memperoleh nilai 79,44%, dengan hasil yang sama pada ketiga sub-komponen yang dinilai (Tabel 2), yaitu identitas pada hasil pemeriksaan 10T, catatan pengobatan, dan catatan pasien pulang/rujuk. Nilai yang seragam ini menunjukkan bahwa kesalahan pencatatan identitas cenderung terjadi secara menyeluruh pada satu rekam medis, bukan pada bagian tertentu saja. Dengan kata lain, jika identitas pasien tidak lengkap pada satu bagian catatan, kemungkinan besar bagian lain dari rekam medis tersebut juga mengalami masalah serupa. Informan menyampaikan bahwa pencatatan hasil pemeriksaan lebih diutamakan dibandingkan dengan identitas, sebagaimana disampaikan oleh Informan 3 yaitu "*karena beban kerjanya cukup tinggi jadi biasanya yang kita utamakan yaitu pencatatan dari hasil pemeriksaan dulu daripada identitas atau tanda tangan, jadi identitas ibu hamil yang dicantumkan itu biasanya yang penting aja*".

Tabel 2 *Accuracy* Data Layanan 10T TPMB Wilayah Jakarta Barat 2020 – 2026

Sub-komponen	%
Identitas pada hasil pemeriksaan 10T	79,44
Catatan pengobatan	79,44
Catatan pasien pulang/rujuk	79,44

Jurnal Manajemen dan Teknologi
https://journal.stmiki.ac.id
E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November
OPEN ACCESS
https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

Accessibility, yaitu ketersediaan riwayat pemeriksaan kunjungan sebelumnya pada kunjungan berikutnya, memperoleh rata-rata 59,71% (Tabel 3). Pada transisi dari trimester I ke II, riwayat pemeriksaan yang paling sering tersedia adalah berat badan dan tekanan darah (masing-masing 100%), sementara riwayat penentuan presentasi janin paling jarang tersedia (6,67%). Sebaliknya, tiga komponen yang memang wajib diperbarui setiap kunjungan seperti berat badan, tekanan darah, dan denyut jantung janin justru menunjukkan ketersediaan riwayat yang jauh lebih baik pada trimester II, yang kemungkinan mencerminkan pemeriksaan rutin pada setiap kunjungan. Pada komponen temu wicara atau rencana persalinan tidak dapat dinilai pada indikator *accessibility*, karena tidak ada riwayat pencatatan temu wicara dari kunjungan sebelumnya yang bisa ditelusuri ketersediaannya. Berdasarkan hasil wawancara, seluruh bidan menyatakan telah melaksanakan temu wicara pada setiap kunjungan, sehingga ketiadaan data ini kemungkinan mencerminkan keterbatasan instrumen pencatatan, dan pelaksanaannya tidak dapat diverifikasi dari rekam medis.

Tabel 3 *Accessibility* Data Layanan 10T TPMB Wilayah Jakarta Barat 2020 – 2026

Komponen 10T	Trimester I (%)	Trimester II (%)
Timbang BB	100	100
Ukur TB	83,33	-
Nilai status gizi (LILA)	93,33	-
Ukur tekanan darah (TD)	100	100
Ukur tinggi fundus uteri (TFU)	30,00	86,67
Tentukan presentasi janin	6,67	-
Denyut jantung janin (DJJ)	30,00	93,33
Skrining imunisasi TT	26,67	-
Beri tablet tambah darah (Fe)	66,67	76,67
Periksa laboratorium	22,78	-
Tatalaksana kasus	66,67	-

Comprehensiveness, yaitu kelengkapan seluruh elemen data 10T pada setiap trimester, memperoleh rata-rata 62,48% (Tabel 4). Komponen yang paling lengkap tercatat adalah tekanan darah (rata-rata 98,89%). Tatalaksana kasus melalui skrining tanda bahaya kehamilan tercatat cukup baik pada trimester I (66,67%), tetapi sama sekali tidak tercatat pada trimester III (0%) dan pada trimester II tidak dinilai karena bukan elemen wajib pada trimester tersebut. Penurunan serupa juga terlihat pada komponen tinggi badan, yang menurun dari 83,33% di trimester I menjadi 0% pada trimester III, meskipun dalam hal ini penurunan tersebut wajar, karena tinggi badan memang cukup diukur satu kali saja di awal kehamilan, bukan tanda kelalaian pencatatan. Berbeda dengan komponen tinggi badan, ketiadaan pencatatan tatalaksana kasus pada trimester III justru bertentangan dengan kebutuhan klinis, hal ini dikarenakan skrining tanda bahaya seharusnya tetap dilakukan setiap kali kunjungan, terlebih menjelang persalinan ketika risiko komplikasi meningkat. Temuan ini membuka kemungkinan bahwa pemeriksaan dilakukan tetapi tidak tercatat, namun hal ini tidak dapat dipastikan karena tidak ada observasi langsung. Komponen temu wicara atau rencana persalinan juga tidak dapat dinilai pada indikator *comprehensiveness*, karena tidak memiliki kolom pencatatan tersendiri pada formulir rekam medis di TPMB manapun yang diteliti sehingga kelengkapannya tidak dapat diukur dari data yang ada. Berdasarkan hasil wawancara dengan tujuh bidan, seluruh informan menyatakan telah melaksanakan seluruh komponen 10T dalam praktik sehari-hari, termasuk temu wicara. Ketiadaan kolom pencatatan membuat temu wicara tidak dapat dinilai dari rekam medis. Keterangan bidan bahwa layanan tetap diberikan belum dapat diverifikasi.

Tabel 4 *Comprehensiveness* Data Layanan 10T TPMB Wilayah Jakarta Barat 2020 – 2026

Komponen 10T	Trimester I (%)	Trimester II (%)	Trimester III (%)
Identitas pada hasil pemeriksaan 10T	79,44	79,44	79,44
Timbang BB	100	100	100
Ukur TB	83,33	-	0

Jurnal Manajemen dan Teknologi
https://journal.stmiki.ac.id
E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November
OPEN ACCESS
https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

Nilai status gizi (LILA)	93,33	-	36,67
Ukur tekanan darah (TD)	100	100	96,67
Ukur tinggi fundus uteri (TFU)	30,00	86,67	93,33
Tentukan presentasi janin	6,67	-	33,33
Denyut jantung janin (DJJ)	30,00	93,33	93,33
Skrining imunisasi TT	26,67	-	6,67
Beri tablet tambah darah (Fe)	66,67	76,67	60,00
Periksa laboratorium	22,78	-	11,11
Tatalaksana kasus	66,67	-	0

Consistency menjadi indikator dengan nilai terendah di antara keempat indikator, yaitu 48,20% (Tabel 5). Komponen berat badan tercatat paling konsisten pada setiap kunjungan, sedangkan komponen tatalaksana kasus dan skrining imunisasi TT tercatat paling tidak konsisten, terutama pada trimester III. Komponen temu wicara atau rencana persalinan juga tidak dapat dinilai pada indikator *consistency*, karena tanpa adanya kolom pencatatan sama sekali, keseragamannya antar kunjungan maupun antar trimester tidak mungkin ditelusuri. Berdasarkan hasil wawancara, seluruh bidan menyatakan telah melaksanakan komponen ini secara rutin, sehingga ketiadaan data konsistensi untuk temu wicara kemungkinan mencerminkan keterbatasan formulir, bukan ketidakkonsistenan pelaksanaan, namun hal ini belum dapat diverifikasi.

Tabel 5 *Consistency* Data Layanan 10T TPMB Wilayah Jakarta Barat 2020 – 2026

Komponen 10T	Trimester I (%)	Trimester II (%)	Trimester III (%)
Timbang BB	100	100	100
Ukur TB	83,33	-	0
Nilai status gizi (LILA)	93,33	-	36,67
Ukur tekanan darah (TD)	100	100	96,67
Ukur tinggi fundus uteri (TFU)	30,00	86,67	93,33
Tentukan presentasi janin	6,67	-	33,33
Denyut jantung janin (DJJ)	30,00	93,33	93,33
Skrining imunisasi TT	26,67	-	6,67
Beri tablet tambah darah (Fe)	66,67	76,67	60,00
Periksa laboratorium	22,78	-	11,11
Tatalaksana kasus	66,67	-	0

Rata-rata kualitas data sebesar 62,45% menunjukkan bahwa pencatatan layanan 10T pada TPMB di wilayah Jakarta Barat masih tergolong belum memadai. Nilai *accuracy* sebesar 79,44% pada penelitian ini sejalan dengan temuan (Getachew, Erkalo, and Garedew 2022) di Shashogo, Ethiopia, yang juga memperoleh akurasi sistem informasi kesehatan sebesar 79%. Kedua penelitian ini, termasuk penelitian (Solomon *et al.* 2021) di Ethiopia Selatan yang mencatat akurasi 76%, sama-sama menemukan bahwa komponen identitas pasien cenderung dianggap kurang penting oleh petugas kesehatan dibandingkan komponen pemeriksaan klinis. Pola yang sama tampak pada penelitian ini, di mana informan menyampaikan bahwa pencatatan hasil pemeriksaan lebih diutamakan dibandingkan melengkapi identitas pada setiap catatan, meskipun, menurut keterangan bidan, pemeriksaan tetap dilakukan. Nilai *accessibility* sebesar 59,71% menunjukkan bahwa riwayat pemeriksaan dari kunjungan sebelumnya tidak selalu tersedia saat bidan menangani kunjungan berikutnya. Kondisi ini dapat menghambat proses pemantauan perkembangan kondisi ibu hamil dari waktu ke waktu, karena bidan tidak selalu memiliki gambaran lengkap tentang riwayat kesehatan pasien sebelum melakukan pemeriksaan lanjutan. Temuan ini sejalan dengan (Getachew *et al.* 2022), yang menyebut ketidakkonsistenan pencatatan antar kunjungan sebagai penyebab utama sulitnya mengakses data riwayat pasien, serta (Hosseinzadeh *et al.* 2025) yang menyimpulkan bahwa buruknya aksesibilitas data umumnya mencerminkan sistem pencatatan yang belum tertata dengan baik, sehingga kurang mendukung pelayanan berkelanjutan yang seharusnya berbasis riwayat pasien.

Jurnal Manajemen dan Teknologi
https://journal.stmiki.ac.id
E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November
OPEN ACCESS
https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

Temuan yang paling terlihat dalam penelitian ini adalah menurunnya pencatatan tatalaksana kasus secara drastis, dari 66,67% pada trimester I menjadi 0% pada trimester III. Pola penurunan ini cukup mengkhawatirkan karena berlawanan dengan kebutuhan klinis yang sebenarnya, skrining tanda bahaya kehamilan seharusnya dilakukan secara rutin pada setiap kunjungan, dan justru semakin penting menjelang trimester akhir sebagai upaya deteksi dini komplikasi kehamilan. Rendahnya nilai *consistency* sebesar 48,20% pada penelitian ini sejalan dengan temuan (Taye *et al.* 2023) di wilayah Ethiopia Barat Laut, yang hanya menemukan 26% data konsisten tercatat antar kunjungan, serta (Chekol *et al.* 2023) di West Gojjam Zone yang mengaitkan rendahnya konsistensi pencatatan dengan minimnya supervisi rutin terhadap petugas kesehatan. Sejalan dengan itu, (Ghalavand *et al.* 2024) menegaskan bahwa konsistensi merupakan dimensi kualitas data yang paling sulit dicapai, karena membutuhkan keseragaman perilaku pencatatan di antara berbagai petugas dan sepanjang waktu, bukan hanya pada satu titik kunjungan saja. Rendahnya kualitas pencatatan tidak dapat langsung diartikan sebagai tidak dilaksanakannya pemeriksaan 10T oleh bidan. Seluruh bidan melaporkan telah melaksanakan seluruh komponen 10T, termasuk temu wicara yang tidak memiliki ruang pencatatan pada formulir rekam medis yang digunakan, sesuai dengan yang disampaikan oleh Informan 5 yang menyatakan "*untuk temu wicara atau perencanaan persalinan tetap kita lakukan, terlebih saat sudah mendekati tanggal persalinan pasti kita selalu lakukan untuk mengetahui rencana persalinan dari ibu hamil itu sendiri*". Namun, keterangan ini merupakan laporan diri yang tidak dapat diverifikasi dari rekam medis maupun observasi langsung, sehingga penelitian ini hanya menunjukkan adanya kesenjangan antara pencatatan dan pelaksanaan yang dilaporkan, bukan membuktikan bahwa layanan telah diberikan sesuai dengan standar. Rendahnya kualitas pencatatan kemungkinan berkaitan dengan keterbatasan desain instrumen pencatatan dan beban kerja bidan. Satu TPMB dalam penelitian ini bahkan ditemukan tidak menyediakan kolom pencatatan tanda bahaya kehamilan sama sekali pada formulirnya, yang kemungkinan berkontribusi pada rendahnya nilai keempat indikator kualitas data untuk TPMB tersebut. Temuan ini memperkuat pandangan (Yuliani and Nisak 2025) bahwa desain instrumen pencatatan turut menentukan kualitas data rekam medis, termasuk pada rekam medis elektronik sekalipun. Dengan kata lain, standardisasi formulir rekam medis ANC di tingkat TPMB, khususnya agar mencakup seluruh sepuluh komponen 10T secara eksplisit perlu menjadi perhatian sebelum intervensi lebih lanjut dilakukan terhadap perilaku pencatatan bidan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2022).

Selain desain formulir, informan menyebutkan beban pencatatan yang tinggi karena bidan harus mencatat secara manual sekaligus menginput data yang sama ke sistem pelaporan elektronik yang tidak terintegrasi, seperti disampaikan Informan 7 yaitu "*beban kerja di TPMB ini cukup tinggi ya karena kita tidak hanya mencatat pada rekam medis manual ini tetapi juga pada sistem yang disediakan oleh IBI jadi cukup susah untuk melengkapi keduanya*". Kondisi ini kemungkinan membatasi waktu dan perhatian bidan untuk melengkapi pencatatan manual, terutama pada komponen dengan pencatatan terendah seperti tatalaksana kasus dan skrining imunisasi TT, tetapi hubungan ini belum diuji dalam penelitian ini. (Taye *et al.* 2023) menunjukkan bahwa pelatihan kualitas data serta supervisi yang suportif merupakan faktor utama yang dapat meningkatkan kelengkapan pencatatan, sehingga hal ini dapat menjadi salah satu titik intervensi yang relevan untuk diterapkan pada TPMB di wilayah Jakarta Barat. Rendahnya pencatatan pemeriksaan laboratorium juga kemungkinan dipengaruhi faktor di luar kendali bidan, yaitu pasien yang memilih memeriksakan laboratorium di puskesmas karena tidak dipungut biaya sehingga hasilnya tidak tercatat di rekam medis TPMB, seperti disampaikan Informan 1 yaitu "*biasanya ibu hamil lebih pilih buat periksa laboratorium nya di puskesmas karena tidak dipungut biaya jadi tidak dicatat pada rekam medis di TPMB*". Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam menafsirkan hasilnya. Pertama, jumlah sampel terbatas pada 30 rekam medis dari enam TPMB dengan teknik *quota sampling*, sehingga hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan ke seluruh TPMB di wilayah Jakarta Barat secara keseluruhan. Kedua, pelaksanaan 10T, termasuk komponen temu wicara, hanya diketahui dari laporan diri bidan tanpa observasi langsung, sehingga berpotensi mengandung bias keinginan sosial (*social desirability bias*). Ketiga, sebagian besar penelitian pembanding menilai data sistem informasi

E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November
OPEN ACCESS
https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

kesehatan, sehingga definisi dimensi kualitas datanya tidak sepenuhnya sama dengan penelitian ini dan perbandingan perlu ditafsirkan hati-hati.

3.2 Pembahasan

Rata-rata kualitas data sebesar 62,45% menunjukkan bahwa pencatatan layanan 10T di TPMB wilayah Jakarta Barat belum memadai. Nilai *consistency* yang paling rendah (48,20%) menandakan bahwa keseragaman pencatatan antarkunjungan dan antartrimester menjadi aspek yang paling lemah. Temuan ini sejalan dengan penelitian Taye *et al.* (2023) di Ethiopia Barat Laut, yang hanya menemukan 26% data yang konsisten tercatat antarkunjungan. Hasil tersebut juga sejalan dengan Chekol *et al.* (2023) di West Gojjam Zone, yang mengaitkan rendahnya konsistensi pencatatan dengan minimnya supervisi rutin terhadap petugas kesehatan. Ghalavand *et al.* (2024) menegaskan bahwa konsistensi merupakan dimensi kualitas data yang paling sulit dicapai karena menuntut keseragaman perilaku pencatatan di antara berbagai petugas dan sepanjang waktu. Nilai *accuracy* sebesar 79,44% pada penelitian ini sejalan dengan temuan Getachew, Erkalo, and Garedew (2022) di Shashogo, Ethiopia, yang memperoleh akurasi sebesar 79%. Solomon *et al.* (2021) di Ethiopia Selatan juga mencatat akurasi sebesar 76%. Ketiga penelitian tersebut sama-sama menunjukkan bahwa komponen identitas pasien cenderung dianggap kurang penting oleh petugas dibandingkan komponen pemeriksaan klinis. Pola ini tampak pada penelitian ini, di mana informan lebih memprioritaskan pencatatan hasil pemeriksaan dibandingkan kelengkapan identitas. Dengan demikian, kelengkapan identitas perlu mendapat perhatian khusus dalam pelatihan pencatatan, meskipun nilai akurasinya relatif lebih baik dibandingkan dimensi lain.

Nilai *accessibility* sebesar 59,71% menunjukkan bahwa riwayat pemeriksaan dari kunjungan sebelumnya tidak selalu tersedia saat bidan menangani kunjungan berikutnya. Temuan ini sejalan dengan Getachew *et al.* (2022), yang menyebut ketidakkonsistenan pencatatan antarkunjungan sebagai penyebab utama sulitnya mengakses riwayat pasien. Hosseinzadeh, Afkanpour, and Momeni (2025) juga menyimpulkan bahwa buruknya aksesibilitas data umumnya mencerminkan sistem pencatatan yang belum tertata dengan baik. Kondisi ini berdampak langsung pada pemantauan kehamilan. Rartri (2022) menjelaskan bahwa riwayat pemeriksaan sebelumnya menjadi dasar bidan menilai perkembangan kondisi ibu dan janin serta menentukan kebutuhan rujukan. Jika riwayat tersebut tidak tersedia, kesinambungan pemantauan dapat terputus, sehingga faktor risiko berpotensi luput terdeteksi hingga kondisinya berkembang lebih berat sebagaimana diperingatkan oleh World Health Organization (2017). Temuan paling menonjol dalam penelitian ini adalah turunnya pencatatan tatalaksana kasus dari 66,67% pada trimester I menjadi 0% pada trimester III. Pola ini bertentangan dengan kebutuhan klinis, karena skrining tanda bahaya seharusnya dilakukan pada setiap kunjungan dan semakin penting menjelang persalinan. Penelitian ini belum dapat memastikan apakah skrining tidak dilakukan atau hanya tidak tercatat. Namun, hasil ini menunjukkan perlunya penguatan pencatatan pada trimester akhir. Pencatatan skrining imunisasi TT dan pemeriksaan laboratorium juga termasuk yang terendah sepanjang kehamilan. Selain itu, temuan bahwa beberapa pemeriksaan laboratorium dilakukan di puskesmas dan tidak dicatat ulang di TPMB sejalan dengan kondisi di pelayanan primer yang saling terpisah. Kondisi ini menunjukkan bahwa kualitas data ANC tidak hanya ditentukan oleh bidan, tetapi juga oleh alur rujukan dan pemeriksaan lintas fasilitas. Rendahnya kualitas pencatatan tidak dapat langsung diartikan sebagai tidak dilaksanakannya pemeriksaan 10T. Seluruh bidan melaporkan telah melaksanakan seluruh komponen 10T, termasuk temu wicara yang tidak memiliki kolom pencatatan pada formulir yang digunakan. Namun, keterangan tersebut merupakan laporan diri yang belum dapat diverifikasi dari rekam medis maupun observasi langsung. Temuan ini memperkuat pandangan Yuliani and Nisak (2025) bahwa desain instrumen pencatatan turut menentukan kualitas data rekam medis, termasuk pada rekam medis elektronik. Satu TPMB dalam penelitian ini bahkan tidak menyediakan kolom pencatatan tanda bahaya kehamilan pada formulirnya. Oleh karena itu, standardisasi formulir rekam medis ANC yang memuat seluruh komponen 10T secara eksplisit perlu menjadi prioritas sebelum intervensi terhadap perilaku pencatatan bidan dilakukan, sebagaimana juga direkomendasikan dalam kebijakan satu data bidang kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2022).

Jurnal Manajemen dan Teknologi
https://journal.stmiki.ac.id
E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November
OPEN ACCESS
https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

Beban kerja juga menjadi faktor yang diidentifikasi informan. Bidan harus mencatat secara manual sekaligus menginput data yang sama ke sistem pelaporan elektronik yang tidak terintegrasi. Kondisi ini kemungkinan membatasi waktu dan perhatian bidan untuk melengkapi pencatatan manual, terutama pada komponen dengan pencatatan terendah. Hubungan ini belum diuji dalam penelitian ini. Meski demikian, Taye *et al.* (2023) menunjukkan bahwa pelatihan kualitas data dan supervisi yang suportif merupakan faktor utama yang dapat meningkatkan kelengkapan pencatatan. Temuan tersebut mendukung perlunya pelatihan pencatatan dan supervisi berkala oleh Dinas Kesehatan bagi TPMB di wilayah Jakarta Barat. Secara umum, penelitian ini melengkapi temuan Khalisha *et al.* (2024), Suarni *et al.* (2024), dan Krull and Kurniasari (2020) yang melaporkan ketidaklengkapan pelaksanaan 10T dan pencatatan buku KIA, dengan menempatkan TPMB sebagai objek penilaian kualitas data yang sebelumnya jarang diteliti. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, jumlah sampel terbatas pada 30 rekam medis dari enam TPMB dengan teknik *quota sampling*, sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasikan ke seluruh TPMB di wilayah Jakarta Barat. Kedua, pelaksanaan 10T hanya diketahui dari laporan diri bidan tanpa observasi langsung, sehingga berpotensi mengandung *social desirability bias*. Ketiga, sebagian besar penelitian pembanding menilai sistem informasi kesehatan, sehingga definisi dimensi kualitas datanya tidak sepenuhnya sama dengan penelitian ini. Oleh karena itu, perbandingan dengan penelitian-penelitian tersebut perlu ditafsirkan dengan hati-hati.

4. Kesimpulan

Kualitas pencatatan rekam medis ANC berdasarkan 10T pada TPMB di wilayah Jakarta Barat masih belum memadai, dengan rata-rata keempat indikator sebesar 62,45% (*accuracy* 79,44%, *accessibility* 59,71%, *comprehensiveness* 62,48%, *consistency* 48,20%). Pencatatan tatalaksana kasus melalui skrining tanda bahaya kehamilan menurun signifikan dari 66,67% pada trimester I menjadi tidak tercatat sama sekali pada trimester III, sementara skrining imunisasi TT dan pemeriksaan laboratorium termasuk komponen dengan pencatatan terendah sepanjang kehamilan. Komponen temu wicara tidak dapat dinilai dari rekam medis karena tidak tersedia kolom pencatatannya. Seluruh bidan melaporkan telah melaksanakan seluruh komponen 10T, tetapi keterangan ini belum diverifikasi secara objektif, sehingga temuan penelitian ini menggambarkan kualitas pencatatan, bukan mutu pelaksanaan layanan. Keterbatasan desain formulir rekam medis dan beban kerja pencatatan ganda pada bidan merupakan faktor yang kemungkinan berkontribusi terhadap rendahnya kualitas pencatatan berdasarkan keterangan informan, namun hubungan ini belum diuji. Disarankan standardisasi formulir 10T yang memuat seluruh komponen secara eksplisit, termasuk temu wicara, pelatihan pencatatan bagi bidan dan supervisi berkala oleh Dinas Kesehatan. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan sampel yang lebih besar dengan pendekatan analitik dan observasi langsung terhadap pelayanan.

5. Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Program Studi S1 Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Esa Unggul, serta kepada seluruh bidan dan Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB) di wilayah Jakarta Barat yang telah bersedia menjadi informan dan memberikan akses data dalam penelitian ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Jakarta Barat atas dukungan dan fasilitasinya selama proses pengumpulan data.

Jurnal Manajemen dan Teknologi
https://journal.stmiki.ac.id

E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November
OPEN ACCESS

https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

6. Daftar Pustaka

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179–211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T.

American Health Information Management Association. (2017). *Informatics toolkit for health informatics and information management professionals*.

Chekol, A., Ketemaw, A., Endale, A., Aschale, A., Endalew, B., & Asemahagn, M. A. (2023). Data quality and associated factors of routine health information system among health centers of West Gojjam Zone, Northwest Ethiopia, 2021. *Frontiers in Health Services, 3*. https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1059611.

Getachew, N., Erkalo, B., & Garedew, M. G. (2022). Data quality and associated factors in the health management information system at health centers in Shashogo District, Hadiya Zone, Southern Ethiopia, 2021. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 22*(154). https://doi.org/10.1186/s12911-022-01898-3.

Ghalavand, H., Shirshahi, S., Rahimi, A., Zarrinabadi, Z., & Amani, F. (2024). Common data quality elements for health information systems: A systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 24*(243). https://doi.org/10.1186/s12911-024-02644-7.

Hosseinzadeh, E., Afkanpour, M., & Momeni, M. (2025). Data quality assessment in healthcare, dimensions, methods and tools: A systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 25*, 296. https://doi.org/10.1186/s12911-025-03136-y.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Standar pelayanan kebidanan*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Pedoman pelayanan antenatal terpadu* (Edisi ke-2).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil kesehatan ibu dan anak 120 kab/kota lokus AKI AKN*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/43376/2024 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak*.

Khalisha, S., Hardy, M., Yetti, H., Basyir, V., & Semiarty, R. (2024). Analisis kualitas pelayanan antenatal care terpadu pada ibu hamil di Puskesmas Ambacang Kecamatan Kuranji Kota Padang Tahun 2024. *Jurnal Kajian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat, 5*(2), 121–132. https://doi.org/10.24853/annur.5.2.121-132.

Krull, M., & Kurniasari, D. (2020). Gambaran faktor kelengkapan pencatatan buku kesehatan ibu Provinsi Nusa Tenggara Timur. *Archive of Community Health, 7*(2), 48–63. https://doi.org/10.24843/ACH.2020.v07.i02.p05.

Nurdiana, A., & Nurlailasari, E. (2020). Antenatal care quality measurement conducted by midwives in Karawang, Indonesia. *Journal of Health Technology Assessment in Midwifery, 3*(1), 7–17. https://doi.org/10.31101/jhtam.1278.

E-ISSN: 3047-8251 | P-ISSN: 3047-826X
Vol. 3 No. 2 (2026) | November
OPEN ACCESS
https://doi.org/ 10.63447/jmt.v3i2.2180

Rartri, M. V. Y. (2022). *Gambaran penerapan 10T berdasarkan kelengkapan buku KIA di Puskesmas Tejakula I Kabupaten Buleleng* [Skripsi, Poltekkes Denpasar].

Solomon, M., Addise, M., Tassew, B., Balcha, B., & Abebe, A. (2021). Data quality assessment and associated factors in the health management information system among health centers of Southern Ethiopia. *PLOS ONE, 16*(10), 1–13. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255949.

Suarni, L., Kodri, K., Aliyanto, W., Primadila, H., & Wahyudi, F. D. (2024). Implementation of minimum antenatal care service standards in North Lampung Regency. *Jurnal Kesehatan, 15*(1), 112–121. https://doi.org/10.26630/jk.v15i1.4440.

Taye, B. K., Gezie, L. D., Atnafu, A., & Mengiste, S. A. (2023). Data completeness and consistency in individual medical records of institutional births: Retrospective cross-sectional study from Northwest Ethiopia, 2022. *BMC Health Services Research, 23*(1189), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12913-023-10127-0.

World Health Organization. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*.

World Health Organization. (2017). *Module 2: Desk review of data quality review*.

World Health Organization. (2025). *Maternal mortality*.

Yuliani, R. D., & Nisak, U. K. (2025). Penilaian kualitas data individu rekam medis elektronik. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (JPKMK), 5*(1).