

# **PENCATATAN DAN PELAPORAN EPIDEMIOLOGI**

## **PENCATATAN DAN PELAPORAN EPIDEMIOLOGI**

### **A. Latar Belakang**

Selain memiliki kompetensi sebagai bidan yaitu melakukan pelayanan kesehatan ibu dan anak, seorang bidan juga harus mempunyai kompetensi melakukan pencatatan dan pelaporan.

Setiap kegiatan yang dilakukan harus dicatat untuk mengetahui penyakit/masalah apa yang terjadi, siapa yang terkena, dimana tempat kejadian, kapan waktu kejadian, bagaimana kejadian penyakit/masalah tersebut terjadi, apa penyebab kejadian/masalah serta kegiatan yang perlu dilakukan untuk masalah tersebut.

Agar pencatatan dan pelaporan dapat dilaksanakan dengan baik, maka bidan harus dibekali dengan pengetahuan tentang pentingnya pencatatan dan pelaporan serta pengelolaan berkas pencatatan dan pelaporan.

### **B. Tujuan**

#### **1. Tujuan umum**

Agar dalam pelayanannya bidan selalu memiliki bukti yang akurat yaitu hitam diatas putih jika suatu saat ada kejadian yang tidak diinginkan yang berkenaan dengan hukum maka sebagai bidan sudah memiliki bukti yaitu berupa inform concent

#### **2. Tujuan khusus**

- ü Pelaksanaan kebidanan tersistimatik
- ü Bidan mampu memberikan pelayanan yang disetujui oleh klien
- ü Bidan mempunyai bukti otentik dimata hukum.

## **PENCATATAN DAN PELAPORAN EPIDEMIOLOGI**

### **A. PENCATATAN**

#### **1. Pengertian**

Suatu kegiatan rutin meliputi pengumpulan dan pengelolaan data yang akan dilaporkan sesuai jenjang administrasi.

2. Tujuan  
Menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan kesehatan.
3. Sistem Informasi Kesehatan saat ini :
  - a. Sistem informasi puskesmas ( SP2TP)
  - [b. Sistem informasi rumah sakit \(SPRS\)](#)
  - c. Sistem Informasi survey labs
  - d. Sistem Informasi kewaspadaan pangan dan gizi ( SKPG)
  - e. Sistem Informasi obat
  - f. Sistem Informasi penyalahgunaan NAPZA
  - g. Sistem Informasi tenaga kesehatan
4. Perkembangan sistem informasi kesehatan
  - a. Konsep awal PKM 1975  
Recording dan repoting menjadi program pokok puskesmas
  - b. Recording dan repoting terpadu 1986  
Recording dan repoting PKM diintegrasikan menjadi sistem pencatatan dan pelaporan terpadu PKM (SP2TP)
  - c. SP2TP disederhanakan 1996  
SP2TP menjadi salah satu komponen manajemen PKM dan dikembangkan menjadi sistem informasi manajemen PKM ( SIMPUS)
  - d. Simpus tidak bekerja sebagaimana mestinya 1998  
Diberlakukannya undang-undang desentralisasi dan otonomi daerah simplus menjadi terkotak-kotak.
  - e. Upaya penataan kembali SIMPUS 2001 dimulainya reformasi PKM.
5. Aplikasi software yang dikembangkan
  - a. PKM kelurahan
    1. Aplikasi RJ PKM
    2. Aplikasi kegiatan program dalam gedung PKM
    3. Aplikasi kegiatan program luar gedung PKM
    4. Aplikasi pengawasan penderita TBC PKM
    5. Aplikasi data kematian PKM
  - b. PKM kecamatan
    1. Aplikasi RJ PKM

2. Aplikasi RI PKM
3. Aplikasi kegiatan program dalam gedung PKM
4. Aplikasi data keuangann swadana PKM
  - c. Sudin pelayanan kesehatan kota madya  
Aplikasi data perijinan praktek dokter dan praktek bersama.
  - d. Pusat pengelolaan data dinkes provinsi  
Aplikasi pengelolaan data
  - e. Contoh pencatatan dan pelaporan  
PWS KIA data dicatat perdesa dikumpulkan di tingkat puskesmas dan dilaporkan sesuai jenjang administrasi.

#### 1. Jenis data

Data yang diperlukan untuk mendukung PWS KIA meliputi :

- a. Data sasaran
  - Jumlah seluruh ibu hamil
  - Jumlah seluruh ibu bersalin
  - Jumlah seluruh bayi usia < 1 bln ( neonatal)
- b. Data pelayanan
  - Jumlah K1
  - Jumlah K4
  - Jumlah ibu hamil beresiko yang dirujuk masyarakat.
  - Jumlah ibu hamil beresiko yang dilayani tenaga kesehatan
  - Jumlah persalinan ditolong tenaga profesional
  - Jumlah bayi usia kurang satu bulan dilayani tenaga kesehatan minimal 2 kali.

#### 2. Sumber data

Data pelayanan umumnya berasal dari :

- a. Register kohort ibu dan bayi
- b. Laporan persalinan oleh tenaga kesehatan dan bayi
- c. Laporan dari dokter/BPS
- d. Laporan dari fasilitas pelayanan selain PKM.

### **B. PELAPORAN**

#### **1. Sistem pelaporan di puskesmas**

- a. Data dari PKM dikumpulkan, diolah dan hasilnya dimasukkan kedalam format 1
- b. Format 1 merupakan rekapitulasi dari tiap desa juga sebagai laporan ke dinas kesehatan dati II yang dikirim tiap bulan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.
- c. Dinas kesehatab dati II membuat rekapitulasi laporan PKM ( format 1 dengan menggunakan format 2 yang dikirim ke pusat setiap triwulan paling lambat satu bulan setelah triwulan tersebut berakhir)

#### **2. Sistem pelaporan rumah sakit ( SPRS)**

a. Pengertian SPRS

Sistim Informasi Manajemen Rumah Sakit adalah sistem komputerisasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses bisnis layanan kesehatan dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara cepat, tepat dan akurat.

Sistim Informasi Manajemen (SIM) berbasis komputer merupakan sarana pendukung yang sangat penting – bahkan bisa dikatakan mutlak – untuk operasional rumah sakit.

Berbagai pengalaman rumah sakit yang menggunakan sistim administrasi konvensional menunjukkan banyaknya kehilangan kesempatan memperoleh laba akibat dari lemahnya koordinasi antar departemen maupun kurangnya dukungan informasi yang cepat, tepat, akurat, dan terintegrasi.

b. Tujuan SPRS

Dalam sistim informasi manajemen rumah sakit ini, fungsi dari bagian perawatan lebih dikonsentrasikan pada pelayanan perawatan/jasa medis secara profesional, fungsi penagihan dilakukan oleh bagian keuangan sedangkan pemberian potongan menjadi wewenang direksi.

Para tenaga medis tidak perlu memikirkan kemampuan finansial pasien dan tidak membedakan pelayanan kepada pasien karena tenaga medis akan diberi insentif yang sama untuk tindakan yang sama, tidak tergantung kepada siapa pelayanan medis tersebut diberikan. Pola tersebut terbukti mempengaruhi secara positif kinerja para tenaga medis yang pada akhirnya akan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

SPRS diberlakukan pertama kali tahun 1952 dan dalam pelaksanaannya mendapat penyempurnaan sebagai berikut :

- a. Sistem pelaporan rumah sakit pertama tahun 1952.
  - b. Revisi I tahun 1973.
  - c. Revisi II tahun 1979.
  - d. Revisi III tahun 1994
  - e. Hasil rapat konsultasi surveyllasi nasioanal 1987 sama dengan data surveyllans epidemiologi rumah sakit diintegrasikan dalam SPRS.
  - f. Revisi IV tahun 1997 yaitu penyempurnaan formolis.
- c. Sistem pelaporan rumah sakit saat ini
- Sistem pelapoeran rumah sakit (SPRS) saat ini adalah revisi ke VI yang disempurnakan melalui keputusan dirjen pelayanan medik no.HK.00.05.1.4.5482

tanggal 2 januari 1997. SPRS mencakup semua rumah sakit baik yang dikelola pemerintah (DEPKES, ABRI, BUMN, Dep.lainnya) maupun yang dikelola swasta. SPRS berlaku bagi semua jenis atau kategori rumah sakit seperti rumah sakit umum maupun rumah sakit khusus (jiwa, kanker, jantung, mata, bedah, anak, bersalin, dll)

- d. Informasi pokok sistem pelaporan rumah sakit
1. Informasi kegiatan rumah sakit
  2. Informasi morbiditas
  3. Informasi infentarisasi rumah sakit
  4. Informasi ketenangan rumah sakit
  5. Informasi kegiatan rumah sakit
  6. Informasi ketenangan rumah sakit
  7. Informasi peralatana medik

### **Keuangan ( Non sistem pelaporan rumah sakit )**

#### **Formulir SPRS**

<b>NO</b>	<b>FORM</b>	<b>ISI FORMULIR</b>
1.	RL 1	Data kegiatan rumah sakit
2.	RL 2a	Data k/a morbiditas pasien R.I
3.	RL 2b	Data k/a morbiditas pasien R.J
4.	RL 2a1	Data k/a penyakit khusus R.J
5.	RL 2b1	Data k/a penyakit khusus R.J
6.	RL 2c	Data Status Imunisasi
7.	RL 3	Data Intervensi RS
8.	RL 4	Data Ketenangan RS
9.	RL 5	Data Peralatan Medik RS

**Formulir individual karena penyakit pasien R.I dan ketenangan yang dikirim hanya ke Depkes (Yanmedik) sebagai berikut:**

<b>NO</b>	<b>FROM</b>	<b>ISI FORMULIR</b>
1.	RL 21	Data individual morbiditas ps R.I untuk pasien umum
2.	RL 22	Data individual morbiditas ps R.I untuk pasien obstetri
3.	RL 23	Data individual morbiditas ps R.I untuk pasien bayi lahir +
4.	RL 4a	Data

#### **Periode laporan**

<b>Jenis form</b>	<b>Periode</b>	<b>Tanggal pendidikan</b>
RL 1	Triwulan	Tanggal 1 bulan pertama triwulan tanggal 30/31 bulan ketiga triwulan.
RL 2a, RL 2b1	Tahunan	Tanggal 1 januari – 31 Deseember
RL 2a1, RL	Bulanan	Tanggal 1-30/31 setiap bulan

2b1,RL2c		
RL 3	Tahunan	Keadaan tanggal 31 Desember
RL 4	Semester	k/a 30 Juni dan 31 Desember
RL 5	Tahunan	Keadaan tanggal 31 Desember
RL 21,RL 22, RL 23, RL 4a	Triwulan	Tanggal 1-10 Feb,Mei,Agustus dan November
	Tahunan	keadaan tanggal 31 Desember

### 3. Sistem Pelaporan Di Poskesdas

Kegiatan posyandu yang perlu dilaporkan adalah kegiatan pemantauan kesehatan keluarga menguraikan :

1. Penyakit/ masalah apa yang terjadi
  2. Siapa yang terkena
  3. Dimana kejadian penyakit/masalah tersebut terjadi
  4. Waktu kejadian penyakit/masalah tersebut terjadi
  5. Bagaimana kejadian penyakit/masalah tersebut terjadi
  6. Penyebab kejadian penyakit akut/masalah
  7. Rencana tindak lanjut kegiatan yang perlu dilakukan untuk mengatasi kejadian/masalalah tersebut.
1. Format Pelaporan
    - a. Pelaporan rutin misalnya imunisasi KIA
    - b. Pemantauan kesehatan keluarga ( from DS-1 )
    - c. Pelacakan kasus ( form DS-2 )
    - d. Laporan situasi kesehatan desa siaga ( from DS-3)
    - e. Pedoman penentuan jenis penyakit
    - f. Form kejadian luar biasa (KLB) atau wabah W1
  2. Pengelolaan berkas pelaporan  
Semua informasi dari sumber data dapat dikumpulkan untuk dianalisa sehingga dapat diketahui jumlah, dimana, kapan, siapa atau kelompok yang berisiko dan [rogram yang telah dilaksanakan. Minimal harus mengumpulkan mengenai kelompok resiko tinggi dan tempat-tempat potensial KLB diwilayah kerja masing-masing.
  3. Laporan penyakit  
Data yang diperlukan disini adalah nama penderita, nama oarang tua ( jika pendertita masih kanak-kanak), umur,jenis kelamin, alamat lengkap ( termasuk RT,RW,desa atau kelurahan dan kecamatan ), diagnosa dan tanggal mulai sakit perlu diketahui.
  4. Laporan wabah

Ada beberapa penyakit menular yang sukar diketahui bila terjadi secara perorangan tetapi dalam bentuk wabah segera dapat dikenal, misalnya influenza, dengue haemorrhagic fever (DHF), keracunan makanan, dll.