

# BUKU REGISTER PARTUS DI PUSKESMAS

Cetakan Keempat : ver.23 Juni 2015

No.Buku : \_\_\_\_\_

Periode : \_\_\_\_\_

Nama Puskesmas : \_\_\_\_\_

Kabupaten : \_\_\_\_\_

# Petunjuk Pengisian Register Partus di Puskesmas

Kolom	Nama Kolom	Cara Pengisian	Definisi
1.	No Urut	Angka	Nomor Urut Pasien di dalam register. Nomor ini tidak berhubungan dengan Nomor Rekam Medik .
2.	Tanggal/Jam Registrasi	Angka	Masukkan tanggal dan waktu kapan ibu masuk ke Puskesmas (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
3.	No.Register/No.RM	Angka	Masukkan Nomor Register dan Nomor Rekam Medik yang sesuai dengan Nomor Rekam Medik Puskesmas.
4.	Nama Pasien / Nama Suami	Teks	Nama awal dan akhir ibu/ nama awal dan akhir suami .
5.	Alamat	Teks	Alamat tempat tinggal ibu. Nama desa disebutkan dengan jelas.
6.	Umur	Angka	Masukkan umur ibu di dalam hitungan tahun sesuai dengan ulang tahun terakhir yang sudah dilalui.
7.	Status Rujukan dari : Desa	Teks	Catat nama Desa yang merujuk
8.	Status Rujukan dari : Bidan Praktek Swasta	Teks	Catat nama Bidan Praktek Swasta yang merujuk
9.	Status Rujukan dari : Lainnya	Teks	Kolom "Lainnya" diisi nama fasilitas dengan jelas.
10.	Status Rujukan dari : Bukan Rujukan	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan indikasi apakah ibu merupakan rujukan atau BUKAN rujukan. Jika ibu bukan merupakan rujukan, maka berikan tanda pada kolom "Bukan Rujukan"
11.	Diagnosis Rujukan	Teks	Catat diagnosis mengapa rujukan dilakukan. Catat TIDAK ADA, jika tidak ada catatan diagnosis.
12.	Gejala/Diagnosis Awal : G (Gravida)	Angka	Jumlah kehamilan saat ini. Misalnya jika ini kehamilan ketiga, maka ditulis gravida 3.
13.	Gejala/Diagnosis Awal : P (Parity)	Angka	Jumlah kelahiran yang pernah dialami sebelum persalinan saat ini.
14.	Gejala/Diagnosis Awal : A (Abortion)	Angka	Jumlah aborsi yang pernah dialami sebelum persalinan saat ini.
15.	Gejala/Diagnosis Awal : Umur Hamil	Angka	Catat umur kehamilan ibu dalam hitungan minggu.
16.	Gejala/Diagnosis Awal : Inpartu	Ya / Tidak	Berikan tanda YA jika ibu sudah dalam keadaan inpartu ketika datang ke Puskesmas.
17.	Gejala/Diagnosis Awal : Komplikasi HAP	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami perdarahan antepartum (HAP / hemorrhage antepartum).
18.	Gejala/Diagnosis Awal : Komplikasi HPP	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami perdarahan postpartum (HPP / hemorrhage postpartum).
19.	Gejala/Diagnosis Awal : Komplikasi Infeksi	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami infeksi (sepsis).
20.	Gejala/Diagnosis Awal : Komplikasi Pre-Eklampsia Ringan (HDK)	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami pre-eklampsia ringan. Pre-eklampsia ringan ditandai dengan tingginya tekanan darah (Hipertensi Dalam Kehamilan).
21.	Gejala/Diagnosis Awal : Komplikasi Pre-Eklampsia Berat	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami pre-eklampsia berat. Pre-eklampsia berat ditandai dengan tekanan darah diastolik $\geq 100$ mmHg, dengan usia kehamilan $\geq 20$ minggu, dengan proteinuria $+2$ . Kasus PEB dapat bersamaan dengan edema paru.
22.	Gejala/Diagnosis Awal : Komplikasi Eklampsia	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami eklampsia.
23.	Gejala/Diagnosis Awal : Komplikasi Persalinan Macet	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami persalinan macet.
24.	Gejala/Diagnosis Awal : Komplikasi KPD	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami ketuban pecah dini
25.	Gejala/Diagnosis Awal : Komplikasi Lainnya	Teks	Catat dengan jelas jenis komplikasi lain yang dialami oleh ibu.
26.	Abortus	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami Abortus.
27.	DJJ (x per menit)	Angka	Catat hasil pemeriksaan denyut jantung janin dalam satuan berapa kali per menit.
28.	Terapi yang Telah Diberikan di Puskesmas : MgSO <sub>4</sub>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima ibu selama di Puskesmas. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu pernah menerima MgSO <sub>4</sub> ; pemberian MgSO <sub>4</sub> berhubungan dengan komplikasi PEB/E yang diderita ibu.
29.	Terapi yang Telah Diberikan di Puskesmas : Dexametason/Betametazon	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima ibu selama di RS. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu pernah menerima dexametason/betametason; pemberian dexametason/betametason berhubungan dengan persalinan yang terjadi pada kehamilan 24-34 minggu.
30.	Terapi yang Telah Diberikan di Puskesmas : Obat Lainnya	Teks	Catat terapi dan obat-obatan lainnya yang diterima ibu selama di Puskesmas.
31.	Tanggal/Jam Melahirkan	Angka	Catat tanggal dan waktu kapan ibu melahirkan (dicatat dengan format : Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
32.	Kelainan Letak : Sungsang	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis kelainan letak yang dialami. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami kelainan letak sungsang.
33.	Kelainan Letak : Lintang	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis kelainan letak yang dialami. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami kelainan letak lintang.
34.	Cara Bersalin - Spontan	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin secara Spontan.
35.	Cara Bersalin - Vaccum	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin secara Vaccum.
36.	Cara Bersalin - Forceps	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin secara Forceps.
37.	Cara Bersalin - Lainnya	Teks	Catat cara bersalin lainnya yang dialami oleh ibu.
38.	Oxytocin pada MAK3	Ya / Tidak	Berikan tanda pada kolom ini jika ibu menerima minimum satu dosis oxytocin pada persalinan kala 3. Oxytocin merupakan salah satu jenis Uterotonic yang biasa digunakan.
39.	KB Pascasalin	Teks	Catat jenis kontrasepsi yang digunakan ibu jika ibu menggunakan alat kontrasepsi sesudah melahirkan. <u>Jika diperlukan</u> , catat juga dalam berapa jam atau berapa hari sesudah melahirkan ibu menggunakan alat kontrasepsi tersebut.
40.	Bayi Sudah Diberikan : Vit-K Injection	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika bayi SUDAH mendapatkan vitamin K injection. Nama merek dagang vitamin K bisa beragam antara lain Neo-K, Fitomenadion, dan lainnya.
41.	Bayi Sudah Diberikan : Hb O	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika bayi SUDAH mendapatkan imunisasi Hepatitis B Nol. Nama merek dagang imunisasi hepatitis bisa beragam antara lain uniject, bay hep , engerix, dan lainnya.
42.	Bayi Sudah Diberikan : Salep Mata	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika bayi SUDAH mendapatkan Salep mata. Nama merek dagang salep mata bisa beragam antara lain tetrasiklin , erlamycetin 0,5% dan lainnya

Kolom	Nama Kolom	Cara Pengisian	Definisi
43.	Kondisi Ibu : Hidup	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU kondisi ibu pada saat setelah persalinan. Berikan tanda pada kolom ini jika setelah persalinan ibu hidup.
44.	Kondisi Ibu : Mati	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU kondisi ibu pada saat setelah persalinan. Berikan tanda pada kolom ini jika setelah persalinan ibu meninggal.
45.	Kondisi Bayi : Hidup	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU kondisi bayi pada saat setelah dilahirkan. Berikan tanda pada kolom ini jika setelah lahir bayi hidup.
46.	Kondisi Bayi : Kematian Intrapartum	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU kondisi bayi pada saat setelah dilahirkan. Berikan tanda pada kolom ini jika setelah lahir bayi meninggal, berikan indikasi apakah kematian intrapartum (kematian selama proses persalinan, tidak ditandai dengan kondisi maserasi) atau IUFD (kematian janin dalam rahim sebelum proses persalinan, ditandai dengan kondisi maserasi).
47.	Kondisi Bayi : IUFD (KJDR)	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU kondisi bayi pada saat setelah dilahirkan. Berikan tanda pada kolom ini jika setelah lahir bayi meninggal, berikan indikasi apakah kematian intrapartum (kematian selama proses persalinan, tidak ditandai dengan kondisi maserasi) atau IUFD (kematian janin dalam rahim /KJDR sebelum proses persalinan, ditandai dengan kondisi maserasi).
48.	Penilaian Bayi : Baik	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU hasil penilaian bayi yang telah dilakukan. Berikan tanda pada kolom ini jika ketika dilahirkan, bayi dalam keadaan BAIK. Dikatakan Baik jika menangis kuat, bernafas, Frekwensi jantung > 100 dan kemerahan. Informasi ini dapat disesuaikan dengan hasil penilaian Partograph.
49.	Penilaian Bayi : Ada penyulit	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU hasil penilaian bayi yang telah dilakukan. Berikan tanda pada kolom ini jika ketika dilahirkan, bayi dalam keadaan ADA PENYULIT. Dikatakan Ada Penyulit jika bayi TIDAK menangis kuat, TIDAK bernafas, Frekwensi jantung <100 dan TIDAK berwarna kemerahan. Informasi ini dapat disesuaikan dengan hasil penilaian Partograph.
50.	Perawatan Bayi Baru Lahir : Tali pusat diklem >2 menit setelah lahir	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ada penundaan klem tali pusat >2 menit. Berikan pada tanda pada kolom ini jika klem tali pusat dilakukan >2 menit.
51.	Perawatan Bayi Baru Lahir : IMD mulai dilakukan <1jam	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ketika lahir IMD mulai dilakukan dalam waktu <1 jam.
52.	Penolong (nama)	Teks	Catat nama bidan, perawat dan dokter yang penolong persalinan
53.	Jenis Kelamin Bayi : Laki-laki	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU sesuai dengan jenis kelamin bayi. Berikan tanda pada kolom ini jika jenis kelamin bayi Laki-Laki.
54.	Jenis Kelamin Bayi : Perempuan	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU sesuai dengan jenis kelamin bayi. Berikan tanda pada kolom ini jika jenis kelamin bayi Perempuan.
55.	BB bayi (gr)	Angka	BB = Berat Badan Bayi, catat berat badan aktual bayi pada satuan gram.
56.	PB bayi (cm)	Angka	PB = Panjang Badan Bayi, catat panjang badan bayi pada satuan centimeter.
57.	LK & LD bayi (cm)	Angka	LK = Lingkar Kepala Bayi, LD = Lingkar Dada, catat lingkar kepala dan lingkar dada bayi pada satuan centimeter.
58.	Komplikasi Bayi Baru Lahir : Asfiksia	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh bayi. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi mengalami asfiksia. Asfiksia adalah bayi yang tidak bernafas spontan dan/atau memiliki APGAR Score menit ke-5 sebesar <7.
59.	Komplikasi Bayi Baru Lahir : Trauma Kelahiran	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh bayi. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi mengalami trauma lahir atau tidak. Trauma lahir dapat diketahui dengan cara penilaian fisik inspeksi, palpasi dan auskultasi. Trauma lahir di bagi cedera kepala, cedera leher dan bahu, dan cedera intra abdomen.
60.	Komplikasi Bayi Baru Lahir : BBLR <2.500 gr	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh bayi. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi mengalami BBLR. BBLR adalah berat badan lahir rendah <2,500 gram.
61.	Komplikasi Bayi Baru Lahir : Infeksi	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh bayi. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi mengalami infeksi. Infeksi adalah infeksi bakteri pada darah yang dialami bayi usia satu bulan pertama kehidupan.
62.	Komplikasi Bayi Baru Lahir : Kelainan Kongenital	Teks	Identifikasi dan catat dengan jelas semua kelainan kongenital yang ditemukan pada bayi.
63.	Komplikasi Bayi Baru Lahir : Lainnya	Huruf	Identifikasi dan catat dengan jelas jenis komplikasi lainnya yang dialami bayi.
64.	VTP Resusitasi pada Bayi Asfiksia	Ya / Tidak	VTP (ventilasi tekanan positif) dimulai setelah penilaian awal (30 menit) bayi baru lahir yang tidak bernafas spontan (setelah dikeringkan dan diberikan rangsangan lainnya (mengusap punggung)).
65.	PMK pada Bayi BBLR	Ya / Tidak	Berikan tanda pada kolom ini jika Perawatan Metode Kangguru (PMK) atau Kangaroo Mother Care (KMC) pernah dilakukan kepada bayi; perawatan PMK berhubungan dengan komplikasi BBLR pada bayi, yaitu bayi dengan berat <2,500 gr.
66.	Tanggal/Jam Pulang : Ibu	Angka	Catat tanggal dan jam ketika ibu keluar dari Puskesmas (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
67.	Tanggal/Jam Pulang : Bayi	Angka	Catat tanggal dan jam ketika bayi keluar dari Puskesmas (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
68.	Kondisi Ibu Ketika Pulang : Hidup	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ketika IBU keluar dalam keadaan hidup.
69.	Kondisi Ibu Ketika Pulang : Mati	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ketika IBU keluar dalam keadaan meninggal.
70.	Kondisi Bayi Ketika Pulang : Hidup	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ketika BAYI keluar dalam keadaan hidup.
71.	Kondisi Bayi Ketika Pulang : Mati	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ketika BAYI keluar dalam keadaan meninggal.
72.	Dirujuk : Ibu	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika IBU dirujuk ke fasilitas lain.
73.	Dirujuk : Bayi	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika BAYI dirujuk ke fasilitas lain.
74.	Gejala/Diagnosis Akhir	Teks	Catat gejala/diagnosis akhir dari ibu dan bayi. Jika terjadi rujukan, maka gejala/diagnosis akhir merupakan gejala/diagnosis rujukan mengapa rujukan dilakukan.
75.	Nama Fasilitas/RS Rujukan	Teks	Catat dengan jelas nama dan tipe fasilitas kemana rujukan dilakukan.
76.	Metode Pembayaran	Teks	Catat metode yang dipakai untuk membayar biaya persalinan.
77.	Catatan	Teks	Catat hal-hal penting lainnya.



