

BUKU REGISTER KEMATIAN IBU DI PUSKESMAS

Cetakan Keempat : ver.23 Juni 2015

No.Buku : _____

Periode : _____

Nama Puskesmas : _____

Kabupaten : _____

Petunjuk Pengisian Register Kematian Ibu 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 (tahun)	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.	Tanggal/Jam Kematian	Angka	Catat tanggal dan waktu kapan ibu meninggal (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
12.	Tempat Kematian : Desa	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU dimana kematian terjadi, apakah di Desa, Puskesmas, Bidan Praktek Swasta (BPS), Rumas Sakit (RS), RS Ibu dan Anak (RSIA), RS Bersalin (RSB), Klinik Umum atau lainnya. Kolom "Lainnya" diisi nama tempat dengan jelas.
13.	Tempat Kematian : Puskesmas	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU dimana kematian terjadi, apakah di Desa, Puskesmas, Bidan Praktek Swasta (BPS), Rumas Sakit (RS), RS Ibu dan Anak (RSIA), RS Bersalin (RSB), Klinik Umum atau lainnya. Kolom "Lainnya" diisi nama tempat dengan jelas.
14.	Tempat Kematian : BPS	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU dimana kematian terjadi, apakah di Desa, Puskesmas, Bidan Praktek Swasta (BPS), Rumas Sakit (RS), RS Ibu dan Anak (RSIA), RS Bersalin (RSB), Klinik Umum atau lainnya. Kolom "Lainnya" diisi nama tempat dengan jelas.
15.	Tempat Kematian : RS/RSIA/RSB	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU dimana kematian terjadi, apakah di Desa, Puskesmas, Bidan Praktek Swasta (BPS), Rumas Sakit (RS), RS Ibu dan Anak (RSIA), RS Bersalin (RSB), Klinik Umum atau lainnya. Kolom "Lainnya" diisi nama tempat dengan jelas.
16.	Tempat Kematian : Klinik Umum	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU dimana kematian terjadi, apakah di Desa, Puskesmas, Bidan Praktek Swasta (BPS), Rumas Sakit (RS), RS Ibu dan Anak (RSIA), RS Bersalin (RSB), Klinik Umum atau lainnya. Kolom "Lainnya" diisi nama tempat dengan jelas.
17.	Tempat Kematian : Lainnya	Teks	PILIH SALAH SATU dimana kematian terjadi, apakah di Desa, Puskesmas, Bidan Praktek Swasta (BPS), Rumas Sakit (RS), RS Ibu dan Anak (RSIA), RS Bersalin (RSB), Klinik Umum atau lainnya. Kolom "Lainnya" diisi nama tempat dengan jelas.
18.	Komplikasi Ibu : 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).
19.	Komplikasi Ibu : 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).
20.	Komplikasi Ibu :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).
21.	Komplikasi Ibu : 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).
22.	Komplikasi Ibu : 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 ≥ 100 mmHg, dengan usia kehamilan ≥ 20 minggu, dengan proteinurin +2. Kasus PEB dapat bersamaan dengan edema paru.
23.	Komplikasi Ibu : 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.
24.	Komplikasi Ibu : 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.
25.	Komplikasi Ibu : 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
26.	Komplikasi Ibu : Lainnya	Teks	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami Abortus.
27.	Abortus	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami Abortus.
28.	Penyebab Kematian	Teks	Catat dengan jelas Penyebab Kematian ibu. Penyebab kematian ibu bisa merupakan kondisi yang berbeda dengan komplikasi yang diderita ibu.
29.	Tanggal Review Dilakukan	Angka	Identifikasi apakah review sudah dilakukan atau belum. Review yang dimaksud adalah diskusi mengenai kematian di tingkat Puskesmas dengan Kepala Puskesmas dan bidan koordinator. Masukkan tanggal dan waktu kapan ibu meninggal (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit). Informasi ini diperoleh dari ketersediaan form audit yang sudah terisi.
30.	Catatan	Teks	Catat hal-hal penting lainnya

No. Urut	Tanggal/ Jam Registrasi	No.Reg/ No.RM	Nama Pasien/ Nama Suami	Alamat (Nama Desa Disebutkan Dengan Jelas)	Umur (tahun)	Status Rujukan				Tanggal/ Jam Kematian	Tempat Kematian						Komplikasi Ibu							Abortus	Penyebab Kematian	Tanggal Review Dilakukan	Catatan			
						Rujukan dari:			Bukan Rujukan		Desa	Puskesmas	BPS	RS/RSIA/RSB	Klinik Umum	Lainnya	HAP	HPP	Infeksi	Pre-Eklampsia Ringan (HDK)	Pre-Eklampsia Berat	Eklampsia	Persalinan Macet					KPD	Lainnya	
						Desa	Bidan Praktek Swasta	Lainnya																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Jumlah Per Halaman																														