

BUKU REGISTER KEMATIAN PERINATAL DAN NEONATAL DI PUSKESMAS

Cetakan Keempat : ver.23 Juni 2015

No.Buku : _____
Periode : _____
Nama Puskesmas : _____
Kabupaten : _____

Petunjuk Pengisian Register Kematian Perinatal dan Neonatal 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 bayi 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 Bayi / Nama Ibu	Teks	Nama awal dan akhir bayi/ nama awal dan akhir ibu. Jika bayi belum diberikan nama, maka tulis nama awal dan akhir Ibu dan Bapak
5.	Alamat	Teks	Alamat tempat tinggal bayi (atau ibu). Nama desa disebutkan dengan jelas.
6.	Status Rujukan dari : Desa	Teks	Catat nama Desa yang merujuk
7.	Status Rujukan dari : Bidan Praktek Swasta	Teks	Catat nama Bidan Praktek Swasta yang merujuk
8.	Status Rujukan dari : Lainnya	Teks	Kolom "Lainnya" diisi nama fasilitas dengan jelas.
9.	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"
10.	Tanggal/Jam Lahir	Angka	Masukkan tanggal dan waktu kapan bayi dilahirkan (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
11.	Cara Bersalin	Teks	Catat bagaimana bayi dilahirkan berdasarkan jenis persalinan ibu: Spontan, Vacuum, Forceps, Sectio Caesarean, atau Lainnya.
12.	Komplikasi Ibu	Teks	Catat dengan jelas komplikasi apa saja yang dialami oleh ibu dari bayi yang meninggal tersebut.
13.	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.
14.	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.
15.	BB bayi (gr) : <999	Angka	BB = Berat Badan Bayi, catat berat badan aktual bayi pada satuan gram. Tuliskan angka Berat Badan Bayi pada kolom ini jika berat badan bayi <999 gram
16.	BB bayi (gr) : 1.000-1.499	Angka	BB = Berat Badan Bayi, catat berat badan aktual bayi pada satuan gram. Tuliskan angka Berat Badan Bayi pada kolom ini jika berat badan bayi 1.000-1.499 gram
17.	BB bayi (gr) : 1.500-1.999	Angka	BB = Berat Badan Bayi, catat berat badan aktual bayi pada satuan gram. Tuliskan angka Berat Badan Bayi pada kolom ini jika berat badan bayi 1.500-1.999 gram
18.	BB bayi (gr) : >2.000	Angka	BB = Berat Badan Bayi, catat berat badan aktual bayi pada satuan gram. Tuliskan angka Berat Badan Bayi pada kolom ini jika berat badan bayi >2.000 gram
19.	Tanggal/Jam Kematian	Angka	Catat tanggal dan waktu kapan bayi meninggal (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
20.	Jika Lahir Mati : 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).
21.	Jika Lahir Mati : 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).
22.	Umur Bayi Saat Kematian : <24 jam	Angka	PILIH SALAH SATU umur bayi ketika meninggal. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi meninggal pada usia kurang dari 24 jam setelah lahir.
23.	Umur Bayi Saat Kematian : 1-7 hari	Angka	PILIH SALAH SATU umur bayi ketika meninggal. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi meninggal pada usia kurang dari 1-7 hari setelah lahir.
24.	Umur Bayi Saat Kematian : 8-28 hari	Angka	PILIH SALAH SATU umur bayi ketika meninggal. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi meninggal pada usia kurang dari 8-28 hari setelah lahir.
25.	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.
26.	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.
27.	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.
28.	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.
29.	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.
30.	Tempat Kematian : Lainnya	Teks	Kolom "Lainnya" diisi nama tempat dengan jelas.

Kolom	Nama Kolom	Cara Pengisian	Definisi
31.	Komplikasi Bayi : 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 tidak bernafas spontan dan/atau memiliki APGAR Score menit ke-5 sebesar <7.
32.	Komplikasi Bayi : 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.
33.	Komplikasi Bayi : 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.
34.	Komplikasi Bayi : Tetanus Neonatorum	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 Tetanus Neonatorum.
35.	Komplikasi Bayi : 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.
36.	Komplikasi Bayi : Kelainan Kongenital	Teks	Identifikasi dan catat dengan jelas semua kelainan kongenital yang ditemukan pada bayi.
37.	Komplikasi Bayi : Diare	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 Diare.
38.	Komplikasi Bayi : ISPA	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 Saluran Pernafasan .
39.	Komplikasi Bayi : Lainnya	Teks	Identifikasi dan catat dengan jelas jenis komplikasi lainnya yang dialami bayi.
40.	Penyebab Kematian	Teks	Catat dengan jelas Penyebab Kematian bayi. Penyebab kematian bayi bisa merupakan kondisi yang berbeda dengan komplikasi yang diderita bayi.
41.	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 neonatal meninggal (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit). Informasi ini diperoleh dari ketersediaan form audit yang sudah terisi.
42.	Catatan	Teks	Catat hal-hal penting lainnya

