

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lampiran 9 . Formulir Otopsi Verbal Maternal



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
FORMULIR OTOPSI VERBAL MATERNAL (OVM)
RAHASIA

1.IDENTITAS RESPONDEN

1.1	Nama/ Hubungan	
1.2	Nama/ Hubungan	

2.

No	Identitas Ibu Meninggal	
2.1	Nama Ibu	
2.2	NIK	
2.3	Umur Ibu	
2.4	Alamat domisili	RT/RW : Desa/ Kelurahan : Kecamatan : Kab/Kota : Provinsi :
2.5	Alamat yang tertera dalam KTP (diisi bila berbeda dengan alamat domisili)	RT/RW : Desa/ Kelurahan : Kecamatan : Kab/Kota : Provinsi :
2.6	Pekerjaan Ibu	
2.7	Pendidikan Ibu	1. Tidak sekolah 2. Tamat/ tidak tamat dari : a. Sekolah dasar b. Sekolah Menengah Pertama c. Sekolah Menengah Atas d. Akademi/ Universitas
2.8	Status Pernikahan	1. Menikah 2. Tidak menikah 3. Janda (cerai/ mati)
2.9	Pendidikan Suami	1. Tidak sekolah 2. Tamat/ tidak tamat dari : a. Sekolah dasar b. Sekolah Menengah Pertama c. Sekolah Menengah Atas Akademi/ Universitas
2.10	Jarak rumah ibu dengan RS terdekat/ waktu tempuh	km.....jam

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. OTOPSI VERBAL

3.A INFORMASI KEMATIAN

NO	Informasi kematian	
3.1	Hari, tanggal kematian	/...../.....(tgl/bb/tttt)
3.2	Waktu kematian	Pukul
3.3	Kondisi saat kematian	1. Sedang hamil/ terlambat haid 2. Saat melahirkan 3. Sesudah melahirkan sampai 42 hari
3.4	Usia Kehamilan	minggu/.....bulan
3.5	GPA	G:.....P:.....A:.....
3.6	Tempat Kematian	1. Rumah sendiri/ keluarga 2. Rumah dukun 3. Polindes 4. Pustu 5. Klinik Pratama 6. Tempat Praktik Mandiri Bidan 7. Puskesmas a. PONED (Ya/ Tidak) 8. Rumah Sakit a. PONEK (Ya / Tidak) b. Pemerintah/TNI/POLRI/Swasta c. Tipe A – B – C – D – D Pratama 9. Dalam Perjalanan ke Fasilitas Kesehatan 10. Lainnya , sebutkan.....

3B. RIWAYAT KUNJUNGAN ANTENATAL PADA KEHAMILAN SEKARANG

NO	Riwayat Kunjungan Antenatal / Pemeriksaan Kehamilan	
3.7	Apakah selama hamil ibu (yang meninggal) pernah periksa kehamilan	1. Ya 2. Tidak
3.8	Bila Ya, dimana	1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Polindes 4. Pustu 5. Klinik pratama 6. Tempat Praktek Mandiri Bidan 7. Posyandu 8. Lainnya, sebutkan.....
3.9	Pemeriksaan Kehailan	1. Dokter Spesialis 2. Dokter Umum 3. Bidan 4. Perawat
3.10	Jumlah pemeriksaan yang diterima	1. Trimester I :.....kali 2. Trimester II :.....kali 3. Trimester III :.....kali 4. Total :.....kali

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3C. RISIKO YANG DITEMUKAN PADA SAAT ANC (Respoden : pemberi layanan ANC:.....)

(Bila selama hamil ibu melakukan ANC, lihat catatan pemeriksaan kehamilan (buku KIA/ catatan kesehatan)

Beri tanda (√) pada kolom yang sesuai dan isi _____

Kondisi risiko yang ditemukan pada saat pemeriksaan antenatal	Ada	Tidak Ada	Tidak diperiksa/ tidak tahu	Usia kehamilan saat ditemukan kondisi beresiko	Tindakan, rujukan, obat, tindakan, lain oleh siapa ?
3.11 Perdarahan pada jalan lahir					
3.12 Hemoglobin < 11 gr					
3.13 Letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu					
3.14 Letak sungsang pada primigravida					
3.15 Kehamilan ganda					
3.16 Perkiraan Janin besar					
3.17 Edema muka/ tangan					
3.18 Tekanan darah sistolik > 140, Diastolik > 90 mmHg					
3.19 Riwayat sakit kepala menetap					

4. RIWAYAT PENYULIT/ KOMPLIKASI PADA KEHAMILAN / PERSALINAN SEKARANG

No	Jenis Penyulit / Komplikasi	
4.1	Perdarahan sebelum melahirkan (perdarahan pada masa kehamilan)	1. Ya 2. Tidak
4.2	Perdarahan yang banyak setelah melahirkan	1. Ya 2. Tidak
4.3	Retensio Plasenta	1. Ya 2. Tidak
4.4	Atonia uteri (tidak merasakan mulas setelah ari- ari dilahirkan)	1. Ya 2. Tidak
4.5	Robekan jalan lahir	1. Ya 2. Tidak
4.6	Partus macet/ kelainan letak	1. Ya 2. Tidak
4.7	Kejang-kejang karena eklampsia	1. Ya 2. Tidak
4.8	Panas tinggi	1. Ya 2. Tidak
4.9	Nyeri ulu hati, pandangan kabur, sakit kepala hebat, tekanan darah tinggi, kesadaran menurun	1. Ya 2. Tidak
4.10	Penyakit lainnya, sebutkan.....	

5. RIWAYAT PERSALINAN (Responden adalah penolong persalinan.....)

Bila ibu meninggal dalam periode kehamilan, lanjut ke No.7- rujukan)

No	Riwayat Persalinan	
5.1	Tanggal persalinan	____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
5.2	Waktu persalinan	
5.3	Pukul berapa ibu mulai merasa mulas	Pukul.....
5.4	Pada waktu bersalin, apa yang keluar terlebih dahulu	1. Kaki 2. kepala

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No	Riwayat Persalinan	
		3. Bokong 4. Tangan
5.5	Cara Persalinan	1. Spontan 2. Dirujuk
5.6	Tempat persalinan	1. Rumah sendiri 2. Rumah dukun 3. Polindes 4. Pustu 5. Tempat praktik Bidan Mandiri 6. Klinik Pratama 7. Puskesmas 8. Rumah Sakit 9. Dalam Perjalanan ke Fasilitas Kesehatan 10. Lainnya, sebutkan
5.7	Penolong persalinan	1. Dukun 2. Keluarga 3. Bidan/ perawat 4. Dokter Umum 5. Dokter Spesialis 6. Lainnya, sebutkan
5.8	Apakah terjadi perdarahan yang banyak pada ibu sebelum meninggal	1. Ya 2. Tidak
5.9	Bila terjadi perdarahan yang banyak pada ibu sebelum meninggal, kapan ?	1. Sebelum melahirkan 2. Pada waktu melahirkan 3. Setelah melahirkan < 24 jam 4. Setelah melahirkan > 24 jam
5.10	Apakah ari- ari sudah dilahirkan pada saat ibu meninggal	1. Ya 2. tidak
5.11	Apakah air ketuban keluar lebih dari 6 jam sebelum melahirkan	1. ya 2. Tidak
5.12	Lainnya, sebutkan.....	

6. RIWAYAT NIFAS

No	Riwayat Nifas	
6.1	Apakah selama nifas ibu pernah diperiksa ?	1. Ya 2. Tidak
6.2	Bila Ya, dimana ?	1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Polindes 4. Pustu 5. Klinik Pratama 6. Tempat Praktik Mandiri Bidan 7. Posyandu 8. Lainnya,sebutkan.....
6.3	Pemeriksaan / kunjungan nifas	1. Dokter spesialis 2. Dokter 3. Bidan 4. Perawat
6.4	Jumlah pemeriksaan yang diterima	1. KF I : _____kali 2. KF II : _____kali 3. KF III : _____kali 4. KF IV : _____kali 5. Total : _____kali

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No	Riwayat Nifas	
6.5	Panas tinggi	1. Ya 2. Tidak
6.6	Keluar cairan berbau dari kemaluan	1. Ya 2. Tidak
6.7	Nyeri ulu hati, pandangan kabur, sakit kepala hebat, tekanna darah tinggi	1. Ya 2. tidak
6.8	Kejang- kejang	1. ya 2. Tidak
6.9	Kesadaran menurun	1. Ya 2. Tidak
6.10	Lainnya, sebutkan.....	

7. **RUJUKAN** (bila ibu dirujuk, lanjut ke no.8- riwayat obsteri terdahulu. Responden adalah perujuk dan keluarga)

Pada saat persalinan/ kedaruratan terjadi, apakah ibu dibawa ke faskes dan dirujuk ?
a. () Tidak, alasan_____
b. () Ya- LENGKAPI BAGIAN INFORMASI RUJUKAN

PENCARIAN PERTOLONGAN PERTAMA DAN INFORMASI RUJUKAN

Informasi	Tempat/ orang pertama	Tempat / orang kedua	Tempat/orang ketiga
a. Tempat/ orang yang dihubungi/ dicari			
b. Siapa yang menemani			
c. Kapan mencari pertolongan	Tanggal : _____ Pukul : _____	Tanggal : _____ Pukul : _____	Tanggal : _____ Pukul : _____
d. Dimana pertolongan tersebut diberikan			
e. Jarak ke tempat pertolongan	_____ km	_____ km	_____ km
f. Kapan penolong sampai ke tempat ibu, atau ibu sampai ke tempat penolong	Tanggal : _____ Pukul : _____	Tanggal : _____ Pukul : _____	Tanggal : _____ Pukul : _____
g. Berapa lama ibu mulai mendapat pertolongan sejak tiba di tempat tersebut	____jam____menit	____jam____menit	____jam____menit
h. Berapa lama mendapatkan rawatan ditempat tersebut			
i. Pertolongan yang dilakukan (semua tindakan termasuk obat dll)			
j. Kesimpulan hasil pertolongan yang dilakukan			

Ceritakan proses perjalanan rujukan dengan lengkap (masalah yang timbul (bila ada) misalnya : masalah transportasi , dll)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

.....

.....

.....

8. RIWAYAT OBSTETRI TERDAHULU (Ibu dengan kehamilan pertama, lanjut ke No9- Masalah Non Medik)

No	Riwayat Obstetri terdahulu	
8.1	Pernah memiliki riwayat kematian neonatal dan/ lahir mati	1. Ya 2. Tidak
8.2	Jumlah persalinan sebelumnya	1. Lahir hidup : _____ 2. Lahir mati : _____ 3. Keguguran, termasuk kehamilan ektopik
8.3	Jarak dengan kehamilan terakhir	_____ tahun _____ bulan
RIWAYAT KOMPLIKASI PADA KEHAMILAN/ PERSALINAN SEBELUMNYA (kehamilan/ persalinan terakhir, sebelum yang sekarang. Responden adalah penolong persalinan)		
8.4	Perdarahan sebelum melahirkan	1. Ya 2. Tidak
8.5	Perdarahan banyak seteleh melahirkan	1. Ya 2. Tidak
8.6	Sisa Plasenta	1. Ya 2. Tidak
8.7	Tidak merasakan mulas setelah ari- ari dikeluarkan	1. Ya 2. Tidak
8.8	Robekan jalan lahir	1. Ya 2. Tidak
8.9	Partus macet/ kelainan letak	1. Ya 2. Tidak
8.10	Pre- Eklampsia(nyeri kepala/ pandangan kabur, mata kabur, tekanan darah tinggi)	1. Ya 2. Tidak
8.11	Kejang- kejang	1. Ya 2. Tidak
8.12	Operasi sesar/ berapa kali	1. Ya _____ kali 2. Tidak
8.13	Perkiraan janin besar	1. Ya 2. Tidak
8.14	Lainnya, sebutkan	_____

9. MASALAH NON MEDIK (Responden adalah orang terdekat ibu yang meninggal)

Masalah	Jenis Masalah		Penjelasan
Adakah masalah pribadi keluarga	Terlambat mencari bantuan/ tolak pengobatan/ perawatan	1. Ya 2. Tidak	
	Status sosial- ekonomi	1. Rendah 2. Cukup	
	Sistem P4K di masyarakat (dasolin/tubulin, ambulans desa, donor darah, Desa Siaga, kepesertaan JKN)	1. Ada 2. Tidak 3. Lainnya, jelaskan	
	Sistem kesiagaan di masyarakat	1. Ada 2. Tidak	
	Kondisi lain yang relevan (kehamilan tidak diinginkan, KDRT)	1. Ya 2. Tidak	
	Hubungan ibu dengan keluarga, masyarakat dan petugas kesehatan	1. Baik 2. Tidak baik	

Masalah	Jenis Masalah										
	Hubungan keluarga dengan masyarakat dan petugas kesehatan	1. Baik									
	Kepercayaan tradisional/ budaya	1. Ada									
		2. Tidak ada									
Sistem logistik (transport, komunikasi, akses/ jarak, budaya, sosial, ekonomi)	Tersedia transportasi dari rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan	1. Ya									
		2. Tidak									
	Tersedia transportasi antar fasilitas pelayanan kesehatan	1. Ya									
		2. Tidak									
	Tersedia fasilitas rumah tangga	1. Ya									
		2. Tidak									
	Tersedia sarana komunikasi antar fasilitas kesehatan	1. Ya									
		2. Tidak									
	Lokasi fasilitas kesehatan sulit dijangkau	1. ya									
		2. Tidak									
Administrasi	Kesulitan dalam pengurusan Surat Keterangan Tidak Mampu atau akses terhadap JKN/ Jamkesda	1. Ya									
		2. Tidak									

10. KESIMPULAN (diisi oleh petugas kesehatan yang mengisi OVM)

Dugaan sebab kematian maternal adalah : _____

11. FORMULIR INI DISELESAIKAN OLEH :

Nama			
Jabatan			
Nomor HP/ Telepon		Fax	
Tanggal		Tanda tangan	