

# **BUKU REGISTER KEMATIAN IBU DI RUMAH SAKIT**

Cetakan Keempat : ver.23 Juni 2015

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

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

Nama RS : \_\_\_\_\_

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

# Petunjuk Pengisian Register Kematian Ibu di Rumah Sakit

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	Catat tanggal dan waktu kapan ibu masuk ke RS (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 RS.
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 : Puskesmas	Teks	Catat nama Puskesmas yang merujuk
8.	Status Rujukan dari : Bidan Praktek Swasta	Teks	Catat nama Bidan Praktek Swasta yang merujuk
9.	Status Rujukan dari : RS/RSIA/RSB	Teks	Catat nama RS/RSIA/RSB yang merujuk
10.	Status Rujukan dari : Klinik Umum	Teks	Catat nama Klinik Umum yang merujuk
11.	Status Rujukan dari : Lainnya	Teks	Kolom "Lainnya" diisi nama fasilitas dengan jelas.
12.	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"
13.	Tanggal/Jam Kematian	Angka	Catat tanggal dan waktu kapan ibu meninggal (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
14.	Lama Hari Rawat	Angka	Catat berapa hari pasien dirawat di RS. Lama hari rawat dihitung dalam hitungan hari sejak pasien datang ke RS sampai dengan waktu kematian.
15.	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).
16.	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).
17.	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).
18.	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).
19.	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 $\geq 100$ mmHg, dengan usia kehamilan $\geq 20$ minggu, dengan proteinuria +2. Kasus PEB dapat bersamaan dengan edema paru.
20.	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.
21.	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.
22.	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
23.	Komplikasi Ibu : Lainnya	Teks	Catat dengan jelas jenis komplikasi lain yang dialami oleh ibu.
24.	Abortus	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami Abortus.
25.	Penyebab Kematian	Teks	Catat dengan jelas Penyebab Kematian ibu. Penyebab kematian ibu bisa merupakan kondisi yang berbeda dengan komplikasi yang diderita ibu.
26.	Tanggal Review Dilakukan	Angka	Identifikasi apakah review sudah dilakukan atau belum. Review yang dimaksud adalah diskusi mengenai kematian di tingkat RS yaitu dengan Kepala Ruangan, Kepala SMF atau pihak manajemen. 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.
27.	Catatan	Teks	Catat hal-hal penting lainnya

