

BUKU REGISTER KEMATIAN PERINATAL DAN NEONATAL DI RUMAH SAKIT

Cetakan Keempat : ver.23 Juni 2015

No.Buku : _____

Periode : _____

Nama RS : _____

Kabupaten : _____

Petunjuk Pengisian Register Kematian Perinatal dan Neonatal 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 | Masukkan tanggal dan waktu kapan bayi 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 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 : Puskesmas | Teks | Catat nama Puskesmas yang merujuk |
| 7. | Status Rujukan dari : Bidan Praktek Swasta | Teks | Catat nama Bidan Praktek Swasta yang merujuk |
| 8. | Status Rujukan dari : RS/RSIA/RSB | Teks | Catat nama RS/RSIA/RSB yang merujuk |
| 9. | Status Rujukan dari : Klinik Umum | Teks | Catat nama Klinik Umum yang merujuk |
| 10. | Status Rujukan dari : Lainnya | Teks | Kolom "Lainnya" diisi nama fasilitas dengan jelas. |
| 11. | Status Rujukan dari : Bukan Rujukan | Tanda <input type="checkbox"/> jika YA | Berikan indikasi apakah bayi merupakan rujukan atau BUKAN rujukan. Jika ibu bukan merupakan rujukan, maka berikan tanda pada kolom "Bukan Rujukan" |
| 12. | Tanggal/Jam Lahir | Angka | Masukkan tanggal dan waktu kapan bayi dilahirkan (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit). |
| 13. | Cara Bersalin | Teks | Catat bagaimana bayi dilahirkan berdasarkan jenis persalinan ibu: Spontan, Vacuum, Forceps, Sectio Caesarean, atau Lainnya. |
| 14. | Tempat Bersalin | Teks | Catat dimana bayi dilahirkan : rumah, rumah dukun, Polindes, Puskesmas, Bidan Praktek Swasta, RS Bersalin, RS Swasta, RSUD, lainnya. |
| 15. | Komplikasi Ibu | Teks | Catat dengan jelas komplikasi apa saja yang dialami oleh ibu dari bayi yang meninggal tersebut. |
| 16. | Jenis Kelamin Bayi : Laki-laki | Tanda <input type="checkbox"/> jika YA | PILIH SALAH SATU sesuai dengan jenis kelamin bayi. Berikan tanda pada kolom ini jika jenis kelamin bayi Laki-Laki. |
| 17. | Jenis Kelamin Bayi : Perempuan | Tanda <input type="checkbox"/> jika YA | PILIH SALAH SATU sesuai dengan jenis kelamin bayi. Berikan tanda pada kolom ini jika jenis kelamin bayi Perempuan. |
| 18. | 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 |
| 19. | 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 |
| 20. | 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 |
| 21. | 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 |
| 22. | Tanggal/Jam Kematian | Angka | Catat tanggal dan waktu kapan bayi meninggal (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit). |
| 23. | Jika Lahir Mati : Kematian Intrapartum | Tanda <input 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). |
| 24. | Jika Lahir Mati : IUFD (KJDR) | Tanda <input 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). |
| 25. | 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. |
| 26. | 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. |
| 27. | 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. |
| 28. | Komplikasi Bayi : Asfiksia | Tanda <input 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. |
| 29. | Komplikasi Bayi : Trauma Kelahiran | Tanda <input 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. |
| 30. | Komplikasi Bayi : BBLR <2.500 gr | Tanda <input 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. |
| 31. | Komplikasi Bayi : Tetanus Neonatorum | Tanda <input 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. |
| 32. | Komplikasi Bayi : Infeksi | Tanda <input 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. |
| 33. | Komplikasi Bayi : Kelainan Kongenital | Teks | Identifikasi dan catat dengan jelas semua kelainan kongenital yang ditemukan pada bayi. |
| 34. | Komplikasi Bayi : Diare | Tanda <input type="checkbox"/> jika YA | BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU jenis komplikasi yang dialami oleh bayi. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi mengalami Diare. |
| 35. | Komplikasi Bayi : ISPA | Tanda <input 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 . |
| 36. | Komplikasi Bayi : Lainnya | Teks | Identifikasi dan catat dengan jelas jenis komplikasi lainnya yang dialami bayi. |
| 37. | Penyebab Kematian | Teks | Catat dengan jelas Penyebab Kematian bayi. Penyebab kematian bayi bisa merupakan kondisi yang berbeda dengan komplikasi yang diderita bayi. |
| 38. | 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 bayi meninggal (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit). Informasi ini diperoleh dari ketersediaan form audit yang sudah terisi. |
| 39. | Catatan | Teks | Catat hal-hal penting lainnya |

