

# BUKU REGISTER PARTUS DI RUMAH SAKIT

Cetakan Keempat : ver.23 Juni 2015

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

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

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

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

# Petunjuk Pengisian Buku Register Partus 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 ibu masuk ke RS (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
3.	No.Reg/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 Pasien	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.	Diagnosis Rujukan	Teks	Catat diagnosis mengapa rujukan dilakukan. Catat TIDAK ADA, jika tidak ada catatan diagnosis.
14.	Terapi pra-Rujukan : Antibiotik	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima ibu sebelum dirujuk. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu pernah menerima antibiotik sebelum dirujuk di fasilitas perujuk; pemberian antibiotik berhubungan dengan komplikasi infeksi yang diderita ibu. Informasi ini bisa dilihat di surat rujukan atau ditanyakan kepada bidan penanggungjawab yang merujuk.
15.	Terapi pra-Rujukan : MgSO <sub>4</sub>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima ibu sebelum dirujuk. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu pernah menerima MgSO <sub>4</sub> sebelum dirujuk di fasilitas perujuk; pemberian MgSO <sub>4</sub> berhubungan dengan komplikasi PEB/E yang diderita ibu. Informasi ini bisa dilihat di surat rujukan atau ditanyakan kepada bidan penanggungjawab yang merujuk.
16.	Terapi pra-Rujukan : Dexametason/Betametazon	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima ibu sebelum dirujuk. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu pernah menerima Dexametason/Dexametazon (atau antenatal steroid lainnya) sebelum dirujuk di fasilitas perujuk; pemberian antenatal steroid berhubungan dengan kelahiran prematur. Informasi ini bisa dilihat di surat rujukan atau ditanyakan kepada bidan penanggungjawab yang merujuk.
17.	Terapi pra-Rujukan : Lainnya	Teks	Catat terapi dan obat-obatan lainnya yang diterima ibu sebelum dirujuk. Informasi ini bisa dilihat di surat rujukan atau ditanyakan kepada bidan penanggungjawab yang merujuk.
18.	Diagnosis Awal : G (Gravida)	Angka	Jumlah kehamilan saat ini. Misalnya jika ini kehamilan ketiga, maka ditulis gravida 3.
19.	Diagnosis Awal : P (Parity)	Angka	Jumlah kelahiran yang pernah dialami sebelum persalinan saat ini.
20.	Diagnosis Awal : A (Abortion)	Angka	Jumlah aborsi yang pernah dialami sebelum persalinan saat ini.
21.	Diagnosis Awal : Umur Hamil	Angka	Catat umur kehamilan ibu dalam hitungan minggu.
22.	Diagnosis Awal : Inpartu	Ya / Tidak	Berikan tanda YA jika ibu sudah dalam keadaan inpartu ketika datang ke RS.
23.	Diagnosis Awal : Komplikasi 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).
24.	Diagnosis Awal : Komplikasi 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).
25.	Diagnosis Awal : Komplikasi 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).
26.	Diagnosis Awal : Komplikasi 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).
27.	Diagnosis Awal : Komplikasi 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 proteinurin +2. Kasus PEB dapat bersamaan dengan edema paru.
28.	Diagnosis Awal : Komplikasi 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.
29.	Diagnosis Awal : Komplikasi 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.
30.	Diagnosis Awal : Komplikasi 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
31.	Diagnosis Awal : Komplikasi Lainnya	Teks	Catat dengan jelas jenis komplikasi lain yang dialami oleh ibu.
32.	Abortus	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami Abortus.
33.	DJJ (x per menit)	Angka	Catat hasil pemeriksaan denyut jantung janin dalam satuan berapa kali per menit.
34.	Terapi yang Telah Diberikan di RS : MgSO <sub>4</sub>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima ibu selama di RS. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu pernah menerima MgSO <sub>4</sub> ; pemberian MgSO <sub>4</sub> berhubungan dengan komplikasi PEB/E yang diderita ibu.
35.	Terapi yang Telah Diberikan di RS : Dexametason/Betametazon	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima ibu selama di RS. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu pernah menerima dexametason/betametazon; pemberian dexametason/betametazon berhubungan dengan persalinan yang terjadi pada kehamilan 24-34 minggu.
36.	Terapi yang Telah Diberikan di RS : Lainnya	Teks	Catat terapi dan obat-obatan lainnya yang diterima ibu selama di RS.
37.	Tanggal/Jam Melahirkan	Angka	Catat tanggal dan waktu kapan ibu melahirkan (dicatat dengan format : Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
38.	Kelainan Letak : Sungsang	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis kelainan letak yang dialami. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami kelainan letak sungsang.

Kolom	Nama Kolom	Cara Pengisian	Definisi
39.	<b>Kelainan Letak : Lintang</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis kelainan letak yang dialami. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu mengalami kelainan letak lintang.
40.	<b>Cara Bersalin - Spontan</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin secara Spontan.
41.	<b>Cara Bersalin - Vaccum</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin secara Vaccum.
42.	<b>Cara Bersalin - Forceps</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin secara Forceps.
43.	<b>Cara Bersalin - Sectio Caesarea</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin dengan operasi Sectio Caesaria.
44.	<b>Cara Bersalin - Curratage</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin mengalami Curratage. Curratage dilakukan pada kehamilan yang mengalami aborsi.
45.	<b>Cara Bersalin - Lainnya</b>	Teks	Catat cara bersalin lainnya yang dialami oleh ibu.
46.	<b>Oxytocin pada MAK3</b>	Ya / Tidak	Berikan tanda pada kolom ini jika ibu menerima minimum satu dosis oxytocin pada persalinan kala 3. Oxytocin merupakan salah satu jenis Uterotonic yang biasa digunakan.
47.	<b>KB Pascasalin</b>	Teks	Catat jenis kontrasepsi yang digunakan ibu jika ibu menggunakan alat kontrasepsi sesudah melahirkan. <u>Jika diperlukan</u> , catat juga dalam berapa jam atau berapa hari sesudah melahirkan ibu menggunakan alat kontrasepsi tersebut.
48.	<b>Kondisi Ibu : Hidup</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU kondisi ibu pada saat setelah persalinan. Berikan tanda pada kolom ini jika setelah persalinan ibu hidup.
49.	<b>Kondisi Ibu : Mati</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU kondisi ibu pada saat setelah persalinan. Berikan tanda pada kolom ini jika setelah persalinan ibu meninggal.
50.	<b>Kondisi Bayi : Hidup</b>	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 hidup.
51.	<b>Kondisi Bayi : Kematian Intrapartum</b>	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).
52.	<b>Kondisi Bayi : IUFD (KJDR)</b>	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).
53.	<b>Perawatan Bayi Baru Lahir : Tali pusat diklem &gt;2 menit setelah lahir</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ada penundaan klem tali pusat >2 menit. Berikan pada tanda pada kolom ini jika klem tali pusat dilakukan >2 menit.
54.	<b>Perawatan Bayi Baru Lahir : IMD mulai dilakukan &lt;1jam</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ketika lahir IMD mulai dilakukan dalam waktu <1 jam.
55.	<b>Penolong (nama)</b>	Teks	Catat nama bidan, perawat dan dokter yang penolong persalinan
56.	<b>Near-miss pada Ibu</b>	Ya / Tidak	Identifikasi apakah kasus yang dialami ibu termasuk near-miss atau tidak. Definisi near-miss adalah.suatu keadaan dimana seorang ibu mengalami komplikasi obstetrik yang mengancam jiwa selama kehamilan, persalinan atau pasca persalinan dan survive baik karena kebetulan ataupun karena pelayanan yang berkualitas.
57.	<b>Jenis Kelamin Bayi : Laki-laki</b>	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.
58.	<b>Jenis Kelamin Bayi : Perempuan</b>	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.
59.	<b>BB bayi (gr)</b>	Angka	BB = Berat Badan Bayi, catat berat badan aktual bayi pada satuan gram.
60.	<b>PB bayi (cm)</b>	Angka	PB = Panjang Badan Bayi, catat panjang badan bayi pada satuan centimeter.
61.	<b>LK &amp; LD bayi (cm)</b>	Angka	LK = Lingkar Kepala Bayi, LD = Lingkar Dada, catat lingkar kepala dan lingkar dada bayi pada satuan centimeter.
62.	<b>APGAR Score (1, 5, 10)</b>	Angka	Catat dengan jelas APGAR Score bayi pada menit pertama (1), ke-lima (5), dan ke-sepuluh (10)
63.	<b>Komplikasi Bayi Baru Lahir : Asfiksia</b>	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 yang tidak bernafas spontan dan/atau memiliki APGAR Score menit ke-5 sebesar <7.
64.	<b>Komplikasi Bayi Baru Lahir : Trauma Kelahiran</b>	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.
65.	<b>Komplikasi Bayi Baru Lahir : BBLR &lt;2.500 gr</b>	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.
66.	<b>Komplikasi Bayi Baru Lahir : Infeksi</b>	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.
67.	<b>Komplikasi Bayi Baru Lahir : Kelainan Kongenital</b>	Teks	Identifikasi dan catat dengan jelas semua kelainan kongenital yang ditemukan pada bayi.
68.	<b>Komplikasi Bayi Baru Lahir : Lainnya</b>	Teks	Identifikasi dan catat dengan jelas jenis komplikasi lainnya yang dialami bayi.
69.	<b>VTP Resusitasi pada Bayi Asfiksia</b>	Ya / Tidak	VTP (ventilasi tekanan positif) dimulai setelah penilaian awal (30 menit) bayi baru lahir yang tidak bernafas spontan (setelah dikeringkan dan diberikan rangsangan lainnya (mengusap punggung)).
70.	<b>Dirujuk : Ibu</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika IBU dirujuk ke fasilitas lain.
71.	<b>Dirujuk : Bayi</b>	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika BAYI dirujuk ke fasilitas lain.
72.	<b>Diagnosis Akhir</b>	Teks	Catat diagnosis akhir dari ibu dan bayi. Jika terjadi rujukan, maka diagnosis akhir merupakan diagnosis rujukan mengapa rujukan dilakukan.
73.	<b>Nama Fasilitas/RS Rujukan</b>	Teks	Catat dengan jelas nama dan tipe fasilitas kemana rujukan dilakukan.
74.	<b>Metode Pembayaran</b>	Teks	Catat metode yang dipakai untuk membayar biaya persalinan.
75.	<b>Catatan</b>	Teks	Catat hal-hal penting lainnya.

No. Urut	Tanggal/ Jam Registrasi	No. Reg/ No. RM	Nama Pasien / Nama Suami	Alamat	Umur Pasien (tahun)	Status Rujukan						Diagnosis Rujukan	Terapi pra-Rujukan				Diagnosis Awal										DJJ (x per menit)	Terapi Yang Telah Diberikan di RS			Tanggal/ Jam Melahirkan							
						Rujukan Dari:					Bukan Rujukan		Antibiotik	MgSO4	Dexametason/ Betametazon	Lainnya	G	P	A	Umur Hamil (minggu)	Inpartu (Ya/Tidak)	Komplikasi Ibu								Abortus		MgSo4	Dexametason/ Betametazon	Lainnya				
						Puskesmas	Bidan Praktek Swasta	RS/RSIA/RSB	Klinik Umum	Lainnya												HAP	HPP	Infeksi	Pre-Eklampsia Ringan (HDK)	Pre-Eklampsia Berat		Eklampsia	Persalinan macet						KPD	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	31	32	33	34	35	36	37		
Jumlah Per Halaman																																						

Kelainan Letak		Cara Bersalin						Oxytocin pada MAK3 (Ya/Tidak)	KB Pascasalin	Kondisi Ibu		Kondisi Bayi		Perawatan Bayi Baru Lahir (Ya/Tidak)		Penolong (Nama)	Near-miss pada Ibu (Ya/Tidak)	Jenis Kelamin Bayi		BB bayi (gr)	PB bayi (cm)	LK & LD bayi (cm)	APGAR Score (1, 5, 10)	Komplikasi Bayi Baru Lahir					VTP Resusitasi pada bayi Asfiksia (Ya/Tidak)	Dirujuk		Diagnosis Akhir	Nama Fasilitas/RS Rujukan	Metode Pembayaran	Catatan			
Sungsang	Lintang	Spontan	Vacuum	Forceps	Sectio Caesaria	Curatage	Lainnya			Hidup	Mati	Hidup	Kematian Intrapartum	IUFD (KJDR)	Tali pusat diklem >2 mnt setelah lahir			IMD Mulai Dilakukan < 1 jam	Laki-laki					Perempuan	Asfiksia	Trauma Kelahiran	BBLR (<2.500 gr)	Infeksi		Kelainan Kongenital	Lainnya					Ibu	Bayi	
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	