

BUKU REGISTER PERINATOLOGI DI RUMAH SAKIT

Cetakan Keempat : ver.23 Juni 2015

No.Buku : _____

Periode : _____

Nama RS : _____

Kabupaten : _____

Petunjuk Pengisian

Register Perinatologi 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	Huruf	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	Huruf	Alamat tempat tinggal bayi (atau ibu). Nama desa disebutkan dengan jelas.
6.	Umur Bayi (hari)	Angka	Masukkan umur bayi di dalam hitungan hari, dihitung dari tanggal lahir bayi.
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 bayi 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 : Infus	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima bayi sebelum dirujuk. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi pernah menerima infus sebelum dirujuk di fasilitas perujuk. Informasi ini bisa dilihat di surat rujukan atau ditanyakan kepada bidan penanggungjawab yang merujuk.
15.	Terapi pra-Rujukan : Antibiotik	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima bayi sebelum dirujuk. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi pernah menerima antibiotik sebelum dirujuk di fasilitas perujuk; pemberian antibiotik berhubungan dengan komplikasi infeksi yang diderita bayi. Informasi ini bisa dilihat di surat rujukan atau ditanyakan kepada bidan penanggungjawab yang merujuk.
16.	Terapi pra-Rujukan : Obat Lainnya	Teks	Catat terapi dan obat-obatan lainnya yang diterima bayi sebelum dirujuk. Informasi ini bisa dilihat di surat rujukan atau ditanyakan kepada bidan penanggungjawab yang merujuk.
17.	Lahir Pada Umur Hamil	Angka	Catat pada umur kehamilan berapa bayi tersebut dilahirkan, umur kehamilan dalam hitungan minggu.
18.	Diagnosis Awal	Teks	Catat dengan jelas diagnosis awal terkait BAYI (dan terkait ibu jika diperlukan).
19.	Lahir Dengan Kelainan Letak : Sungsang	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis kelainan letak yang dialami. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi dilahirkan dengan kelainan letak sungsang.
20.	Lahir Dengan Kelainan Letak : Lintang	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU jenis kelainan letak yang dialami. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi dilahirkan dengan kelainan letak lintang.
21.	Lahir Dengan Cara Bersalin - Spontan	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU bagaimana bayi dilahirkan berdasarkan jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin secara Spontan.
22.	Lahir Dengan Cara Bersalin - Vaccum	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU bagaimana bayi dilahirkan berdasarkan jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin secara Vaccum.
23.	Lahir Dengan Cara Bersalin - Forceps	Teks	PILIH SALAH SATU bagaimana bayi dilahirkan berdasarkan jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin secara Forceps.
24.	Lahir Dengan Cara Bersalin - Sectio Caesarea	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	PILIH SALAH SATU bagaimana bayi dilahirkan berdasarkan jenis persalinan ibu. Berikan tanda pada kolom ini jika ibu bersalin dengan operasi Sectio Caesaria.
25.	Lahir Dengan Cara Bersalin - Lainnya	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Catat dengan jelas bagaimana bayi dilahirkan dari cara bersalin lainnya yang dialami oleh ibu.
26.	IMD mulai dilakukan <1jam	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ketika lahir IMD mulai dilakukan dalam waktu <1 jam.
27.	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 yang tidak bernafas spontan dan/atau memiliki APGAR Score menit ke-5 sebesar <7
28.	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.

Kolom	Nama Kolom	Cara Pengisian	Definisi
29.	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.
30.	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.
31.	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.
32.	Komplikasi Bayi : Kelainan Kongenital	Teks	Identifikasi dan catat dengan jelas semua kelainan kongenital yang ditemukan pada bayi.
33.	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.
34.	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 .
35.	Komplikasi Bayi : Lainnya	Teks	Identifikasi dan catat dengan jelas jenis komplikasi lainnya yang dialami bayi.
36.	Terapi yang Telah Diberikan di RS : Antibiotik	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima oleh bayi di RS. Berikan tanda pada kolom ini jika bayi pernah menerima antibiotik; pemberian antibiotik berhubungan dengan komplikasi infeksi yang diderita bayi.
37.	Terapi yang Telah Diberikan di RS : VTP Resusitasi	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)
38.	Terapi yang Telah Diberikan di RS : PMK pada bayi BBLR	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	BOLEH MEMILIH LEBIH DARI SATU terapi yang diterima oleh bayi di RS. Berikan tanda pada kolom ini jika Perawatan Metode Kangguru (PMK) atau Kangaroo Mother Care (KMC) pernah dilakukan kepada bayi; perawatan PMK berhubungan dengan komplikasi BBLR pada bayi, yaitu bayi dengan berat <2,500 gr.
39.	Terapi yang Telah Diberikan di RS : Lainnya	Teks	Catat terapi dan obat-obatan lainnya yang telah diterima oleh bayi.
40.	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.
41.	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.
42.	BB bayi (gr)	Angka	BB = Berat Badan Bayi, catat berat badan aktual bayi pada satuan gram.
43.	PB bayi (cm)	Angka	PB = Panjang Badan Bayi, catat panjang badan bayi pada satuan centimeter.
44.	LK & LD bayi (cm)	Angka	LK = Lingkar Kepala Bayi, LD = Lingkar Dada, catat lingkar kepala dan lingkar dada bayi pada satuan centimeter.
45.	APGAR Score (1, 5, 10)	Angka	Catat dengan jelas APGAR Score bayi pada menit pertama (1), ke-lima (5), dan ke-sepuluh (10)
46.	Tanggal/Jam Pulang	Angka	Catat tanggal dan jam ketika bayi pulang dari RS (dicatat dengan format: Tanggal/Bulan/Tahun, Jam:Menit).
47.	Kondisi Bayi Ketika Pulang : Hidup	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ketika BAYI keluar dalam keadaan hidup.
48.	Kondisi Bayi Ketika Pulang : Mati	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika ketika BAYI keluar dalam keadaan meninggal.
49.	BB Bayi Ketika Pulang	Angka	BB = Berat Badan Bayi, Catat berat badan aktual bayi pada satuan gram saat KELUAR dari RS.
50.	Bayi Dirujuk : Ya	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika bayi DIRUJUK ke fasilitas lain.
51.	Bayi Dirujuk : Tidak	Tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika YA	Berikan tanda pada kolom ini jika bayi TIDAK dirujuk ke fasilitas lain.
52.	Diagnosis Akhir	Teks	Catat diagnosis akhir dari ibu dan bayi. Jika terjadi rujukan, maka diagnosis akhir merupakan diagnosis rujukan mengapa rujukan dilakukan.
53.	Nama Fasilitas/RS Rujukan	Teks	Catat dengan jelas nama dan tipe fasilitas kemana rujukan dilakukan.
54.	Metode Pembayaran	Teks	Catat metode yang dipakai untuk membayar biaya persalinan.
55.	Catatan	Teks	Catat hal-hal penting lainnya.

No. Urut	Tanggal/ Jam Registrasi	No.Reg/ No.RM	Nama Bayi / Nama Ibu	Alamat	Umur Bayi (hari)	Status Rujukan dari:						Diagnosis Rujukan	Terapi pra-Rujukan Untuk Bayi			Lahir Pada Umur Hamil (minggu)	Diagnosis Awal	Lahir dengan Kelainan Letak		Lahir dengan Cara Bersalin						
						Puskesmas	Bidan Praktek Swasta	RS/RSIA/RSB	Klinik Umum	Lainnya	Bukan Rujukan		Infus	Antibiotik	Obat Lainnya			Sungsang	Lintang	Spontan	Vacuum	Forceps	Sectio Caesaria	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		
Jumlah Per Halaman																										

IMD Mulai Dilakukan < 1 jam	Komplikasi Bayi										Terapi Yang Telah Diberikan di RS			Jenis Kelamin Bayi		BB bayi (gr)	PB bayi (cm)	LK & LD bayi (cm)	APGAR Score (1, 5, 10)	Tgl/ Jam Pulang	Kondisi bayi ketika pulang		BB bayi Ketika Pulang	Bayi Dirujuk		Diagnosis Akhir	Nama Fasilitas/ RS Rujukan	Metode Pembayaran	Catatan		
	Asfiksia	Trauma Kelahiran	BBLR (<2.500 gr)	Tetanus Neonatorum	Infeksi	Kelainan Kongenital	Diare	ISPA	Lainnya	Antibiotik	VTP Resusitasi	PMK pada BBLR	Lainnya	Laki-laki	Perempuan						Hidup	Mati		Ya	Tidak						
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55		