

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



**KEMENTERIAN KESEHATAN
FORMULIR REKAM MEDIK MATERNAL (RMM)
RAHASIA**

FORMULIR KETERANGAN KEMATIAN MATERNAL DI FASILITAS KESEHATAN

CATATAN:

1. *Formulir ini harus dilengkapi untuk semua kasus kematian, termasuk kematian yang terkait dengan abortus (termasuk abortus MOLA) dan hamil ektopik, wanita hamil, melahirkan atau dalam 42 hari setelah terminasi kehamilan tanpa melihat usia gestasi atau tempat terjadinya kehamilan tersebut*
2. *Bila kematian terjadi pada saat dalam perjalanan menuju fasilitas - bila pasien masih dirujuk ke fasilitas kesehatan untuk memastikan kematian, maka form ini diisi oleh petugas fasilitas kesehatan yang dituju - bila pasien kemudian dibawa pulang dan tidak mencapai fasilitas kesehatan, maka form ini diisi oleh Bidan Pukesmas/Koordinator di wilayah setempat.*
3. *Beri kode pada tempat yang sesuai*
4. *Lampirkan salinan resume kasus dari fasilitas kesehatan, otopsi verbal dan partograf pada formulir ini*
5. *Lengkapi formulir (dan tindakannya) dalam 14 hari sejak terjadinya kematian maternal. Formulir asli disimpan di institusi tempat terjadinya kematian dan tindakannya dikirim ke Sekretariat AMP di kabupaten/kota.*

1. LOKASI TERJADINYA KEMATIAN IBU

No		
1.1	Provinsi	
1.2	Kabupaten/Kotamadya	
1.3	Institusi	
1.4	Lokasi kejadian	1. Rumah 2. Polindes 3. PKM Non Poned 4. PKM Poned 5. RS Type D 6. RS Type C - dengan/tanpa ICU 7. RS Type B 8. RS Type A 9. RS Swasta 10. Lainnya:

2. RINCIAN TENTANG IBU MENINGGAL

2.1	Nama	
2.2	No. Register Fasilitas Kesehatan	
2.3	Alamat Pasien	Kampung:

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

		Desa/Kelurahan: Kecamatan: Kabupaten:
2.4	Usia	_____ tahun
2.5	Etnis	1. Sumatera 2. Jawa/Sunda 3. Bali 4. Kalimantan 5. Sulawesi 6. Nusa Tenggara 7. Maluku 8. Irian 9. Lainnya: _____ 99. Tidak tahu/tidak ada informasi
2.6	Pendidikan	1. Tidak Sekolah 2. Sekolah Dasar 3. SMP 4. SMA 5. Akademi/Universitas 9. Tidak tahu
2.7	Berapa lama ibu sekolah	_____ tahun 99. Tidak tahu
2.8	GPA	
2.9	Usia gestasi	_____ minggu 99. Tidak tahu

3. MASUK DI INSTITUSI TEMPAT KEJADIAN ATAU MELAPORKAN KEMATIAN (Tidak diisi jika meninggal di rumah)

No		
3.1	Tanggal masuk	___/___/___ hh/bb/tt 99/99/99 Tidak ada informasi
3.2	Waktu masuk	___ : ___ jam/mnt 99 : 99 Tidak ada informasi
3.3	Masuk saat	1. Hamil 2. Melahirkan 3. Sesudah melahirkan/nifas 9. Tidak ada informasi
3.4	Kondisi saat masuk	1. Hidup 2. Meninggal saat masuk (DOA) 9. Tidak ada informasi/tidak dapat dipastikan
3.5	Alasan masuk/dirujuk	
3.6	Apakah dikirim/dirujuk dari fasilitas lain	1. Ya 2. Tidak 9. Tidak diketahui
3.7	Jika Ya, berasal dari	1. Masyarakat 2. Perawat 3. Bidan 4. Puskesmas 5. Dokter

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

		6. RB 7. RS lain 8. Lainnya: _____ 88. TIDAK SESUAI (bila tidak dirujuk) 99. Tidak diketahui
Tanda vital saat masuk (tidak diisi jika Death On Arrival/DOA)		
3.8	Kesadaran	1. Kompos Mentis 2. Apatis 3. Somnolen 4. Sopor 5. Koma 9. Tidak ada informasi
3.9	Tekanan Darah	____/____ mmHg 999/ 999 Tidak ada informasi
3.1 0	Frekuensi Respirasi	_____x/mnt 99. Tidak ada informasi
3.1 1	Frekuensi Nadi	_____x/mnt 666. Tak teraba 999. Tidak ada informasi
Informasi kematian		
3.1 2	Tanggal meninggal	__/__/__ hh/bb/tt
3.1 3	Waktu meninggal	__ : __ jam/mnt
3.1 4	Meninggal saat	1. Hamil 2. Melahirkan 3. Setelah melahirkan
3.1 5	Diagnosis saat meninggal sesuai dengan catatan medis	

4. ASUHAN ANTENATAL

No		
4.1	Apakah pasien mendapat asuhan antenatal	1. Ya 2. Tidak 9. Tidak tahu/Tidak ada informasi
4.2	Bila Ya, dimana?	1. RS 2. RB 3. PKM 4. Polindes 5. Posyandu 6. Bidan Praktek Swasta 7. Lainnya: _____ 8. TIDAK SESUAI (bila tidak mendapat ANC) 9. Tidak tahu
4.3	Pemberi asuhan antenatal	1. Dokter spesialis kebidanan 2. Dokter umum 3. Bidan 4. Perawat 8. TIDAK SESUAI (bila tidak mendapat ANC)
4.4	Jumlah kunjungan	1. Trimester I _____ kali

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

		2. Trimester II _____ kali 3. Trimester III _____ kali Total: _____ kali 88. TIDAK SESUAI (bila tidak mendapat ANC) 99. Tidak tahu/tidak ada informasi
4.5	Apakah terdapat penyakit penyerta	1. Ya 2. Tidak 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
4.6	Bila Ya, sebutkan	<hr/> 8. TIDAK SESUAI (tidak ada penyakit penyerta)
4.7	Apakah terdapat penyulit/komplikasi	1. Hipertensi 2. Preeklamsi 3. Perdarahan 4. Infeksi 5. Kelainan letak 6. Riwayat seksio sesarea 7. Lainnya : _____ 8. Tidak ada penyulit/komplikasi 9. Tidak tahu
4.8	Status HIV	1. Negatif 2. Positif 9. Tidak tahu/tidak diperiksa

5. INFORMASI PERSALINAN, NIFAS DAN NEONATAL

No		
5.1	Apakah pasien dalam inpartu selama di fasilitas ini?	1. Ya 2. Tidak 9. Tidak tahu
5.2	Bila Ya, apakah dibuat partograf?	1. Ya 2. Tidak 8. TIDAK SESUAI (tidak inpartu di fasilitas ini) 9. Tidak tahu
5.3	Lama persalinan	1. Fase laten : ___jam/___menit 2. Fase aktif : ___jam/___menit 3. Kala 2: ___jam/___menit 4. Kala 3: ___jam/___menit 8888. TIDAK SESUAI (tidak inpartu di fasilitas ini) 9999. Tidak tahu
5.4	Jenis terminasi kehamilan	1. Belum lahir 2. Spontan 3. Vakum/Forsep 4. Ekstraksi Bokong 5. Versi ekstraksi 6. Embriotomi/dekapitasi/eviserasi 7. Seksio sesarea/per abdominam 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
Tindakan untuk mengatasi		
5.5	Abortus	1. Resusitasi

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

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Kuret (termasuk digital, aspirasi vakum manual) 8. TIDAK SESUAI (bukan abortus) 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.6	Hamil ektopik	<ul style="list-style-type: none"> 1. Resusitasi 2. Laparatomi 8. TIDAK SESUAI (bukan hamil ektopik) 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.7	Perdarahan antepartum (HAP)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Resusitasi 2. Terminasi per vaginam tanpa instrumen 3. Terminasi per vaginam dengan instrumen 4. Terminasi seksio sesarea 8. TIDAK SESUAI (bukan HAP) 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.8	Perdarahan postpartum (HPP)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Resusitasi, plus: 2. Kompresi Bimanual Eksternal/Kompresi Bimanual Internal 3. Manual plasenta 4. Koreksi inversio uteri 5. Kuretase 6. Penjahitan serviks 7. Ligasi arteri uterina/hipogastrika 8. Histerektomi 88. TIDAK SESUAI (bukan HPP) 99. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.9	PEB/Eklamsi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Resusitasi 2. MgSO₄ (1. Ya/2. Tidak) 3. Lama terminasi (1. <12 jam, 2. >12jam) 8. TIDAK SESUAI (bukan PEB/Eklamsi) 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.10	Infeksi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Resusitasi 2. Antibiotik (1. adekuat/2. tidak adekuat) 3. Histerektomi 8. TIDAK SESUAI (bukan infeksi) 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.11	Emboli paru	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dirawat di ICU 2. Tidak dirawat di ICU 8. TIDAK SESUAI (bukan emboli paru) 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.12	Komplikasi anestesi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Resusitasi (Ya/Tidak) 2. Dirawat di ICU 8. TIDAK SESUAI (bukan komplikasi anestesi) 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.1	Untuk komplikasi 5.5 - 5.12	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ya

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

3	apakah dirawat di ICU?	2. Tidak 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.1 4	Tanggal dan jam melahirkan/tindakan 1	___/___/___ hh/bb/tt ___:___jam/mnt ___/___/___ hh/bb/tt ___:___jam/mnt ___/___/___ hh/bb/tt ___:___jam/mnt 99/99/99. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.1 5	Tanggal dan jam tindakan 2	___/___/___ hh/bb/tt ___:___jam/mnt 99/99/99. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.1 6	Kondisi terburuk terjadi pada saat	1. Hamil 2. Melahirkan 3. Setelah melahirkan 9. Tidak diketahui/tidak ada informasi
Tanda vital saat kondisi terburuk sebelum meninggal		
5.1 7	Kesadaran terburuk	1. Compos Mentis 2. Apatis 3. Somnolen 4. Sopor 5. Koma 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.1 8	Tekanan Darah	_____ mmHg 999. Tidak ada informasi
5.1 9	Respirasi	_____x/mnt 99. Tidak ada informasi
5.2 0	Nadi	_____x/mnt 999. Tidak ada informasi
5.2 1	Syok	1. Ya 2. Tidak 9. Tidak diketahui/tidak ada informasi
Kondisi neonatal		
Notes: Jika ibu mengalami abortus, MOLA, kehamilan ektopik, maka isikan pertanyaan pada bagian ini dengan Tidak Sesuai		
5.2 2	Dilahirkan di	1. Institusi tempat ibu meninggal 2. Tempat/institusi lain 8. TIDAK SESUAI (ibu tidak melahirkan bayi)
5.2 3	Berat lahir	_____ gram 8888. TIDAK SESUAI (ibu tidak melahirkan bayi) 9999. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.2	Penilaian nafas	1. Langsung menangis

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

4		2. Gangguan nafas yang memerlukan resusitasi sederhana 3. Gangguan nafas yang memerlukan resusitasi aktif 4. Tidak bernafas 8. TIDAK SESUAI (ibu tidak melahirkan bayi) 9. Tidak tahu/tidak ada informasi
5.2 5	Luaran	1. Lahir hidup 2. Lahir mati 3. Lahir mati (maserasi) 4. Abortus 5. Ektopik 6. Belum dilahirkan 8. TIDAK SESUAI (ibu tidak melahirkan bayi) 9. Tidak tahu/tidak ada informasi

6. INTERVENSI (Beri tanda ✓ pada kotak yang sesuai)

Hamil muda		Antenatal		Intrapartum		Postpartum		Lainnya	
Evakuasi		Transfusi		Dgn instrument		Evakuasi		Anestesi-Umum	
Laparotomi		Versi luar		Simfisiotomi		Laparotomi		Epidural	
Histerektomi				Seksio Sesarea		Histerektomi		Spinal	
Transfusi				Histerektomi		Transfusi		Lokal	
				Transfusi		Plasenta Manual		Rawat di ICU*	
Intervensi lainnya/keterangan rinci - tuliskan di kolom ini:									

* lampirkan hasil pemeriksaan saturasi O₂, FiO₂, analisa gas darah, dan apakah dilakukan pemasangan ventilator

7. TES LABORATORIUM

No		
7.1	Hemoglobin	Nilai terendah yang dicatat _____g/dl 99,9. Tidak diperiksa
7.2	Hematokrit	Nilai terendah yang dicatat _____% 99,9. Tidak diperiksa
7.3	Jumlah trombosit	Nilai terendah yang dicatat _____/µl 999999. Tidak diperiksa
7.4	Masa pembekuan darah	Nilai tertinggi yang dicatat _____menit 99,9. Tidak diperiksa
7.5	Masa perdarahan	Nilai tertinggi yang dicatat _____menit 99,9. Tidak diperiksa
7.6	Proteinuria/ Tingkat proteinuria positif	1. Tidak ada proteinuria 2. +1 3. +2 4. +3 5. >+3 9. Tidak diperiksa

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

7.7	Ureum	Nilai tertinggi yang dicatat _____ mg/dl 99,9. Tidak diperiksa
7.8	Kreatinin	Nilai tertinggi yang dicatat _____ mg/dl 9,99. Tidak diperiksa
7.9	Gula darah sewaktu tertinggi yang dicatat	_____ mg/dl 999. Tidak diperiksa
7.1 0	Gula darah sewaktu terendah yang dicatat	_____ mg/dl 999. Tidak diperiksa
7.1 1	Gula darah puasa tertinggi yang dicatat	_____ mg/dl 999. Tidak diperiksa
7.1 2	Gula darah puasa terendah dicatat	_____ mg/dl 999. Tidak diperiksa
7.1 3	Gula darah 2 jam PP tertinggi yang dicatat	_____ mg/dl 999. Tidak diperiksa
7.1 4	Gula darah 2 jam PP yang terendah dicatat	_____ mg/dl 999. Tidak diperiksa
7.1 5	Serum GOT	Nilai tertinggi yang dicatat _____ IU/L 999. Tidak diperiksa
7.1 6	Serum GPT	Nilai tertinggi yang dicatat _____ IU/L 999. Tidak diperiksa
7.1 7	Albumin terendah yang dicatat	_____ IU/L 99,9. Tidak diperiksa
7.1 8	Bilirubin tertinggi yang dicatat	_____ IU/L 9,9. Tidak diperiksa
7.1 9	LDH tertinggi yang dicatat	_____ IU/L 9,9. Tidak diperiksa
7.2 0	Leukosit terendah yang dicatat	_____ mm ³ 99999. Tidak diperiksa
7.2 1	Leukosit tertinggi yang dicatat	_____ mm ³ 99999. Tidak diperiksa

8. PENYEBAB KEMATIAN

Penyebab Obstetrik Primer (mendasari) Kematian: Sebutkan:

--

9. **OTOPSI:**

Dilakukan Tidak dilakukan

Bila dilakukan, tuliskan garis besar temuan dan kirimkan hasil rincinya kemudian

.....

.....

.....

