

.....
.....
.....

No. Register :
Masuk RS tanggal / jam :
Dirawat diruang :

PENGKAJIAN Tanggal :, Jam : WIB, Oleh :

A. SUBJECTIVE

1. Biodata

a. Identitas Bayi/Balita

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :

b. Identitas Orang Tua

	Ibu	Ayah
Nama
Umur
Agama
Suku/Bangsa
Pendidikan
Pekerjaan
Alamat
No. Telp

2. Alasan Masuk/ Kunjungan

.....
.....

3. Keluhan Utama

.....
.....

4. Riwayat Antenatal

- a. G P A Ah
- b. Riwayat ANC : teratur/tidak, kali, di oleh
- c. Imunisasi TT : kali
- d. Kenaikan BB : kg
- e. Keluhan :
- f. Penyakit selama hamil :
- g. Kebiasaan :
(makan, minum obat/jamu)
- h. Komplikasi
 - Ibu :
 - Janin :

5. Riwayat Intranatal

- a. Lahir tanggal : jam : WIB

- b. Usia gestasi : minggu
- c. Jenis persalinan :
- d. Penolong/tempat :
- e. Komplikasi
 - Ibu :
 - Janin :

6. Riwayat Kesehatan

- a. Penyakit yang pernah/sedang diderita (menular, menurun dan menahun)

.....

.....
- b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga (menular, menurun dan menahun)

.....

.....
- c. Riwayat rawat inap & operasi

.....

.....
- d. Riwayat alergi makanan/obat

.....

.....

7. Riwayat Imunisasi

Jenis	Tanggal Pemberian		
BCG			
Hepatitis B			
Polio			
DPT			
Campak			

8. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

- a. Nutrisi

Makan	Minum
Frekuensi :	Frekuensi :
Jenis :	Jenis :
Porsi :	Porsi :
Pantangan :	Pantangan :
Keluhan :	Keluhan :
- b. Eliminasi

BAB	BAK
Frekuensi :	Frekuensi :
Warna :	Warna :
Konsistensi :	Konsistensi :
Keluhan :	Keluhan :
- c. Istirahat

Tidur siang	Tidur malam
Lama :	Lama :
Keluhan :	Keluhan :

B. DATA OBYECTIVE

1. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum :
Tanda-Tanda Vital : S :⁰c N : x/menit R : x/menit
PB :cm BB : gram

2. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Bentuk :
Rambut :
Muka :
Mata :
Hidung :
Mulut :
Telinga :
Lingkar kepala : cm

b. Leher

:
.....

c. Dada

Bentuk :
Puting :
Gerakan :
Payudara :
Paru-Paru :
Jantung :
Lingkar dada : cm

d. Abdomen

Bentuk :
Dinding Perut :
Tali pusat :
Palpasi :
Perkusi :
Auskultasi :

e. Ekstremitas atas

: LILA :cm

f. Ekstremitas bawah

:

g. Genetalia

Laki-Laki

:

Perempuan

:

h. Anus

Mekonium

:

i. Punggung

:

j. Kulit

:

3. Pemeriksaan khusus

.....
.....

E. PELAKSANAAN DAN EVALUASI

WAKTU	KEGIATAN	PARAF
-------	----------	-------

--	--	--

PEMBIMBING INSTITUSI

PEMBIMBING LAHAN

MAHASISWA

(.....)

(.....)

(.....)