

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

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

**I. PENGKAJIAN** Tanggal : ....., Jam : ..... WIB, Oleh : .....

**A. DATA SUBJEKTIF**

**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 OBYEKTIF**

**1. Pemeriksaan umum**

Keadaan Umum : .....

Tanda-Tanda Vital : S : .....<sup>0</sup>c      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 penunjang Tgl : ..... Pukul :  
..... WIB

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

4. Data penunjang

.....  
.....

**II. INTERPRETASI DATA**

A. Diagnosa kebidanan

.....  
.....

Data Dasar:

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

B. Masalah

.....  
.....

Data Dasar:

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

**III. IDENTIFIKASI DAN ANTISIPASI DIAGNOSA POTENSIAL**

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

**IV. TINDAKAN SEGERA**

A. Mandiri

.....  
.....

B. Kolaborasi

.....  
.....

C. Merujuk

.....  
.....



