



KEPOLISIAN DAERAH
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
RUMKIT BHAYANGKARA
Jln.

NO. RM	:	
NAMA	:	
JENIS KELAMIN	:	
TANGAL LAHIR	:	

*Mohon di isi atau tempelkan stiker jika ada

FORMAT PENGKAJIAN PERAWATAN NEONATUS

(Pengkajian ini harus diisi maksimal dalam 12 jam setelah pasien masuk rawat inap)

Petunjuk : Beri tanda (✓) pada kolom yang dianggap sesuai

1.	DATA UMUM									
a.	Tiba di Ruangan	:	Tanggal/...../..... Pukul : Asesmen : Tanggal/...../..... Pukul :							
b.	Cara masuk	:	Brankad		Digendong		Inkubator			
c.	Asal masuk	:	IGD		IRJ		VK			
d.	Diagnosa masuk	:								
e.	Sumber informasi	:	Pasien							
		:	Keluarga		Nama :				Hubungan :	
		:	Orang lain		Nama :				Hubungan :	

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan Utama :

b. Riwayat Kesehatan Sekarang (PQRST) :

--	--

c. Riwayat Kesehatan Dahulu :

Pernah dirawat di Rumah Sakit : ☐ Tidak ☐ Ya, Kapan Diagnosa :

Kelainan congenital : ☐ Ya ☐ Tidak

d. Riwayat Prenatal:

Lahir Kehamilan : Minggu

Komplikasi : ☐ Tidak ☐ Ya, PEB / DM / HT

Masalah Maternal : ☐ Tidak ☐ Ya,

e. Riwayat Natal:

Persalinan : ☐ Spontan ☐ Vacum

Oleh : ☐ Dokter ☐ Bidan

Penyulit Persalinan : ☐ KPSW ☐ Gawat Janin

Apgar Score : 1' 5'

Berat Badan Lahir : Gram,

☐ Forcep ☐ Caesar

☐ PEB ☐

10' 10'

Panjang Badan Lahir cm

f. Riwayat Post Natal

Asi Sampai Umur : Bulan,

Susu formula mulai umur : Bulan,

Asi Sampai Umur : Bulan,

Riwayat alergi : ☐ Tidak ☐ Ya :

Masalah Neonatus : ☐ Tidak ☐ Ya

g. Riwayat Imunisasi

☐ Hepatitis B I

☐ Hepatitis B II

☐ Hepatitis B III

☐ Hepatitis B IV

☐ BCG

☐ Polio I

☐ Polio II

☐ Polio III

☐ Polio IV

☐ Campak I

☐ D T P I

☐ D T P II

☐ D T P III

☐ D T P IV

☐ Campak II

Imunisasi anjuran :

Gangguan pertumbuhan dan perkembangan : ☐ Tidak

☐ Ya :

Riwayat Penyakit Keluarga :

☐

Diabetes

☐

Kanker

☐

Hipertensi

☐

Jantung

☐☐

Anemia

☐

Hepatitis

☐

.....

☐

Tidak ada