

## FORMAT PENGKAJIAN BAYI BARU LAHIR (BBL)

Tanggal Masuk : ..... Jam Masuk : .....  
Ruang / Kelas : ..... No. Register : .....  
Tanggal Pengkajian : ..... Jam Pengkajian : .....  
Diagnosa Medis : .....

### PENGAJIAN

#### A. DATA SUBJEKTIF

##### 1. IDENTITAS

Nama Bayi : .....  
Umur : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Anak Ke : .....

Nama Ibu : .....	Nama Suami : .....
Umur : .....	Umur : .....
Suku/bangsa : .....	Suku/bangsa : .....
Agama : .....	Agama : .....
Pendidikan : .....	Pendidikan : .....
Pekerjaan : .....	Pekerjaan : .....
Alamat : .....	Alamat : .....
Status Perkawinan : .....	

##### 2. RIWAYAT KESEHATAN

###### I. Keluhan Utama

Saat MRS :.....  
.....  
Saat Pengkajian :.....  
.....

###### II. Riwayat Penyakit Sekarang

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

###### III. Riwayat Penyakit Dahulu

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

###### IV. Riwayat Penyakit Keluarga

.....  
.....

###### V. Riwayat Antenatal

Ibu mengatakan hamil anak ke : .....  
Usia kehamilan : ..... bulan

ANC sejak umur kehamilan : ..... di .....

ANC : TM I : Frekuensi : .....kali

Keluhan : .....

Terapi : .....

TM II : Frekuensi : .....kali

Keluhan : .....

Terapi : .....

TM III : Frekuensi : .....kali

Keluhan : .....

Terapi : .....

Imunisasi: TT1 :  Sudah  Belum

TT2 :  Sudah  Belum

Kenaikan BB selama hamil : .....Kg

Komplikasi selama hamil : .....

Kebiasaan waktu hamil (makan, obat – obatan/jamu, merokok)

.....

.....

VI. Riwayat Intranatal

Lahir tanggal / jam : .....

Jenis persalinan : .....(spontan / tindakan)

.....(atas indikasi)

Penolong : .....

Lama persalinan : Kala I : .....

Kala II : .....

Komplikasi persalinan : .....

VII. Keadaan Bayi Baru Lahir

Berat badan lahir : .....gram

Panjang badan : .....cm

Nilai APGAR : 1 menit / 5 menit / 10 menit : ..... / ..... / .....

No	Kriteria	1 menit	5 menit	10 menit
1	Denyut Jantung			
2	Usaha Nafas			
3	Tonus Otot			
4	Reflek			
5	Warna Kulit			
<b>TOTAL</b>				

## VIII. Genogram

### B. DATA OBJEKTIF

#### 1. Pemeriksaan Umum

- |                 |             |        |                |
|-----------------|-------------|--------|----------------|
| • Keadaan Umum  | : .....     | • Nadi | : .....x/menit |
| • Kesadaran     | : .....     | • Suhu | : .....°C      |
| • Tekanan Darah | : .....mmHg | • RR   | : .....x/menit |

#### Pemeriksaan Antropometri

- PB : ..... cm
- BB : ..... Kg
- Lingkar lengan : ..... cm
- LIKA
  - FO : ..... cm
  - MO : ..... cm
  - SOB : ..... cm
- Lingkar dada : ..... cm

#### 2. Pemeriksaan Khusus

##### Inspeksi

- Kepala : .....
- Rambut : .....
- Wajah : .....
- Mata : .....
- Hidung : .....
- Mulut : .....

Leher : .....  
 Dada : .....  
 Abdomen : .....  
 Ekstremitas : .....  
 • Atas : .....  
 • Bawah : .....  
 Anogenital : .....

**Palpasi**

UUK : .....  
 UUB : .....  
 Turgor : .....

**Reflek**

Moro : ( ) ada ( ) tidak  
 Rooting : ( ) ada ( ) tidak  
 Sucking : ( ) ada ( ) tidak  
 Swallowing : ( ) ada ( ) tidak  
 Walking : ( ) ada ( ) tidak  
 Graphs : ( ) ada ( ) tidak  
 Babinski : ( ) ada ( ) tidak  
 Tonicneck : ( ) ada ( ) tidak

**Eliminasi**

Miksi : .....  
 Defekasi : .....

**3. Pemeriksaan Penunjang**

- a. Laboratorium : .....
- b. USG : .....
- c. Rontgen : .....
- d. Terapi yang didapat : .....

**4. Data Tambahan**

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

.....,

Mahasiswa

(.....)

## KLASIFIKASI DAN ANALISA DATA

Nama Pasien :

No. Reg :

Tgl	Kelompok Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah	Diagnosa Keperawatan	Ttd Mhs

## RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien :

No. Reg :

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional	Ttd Mhs

## TINDAKAN KEPERAWATAN

**Nama Pasien :**

**No. Reg :**

Tgl	Jam	Tindakan Keperawatan	Ttd Mhs

## EVALUASI

Nama Pasien :

No. Reg :

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Ttd Mhs



