



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14080290025
Nama Lengkap : Resti Fauziah, A.Md.Kep.
Unit/Divisi/Komite : Intensif Anak
No. Telepon/Ext : 2205
E-mail : resti.fauziah@gmail.com

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Pengkajian medis Bayi baru lahir
No/Kode Formulir : 026/PRM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : 6.4 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : 2 Revisi ke- : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	a.n

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Perubahan no rekam medis

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

No rekam medis

Tanda Tangan
Pemohon,

Resti Fauziah, A.Md. Kep
503/6436/S/P-89/Diskes/2017

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 ply Bolak Balik		a.n Aditya L	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc		Dep 20/9/22	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
penggantian nomor formulir dibuat Fg	Amr Aang	Ditandatangani perubahan no. form	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc Fahri nung	Dep 20/9/22	Acc	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama :
Tanggal Lahir : (L/W)*
No. RM :
Ruangan/Kelas :
DPJP :
Penjamin :
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

(Diisi oleh Dokter)

I. IDENTITAS ORANGTUA

IBU

AYAH

Nama :
Tanggal Lahir/ Usia :
Agama/ Suku Bangsa :
Golongan Darah : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O
Rheusus : ☐ Positif ☐ Negatif
Alamat :
Riwayat Penyakit :

☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O
☐ Positif ☐ Negatif

II. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN SEKARANG

Penolong Persalinan : ☐ Dokter : ☐ Bidan :
Kehamilan : G P A
Usia Gestasi :Minggu.....Hari
Riwayat Penyakit Selama Kehamilan :
Antenatal Care : ☐ RSIH ☐ Luar RSIH, di.....
Cara Persalinan : ☐ Spontan ☐ Ekstraksi Vakum/ Forcep
☐ Sectio Caesaria, atas indikasi :
Ketuban Pecah : ☐ Spontan ☐ Amniotomi ☐ Jam.....Warna.....
Jumlah Ketuban : ☐ Normal ☐ Oligohidramnion ☐ Polihidramnion
Lilitan Tali Pusat : ☐ Tidak ☐ Ada, jumlah lilitan.....
Resusitasi : ☐ Membersihkan Lendir ☐ Pemberia Oksigen
☐ VTP ☐ Kompresi Dada
☐ Intubasi dengan ETT No :Kedalaman :cm
☐ Obat-obatan :

Antropometri		APGAR SCORE					
Tanggal Lahir	:	Menit Ke :	A	P	G	A	R
Jam Lahir	:		Appearance	Pulse	Grimace	Activity	Respiration
Berat Badan	:						
Panjang Badan	:						
Lingkar Kepala	:						
Lingkar Dada	:						

Keterangan

Tanda	0	1	2
Appearance /Warna Kulit	Biru/Pucat	Akrosianosis	Seluruhnya kemerahan
Pulse /Detak Jantung	Tidak ada	< 100x/menit	>100x/menit
Grimace /Refleks Rangsang	Tidak ada respon	Sedikit	Menangis kuat/aktif
Activity /Tonus Otot	Lemas	Sedikit fleksi	Gerak aktif
Respiration /Nafas	Tidak ada	Menangis lemah	Baik/menangis kuat

Keterangan Hasil

0-3 : Asfiksia berat
4-6 : Asfiksia sedang
7-10 : Asfiksia ringan/Normal

PENGKAJIAN AWAL MEDIS BAYI BARU LAHIR

III. PEMERIKSAAN FISIK BAYI

1. Kesadaran : ☐ Sadar Aktif ☐ Letargi ☐ Lain-lain
2. Tanda-tanda Vital : Tekanan Darah :mmHg Pernapasan :x/menit
Nadi :x/menit Suhu :°C
3. Warna kulit : ☐ Normal ☐ Abnormal ☐ Pucat
☐ Ikterik ☐ Sianosis ☐ Lain-lain :
4. Kepala : Bentuk/Ukuran : ☐ Normal ☐ Abnormal.....
Ubun-ubun : ☐ Datar ☐ Cekung ☐ Membonjol
5. Wajah : ☐ Normal ☐ Abnormal :
6. Mata : ☐ Normal ☐ Abnormal :
7. THT : ☐ Normal ☐ Abnormal :
8. Mulut & Rongga Mulu : ☐ Normal ☐ Abnormal :
9. Pernapasan : ☐ Normal ☐ Abnormal :
10. Bentuk Dada : ☐ Normal ☐ Abnormal :
11. Gerakan Dada : ☐ Normal ☐ Abnormal :
12. Jantung : ☐ Normal ☐ Abnormal :
13. Abdomen : ☐ Normal ☐ Abnormal :
14. Ekstremitas : ☐ Normal ☐ Abnormal :
15. Tulang Belakang : ☐ Normal ☐ Abnormal :
16. Genitalia : ☐ Laki-laki : ☐ Testis Kanan + / - ☐ Testis Kanan + / -
☐ Fimosis ☐ Hernia ☐ Hidrokel testis
☐ Perempuan : ☐ Labia minor tertutup ☐ Labia minor menonjol
17. Miksi : + / -
18. Anus : + / - ☐ Mekonium : + / -
19. Neurologi : ☐ Refleks Grasping ☐ Refleks Sucking
☐ Refleks Moro ☐ Refleks Rooting
20. Tanda Lahir : ☐ Tidak ☐ Ya,
21. Kelainan Bawaan : ☐ Tidak ☐ Ya,

IV. TATA LAKSANA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hangatkan | <input type="checkbox"/> Obat-obatan | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Lab/Screening awal |
| <input type="checkbox"/> Rawat dalam Inkubator | <input type="checkbox"/> Vit K injeksi 1mg/IM | <input type="checkbox"/> Golongan darah dan Rheusus |
| <input type="checkbox"/> Inisiasi menyusui dini | <input type="checkbox"/> Salf/tetes mata antibiotik | <input type="checkbox"/> Darah rutin |
| <input type="checkbox"/> ASI | <input type="checkbox"/> Vaksin Hepatitis B0 | <input type="checkbox"/> Gula Darah sewaktu |
| <input type="checkbox"/> Rawat gabung | <input type="checkbox"/> Antibiotik | <input type="checkbox"/> Kultur darah |
| <input type="checkbox"/> Isolasi | <input type="checkbox"/> Oksigen | <input type="checkbox"/> CPR bila diperlukan |
| <input type="checkbox"/> Rawat Perina/ NICU | <input type="checkbox"/> Lain-lain..... | <input type="checkbox"/> Pro Screening Pendengaran |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain..... | | <input type="checkbox"/> Pro Rontgen thorax AP |
| | | <input type="checkbox"/> TSH Neonatal |
| | | <input type="checkbox"/> Lain-lain..... |

Tanggal Pemeriksaan : Jam Pasien Masuk: Jam Selesai Pemeriksaan : Dokter Pelaksana Tindakan dr.....	V. DIAGNOSIS <input type="checkbox"/> Neonatal Kurang Bulan (NKB) <input type="checkbox"/> Kecil Masa Kehamilan (KMK) <input type="checkbox"/> Neonatal Cukup Bulan (NCB) <input type="checkbox"/> Sesuai Masa Kehamilan (SMK) <input type="checkbox"/> Neonatal Lebih Bulan (NLB) <input type="checkbox"/> Besar Masa Kehamilan (BMK) <input type="checkbox"/> IUFD
	VI. RENCANA
	VI. PERKIRAAN LAMA RAWAT