



**RUMAH SAKIT
SARI ASIH**

Nama :
Tanggal Lahir :
Nomor RM :
NIK :

**PEMERIKSAAN BAYI BARU LAHIR
A. APGAR SCORE**

Nama Ayah : _____ Tanggal Lahir : _____ Jam : _____ Nama Ibu : _____ Kelamin : Laki-laki / Perempuan					
Menit	TANDA - TANDA	N I L A I			JUMLAH APGAR SCORE
		0	1	2	
	A. Warna Kulit	<input type="checkbox"/> Biru/Pucat	<input type="checkbox"/> Tubuh Kemerah merahan	<input type="checkbox"/> Kemerah - merahan	Paraf
	B. Frekuensi Jantung	<input type="checkbox"/> Tak Ada	<input type="checkbox"/> 100 ada kurang	<input type="checkbox"/> Lebih dari' 100	
	C. Reflex	<input type="checkbox"/> Tak Ada	<input type="checkbox"/> Meringis	<input type="checkbox"/> Batuk / Bersin	
	D. Tonus Otot	<input type="checkbox"/> Lumpuh	<input type="checkbox"/> Ekstensi / Flexi Sedikit	<input type="checkbox"/> Gerakan Aktif	
	E. Usaha Bernapas	<input type="checkbox"/> Tak Ada	<input type="checkbox"/> Lambat, Tak teratur	<input type="checkbox"/> Menangis Kuat	
	A. Warna Kulit	<input type="checkbox"/> Biru/Pucat	<input type="checkbox"/> Tubuh Kemerah merahan	<input type="checkbox"/> Kemerah - merahan	Paraf
	B. Frekuensi Jantung	<input type="checkbox"/> Tak Ada	<input type="checkbox"/> 100 ada kurang	<input type="checkbox"/> Lebih dari' 100	
	C. Reflex	<input type="checkbox"/> Tak Ada	<input type="checkbox"/> Meringis	<input type="checkbox"/> Batuk / Bersin	
	D. Tonus Otot	<input type="checkbox"/> Lumpuh	<input type="checkbox"/> Ekstensi / Flexi Sedikit	<input type="checkbox"/> Gerakan Aktif	
	E. Usaha Bernapas	<input type="checkbox"/> Tak Ada	<input type="checkbox"/> Lambat, Tak teratur	<input type="checkbox"/> Menangis Kuat	
	A. Warna Kulit	<input type="checkbox"/> Biru/Pucat	<input type="checkbox"/> Tubuh Kemerah merahan	<input type="checkbox"/> Kemerah - merahan	Paraf
	B. Frekuensi Jantung	<input type="checkbox"/> Tak Ada	<input type="checkbox"/> 100 ada kurang	<input type="checkbox"/> Lebih dari' 100	
	C. Reflex	<input type="checkbox"/> Tak Ada	<input type="checkbox"/> Meringis	<input type="checkbox"/> Batuk / Bersin	
	D. Tonus Otot	<input type="checkbox"/> Lumpuh	<input type="checkbox"/> Ekstensi / Flexi Sedikit	<input type="checkbox"/> Gerakan Aktif	
	E. Usaha Bernapas	<input type="checkbox"/> Tak Ada	<input type="checkbox"/> Lambat, Tak teratur	<input type="checkbox"/> Menangis Kuat	
RESUSITASI : Pemberian oxygen saja -- / + Pengisapan -- / + Pemberian Oxygen dengan tekanan (VTP) -- / + Waktu sampai bernapas teratur _____ Menit Waktu sampai menangis _____ Menit Pengobatan kepada bayi -- / +					

B. PEMERIKSAAN FISIK

NO	JENIS PEMERIKSAAN	KETERANGAN	KESAN
1	Kepala : - Caput Suksadeneum - Cepal Hematom - Moulage	Ada / Tidak Ada / Tidak Ada / Tidak	
2	Mata : - Simetris - Kelainan	Ya / Tidak Ada / Tidak	
3	Telinga : - Bentuk - Lubang	Normal / Abnormal Ada / Tidak	
4	Hidung & Mulut : - Deformitas - Reflex Hisap	Ada / Tidak Ada / Tidak	
5	Thorax : - Bentuk - Puting Susu - Cor - Pulmo	- - - -	
6	Abdomen : - Bentuk - Tali Pusat	- -	
7	General : Laki - Laki - Penis berlobang - Testis Perempuan - Vagina - Labia Mayora & Minora	Ya / Tidak Ada / Tidak Ada / Tidak Ada / Tidak	
8	Anus	Ada / Tidak	
9	Ektremitas : - Deformitas - Gerakan	Ada / Tidak -	
10	Kulit : - Lanugo - Warna - Tanda Lahir	Ada / Tidak - -	

..... 20

Dokter Pemeriksa

(.....)