



FORMAT ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

Lahan Praktik : , tgl.....
Ruangan : Mengetahui,
Tanggal Pengkajian / Jam : / (.....)
Nama Mahasiswa/NPM : / Nama dan stempel CI
Lembar : Observasi / Partisipasi / Mandiri (coret yang tidak perlu)

I. PENGKAJIAN / PENGUMPULAN DATA

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

a. Keluhan Utama

.....

b. Riwayat Penyakit Sekarang

.....
.....

c. Riwayat Penyakit Dahulu

.....
.....

d. Riwayat Penyakit Keluarga

.....
.....

e. 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)
.....
.....

f. Riwayat Intranatal

Lahir tanggal / jam :
Jenis persalinan :(spontan / tindakan)
.....(atas indikasi)
Penolong :
Lama persalinan : Kala I :
Kala II :
Komplikasi persalinan :

g. Keadaan Bayi Baru Lahir

Berat badan lahir :gram
Panjang badan :cm
Nilai APGAR : 1 menit / 5 menit / 10 menit : / /

No.	Kriteria	Menit ke 1	Menit ke 5	Menit ke 10
1	Warna Kulit			
2	Denyut Jantung			
3	Refleks			
4	Tonus Otot			
5	Usaha Nafas			
	Total			

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum	:	RR	:x/menit
Kesadaran	:	Suhu	:°C
Nadi	:x/menit		

2. Pemeriksaan Antropometri

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

3. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

Kepala	:
Rambut	:
Wajah	:
Telinga	:
Mata	:
Hidung	:
Mulut	:
Leher	:
Dada	:
Abdomen	:
Punggung	:
Ekstremitas	:
Atas	:
Bawah	:
Anogenital	:
Laki-laki	:
Perempuan	:
Kulit	:

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

Pola Pemenuhan Kebutuhan

Nutrisi	:	
Personal Hygiene	:	
Miksi	:	
Defekasi	:	

4. Pemeriksaan Penunjang

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

II. PERUMUSAN DIAGNOSA / MASALAH KEBIDANAN

Diagnosa :

Masalah :

Data Dasar :

III. RENCANA TINDAKAN/INTERVENSI

IV. PELAKSANAAN TINDAKAN/IMPLEMENTASI

V. PENILAIAN/EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)