

# SOAP ANTENATAL CARE (ANC)

## KUNJUNGAN ANTENATAL

Tanggal Pengkajian :

Pukul:

No. Register :	Institusi Pelayanan :
----------------	-----------------------

## IDENTITAS

Nama Istri :	Umur : thn	Pendidikan :	Pekerjaan :
Nama Suami :	Umur : thn	Pendidikan :	Pekerjaan :
Agama :			
Alamat :			
No. Hp :			

## ANAMNESIS

### I. Riwayat kehamilan sekarang

- a. HPHT tanggal: .....
- b. Gerakan janin dirasakan sejak: .....
- c. Keluhan: .....
- d. Mengonsumsi obat/jamu: .....
- e. ANC: ..... kali (TM I: ....x, TM II: ....x, TM III: ....x)

### II. Riwayat kehamilan lalu

- a. Hamil ke: .....
- b. Anak hidup: .....
- c. Keguguran: .....
- d. Anak 1:
  - lahir spontan/SC\* tahun (.....) di (.....) Penolong (.....)
  - JK (.....), BBL (.....gr), PB (.....cm), masa nifas normal/tidak\*
  - ASI Eksklusif (.....)
- Anak 2 dst: .....

### III. Riwayat penyakit dahulu dan sekarang

- a. Riwayat jantung, hipertensi, diabetes, dan asma: .....
- b. Status Imunisasi TT: .....

### IV. Riwayat psikososial ekonomi

- a. Perkawinan (.....), hubungan dengan keluarga: .....
- b. Respon ibu dan keluarga tentang kehamilan: .....
- c. Keluarga mendukung kehamilan ibu: .....
- d. Kehamilan: direncanakan/tidak\* .....
- e. Alat kontrasepsi (Keluarga Berencana): .....
- f. Pengambil keputusan dalam keluarga: .....
- g. Anak yang diharapkan: .....

- h. Merokok dan konsumsi minuman keras: Suami/istri .....
- i. Aktivitas: .....
- j. Tempat dan petugas yg diinginkan untuk membantu persalinan: .....

## PEMERIKSAAN FISIK (O)

### 1. Tinggi Badan / Berat Badan

- a. Tinggi Badan :                    cm
- b. BB Sebelum hamil :                    kg
- c. BB Sekarang :                    kg

### 2. Lingkar Lengan Atas

- a. LiLA :                    cm

### 3. Penampilan Fisik

- .....

### 4. TTV

- 1. TD: ..... mmHg
- b. Nadi: ..... x/menit
- c. Suhu: ..... °C
- d. Pernapasan: ..... x/menit

### 5. Kepala, wajah, leher

- a. Konjungtiva: ....., sklera: .....
- b. Oedema pada wajah: .....
- c. Pembesaran kelenjar limfe, kelenjar tiroid, dan vena jugularis: .....

### 6. Payudara

- a. Massa dan nyeri tekan: .....
- b. Puting susu: .....
- c. Pengeluaran ASI: .....

### 7. Abdomen

- a. Bekas luka operasi: .....
- b. Leopold I: TFU ....., di fundus .....
- c. Leopold II: .....
- d. Leopold III: .....
- e. Leopold IV: .....
- f. DJJ: .....
- g. TBJ: .....

### 8. Tungkai atas dan bawah

- .....

## 8. Pemeriksaan lab

- a. Hb: ..... gr%
- b. Protein: .....
- c. Reduksi: .....
- d. HBsAg: .....
- e. Sifilis: .....
- f. HIV: .....
- g. Golongan Darah: .....

## ASSESSMENT (A)

G...P...A..., umur kehamilan ..... minggu dengan ..... dan keluhan .....

## PENATALAKSANAAN (P)

1. Evaluasi:
2. Evaluasi:
3. Evaluasi:
4. Evaluasi:
5. Evaluasi:
6. Evaluasi:

Bidan Pelaksana	
Tanggal	Nama / tanda tangan

\*Jawaban dilingkari