

**Lembar Penilaian Kecemasan Ibu Hamil Trimester III
Dengan Menggunakan Skala HARS (*Hamilton Anxiety Scale*)**

No	Pemeriksaan	Hasil Wawancara		Skor	Keterangan
		Ya	Tidak		
1.	Perasaan cemas				
	<input type="radio"/> Firasat buruk				0= tidak ada gejala
	<input type="radio"/> Takut akan pikiran sendiri				1= satu dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Mudah tersinggung				2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
2.	Ketegangan				
	<input type="radio"/> Merasa tegang				0= tidak ada gejala
	<input type="radio"/> Lesu				1= satu dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Tidak bisa istirahat tenang				2= separuh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Mudah terkejut				3= lebih dari separuh gejala yang ada
	<input type="radio"/> Mudah menangis				4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Gelisah				
<input type="radio"/> Gemetar					
3.	Ketakutan				
	<input type="radio"/> Takut terhadap gelap				0= tidak ada gejala
	<input type="radio"/> Takut terhadap orang asing				1= satu dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Takut bila tinggal sendiri				2= separuh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Takut pada binatang besar				3= lebih dari separuh gejala yang ada
	<input type="radio"/> Takut pada keramaian				4= seluruh dari gejala yang ada
4.	Gangguan tidur				
	<input type="radio"/> Sukar memulai tidur				0= tidak ada gejala
	<input type="radio"/> Terbangun pada malam hari				1= satu dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Tidur tidak nyenyak				2= separuh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Bangun dengan lesu				3= lebih dari separuh gejala yang ada
	<input type="radio"/> Banyak bermimpi				4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Mimpi buruk				
<input type="radio"/> Mimpi menakutkan					
5.	Gangguan kecerdasan				
	<input type="radio"/> Sukar konsentrasi				0= tidak ada gejala
	<input type="radio"/> Penurunan daya ingat				1= satu dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Daya ingat buruk				2= separuh dari gejala yang ada 3= Lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
6.	Perasaan depresi				
	<input type="radio"/> Hilangnya minat				0= tidak ada gejala
	<input type="radio"/> Berkurangnya kesenangan pada hoby				1= satu dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Sedih				2= separuh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Bangun dini hari				3= lebih dari separuh gejala yang ada
<input type="radio"/> Perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari				4= seluruh dari gejala yang ada	

No.	Pemeriksaan	Hasil Wawancara		Skor	Keterangan
		Ya	Tidak		
7.	Gejala somatik (otot)				
	o Sakit dan nyeri pada otot-otot				0= tidak ada gejala
	o Kaku				1= satu dari gejala yang ada
	o Kedutan otot				2= separuh dari gejala yang ada
	o Gigi gemeretak				3= lebih dari separuh gejala yang ada
	o Suara tidak stabil				4= seluruh dari gejala yang ada
8.	Gejala somatik (Sensorik)				
	o Tinitus (telinga berdenging)				0= tidak ada gejala
	o Penglihatan kabur				1= satu dari gejala yang ada
	o Muka merah atau pucat				2= separuh dari gejala yang ada
	o Merasa cemas				3= lebih dari separuh gejala yang ada
	o Perasaan ditusuk-tusuk				4= seluruh dari gejala yang ada
9.	Gejala Kardiovaskuler				
	o Takikardia (denyut jantung cepat)				0= tidak ada gejala
	o Berdebar-debar				1= satu dari gejala yang ada
	o Nyeri di dada				2= separuh dari gejala yang ada
	o Denyut nadi mengeras				3= lebih dari separuh gejala yang ada
	o Rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan				4= seluruh dari gejala yang ada
10.	Gejala Respiratori				
	o Rasa tertekan atau sempit di dada				0= tidak ada gejala
	o Rasa tercekik				1= satu dari gejala yang ada
	o Sering menarik nafas				2= separuh dari gejala yang ada
	o Nafas pendek/ sesak				3= lebih dari separuh gejala yang ada
					4= seluruh dari gejala yang ada
11.	Gejala gastrintestinal (pencernaan)				
	o Sulit menelan				0= tidak ada gejala
	o Perut melilit				1= satu dari gejala yang ada
	o Gangguan pencernaan				2= separuh dari gejala yang ada
	o Nyeri sebelum dan sesudah makan				3= lebih dari separuh gejala yang ada
	o Perasaan terbakar diperut				4= seluruh dari gejala yang ada
	o Rasa penuh atau kembung				0= tidak ada gejala
	o Mual				
	o Muntah				
	o Buang air besar lembek				
	o Sukar buang air besar (konstipasi)				
	o Kehilangan berat badan				
12.	Gejala urogenital				
	o Sering BAK				0= tidak ada gejala
	o Tidak dapat menahan kencing				1= satu dari gejala yang ada
	o Aminorea (tidak datang bulan)				2= separuh dari gejala yang ada
	o Darah haid berlebihan				3= lebih dari separuh gejala yang ada
	o Darah haid amat sedikit				4= seluruh dari gejala yang ada
	o Masa haid berkepanjangan				
	o Ejakulasi dini				
	o Ereksi hilang				
o Impotensi					

No.	Pemeriksaan	Hasil Wawancara		Skor	Keterangan
		Ya	Tidak		
13.	Gejala autonom				
	<input type="radio"/> Mulut kering				0= tidak ada gejala
	<input type="radio"/> Mudah berkeringat				1= satu dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Muka merah				2= separuh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Pusing atau sakit kepala				3= lebih dari separuh gejala yang ada
	<input type="radio"/> Kepala terasa berat				4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Bulu-bulu berdiri				
14	Perilaku sewaktu wawancara				
	<input type="radio"/> Gelisah				0= tidak ada gejala
	<input type="radio"/> Tidak tenang				1= satu dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Jari-jari gemetar				2= separuh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Mengkerutkan dahi atau kening				3= lebih dari separuh gejala yang ada
	<input type="radio"/> Muka tegang				4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Tonus otot meningkat				
	<input type="radio"/> Napas pendek dan cepat				
	<input type="radio"/> Muka merah				
Jumlah Skor					

Keterangan Skor :

<14 : Tidak ada Kecemasan

28-41 : Kecemasan Berat

14-20 : Kecemasan Ringan

42-56 : Kecemasan Berat Sekali

21-27 : Kecemasan Sedang

**KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III**

Petunjuk :

1. Jawablah pertanyaan berikut sesuai dengan dukungan keluarga yang ibu dapatkan.
2. Jawablah dengan cara memberi tanda checklist (√) pada kolom jawaban (Ya/Tidak) yang disediakan.

No.	Pertanyaan	Jawaban		Keterangan	
		Ya	Tidak		
A. Informational support, (Dukungan Informasional)					
1.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) memberikan informasi mengenai kehamilan trimester III, persiapan persalinan dan persiapan menjadi seorang ibu			0= Tidak ada dukungan 1= Satu dari dukungan yang ada 2= Separuh dari dukungan yang ada 3= Lebih dari separuh dukungan yang ada 4= Seluruh dari dukungan yang ada	
2.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) memberikan informasi mengenai kebutuhan-kebutuhan selama kehamilan trimester III				
3.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) memberikan informasi mengenai perubahan fisik dan psikologis selama kehamilan trimester III				
4.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) memberikan informasi dengan tepat dan benar mengenai gambaran persalinan				
Skor					
B. Appraisal support, (Dukungan Penilaian)					
1.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) menganjurkan ibu untuk rutin memeriksakan kehamilan ibu				
2.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) meluangkan waktu untuk mengantar memeriksakan kehamilan ibu				
3.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) berusaha memenuhi kebutuhan ibu selama hamil				
4.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) memberikan pujian kepada ibu setelah memeriksakan kandungan				
Skor					
C. Physical support (Dukungan Instrumental/Secara Fisik)					
1.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) membantu merawat ibu dan kehamilan ibu				
2.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) menyediakan uang yang cukup untuk keperluan ibu selama kehamilan				
3.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) mempersiapkan kebutuhan menjelang persalinan (uang, kendaraan, pendamping selama persalinan)				
4.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) membantu dalam menyelesaikan peran ibu di rumah				
Skor					

No.	Pertanyaan	Jawaban		Keterangan
		Ya	Tidak	
D. Emotional support, (Dukungan Emosional)				
1.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) mengingatkan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai jadwal periksa dan anjuran petugas kesehatan			0= Tidak ada dukungan 1= Satu dari dukungan yang ada 2= Separuh dari dukungan yang ada 3= Lebih dari separuh dukungan yang ada 4= Seluruh dari dukungan yang ada
2.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) melibatkan ibu dalam mengambil keputusan dalam kehamilan dan persiapan persalinan			
3.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) meyakinkan ibu mengenai perubahan fisiologis dan psikologis selama kehamilan trimester III merupakan hal yang normal			
4.	Anggota Keluarga (suami, mertua dan saudara) memberikan kasih sayang, motivasi selama kehamilan trimester III ini dan dalam persiapan menjelang persalinan			
Skor				
Jumlah Skor				

Kesimpulan :	
<input type="checkbox"/>	Ada dukungan : Jumlah skor ≥ 12 (75-100%)
<input type="checkbox"/>	Tidak ada dukungan : Jumlah skor < 12 (0-74%)