**KUESIONER PENELITIAN**

**Pengaruh Pemberian Minuman *Mix Juice* Pada Proses Persalinan terhadap Kadar Laktat Darah Ibu di Puskesmas PONED Kota Bandung**

***HAMILTON ANXIETY RATING SCALE***

**(HARS)**

Nomor Responden : ……………………………………

Nama Responden : ……………………………………

Tanggal Pemeriksaan : ……………………………………

Keterangan Skor:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 | : | tidak ada |
| 1 | : | Ringan |
| 2 | : | Sedang |
| 3 | : | Berat |
| 4 | : | berat sekali |

Isilah Tabel di bawah ini dengan cara men-*checklist* (√) jawaban yang Saudara anggap sesuai!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Pertanyaan** | **Skor** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Perasaan Ansietas* Cemas
* Firasat buruk
* Takut akan pikiran sendiri
* Mudah tersinggung
 |  |  |  |  |  |
| 2. | Ketegangan* Merasa tegang
* Lesu
* Tak bisa istirahat tenang
* Mudah terkejut
* Mudah menangis
* Gemetar
* Gelisah
 |  |  |  |  |  |
| 3. | Ketakutan* Pada gelap
* Pada orang asing
* Ditinggal sendiri
* Pada kerumunan orang banyak
 |  |  |  |  |  |
| 4. | Gangguan Tidur* Sukar masuk tidur
* Tidak nyenyak
* Bangun dengan lesu
* Banyak mimpi-mimpi
* Mimpi buruk
* Mimpi menakutkan
 |  |  |  |  |  |
| 5. | Gangguan Kecerdasan* Sukar konsentrasi
* Daya ingat buruk
 |  |  |  |  |  |
| 6. | Perasaan Depresi* Hilangnya minat
* Berkurangnya kesenangan pada hobi
* Sedih
* Perasaan berubah-ubah sepanjang hari
 |  |  |  |  |  |
| 7. | Gejala Somatik (Otot)* Sakit dan nyeri di otot-otot
* Kaku
* Kedutan otot
* Gigi gemerutuk
* Suara tidak stabil
 |  |  |  |  |  |
| 8. | Gejala Somatik (Sensorik)* Tinitus (telinga berdengung)
* Penglihatan kabur
* Muka merah atau pucat
* Merasa lemah
* Perasaan ditusuk-tusuk
 |  |  |  |  |  |
| 9. | Gejala Kardiovaskuler* Takikardi (detak jantung > 100 x/menit)
* Berdebar
* Nyeri di dada
* Denyut nadi mengeras
* Perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan
* Detak jantung menghilang (berhenti sekejap)
 |  |  |  |  |  |
| 10. | Gejala Respiratori* Rasa tertekan atau sempit di dada
* Perasaan tercekik
* Sering menarik napas
* Napas pendek/sesak
 |  |  |  |  |  |
| 11. | Gejala Gastrointestinal* Sulit menelan
* Perut melilit
* Gangguan pencernaan
* Nyeri sebelum dan sesudah makan
* Perasaan terbakar di perut
* Rasa penuh atau kembung
* Mual
* Muntah
* Buang air besar lembek
* Kehilangan berat badan
* Sukar buang air besar (konstipasi)
 |  |  |  |  |  |
| 12. | Gejala Urogenital* Sering buang air kecil
* Tidak dapat menahan air seni
* Menjadi dingin (Frigid)
 |  |  |  |  |  |
| 13. | Gejala Otonom* Mulut kering
* Muka merah
* Mudah berkeringat
* Pusing, sakit kepala
* Bulu-bulu berdiri
 |  |  |  |  |  |
| 14. | Tingkah Laku pada Wawancara* Gelisah
* Tidak tenang
* Jari gemetar
* Kerut kening
* Muka tegang
* Tonus otot meningkat
* Napas pendek dan cepat
* Muka merah
 |  |  |  |  |  |
| **SKOR TOTAL** |  |

**Keterangan Skor Total**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| < 14 | : | Tidak ada kecemasan |
| 14-20 | : | Kecemasan ringan |
| 21-27 | : | Kecemasan sedang |
| 28-41 | : | Kecemasan berat |
| 42-56 | : | Kecemasan berat sekali |