**TINGKAT KECEMASAN IBU BERSALIN**

1. Penilaian Derajat Kecemasan

14 > : Tidak ada kecemasan

14-28 : Cemas ringan

29-42 : Kecemasan sedang

43-56 : Kecemasan Berat

>56 : Kecemasan Sangat Berat

1. Berilah tanda (**V**) pada pernyataan yang paling sesuai

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Gejala Kecemasan** | **Ya** | **Tidak** | **Score** |
| 1. | **Perasaan Cemas** |  |  |  |
| Saya sering merasa cemas |  |  |
| Saya sering berfirasat buruk |  |  |
| Saya takut akan pikiran saya sendiri |  |  |
| Saya mudah tersinggung |  |  |
| 2. | **Ketegangan** |  |  |  |
|  | Saya merasa tegang saat membayangkan proses persalinan |  |  |
| Saya sering merasa lesu |  |  |
| Saya tidak bisa istirahat tenang |  |  |
| Saya mudah terkejut |  |  |
| Saya mudah menangis |  |  |
| Saya sering gemetar |  |  |
| Saya merasa gelisah |  |  |
| 3. | **Ketakutan** |  |  |  |
| Saya takut melihat darah |  |  |
| Saya takut bicara dengan suami atau keluarga tentang proses persalinan |  |  |
| Saya takut pada gelap |  |  |
| Saya takut ditinggal sendiri |  |  |
| 4. | **Gangguan Tidur** | | |  |
|  | Terkadang saya susah tidur |  |  |
| Saya tidur tidak nyenyak |  |  |
| Saya sering mimpi buruk |  |  |
| Saya bangun dengan keadaan tidak bersemangat |  |  |
| 5 | **Gangguan Kecerdasan** | | |  |
|  | Saya sukar konsentrasi |  |  |  |
| Daya ingat saya menurun |  |  |
| Daya ingat saya buruk |  |  |
| 6 | **Perasaan Depresi atau Murung** | | |  |
|  | Saya kehilangan minat/hobi |  |  |  |
| Saya sering merasa sedih |  |  |
| Perasaan saya berubah-ubah sepanjang hari |  |  |
| 7. | **Gejala Somatik** |  |  |  |
|  | Saya sering merasakan nyeri otot |  |  |  |
| Saya merasakan kaku pada otot |  |  |
| Suara saya tidak stabil |  |  |
| 8. | **Gejala Sensorik** | | |  |
| Telinga saya sering berdengung |  |  |  |
| Penglihatan saya terkadang kabur (berkunang-kunang) |  |  |
|  | Muka saya terkadang memerah atau pucat |  |  |  |
| Badan saya terasa lemas |  |  |
| 9. | **Gejala Kardiovaskular** | | |  |
| Saya sering merasa berdebar-debar |  |  |
| Denyut nadi saya terkadang terasa kencang |  |  |
| Saya sering merasa lemas |  |  |
| Saya sering merasakan nyeri didada |  |  |
| 10. | **Gejala Respiratori** | | |  |
| Saya sering merasa tertekan dan sesak didada |  |  |
| Saya sering menarik nafas panjang |  |  |
| Napas saya terkadang terasa sesak |  |  |
| Napas saya terasa pendek |  |  |
| 11. | **Gejala Gastrointestinal** | | |  |
| Saya kesulitan menelan bila makan/minum |  |  |
| Saya merasakan nyeri diperut sebelum dan sesudah makan |  |  |
| Terkadang saya merasa kembung |  |  |
| Saya sering merasa mual |  |  |
| Terkadang saya merasa ingin muntah |  |  |
| Saya susah buang air besar |  |  |
| Berat badan saya menurun |  |  |
| 12. | **Gejala Urogenetal** | | |  |
| Saya sering buang air kecil |  |  |
| Saya tidak bisa menahan kencing |  |  |
| 13. | **Gejala Autonom** | | |  |
| Mulut saya terasa kering |  |  |
| Muka saya terkadang merah |  |  |
| Saya mudah berkeringat |  |  |
| Kepala saya sering pusing |  |  |
| Kepala saya terasa berat |  |  |
| Kepala saya terasa sakit |  |  |
| 14. | **Tingkah laku** |  |  |  |
|  | Saya sering merasa gelisah |  |  |  |
| Saya merasa tidak tenang |  |  |
| Saya sering gemetar |  |  |
| **JUMLAH** | | | |  |

**LEMBAR OBSERVASI PENGKAJIAN NYERI**

Kode :

1. Kelompok Intervensi
2. Kelompok Kontrol
3. **IDENTITAS RESPONDEN**

Nama :

Umur :

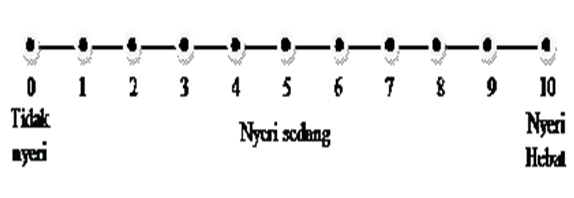
Alamat :

Diagnosa :

1. **PENILAIAN NYERI**

* **Tingkat nyeri sebelum perlakuan**

Linngkarilah ruang angka di bawah ini berdasarkan tingkat nyeri yang ibu rasakan pada saat kontraksi.



* **Tingkat nyeri setelah perlakuan**

Lingkarilah ruang angka di bawah ini berdasarkan tingkat nyeri yang ibu rasakan pada saat kontraksi.