

LAMPIRAN

Lampiran 1

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. S
 Usia : 18 Tahun
 Alamat : Kibang Yekti Jaya
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)

Bersama ini menyatakan ketersediaannya untuk dilakukan Asuhan Kebidanan pada ibu Hamil dengan mendengarkan music klasik

Persetujuan saya berikan setelah mendapat penjelasan dari pelaksana asuhan

Nama : Nadhya Pricilya Lisandri
 NIM : 2115471082
 Status : Mahasiswa

Sebagaimana Berikut ini:

1. Asuhan Kebidanan ini bertujuan untuk membantu memberikan asuhan yang sesuai dengan masalah pada ibu
2. Telah pula menjelaskan bahwa ibu akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan terhadap penilaiannya dan menghindari kemungkinan resiko agar diperoleh hasil asuhan kebidanan yang optimal.
3. Semua penjelasan lembar di atas, sudah saya maklumi dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas dan saya mengerti sehingga saya memaklumi arti tindakan atau asuhan kebidanan yang saya terima.
4. Saya dan keluarga mengizinkan mahasiswa tersebut untuk melakukan pemeriksaan dan melakukan penyuluhan terhadap diri sendiri dan mengizinkan mahasiswa tersebut melakukan pendokumentasian tindakan dalam bentuk foto dan video.

Dengan demikian terjadi kesepakatan diantara saya dan pelaksanaan asuhan tentang upaya serta tujuan tindakan, untuk mencegah timbul masalah hokum dikemudian hari. Demikian Surat Persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lambu Kibang, 27 Maret 2024

Pelaksana

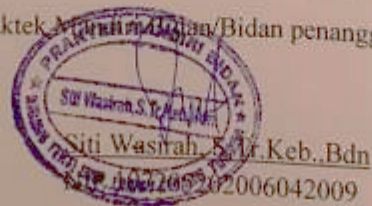


Nadhya Pricilya Lisandri
 Nim.2115471082

Yang Membuat Pernyataan



Praktek Asuhan Kebidanan/Bidan penanggung jawab



Lampiran 2

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama Pasien : Ny. S
Umur : 18 Tahun
Alamat : Kibang Yekti Jaya
Kasus yang diangkat : Kehamilan

Dengan ini bersedia untuk dijadikan sebagai responden laporan tugas akhir, yang dilakukan oleh:

Nama Mahasiswa : Nadhya Pricilya Lisandri
NIM : 2115471082
Tingkat : DIII/Reguler 2
Judul Kasus LTA :Asuhan Kebidanan Kehamilan dengan Kecemasan Menjelang Persalinan Di TPMB Siti Wasirah Lambu Kibang Tulang Bawang Barat

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa paksaan.

Lambu Kibang, 27 Maret 2024

Mengetahui

<p>Pembimbing Lahan</p>  <p>Siti Wasirah, Sp.Keb.,Bdn NIDN 402006042009</p>	<p>Yang Membuat Pertanyaan</p>  <p>Sherli Anisa Dewi</p>
--	--

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN TRIMESTER 3 DENGAN KECEMASAN MENJELANG PERSALINAN	
Pengertian	Sebuah teknik untuk mengurangi rasa kecemasan, nyeri dan mengurangi ketegangan otot. Ada 3 hal utama dalam teknik relaksasi nafas dalam: posisikan pasien nyaman mungkin pikiran rileks, serta lingkungan tenang dan tenang
Tujuan	Mengurangi rasa kecemasan memberikan rasa tenang
Kebijakan	Klien dengan kecemasan
Instrumen	Headphone Handphone
Pelaksanaan	<p>A. Tahap pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status klien 2. Mencuci tangan 6 tangkap 3. Menyiapkan peralatan pastikan handphone dalam kondisi baik 4. Memberi KIE terapi music akan diberikan selama 15 menit setelah itu music akan dihentikan 5. Atur volume music agar nyaman untuk pasien <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan menyapa nama klien 2. Memperkenalkan diri 3. Menanyakan perasaan hari ini 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur serta lamanya tindakan 5. Beri kesempatan klien untuk bertanya 6. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privasi pada klien 2. Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, panggilan teleponn selama mendengarkan musik 3. Deatkan hp dan perlengkapan dalam kondisi baik 4. Pakaikan pasien headphone yang sudah disiapkan ke telinga pasien dengan benar 5. Nyalakan music klasik yang sudah dipilih, dan lakukan terapi music 6. Pastikan volume music sesuai, tidak terlalu keras an kecil 7. Hindari menghidupkan music dan meninggalkannya dalam waktu yang lama 8. Saat pasien mendengarkan music, arahkan untuk focus dan rileks 9. Setelah music berhenti/selesai, pasien dipersilahkan mengungkapkan perasaan yang muncul serta perubahan yang terjadi pada dirinya setelah mendengarkan music tersebut
	<p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon pasien

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mendokumentasikan pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut 3. Bereskan alat-alat 4. Mencuci tangan
Hasil	<p>E. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon pasien 2. Mendokumentasikan pelaksanaan tindakan kebidanan tersebut 3. Bereskan alat-alat 4. Mencuci tangan

Foto Ibu

	IBU	SUAMI/KELUARGA
NAMA	Shanty D. D	Dodi Hardiana
NK	0123456789010	0123456789010
PERAWAN		
NO. UKM		
FAKES TK 1:		
FAKES BUKUKAN		
GOL. DARAH	B ⁺	B ⁺
TEMPAT		
TANGGAL LAHIR	18/04	24/10
PENDIDIKAN	SMA	SMA
PEKERJAAN	HR	HR
ALAMAT/RT, RW	1/1	1/1
TELEPON	08123456789	
FUNGSI/AS. DOMISILI		
NO. REGISTRASI KOKORITBU		

PERIKSAAN IBU KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA

Ibu memeri teringat, tempat pelayanan; dan sebagai kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

No. Kardi (KMT)	Trimester I			Trimester II			Trimester III		
	Periksa Tgl. 1 (1-11)	Periksa Tgl. 2 (12-23)	Periksa Tgl. 3 (24-31)	Periksa Tgl. 1 (1-11)	Periksa Tgl. 2 (12-23)	Periksa Tgl. 3 (24-31)	Periksa Tgl. 1 (1-11)	Periksa Tgl. 2 (12-23)	Periksa Tgl. 3 (24-31)
10	12	18	24	12	18	24	12	18	24
Terdapat									
Ukur Tinggi Lengan Atas	115	115	115	115	115	115	115	115	115
Tekanan Darah	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70
Periksa Tengg. Rahim	✓			20	27	30	30	30	30
Periksa Letak dan Denut Jantung Janin	-	-		04.4-13.00	04.2-21.00	04.0-21.00	04.0-21.00	04.0-21.00	04.0-21.00
Status dan Inspeksi Tergantung									
Konseling		✓		✓			✓	✓	
Skema Dokter									
Teknik Tanduk Darah		✓		✓			✓	✓	
Test Lab Menoglobin (Hb)	16.1								
Test Gelembung Darah	0.05								
Test Lab Protein Urine									
Test Lab Calk Darah									
PKS									
Taru Lainnya Kasus									
Ibu Bersalin		Parasitosis		Rujukan					
Tindakan Penanganan									
Informasi Menyapa Diri									
Ibu Menerima sampai 40 hari setelah bersalin		10/1-15/11 Tgl. selesai		10/1-15/11 Tgl. selesai		10/1-15/11 Tgl. selesai		10/1-15/11 Tgl. selesai	
Periksa Payudara (GG)									
Periksa Perut Rahim									
Periksa Jarak Lahir									
Visitas A									
05 Riksa Perilaku									
Keputusan									
Tindak Lanjut									

Pemeriksaan Fisik

(contoh : Anemisa dan pemeriksaan dokter umum mengenai risiko kesehatan saat ini normal) kehamilan berkomplikasi)

Pemeriksaan Fisik

Inspeksi umum	normal	tidak
Keadaan umum	normal	tidak normal
Sikap	normal	tidak normal
Kulit	normal	tidak normal
Mata	normal	tidak normal
Ujung mulut	normal	tidak normal
THN	normal	tidak normal
Agila	normal	tidak normal
Perut	normal	tidak normal
Ekstremitas	normal	tidak normal
Tungkai	normal	tidak normal

USG Trimester I

UPT: Kehamilan minggu

CS (kecepatan detak)	cm
OH (Tinggi-ukuran lengkung)	cm
QJ (Denyut jantung janin)	dpm
Sesuai atau tidak sesuai	minggu
Letak janin	kecepatan kontraksi
Tak terbayar	

Pemeriksaan laboratorium (tanggal 24/1/2018)

Fungsi/tes	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
hemoglobin	10.1	orid.
Colostrum darah & plasma	0.5	
Daerah di bawah		mgdl.
WBC		
RBC	5.00	
Hematokrit	15.00	
Hematokrit	15.00	

Sesuai dan Rekomendasi ANC dapat dilakukan di KIP

Hasil HARS SKORS pada hari pertama tanggal 24 Maret 2024

Lampiran 7

No.	Pemeriksaan	Hasil Wawancara		Skor	Keterangan
		Ya	Tidak		
A. Gejala autonom	o Sialit dan agitasi berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Muka merah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Perilaku sewaktu wawancara	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Tidak tenang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C. Cara berinteraksi	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Depresif	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka merah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D. Gejala fisiologis	o Pusing	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Mual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Nyeri dada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Nyeri dada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E. Gejala psikososial	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F. Gejala psikososial	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Lampiran 7

Tes Uji Perilaku Wawancara The Hand Yarns (II)
Dengan Menggunakan Skala HARS (Hawkesbury Scale)

No.	Pemeriksaan	Hasil Wawancara		Skor	Keterangan
		Ya	Tidak		
1. Perilaku umum	o Tidak ada gejala	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Perilaku umum	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Perilaku umum	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Perilaku umum	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Perilaku umum	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Perilaku umum	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Perilaku umum	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Perilaku umum	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Perilaku umum	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Perilaku umum	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka berdenyut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Lampiran 7

No.	Pemeriksaan	Hasil Wawancara		Skor	Keterangan
		Ya	Tidak		
13.	Gejala autonom			1	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Muka kering	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mudah berkeringat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka merah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Pusing atau sakit kepala	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Kepala terasa berat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Bulu-bulu berdiri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	Perilaku sewaktu wawancara			4	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	o Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Takut dan cemas berlebihan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Jari-jari gemetar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Mengkerutkan dahi atau kening	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka tegang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Tumor otot meningkat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Napas pendek dan cepat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	o Muka merah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Jumlah Skor		17 (Kecemasan Ringan)		

Keterangan Skor :

<input type="checkbox"/> <14 : Tidak ada Kecemasan	<input type="checkbox"/> 28-41 : Kecemasan Berat
<input checked="" type="checkbox"/> 14-20 : Kecemasan Ringan	<input type="checkbox"/> 42-56 : Kecemasan Berat Sekali
<input type="checkbox"/> 21-27 : Kecemasan Sedang	

Hasil HARS SKORS pada hari terakhir tanggal 01 April 2024

Lembar Penilaian Kecekatan Diri Hasil Tes/tes III
Dengan Menggunakan Skala HARS (Handbook Assesing Ability)

No	Pernyataan	Hasil Wawancara		Skor	Keterangan
		Ya	Tidak		
1. Perasaan umum					
1	Perasa baik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0- tidak ada gejala
2	Tidak ada perasaan aneh	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	1- ada dan gejala yang ada
3	Merasa kebingungan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2- sering dan gejala yang ada
4	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Perasaan dari gejala yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	4- seluruh dari gejala yang ada
2. Perasaan					
1	Merasa bingung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	0- tidak ada gejala
2	Lama	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	1- satu dari gejala yang ada
3	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	2- separuh dari gejala yang ada
4	Merasa kebingungan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Merasa kebingungan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	4- seluruh dari gejala yang ada
6	Perasaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
3. Perasaan					
1	Tidak ada perasaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0- tidak ada gejala
2	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1- satu dari gejala yang ada
3	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	2- separuh dari gejala yang ada
4	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	4- seluruh dari gejala yang ada
6	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	
4. Perasaan					
1	Tidak ada perasaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	0- tidak ada gejala
2	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	1- satu dari gejala yang ada
3	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	2- separuh dari gejala yang ada
4	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	4- seluruh dari gejala yang ada
6	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
5. Perasaan					
1	Tidak ada perasaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0- tidak ada gejala
2	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1- satu dari gejala yang ada
3	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	2- separuh dari gejala yang ada
4	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	4- seluruh dari gejala yang ada
6	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	

Lembar Penilaian Kecekatan Diri Hasil Tes/tes III
Dengan Menggunakan Skala HARS (Handbook Assesing Ability)

No	Pernyataan	Hasil Wawancara		Skor	Keterangan
		Ya	Tidak		
1. Perasaan umum					
1	Perasaan baik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0- tidak ada gejala
2	Tidak ada perasaan aneh	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	1- ada dan gejala yang ada
3	Merasa kebingungan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2- sering dan gejala yang ada
4	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Perasaan dari gejala yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	4- seluruh dari gejala yang ada
2. Perasaan					
1	Merasa bingung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	0- tidak ada gejala
2	Lama	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	1- satu dari gejala yang ada
3	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	2- separuh dari gejala yang ada
4	Merasa kebingungan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Merasa kebingungan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	4- seluruh dari gejala yang ada
6	Perasaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
3. Perasaan					
1	Tidak ada perasaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0- tidak ada gejala
2	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1- satu dari gejala yang ada
3	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	2- separuh dari gejala yang ada
4	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	4- seluruh dari gejala yang ada
6	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	
4. Perasaan					
1	Tidak ada perasaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	0- tidak ada gejala
2	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	1- satu dari gejala yang ada
3	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	2- separuh dari gejala yang ada
4	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	4- seluruh dari gejala yang ada
6	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
5. Perasaan					
1	Tidak ada perasaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0- tidak ada gejala
2	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1- satu dari gejala yang ada
3	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	2- separuh dari gejala yang ada
4	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	4- seluruh dari gejala yang ada
6	Tidak ada perasaan yang ada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	

Lampiran 7

No	Pernyataan	Hasil Wawancara		Skor	Keterangan
		Ya	Tidak		
13. Gejala umum					
1	Mudah bingung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	0- tidak ada gejala
2	Mudah kebingungan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	1- satu dari gejala yang ada
3	Mudah marah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	2- separuh dari gejala yang ada
4	Pusing atau sakit kepala	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Kepala terasa berat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	4- seluruh dari gejala yang ada
6	Perih atau berair	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
14. Perilaku kebiasaan wawancara					
1	Gelisah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	0- tidak ada gejala
2	Tidak tenang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	1- satu dari gejala yang ada
3	Perilaku aneh	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	2- separuh dari gejala yang ada
4	Mengatakan diri tidak tenang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	3- lebih dari separuh gejala yang ada
5	Mudah gugup	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	4- seluruh dari gejala yang ada
6	Terdapat kebingungan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
7	Perasaan tidak tenang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
8	Mudah marah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
Jumlah Skor					

Keterangan Skor :

- 0-4 : Tidak ada Kecekatan
- 14-20 : Kecekatan Ringan
- 21-27 : Kecekatan Sedang
- 28-44 : Kecekatan Berat
- 45-66 : Kecekatan Berat Sekali

**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			0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Firasat buruk		✓		
	<input type="radio"/> Takut akan pikiran sendiri		✓		
	<input type="radio"/> Mudah tersinggung		✓		
2.	Ketegangan			2	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Merasa tegang		✓		
	<input type="radio"/> Lesu	✓			
	<input type="radio"/> Tidak bisa istirahat tenang		✓		
	<input type="radio"/> Mudah terkejut		✓		
	<input type="radio"/> Mudah menangis		✓		
	<input type="radio"/> Gelisah	✓			
	<input type="radio"/> Gemetar		✓		
3.	Ketakutan			0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Takut terhadap gelap		✓		
	<input type="radio"/> Takut terhadap orang asing		✓		
	<input type="radio"/> Takut bila tinggal sendiri		✓		
	<input type="radio"/> Takut pada binatang besar		✓		
	<input type="radio"/> Takut pada keramaian		✓		
	<input type="radio"/> Takut pada kerumunan orang banyak		✓		
4.	Gangguan tidur			2	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Sukar memulai tidur	✓			
	<input type="radio"/> Terbangun pada malam hari		✓		
	<input type="radio"/> Tidur tidak nyenyak	✓			
	<input type="radio"/> Bangun dengan lesu		✓		
	<input type="radio"/> Banyak bermimpi		✓		
	<input type="radio"/> Mimpi buruk		✓		
	<input type="radio"/> Mimpi menakutkan		✓		
5.	Gangguan kecerdasan			0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= Lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Sukar konsentrasi		✓		
	<input type="radio"/> Penurunan daya ingat		✓		
	<input type="radio"/> Daya ingat buruk		✓		
6.	Perasaan depresi			1	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Hilangnya minat		✓		
	<input type="radio"/> Berkurangnya kesenangan pada hoby		✓		
	<input type="radio"/> Sedih	✓			
	<input type="radio"/> Bangun dini hari		✓		
	<input type="radio"/> Perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari		✓		

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

No.	Pemeriksaan	Hasil Wawancara		Skor	Keterangan
		Ya	Tidak		
13.	Gejala autonom			1	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Mulut kering		✓		
	<input type="radio"/> Mudah berkeringat		✓		
	<input type="radio"/> Muka merah		✓		
	<input type="radio"/> Pusing atau sakit kepala	✓	✓		
	<input type="radio"/> Kepala terasa berat		✓		
	<input type="radio"/> Bulu-bulu berdiri		✓		
14	Perilaku sewaktu wawancara			3	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Gelisah	✓			
	<input type="radio"/> Tidak tenang	✓			
	<input type="radio"/> Jari-jari gemetar		✓		
	<input type="radio"/> Mengkerutkan dahi atau kening		✓		
	<input type="radio"/> Muka tegang	✓			
	<input type="radio"/> Tonus otot meningkat		✓		
	<input type="radio"/> Napas pendek dan cepat		✓		
	<input type="radio"/> Muka merah		✓		
Jumlah Skor				17	

Keterangan Skor :

- <14 : Tidak ada Kecemasan
 14-20 : Kecemasan Ringan
 21-27 : Kecemasan Sedang

- 28-41 : Kecemasan Berat
 42-56 : Kecemasan Berat Sekali

**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			0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Firasat buruk		✓		
	<input type="radio"/> Takut akan pikiran sendiri		✓		
	<input type="radio"/> Mudah tersinggung		✓		
2.	Ketegangan			1	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Merasa tegang		✓		
	<input type="radio"/> Lesu	✓			
	<input type="radio"/> Tidak bisa istirahat tenang		✓		
	<input type="radio"/> Mudah terkejut		✓		
	<input type="radio"/> Mudah menangis		✓		
	<input type="radio"/> Gelisah		✓		
	<input type="radio"/> Gemetar		✓		
3.	Ketakutan			0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Takut terhadap gelap		✓		
	<input type="radio"/> Takut terhadap orang asing		✓		
	<input type="radio"/> Takut bila tinggal sendiri		✓		
	<input type="radio"/> Takut pada binatang besar		✓		
	<input type="radio"/> Takut pada keramaian		✓		
	<input type="radio"/> Takut pada kerumunan orang banyak		✓		
4.	Gangguan tidur			2	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Sukar memulai tidur	✓	✓		
	<input type="radio"/> Terbangun pada malam hari		✓		
	<input type="radio"/> Tidur tidak nyenyak	✓			
	<input type="radio"/> Bangun dengan lesu		✓		
	<input type="radio"/> Banyak bermimpi		✓		
	<input type="radio"/> Mimpi buruk		✓		
<input type="radio"/> Mimpi menakutkan		✓			
5.	Gangguan kecerdasan			0	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= Lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Sukar konsentrasi		✓		
	<input type="radio"/> Penurunan daya ingat		✓		
6.	Perasaan depresi			1	0= tidak ada gejala 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= seluruh dari gejala yang ada
	<input type="radio"/> Hilangnya minat		✓		
	<input type="radio"/> Berkurangnya kesenangan pada hoby		✓		
	<input type="radio"/> Sedih	✓			
	<input type="radio"/> Bangun dini hari		✓		
	<input type="radio"/> Perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari		✓		







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







LEMBAR KONSULTASI





Nama Mahasiswa : Nadhya Pricilya Lisandri
NIM : 2115471082
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester III Untuk Mengurangi Kecemasan Terhadap Persalinan Dengan Terapi Musik Klasik di Tempat Praktik Mandiri Bidan Kecamatan Lambu Kibang Tulang Bawang Barat.

Pembimbing I : Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM
Pembimbing II : Martini, SKM.,MKM

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Perbaikan dan Saran	Paraf Pembimbing	
				Pembimbing 1	Pembimbing 2
1.	8 Januari 2024	Konsultasi Judul LTA	Lakukan pengkajian untuk kasus LTA	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	
2.	13 Januari 2024	Konsultasi Judul LTA	ACC Judul LTA Buat BAB I dan BAB II	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	
3.	22 Januari 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	Perbaikan BAB I dan BAB II		 Martini, SKM.,MKM
4.	19 Februari 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	Perbaikan BAB I dan BAB II	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	

5.	21 Februari 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	Acc BAB I dan BAB II, maju seminar proposal	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	
6.	21 Februari 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	ACC BAB I dan BAB II, maju seminar Proposal		 Martini, SKM.,MKM
7.	2 Maret 2024	Konsultasi hasil uji proposal BAB II	Perbaiki BAB II		 Martini, SKM.,MKM
8.	28 April 2024	Konsultasi BAB III BAB IV dan BAB V	Perbaiki BAB III BAB IV dan BAB V	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	
9.	7 Mei 2024	Konsultasi BAB III BAB IV dan BAB V	Perbaiki BAB III BAB IV dan BAB V	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	
10.	15 Mei 2024	Konsultasi BAB III BAB IV dan BAB V	Perbaiki BAB III BAB IV dan BAB V ACC Jilid	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	

11.	20 Mei 2024	Konsultasi BAB III BAB IV dan BAB V	Perbaikan BAB III dan Perbaikan BAB V	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	
12.	25 Mei 2024	Konsultasi BAB III BAB IV dan BAB V	Perbaikan teknik penulisan, perbaikan penulisan paragraf		 Martini, SKM.,MKM
13.	27 Mei 2024	Perbaikan hasil uji proposal	ACC jilid	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	
14.	27 Mei 2024	Perbaikan hasil uji proposal	ACC jilid		 Martini, SKM.,MKM
15.	31 Mei 2024	Konsultasi BAB III BAB IV dan BAB V	Perbaikan BAB III dan IV	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	
16.	3 Juni 2024	Konsultasi BAB III BAB IV dan BAB V	Penambahan materi BAB II, perbaikan BAB III, BAB IV dan BAB 5	 Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM	

17	27 Juni 2024	Konsultasi BAB III BAB IV dan BAB V	Perbaiki BAB IV dan Perbaiki BAB V	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	
18	27 Juni 2024	Konsultasi BAB III BAB IV dan BAB V	Perbaiki penulisan Daftar Pustaka	 Martini, SKM.,MKM	
19	28 Juni 2024	Konsultasi BAB I,BAB II,BAB III,BAB IV, dan, BAB V	ACC siapkan ujian sidang	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	
20	28 Juni 2024	Konsultasi BAB I,BAB II,BAB III,BAB IV, dan, BAB V	ACC siapkan ujian siding dan PPT	 Martini, SKM.,MKM	

Metro, 28 Mei 2024

Ketua Program Studi DIII Kebidanan Metro



Islamiyati, A.K.,MKM

Nip.197204031993022001