

# LAMPIRAN

KUESIONER TINGKAT KECEMASAN

*Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)*

Inisial pasien : An M

Nomor RM :

Tanggal pemeriksaan : 15 Februari 2020

PETUNJUK

Skor :

0 = tidak ada

1 = ringan

2 = sedang

3 = berat

4 = berat sekali

Total skor :

< 14 tidak ada kecemasan

14-20 kecemasan ringan

21-27 kecemasan sedang

28-41 kecemasan berat

42-56 kecemasan berat sekali

Berilah tanda silang (X) pada kolom nilai angka (score). penilaian 0 jika tidak ada gejala sama sekali, 1 jika gejala ringan, 2 jika gejala sedang, 3 jika gejala berat dan 4 jika gejala sangat berat.

No.	Gejala kecemasan	Nilai angka (score)
-----	------------------	---------------------

		0	1	2	3	4
1.	<i>Perasaan cemas (anxietas)</i>					
	Cemas					
	Firasat buruk					
	Takut akan pikiran sendiri					
	Mudah tersinggung					
2.	<i>Ketegangan</i>					
	Merasa tegang					
	Lesu					
	Tidak bisa istirahat tenang					
	Mudah terkejut					
	Mudah menangis					
	Gemetar					
	Gelisah					
3.	<i>Ketakutan</i>					
	Pada gelap					
	Pada orang asing					
	Ditinggal sendiri					
	Pada binatang besar					
	Pada keramaian lalu lintas					
	Pada kerumunan orang banyak					
4.	<i>Gangguan tidur</i>					
	Sukar tidur					
	Terbangun malam hari					
	Tidur tidak nyenyak					
	Bangun dengan lesu					
	Banyak mimpi-mimpi					
	Mimpi buruk					
	Mimpi menakutkan					
5.	<i>Gangguan kecerdasan</i>					
	Sukar konsentrasi					
	Daya ingat menurun					
	Daya ingat buruk					
6.	<i>Perasaan depresi (murung)</i>					
	Hilangnya minat					
	Berkurangnya kesenangan pada hobi					
	Sedih					
	Bangun dini hari					
	Perasaan berubah-ubah sepanjang hari					
7.	<i>Gejala somatik atau fisik (otot)</i>					
	Sakit dan nyeri di otot-otot					
	Kaku					

	Kedutan otot					
	Gigi gemerutuk					
	Suara tidak stabil					
8.	Gejala somatic atau fisik					
	Tinnitus (telinga berdenging)					
	Penglihatan kabur					
	Muka merah atau pucat					
	Merasa lemas					
	Perasaan ditusuk-tusuk					
9.	Gejala kardiovaskuler (jantung)					
	Takikardi (denyut jantung cepat)					
	Berdebar-debar					
	Nyeri di dada					
	Denyut nadi mengeras					
	Rasa lesu atau lemas seperti mau pingsan					
	Detak jantung menghilang					
10.	Gejala respiratory (pernafasan)					
	Rasa tertekan atau sempit di dada					
	Tercekik					
	Sering menarik nafas					
	Nafas pendek atau sesak					
11.	Gejala gastrointestinal					
	Sulit menelan					
	Perut melilit					
	Gangguan pencernaan					
	Nyeri sebelum dan sesudah makan					
	perasaan terbakar di perut					
	Rasa penuh (kembung)					
	Mual					
	Muntah					
	BAB lembek					
	Sukar BAB (konstipasi)					
	Kehilangan berat badan					
12.	<i>Gejala urogenital (perkemihan)</i>					
	Sering buang air kecil					
	Tidak dapat menahan air seni					

	Tidak datang bulan (haid)					
	Darah haid berlebihan					
	Darah haid amat sedikit					
	Masa haid berkepanjangan					
	Masa haid amat pendek					
	Haid beberapa kali dalam sebulan					
	Menjadi dingin (frigid)					
	Ejakulasi dini					
	Ereksi melemah					
	Ereksi hilang					
	Impotensi					
13.	<i>Gejala autonom</i>					
	Mulut kering					
	Muka merah					
	Mudah berkeringat					
	Kepala pusing					
	Kepala terasa berat					
	Kepala terasa sakit					
	Bulu-bulu berdiri					
14.	<i>Tingkah laku</i>					
	Gelisah					
	Tidak tenang					
	Jari gemetar					
	Kerut kening					
	Muka tegang					
	Otot tegang (mengeras)					
	Nafas pendek dan cepat					
	Muka merah					



**POLTEKKESKEMENKES TANJUNGGARANG**  
**JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNG KARANG**  
**PROGRAM STUDI PROFESI KEPERAWATAN**



JL. SOEKARNO HATTA NO. 1 HAJIMENA BANDAR LAMPUNG TELP. (0721) 703580 FAX. (0721) 703580

---

---

**LEMBAR INFORMED CONSENT**

(Lembar Persetujuan Responden)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (Inisial) :An M

Umur : 14 tahun

Alamat : Tanjung Seneng, Bandar Lampung

Setelah mendapat keterangan yang secukupnya serta mengetahui tentang manfaat Asuhan Keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Dengan Ruptur Tendon Cruris Dextra Dengan Tindakan Repair Tendon Di Rumah Sakit Airan Raya Tahun 2020”, saya menyatakan **BERSEDIA** di ikut sertakan dalam penelitian ini. Saya percaya apa yang saya sampaikan ini dijamin kebenaran dan kerahasiaannya.

Bandar lampung, 15 Februari 2020

Peneliti

Responden

(Nurul Anisa Fitri)

(\_\_\_\_\_)

NIM. 1914901006

## JADWAL PELAKSANAAN

No	Kegiatan	Februari	Maret	April	Mei
1	Pelaksanaan Penelitian				
2	Penyusunan Laporan Penelitian				
3	Seminar Hasil penelitian				