



PEMERINTAH KABUPATEN CILACAP
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS CILACAP UTARA I
Jalan Perintis Kemerdekaan Nomor 1 Gumilir Telp. 0282- 541398
Pos El: puskesmascilutsatu@gmail.com Laman: <http://puskesmascilacaputara1.cilacapkab.go.id/>
CILACAP

Kode Pos 53231

SURAT KETERANGAN SELESAI MELAKSANAKAN PENELITIAN

Nomor : 400 / / 16.14

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala UOBF Puskesmas Cilacap Utara I, menerangkan bahwa :

Nama : Sartinah
NIM : 31221231029
Program Studi : Mahasiswa Program Studi S1 Kebidanan
Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap

Dengan ini menerangkan yang sesungguhnya bahwa nama Mahasiswa tersebut di atas, BENAR telah melakukan penelitian di wilayah kerja UOBF Puskesmas Cilacap Utara I pada Tanggal 01 Juli 2024 sampai dengan 05 Juli 2024, dengan judul penelitian "**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN TERHADAP KEADAAN KEHAMILAN PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS CILACAP UTARA I**"

Dengan demikian surat keterangan ini di buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Cilacap, 11 Juli 2024

KEPALA PUSKESMAS CILACAP UTARA I



PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kebidanan di Universitas Al-Irsyad Cilacap maka yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : SARTINAH

NIM : 31221231029

Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kecemasan Terhadap Keadaan Kehamilan pada Ibu Hamil di Puskesmas Cilacap Utara 1

Dengan segala kerendahan hati, memohon kepada ibu untuk berkenan menjadi responden dalam penelitian ini dengan mengisi kuesioner yang peneliti ajukan. Jawaban ibu sangat kami butuhkan dan akan dijamin kerahasiaannya.

Atas kesediaan dan bantuan ibu, peneliti sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Peneliti

SARTINAH

NIM. 31221231029

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : SARTINAH

NIM : 31221231029

Untuk mengisi daftar pertanyaan penelitian yang diajukan oleh mahasiswa Program Studi S-1 Kebidanan Universitas Al-Irsyad Cilacap tanpa prasangka dan paksaan. Jawaban yang diberikan hanya semata-mata untuk keperluan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan kami buat.

Cilacap, 2024

.....

LEMBAR ISIAN DEMOGRAFI

Petunjuk pengisian: ibu untuk menetapkan penilaian sesuai dengan keadaan ibu terhadap pernyataan mengenai karakteristik:

No. Resp. :

Inisial Responden :

Umur Responden : tahun

Umur Kehamilan : minggu

Hamil ke :

- Pendidikan terakhir : ☐ SD
- ☐ SMP
- ☐ SMA atau sederajat
- ☐ Perguruan Tinggi (D3, S1, S2 dan S3)
- Pendapatan keluarga per bulan : ☐ < Rp. 2.479.106,- (UMR Kab. Cilacap)
- ☐ Rp. 2.479.106,- s/d Rp. 3.500.000,-
- ☐ > Rp. 3.500.000,-
- Pekerjaan : ☐ PNS/POLRI/TNI
- ☐ Pegawai Honorer
- ☐ Wiraswasta / Pedagang
- ☐ Petani
- ☐ Buruh
- ☐ IRT
- ☐ Lainnya

KUESIONER
PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE (PASS)

Petunjuk pengisian :

- 1. Baca pernyataan yang ada dibawah ini dengan teliti
- 2. Beri tanda *checklist* (√) di jawaban pilihan Ibu
- 3. Jawablah pernyataan dibawah dengan jujur dengan kriteria jawaban:
TP = Tidak pernah mengalami
KK = Kadang-Kadang mengalami
SR = Sering mengalami
SL = Selalu mengalami

No	Pernyataan	TP	KK	SR	SL
1	Saya merasa khawatir dan takut.				
2	Saya merasa begitu ragu bisa melahirkan dengan normal.				
3	Saya merasa takur gagal melahirkan secara normal.				
4	Saya kurang merasa nyaman dengan kondisi saat ini.				
5	Saya merasa ragu.				
6	Saya merasa belum siap menjadi ibu.				
7	Saya merasa gugup membayangkan proses persalinan.				
8	Saya terus kepikiran rasa sakit melahirkan.				
9	Saya ingin semuanya ini segera selesai.				
10	Saya menangis karena khawatir sekali.				
11	Saya merasa terganggu dengan kondisi ini.				
12	Saya kehilangan minat makan.				
13	Saya sulit konsentrasi karena terbawa beban pikiran.				
14	Saya takut penampilanku tidak menarik lagi.				
15	Saya mendapat kesulitan untuk berbaring.				
16	Saya sulit tidur dan sering terbangun di malam hari.				
17	Saya merasa lelah untuk melakukan apapun.				

No	Pernyataan	TP	KK	SR	SL
18	Saya tidak mempunyai selera makan.				
19	Saya bertambah berat badan.				
20	Saya khawatir keadaan fisik sehingga sulit memikirkan yang lain.				
21	Saya kehilangan minat terhadap seks sama sekali				