

LAMPIRAN

Lampiran 1. Hamilton Rating Scale For Anxiety (HARS)

HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY (HARS)

Nomor Responden :

Nama Responden :

Tanggal Pemeriksaan :

Skor : 0 = tidak ada
1 = ringan
2 = sedang
3 = berat
4 = berat sekali

Total Skor : kurang dari 14 = tidak ada kecemasan
14 – 20 = kecemasan ringan
21 – 27 = kecemasan sedang
28 – 41 = kecemasan berat
42 – 56 = kecemasan berat sekali

No	Pertanyaan	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 Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak					
4	Gangguan Tidur - Sukar Masuk Tidur - Terbangun Malam Hari - 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 - Bangun Dini Hari - 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) <ul style="list-style-type: none"> - Tinitus - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah - Perasaan ditusuk-Tusuk 					
9	Gejala Kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> - Takhikardia - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap) 					
10	Gejala Respiratori <ul style="list-style-type: none"> - Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada - Perasaan Tercekik - Sering Menarik Napas - Napas Pendek/Sesak 					
11	Gejala Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> - Sering Buang Air Kecil - Tidak Dapat Menahan Air Seni - Amenorrhoe - Menorrhagia - Menjadi Dingin (Frigid) - Ejakulasi Praecoeks - Ereksi Hilang - Impotensi 					
13	Gejala Otonom <ul style="list-style-type: none"> - 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 =

Lampiran 2. Kuosioner

Jenis Kelamin : L / P

Usia :

Asal Daerah :

No	Keterangan	Ya	Tidak
1.	Saya anak tertua		
2.	Saya anak tunggal		
3.	Salah satu atau kedua orang tua saya telah meninggal		
4.	Orang tua saya sudah bercerai		
5.	Salah satu anggota keluarga saya telah meninggal (kakak, adik, sanak saudara)		
6.	Saya merasa nyaman berada di tengah-tengah keluarga saya		
7.	Sejak kecil saya terlalu dilindungi (<i>over protected</i>) oleh orang tua saya		
8.	Orang tua memiliki harapan yang tinggi terhadap saya		
9.	Keluarga selalu menuntut segala sesuatu yang sebenarnya tidak saya sukai		
10.	Dalam mengerjakan sesuatu saya harus mengerjakan secara sistematis dan hasilnya harus sempurna		
11.	Saya perlu bergantung pada orang lain yang lebih kuat		
12.	Saya merasa kurang percaya diri		
13.	Saya tidak dapat mengekspresikan perasaan saya kepada orang lain		
14.	Semua perasaan buruk berada diluar kendali saya		
15.	Di masa lalu saya mengalami peristiwa buruk yang tidak bisa saya lupakan		
16.	Saya merasa terancam oleh seseorang atau sekelompok orang akhir-akhir ini		
17.	Masuk fakultas kedokteran bukan atas kehendak saya sendiri		
18.	Saya merasa tidak diterima di lingkungan tempat saya belajar (kampus)		
19.	Saya tidak suka berada lama di lingkungan kampus		
20.	Saya merasa tidak disukai oleh teman – teman saya		
21.	Saya merasa kesulitan memahami materi–materi perkuliahan		
22.	Saya merasa waktu yang diperlukan oleh saya untuk mengulang pelajaran (belajar) kurang		
23.	Saya mengalami kesulitan untuk mengutarakan pendapat saya saat berdiskusi		
24.	Saya selalu belajar sampai larut malam pada saat ujian		

25.	Saya sering menggunakan amfetamin, kokain, marijuana dan obat – obat terlarang lainnya		
26.	Saya sering minum minuman beralkohol		
27.	Saya sering minum kopi		
28.	Saya selalu berolahraga setiap minggu		
29.	Saya selalu menghindar dari masalah yang menimpa saya		
30.	Saya selalu menunda-nunda pekerjaan yang penting untuk segera dilakukan		

RIWAYAT HIDUP

Nama : Yeli Erna Fratiwi
NRP : 0410065
Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 30 Juli 1985
Alamat : Jl. Cibogo Bawah no.26^a Pasteur-Bandung 40164
Jl. Raya Cikajang no.87 Cikajang-Garut 44171
Agama : Islam

Riwayat Pendidikan :

TK Tambatan Hati Garut, tahun 1990-1991

SDN Cikajang II Garut, tahun 1991-1997

SLTPN 1 Garut, tahun 1997 - 2000

SMUN 1 Tarogong Garut, tahun 2000 - 2003

Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha, tahun 2004 - sekarang