

**KUESIONER**  
**TINGKAT NYERI PADA IBU HAMIL**

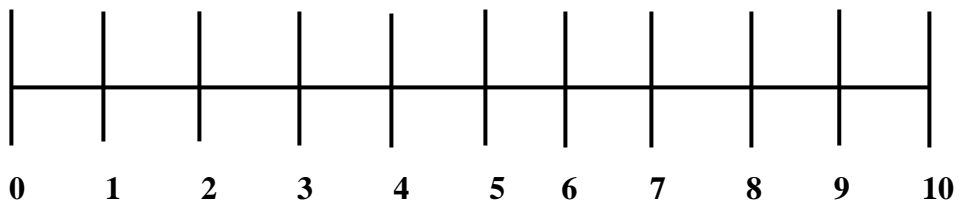
| <b>I. IDENTITAS RESPONDEN</b>   |                           |   |         |         |
|---|---------------------------|---|---------|---------|
| 1. Nama Responden   |                           |   |         |         |
| 2. Umur   |                           |   |         |         |
| 3. Pendidikan   |                           |   |         |         |
| 4. Pekerjaan  |                           |   |         |         |
| <b>II. TINGKAT NYERI PADA IBU</b>   |                           |   |         |         |
| <b>Petunjuk pengisian kuesioner :</b>   |                           |   |         |         |
| <b>Jawablah dengan memberikan tanda centangn (✓) pada jawaban ya atau tidak</b> |                           |   |         |         |
| Skala   | Pertanyaan                |   | Sebelum | Setelah |
| <b>0</b>  | <b>Tidak nyeri</b>        |   |         |         |
| <b>1-2</b>  | <b>Nyeri Ringan</b>       | <b>1. Ada rasa nyeri</b>  |         |         |
|   |                           | <b>2. Klien dapat berkomunikasi dengan baik</b>   |         |         |
| <b>3-5</b>  | <b>Nyeri Sedang</b>       | <b>3. Ada rasa nyeri tapi dapat ditahan</b>   |         |         |
|   |                           | <b>4. Klien dapat mendeskripsikan nyeri</b>   |         |         |
|   |                           | <b>5. Klien dapat menunjukkan lokasi nyeri dan dapat mengikuti perintah dengan baik</b> |         |         |
| <b>6-7</b>  | <b>Nyeri Berat</b>        | <b>6. Klien dapat mengikuti perintah tetapi merintih atau mendesis</b>                  |         |         |
|   |                           | <b>7. Tidak dapat diatasi dengan alih posisi dan nafas Panjang</b>                      |         |         |
| <b>8-10</b>   | <b>Nyeri Sangat Berat</b> | <b>8. Klien menjerit dan berteriak</b>  |         |         |
|   |                           | <b>9. Klien sudah tidak mampu berkomunikasi</b>   |         |         |
|   |                           | <b>10. Klien melakukan pemukulan</b>  |         |         |

## **LEMBAR CEKLIS SKALA NYERI**

### **GAMBARAN SKALA NYERI PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH MENGGUNAKAN TEKNIK SENAM HAMIL DI PUSKESMAS RANCAEKEK KABUPATEN BANDUNG**

1. Responden hanya menunjuk angka nyeri yang dia rasakan berdasarkan skala nyeri 0-10
2. Mengukur tingkat nyeri yang dirasakan ibu sebelum setelah dilakukan intervensi
3. Menggunakan skala nyeri untuk mengukur tingkat nyeri yang dirasakan ibu

#### **Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana**



**Intensitas nyeri dibedakan menjadi lima dengan menggunakan skala numerik yaitu :**

- 0 : Tidak nyeri**  
**1 – 2 : Nyeri ringan**  
**3 – 5 : Nyeri sedang**  
**6 – 7 : Nyeri berat**  
**8 – 10 : Nyeri sangat berat**