

**SURAT PERMOHONAN UNTUK BERPARTISIPASI  
SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : **Rizqi Wahyu Hidayati, M. Kep.**  
Umur : 30 tahun  
Alamat : Bulus Tempel, RT/RW: 03/02, Candibinangun,  
Pakem, Sleman, Yogyakarta  
Pekerjaan : Staf Pengajar Universitas Jend. Achmad Yani  
Yogyakarta  
Nomor kontak : Ponsel 085729878293

Dengan ini mengajukan dengan hormat kepada Saudara untuk bersedia agar menjadi partisipan penelitian yang akan saya lakukan, dengan judul ” **TEH SAHDU (SAFFRON MADU DAN TELANG BIRU) PADA PENINGKATAN KUALITAS TIDUR & QUALITY OF LIFE (QOL) LANSIA DI POSYANDU LANSIA YOGYAKARTA** ”.

Apabila ada pertanyaan yang lebih mendalam tentang penelitian ini, maka Saudara dapat menghubungi peneliti pada alamat dan nomor kontak di atas. Demikian permohonan ini saya buat, atas kerjasama yang baik saya ucapkan terimakasih

Yogyakarta, 2023  
Hormat Saya

Rizqi Wahyu Hidayati

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA  
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini saya:

Nama : \_\_\_\_\_  
Umur : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Menyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian ” **TEH SAHDU (SAFFRON MADU DAN TELANG BIRU) PADA PENINGKATAN KUALITAS TIDUR & QUALITY OF LIFE (QOL) LANSIA DI POSYANDU LANSIA YOGYAKARTA**”.
2. Telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban terbuka dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat dan kemungkinan dampak buruk yang terjadi dari penelitian yang dilakukan.

Dari pertimbangan diatas, dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga, bahwa **saya bersedia/tidak bersedia** \* ikut berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan seperlunya

Yogyakarta, .....2023

Saksi

Yang membuat pernyataan

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda tangan

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda tangan

### Data Demografi Responden

1. Nama (Inisial) :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan :
5. Pekerjaan :
6. Lama Terdiagnosa HT :
7. Apakah berobat rutin (berobat setiap bulan)?

Ya  Tidak

8. Sudah berapa lama Anda berobat rutin?
9. Jenis obat apa yang diminum dan berikan dosisnya
  - a. Tablet:
  - b. Insulin:

10. Apakah Anda rutin melakukan olahraga/ jalan pagi selama minimal 30 menit?

Ya  Tidak

11. Apakah Anda memiliki penyakit lain selain HT

- Syaraf
- Stroke
- Jantung (miokard infark, penyakit jantung kronik, peripher vascular disease)
- Retinopati
- Demensia (pikun)

DASS 21		NAMA					TANGGAL		
<p>Tolong baca setiap kalimat dan centang (√) setiap angka 0, 1, 2, 3 yang mengindikasikan pernyataan yang sesuai dengan Anda selama 1 minggu terakhir. Tidak ada jawaban yang benar atau salah. Jangan mengabdikan waktu terlalu lama pada suatu pernyataan.</p>			<p>Keterangan skala peringkat:            0 : Tidak pernah (TP)            1 : Kadang-kadang (KK)            2 : Sering (S)            3 : Hampir selalu (HS)</p>						
Selama 1 minggu terakhir			TP	KK	S	HS	D	A	S
			0	1	2	3			
1	Saya sulit menenangkan diri								
2	Saya menyadari mulut saya kering								
3	Saya tidak pernah mengalami perasaan positif sama sekali								
4	Saya mengalami kesulitan bernafas (contoh: bernafas cepat dan berat, sulit bernafas saat tidak ada aktifitas fisik)								
5	Saya kesulitan untuk berinisiatif melakukan sesuatu								
6	Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap situasi								
7	Saya mengalami gemetar (contoh: di tangan)								
8	Saya merasa bahwa saya menggunakan banyak energy untuk gelisah								
9	Saya mengkhawatirkan tentang situasi yang dapat mengakibatkan saya panic dan membuat diri saya tampak bodoh								
10	Saya merasa bahwa tidak ada hal baik yang saya tunggu di masa depan								
11	Saya mendapati diri saya merasa gelisah								
12	Saya sulit untuk tenang/ relaks								
13	Saya merasa rendah diri dan sedih								

Selama 1 minggu terakhir		TP	KK	S	HS	D	A	S
		0	1	2	3			
14	Saya tidak toleran terhadap apapun yang mengganggu saya dari mengerjakan sesuatu yang sedang saya kerjakan							
15	Saya merasa saya mudah panic							
16	Saya tidak bisa antusias terhadap apapun							
17	Saya merasa saya tidak berharga sebagai seseorang							
18	Saya merasa saya agak tersinggung							
19	Saya menyadari reaksi jantung saya saat tidak ada aktifitas fisik (contoh: merasakan peningkatan denyut jantung, jantung tidak berdetak 1 kali)							
20	Saya merasa takut							
21	Saya merasa bahwa hidup itu tidak berarti							
	<b>TOTAL</b>							

## PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI)

### Petunjuk:

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini berhubungan dengan kebiasaan tidur. Jawaban lansia sebaiknya menunjukkan jawaban yang paling akurat atas kebiasaan tidur lansia pada sebagian besar siang dan malam. Jawablah seluruh pertanyaan.

1. Pada pukul berapa anda biasanya tidur?  
.....
2. Berapa lama (berapa menit) anda membutuhkan waktu untuk tertidur?  
.....
3. Pukul berapa biasanya anda bangun di pagi hari?  
.....
4. Berapa jam anda tidur pada malam hari? (Ini berbeda dengan jumlah jam yang anda habiskan di tempat tidur)  
.....

### Petunjuk:

Pernyataan	Tidak ada dalam sebulan terakhir	1x/ Minggu	2x/ Minggu	3x/ Minggu (atau Lebih)
5. Selama sebulan terakhir, tidur anda sering terganggu karena				
a. Tidak bisa tertidur dalam waktu 30 menit				
b. Terbangun di tengah malam atau dini hari				
c. Harus bangun untuk menggunakan kamar mandi				
d. Sulit untuk bernafas saat tidur				
e. Batuk atau mendengkur keras saat tidur				
f. Merasa kedinginan				
g. Merasa terlalu panas saat tidur				
h. Mengalami mimpi buruk				
i. Merasa nyeri				
j. Alasan lain, kalau ada tolong jelaskan: termasuk seberapa sering anda mengalaminya				
Pernyataan	Tidak ada dalam sebulan terakhir	1x/ Minggu	2x/ Minggu	3x/ Minggu (atau Lebih)

6. Selama bulan ini seberapa sering anda meminum obat (resep) untuk membantu anda tidur?				
7. Selama sebulan ini, seberapa sering anda mengalami kesulitan untuk terjaga ketika anda makan, atau terlibat dalam kegiatan sosial pada siang hari?				
8. Selama Sebulan ini seberapa banyak masalah yang anda hadapi, sehingga anda tetap berkeras dan semangat untuk menyelesaikannya?				
9. Selama bulan ini bagaimana anda menilai kualitas tidur anda, mencakup kepuasan dan kecukupan tidur anda?				

## WHOQOL-BREF

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. Silahkan anda baca setiap pertanyaan bersamaan dengan pilihan jawaban yang terkait, atau jika dibutuhkan saya akan membacakannya kepada anda. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.** Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

Camkanlah dalam pikiran anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian anda. Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda **dalam dua minggu terakhir.**

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
1	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam dua minggu terakhir

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
3	Seberapa jauh rasa sakit fisik yang anda alami mencegah anda dalam beraktivitas sesuai yang kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
4	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?	1	2	3	4	5
5	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
9	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang **seberapa penuh** anda alami hal-hal berikut ini dalam dua minggu terakhir?

		Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
10	Apakah anda memiliki energi yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?	1	2	3	4	5

		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
15	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/sosial anda?	1	2	3	4	5
21	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25	Seberapa puaskah anda dengan alat transportasi yang anda naiki atauendarai?	1	2	3	4	5

---

Pertanyaan berikut merujuk pada **seberapa sering** anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam dua minggu terakhir

		Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti <i>'feeling blue'</i> (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?	1	2	3	4	5

**Komentar Anda tentang penilaian ini?**

---

---