

LAMPIRAN-LAMPIRAN

**LAMPIRAN LEMBAR
KUISIONER KSPBJ-IRS**

Inisial Responden :

No Responden :

Umur :

Petunjuk Pengisian

Kuesioner ini terdiri dari berbagai pernyataan yang mungkin sesuai dengan pengalaman Bapak/Ibu/Saudara dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari. Terdapat empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan yaitu:

- 1 : Tidak pernah atau tidak sesuai dengan saya sama sekali.
- 2 : Kadang-kadang atau sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu
- 3 : Sering atau sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan
- 4 : Selalu atau sangat sesuai dengan saya.

Selanjutnya, Bapak/Ibu/Saudara diminta untuk menjawab dengan cara memberi tanda silang (X) pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman Bapak/Ibu/Saudara selama satu minggu belakangan ini. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah sesuai dengan keadaan diri Bapak/Ibu/Saudara yang sesungguhnya, yaitu berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Bapak/Ibu/ Saudara.

LEMBAR KUESIONER
PENGERAPAN TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF UNTUK
MENGURANGI INSOMNIA PADA LANSIA

Petunjuk Pengisian :

1. Untuk data umum, isilah sesuai dengan kondisi anda.
2. Pilihlah salah satu jawaban yang paling sesuai menurut pendapat anda.
3. Berilah tanda silang (√) pada kotak yang telah disediakan yang anda anggap benar.

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN:

1. Inisial Responden :
2. Jenis Kelamin :
3. Umur :

B. DATA KHUSUS (INSOMNIA)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Apakah anda kesulitan untuk memulai tidur. | Diisi oleh peneliti |
| <input type="checkbox"/> 1. Tidak pernah. <input type="checkbox"/> 3. Sering. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. Kadang-kadang. <input type="checkbox"/> 4. Selalu. | |
| 2. Apakah anda tiba-tibat terbangun pada malam hari. | |
| <input type="checkbox"/> 1. Tidak pernah. <input type="checkbox"/> 3. Sering. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. Kadang-kadang. <input type="checkbox"/> 4. Selalu. | |
| 3. Apakah anda bisa terbangun lebih awal/dini hari. | |
| <input type="checkbox"/> 1. Tidak pernah. <input type="checkbox"/> 3. Sering. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. Kadang-kadang. <input type="checkbox"/> 4. Selalu. | |
| 4. Apakah anda merasa ngantuk di siang hari | |
| <input type="checkbox"/> 1. Tidak pernah. <input type="checkbox"/> 3. Sering. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. Kadang-kadang. <input type="checkbox"/> 4. Selalu. | |
| 5. Apakah anda merasa sakit kepala di siang hari. | |
| <input type="checkbox"/> 1. Tidak pernah. <input type="checkbox"/> 3. Sering. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. Kadang-kadang. <input type="checkbox"/> 4. Selalu. | |
| 6. Apakah anda meras kurang puas dengan tidur anda. | |

1. Tidak pernah. 3. Sering.
 2. Kadang-kadang. 4. Selalu.

7. Apakah anda merasa kurang nyaman atau gelisah disaat tidur .

1. Tidak pernah. 3. Sering
 2. Kadang-kadang. 4. Selalu.

8. Apakah anda mendapat mimpi buruk disaat tidur.

1. Tidak pernah. 3. Sering.
 2. Kadang-kadang. 4. Selalu.

9. Apakah anda merasa badan terasa lemah, letih, kurang tenaga setelah tidur.

1. Tidak pernah. 3. Sering.
 2. Kadang-kadang. 4. Selalu.

10. Apakah jadwal jam tidur sampai bangun tidur anda tidak beraturan.

1. Tidak pernah. 3. Sering.
 2. Kadang-kadang. 4. Selalu.

11. Apakah anda tidur selama 6 jam dalam semalam.

1. Tidak pernah. 3. Sering.
 2. Kadang-kadang. 4. Selalu.

KETERANGAN

1. Skor 1 : 11-19 = tidak ada keluhan insomnia
2. Skor 2 : 20-27 = insomnia ringan
3. Skor 3: 28-36 = insomnia berat
4. Skor 4: 37-44 = insomnia sangat berat.

LAMPIRAN PELAKSANAAN KEGIATAAN

(proses terapi relaksasi otot progresif)









