Lampiran 2. ***Informed Consent***

INFORMED CONSENT

Saya Tiara Setyaningrum Fauziah mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti sebagai peneliti. Saat ini peneliti sedang mengumpulkan data mengenai "Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kejadian Psikosomatis pada Dewas Muda". Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan terhadap kejadian psikosomatis sebagai upaya peningkatan kualitas hidup dewasa muda. Penelitian ini dilakukan dengan cara pengisian kuisioner mengenai tingkat kecemasan dan kuisioner mengenai psikosomatis.

Sehubungan dengan hal tersebut, peneliti mengharapkan responden berkenan untuk terlibat dalam penelitian ini. Bila bersedia, dapat mengisi formulir data diri dan apabila memenuhi persyaratan, dilanjutkan dengan pengisian kuesioner. Semua data yang diperoleh dalam penelitian ini dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

Responden berhak menolak ikut serta dalam penelitian ini dan setiap saat berhak untuk tidak melanjutkan keikutsertaannya dalam penelitian ini dan tidak akan diberikan sanksi. Bila bersedia ikut dalam penelitian ini, peneliti memohon responden untuk dapat membubuhkan tanda tangan di lembar persetujuan ini. Peneliti mengucapkan terima kasih atas perhatian dan partisipasinya. Bila terdapat pertanyaan, responden bisa menghubungi peneliti (Tiara Setyaningrum Fauziah) di nomor telepon 085779498157.

Jakarta, ...2025

Tiara Setyaningrum Fauziah

Lampiran 3. Lembar Persetujuan

FORMULIR PERSETUJUAN

Semua penjelasan di atas telah disampaikan kepada saya dan telah saya pahami. Dengan menandatangani formulir ini saya SETUJU SECARA SUKARELA untuk ikut dalam penelitian ini.

Nama peserta penelitian :
Usia :
Jenis kelamin :

Jakarta, ...2025

(……)

Lampiran 4. Kuesioner Identitas Responden

IDENTITTAS RESPONDEN

a. Nama : .....

b. Alamat : .....

c. Jenis Kelamin : ☐ Laki laki
☐ Perempuan

d. Usia : ..... tahun

e. Status Pernikahan : ☐ Menikah
☐ Belum Menikah

f. Riwayat Gangguan Jiwa :

g. Riwayat Penyakit Kronis : ☐ Autoimun
☐ Gangguan Pencernaan
☐ Penyakit Paru
☐ Nyeri Kepala Kronis
☐ Penyakit Jantung

Lampiran 4. Kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan cemas (merasa khawatir, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, lekas marah atau mudah tersinggung)					
2	Ketegangan (merasa tegang, merasa lelah, respon yang mengejutkan, mudah meneteskan air mata, merasa gemetar, merasa gelisah, tidak mampu untuk bersantai)					
3	Ketakutan (takut terhadap gelap, takut terhadap orang asing, takut ditinggalkan sendirian, takut pada hewan, takut pada keramaian lalu lintas, takut pada kerumunan banyak orang)					
4	Insomnia (kesulitan tidur, tidur tidak memuaskan, merasa lelah saat bangun, mimpi buruk, terbangun tengah malam)					
5	Intelektual (sulit berkonsentrasi, sulit mengingat)					
6	Perasaan depresi (kehilangan minat, kurangnya kesenangan dalam hobi, perasaan bersedih, sering terbangun diri hari saat tidur tangan)					
7	Gejala somatik (otot) (nyeri atau sakit otot, kedutan, otot terasa kaku, gigi gemertak, suara tidak stabil, tonus otot meningkat)					
8	Somatik (sensorik) (telinga terasa berdenging, penglihatan kabur, muka memerah, perasaan lemah, sensasi di tusuk tusuk)					
9	Gejala kardiovaskular (takikardi, palpitasi, nyeri dada, denyut nadi meningkat, perasaan lemas/lesu seperti mau pingsan, denyut jantung serasa berhenti sekejap)					
10	Gejala pernapasan (nafas terasa sesak/dada serasa ditekan, perasaan tercekik, sering menarik nafas dalam, nafas pendek/tersenggal-senggal)					
11	Gejala gastrointestinal (kesulitan menelan, nyeri perut, perut terasa kembung, sensasi terbakar, perut terasa penuh, merasa mual, muntah, sukar buang air besar/BAB, kehilangan berat badan, konstipasi)					
12	Gejala genitourinari (frekuensi berkemih meningkat, tidak dapat menahan air seni, tidak datang bulan, darah haid lebih banyak dari biasanya, gairah sex menurun, ejakulasi dini, kehilangan libido, impotensi)					
13	Gejala otonom (mulut kering, muka kemerahan, muka pucat, sering berkeringat, merasa pusing, kepala terasa berat, merasa tegang, rambut terasa menegang)					
14	Tingkah laku (gelisah, tidak tenang/sering mondar-mandir, tangan gemetar, alis berkerut, wajah tegang, sering mendesah atau pernapasan cepat, wajah pucat, sering menelan ludah)					

Lampiran 5. Kuesioner Sharti Sinulingga Psychosomatic Test (SPPT)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda memiliki penyakit kronik?		
2	Apakah Anda sering merasa kesehatan Anda terganggu?		
3	Apakah Anda memiliki keluhan yang terjadi saat perubahan emosi?		
4	Apakah Anda memiliki keluhan yang terus beganti/berpindah-pindah, tidak menetap?		
5	Apakah Anda sering meminum obat/jamu pegal linu atau sakit kepala?		
6	Apakah Anda sering mengalami kesulitan dalam kehidupan sehari-hari?		
7	Apakah Anda sering merasa marah, kesal, kecewa, frustasi, sedih, dll?		
8	Apakah Anda sering memiliki masalah dengan keluarga, teman, tetangga?		
9	Apakah Anda memiliki kesulitan/gangguan tidur?		