



## Lampiran 2. Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian

Kepada Yth.

Calon Responden

di *Desa Supiturang Kecamatan Pronojiwo Kabupaten Lumajang*

Sebagai syarat tugas akhir mahasiswa akper saya Aqsyel Ilyasa mahasiswa Prodi Keperawatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang, saya akan melakukan penelitian dengan judul "Gambaran Tingkat Kecemasan Warga Supiturang Terhadap Bencana Letusan Gunung Semeru". Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan warga supiturang terhadap bencana letusan gunung semeru

Keperluan tersebut saya mohon ketersediaan anggota gym untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya kami mohon saudara untuk mengisi kuesioner yang saya sediakan dengan kejujuran dan apa adanya. Jawaban saudara dijamin kerahasiaannya. Demikian atas bantuan partisipasinya disampaikan terimakasih.

Malang, Juni 2023

Aqsyel Ilyasa

NIM. 201102

**Lampiran 3. Lembar Persetujuan Menjadi Responden****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN****Gambaran Tingkat Kecemasan Terhadap Erupsi Gunung Semeru Di  
Wilayah Desa Supiturang Kabupaten Lumajang**

Oleh:

Aqsyel Ilyasa

Setelah saya membaca maksud dan tujuan dari penelitian ini, maka saya dengan sadar menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Tanda tangan saya dibawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian.

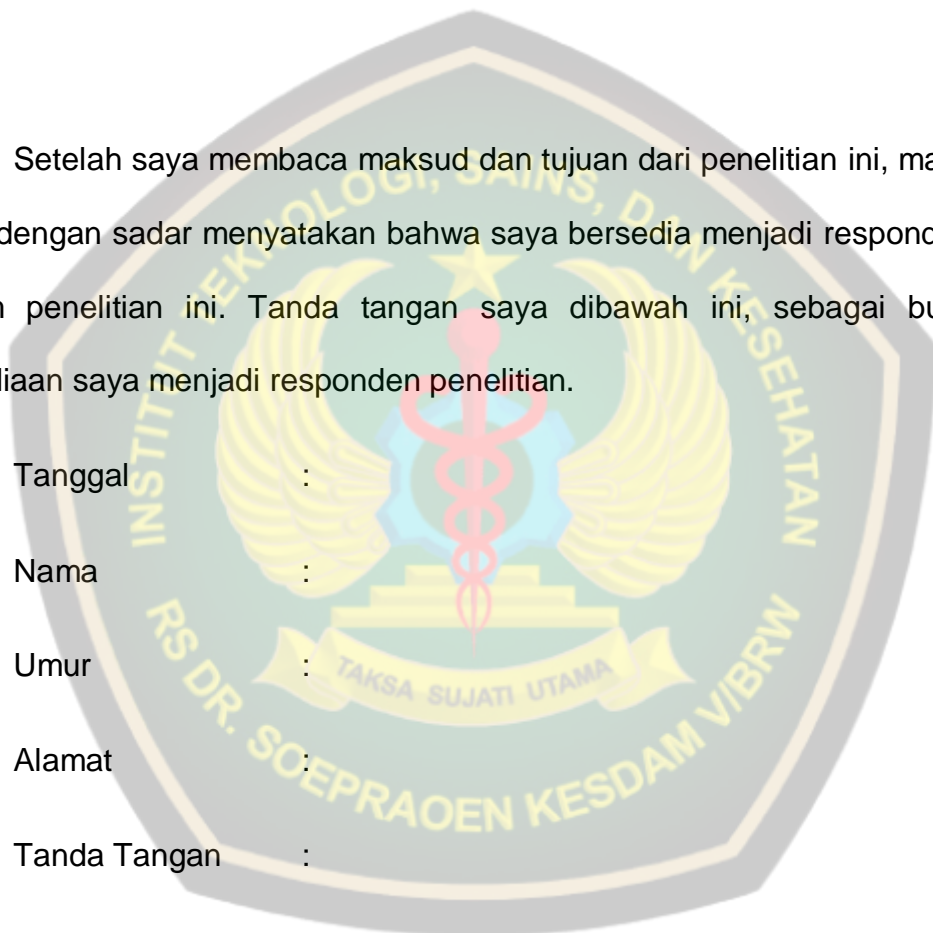
Tanggal :

Nama :

Umur :

Alamat :

Tanda Tangan :



## Lampiran 4.

**LEMBAR KUISIONER**

**Judul : Gambaran Tingkat Kecemasan Terhadap Erupsi Gunung**

**Semeru Di Wilayah Desa Supiturang Kabupaten Lumajang**

Data Umum		
1	Nama (inisial)	:
2	Usia	:
3	Jenis Kelamin	:
4	Motivasi di Lingkungan Sekitar	: <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> Teman dekat <input type="checkbox"/> Saudara
5	Kerusakan yang dialami	: <input type="checkbox"/> Tempat tinggal <input type="checkbox"/> Lahan pertanian <input type="checkbox"/> Lahan peternakan
6	Kehilangan yang dialami	: <input type="checkbox"/> Harta benda <input type="checkbox"/> Orang terdekat (jika ada, sebutkan) <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Anak
7	Lama tinggal	: <input type="checkbox"/> < 10 Tahun <input type="checkbox"/> > 10 Tahun
8	Faktor yang mempengaruhi kecemasan	: <input type="checkbox"/> Kerusakan lingkungan rumah <input type="checkbox"/> Hilangnya harta benda <input type="checkbox"/> Kekhawatiran akan adanya bencana susulan

**PETUNJUK PENGISIAN!!**

**BERI TANDA CHECK LIST ✓ PADA JAWABAN YANG PALING SESUAI DENGAN PENDAPAT DAN PEMIKIRAN ANDA.**

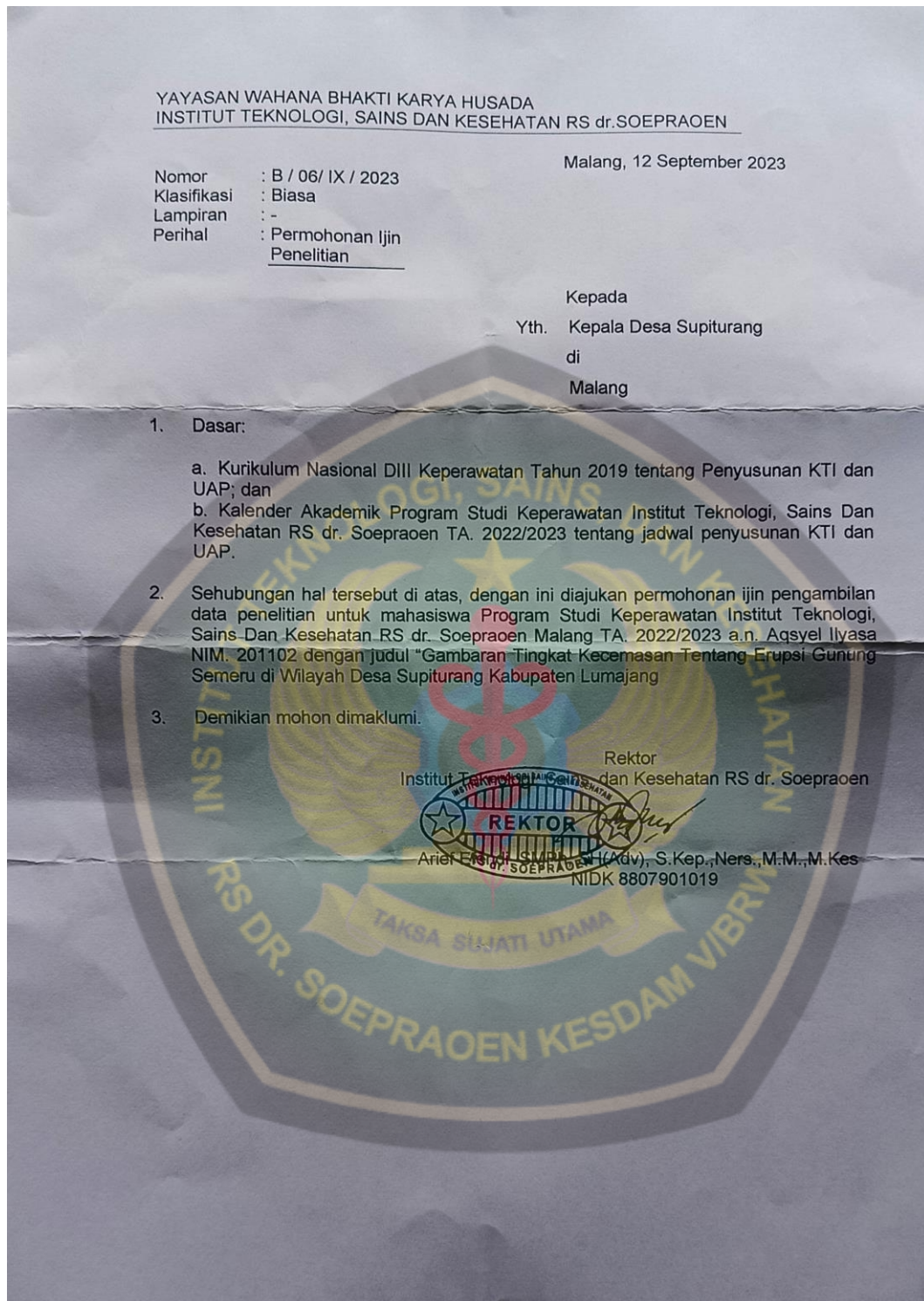
No	Pertanyaan	Skor (Diisi oleh peneliti)
1	Perasaan Ansietas <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Firasat Buruk <input type="checkbox"/> Takut Akan Pikiran Sendiri <input type="checkbox"/> Mudah Tersinggung	
2	Ketegangan <input type="checkbox"/> Merasa Tegang <input type="checkbox"/> Lesu <input type="checkbox"/> Tak Bisa Istirahat Tenang <input type="checkbox"/> Mudah Terkejut <input type="checkbox"/> Mudah Menangis <input type="checkbox"/> Gemetar <input type="checkbox"/> Gelisah	
3	Ketakutan <input type="checkbox"/> Pada Gelap <input type="checkbox"/> Pada Orang Asing <input type="checkbox"/> Ditinggal Sendiri <input type="checkbox"/> Pada Binatang Besar <input type="checkbox"/> Pada Keramaian Lalu Lintas <input type="checkbox"/> Pada Kerumunan Orang Banyak	
4	Gangguan Tidur <input type="checkbox"/> Sukar Masuk Tidur <input type="checkbox"/> Terbangun Malam Hari <input type="checkbox"/> Tidak Nyenyak <input type="checkbox"/> Bangun dengan Lesu <input type="checkbox"/> Banyak Mimpi-Mimpi <input type="checkbox"/> Mimpi Buruk <input type="checkbox"/> Mimpi Menakutkan	
5	Gangguan Kecerdasan <input type="checkbox"/> Sukar Konsentrasi <input type="checkbox"/> Daya Ingat Buruk	

6	Perasaan Depresi <input type="checkbox"/> Hilangnya Minat <input type="checkbox"/> Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Bangun Dini Hari <input type="checkbox"/> Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari	
7	Gejala Somatik (Otot) <input type="checkbox"/> Sakit dan Nyeri di Otot-Otot <input type="checkbox"/> Kaku <input type="checkbox"/> Kedutan Otot <input type="checkbox"/> Gigi Gemerutuk <input type="checkbox"/> Suara Tidak Stabil	
8	Gejala Somatik (Sensorik) <input type="checkbox"/> Tinitus <input type="checkbox"/> Penglihatan Kabur <input type="checkbox"/> Muka Merah atau Pucat <input type="checkbox"/> Merasa Lemah <input type="checkbox"/> Perasaan ditusuk-Tusuk	
9	Gejala Kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Takhikardia <input type="checkbox"/> Berdebar <input type="checkbox"/> Nyeri di Dada <input type="checkbox"/> Denyut Nadi Mengeras <input type="checkbox"/> Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan <input type="checkbox"/> Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap)	
10	Gejala Respiratori <input type="checkbox"/> Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada <input type="checkbox"/> Perasaan Tercekik <input type="checkbox"/> Sering Menarik Napas <input type="checkbox"/> Napas Pendek/Sesak	
11	Gejala Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Sulit Menelan <input type="checkbox"/> Perut Melilit <input type="checkbox"/> Gangguan Pencernaan <input type="checkbox"/> Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan <input type="checkbox"/> Perasaan Terbakar di Perut <input type="checkbox"/> Rasa Penuh atau Kembang <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Buang Air Besar Lembek <input type="checkbox"/> Kehilangan Berat Badan	

	<input type="checkbox"/> Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)	
12	Gejala Urogenital <input type="checkbox"/> Sering Buang Air Kecil <input type="checkbox"/> Tidak Dapat Menahan Air Seni <input type="checkbox"/> Amenorrhoe <input type="checkbox"/> Menorrhagia <input type="checkbox"/> Menjadi Dingin (Frigid) <input type="checkbox"/> Ejakulasi Praecoocks <input type="checkbox"/> Ereksi Hilang <input type="checkbox"/> Impotensi	
13	Gejala Otonom <input type="checkbox"/> Mulut Kering <input type="checkbox"/> Muka Merah <input type="checkbox"/> Mudah Berkeringat <input type="checkbox"/> Pusing, Sakit Kepala <input type="checkbox"/> Bulu-Bulu Berdiri	
14	Tingkah Laku Pada Wawancara <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Tidak Tenang <input type="checkbox"/> Jari Gemetar <input type="checkbox"/> Kerut Kening <input type="checkbox"/> Muka Tegang <input type="checkbox"/> Tonus Otot Meningkatkan <input type="checkbox"/> Napas Pendek dan Cepat <input type="checkbox"/> Muka Merah	



## Lampiran 5.





## Lampiran 6.



**Lampiran 7. Bukti Revisi**

### Lampiran 8. Lembar Dokumentasi



Pengisian kuisisioner oleh klien.

Menemui perangkat desa untuk ijin penelitian.





Gambaran lokasi rumah warga.

Gambaran lokasi rumah warga.

