
Lampiran 1

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN KEPADA RESPONDEN

Pada penelitian ini, peneliti ingin meneliti tentang Pengaruh Teh Hijau Terhadap Tingkat Kecemasan dan Kualitas Tidur Pada Staff Universitas Esa Unggul. Penelitian ini merupakan penelitian dengan design penelitian true experimental dengan randomisasi untuk kelompok kontrol dan kelompok experimental dengan metode kuantitatif. Pada penelitian ini juga, peneliti menggunakan instrument penelitian, yaitu kuisisioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) untuk melihat tingkat kecemasan pada kelompok kontrol, modifikasi kuisisioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) untuk melihat tingkat kecemasan pada kelompok eksperimental dan menggunakan kuisisioner Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) untuk melihat kualitas tidur pada kelompok kontrol, modifikasi kuisisioner Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) untuk melihat kualitas tidur pada kelompok eksperimental.

Manfaat secara umum dari penelitian ini yaitu untuk menambah wawasan dan menambah edukasi kepada masyarakat tentang manfaat teh hijau, dan untuk menganalisis pengaruh teh hijau terhadap kelompok eksperimental dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan teh hijau. Partisipasi daripada responden bersifat secara sukarela tanpa paksaan. Bapak atau Ibu staff juga diperbolehkan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas terkait dengan penelitian ini, Semua informasi dan hasil pemeriksaan yang berkaitan dengan privasi akan dijaga kerahasiaannya. Hasil penelitian akan di publikasikan tanpa menggunakan identitas subjek penelitian

Bekasi,..... 2022

Penulis

(Monica)

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Setelah membaca informasi penelitian, tentang **“Pengaruh Teh Hijau Terhadap Tingkat Kecemasan dan Kualitas Tidur Pada Staff Universitas Esa Unggul”**. Saya memohon kesediaan waktu Bapak atau Ibu untuk mengisi kuesioner mengenai tingkat kecemasan dan kualitas tidur. Saya akan merahasiakan seluruh informasi yang ibu berikan. Perlu saya informasikan bahwa keikutsertaan Bapak atau Ibu dalam pengisian kuesioner ini bersifat sukarela.

Maka saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat dan Tanggal Lahir :
Umur :
Jenis Kelamin :
Nomor Hp/ Wa :
Bagian Staff :

Setelah memahami penjelasan penelitian dari peneliti saya bersedia dan berkomitmen untuk ikut serta didalam penelitian ini. Saya mengetahui bahwa saya berhak untuk menolak ikut serta dalam penelitian ini, saya yakin bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan jawaban saya selaku responden. Oleh karena itu, saya menyatakan secara sukarela berpartisipasi dalam penelitian ini dan akan memberikan informasi yang sejujur-jujurnya

Bekasi,.....2022

Tanda Tangan Responden

(Nama Responden)

Lampiran 3

**KUISIONER PENELITIAN PENGARUH TEH HIJAU TERHADAP
TINGKAT KECEMASAN DAN KUALITAS TIDUR**

A. Identitas Responden

1. Nama :
2. Umur :
3. Tanggal Lahir :
4. Jenis Kelamin : L / P
5. Pendidikan Terakhir : SD/SMP/SMA/D3/S1/lainnya(sebutkan)
6. No. Telp/ Hp :
7. Durasi Kerja : Masuk pukul Sampai pukul
8. Pengalaman Kerja : Bulan/Tahun
9. Bekerja menggunakan shift : Ya, mulai pukul... sampai pukul.... / Tidak
10. Jenis Pekerjaan staff bagian :

B. Kuisioner Kecemasan

Petunjuk pengisian jawablah pernyataan tersebut dengan baik dan benar!

Petunjuk Pengisian :

Apakah Bapak atau Ibu sering merasa cemas atau sering merasakan firasat buruk atau takut pada pikiran sendiri selama dua minggu terakhir?

Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...

Jawab: Tidak saya tidak merasakan gejala kecemasan diatas, tetapi saya merasakan....

Tidak pernah/kadang-kadang/selalu/sering/sangat sering

Apakah Bapak atau Ibu sering merasa cemas atau sering merasakan firasat buruk atau takut pada pikiran sendiri selama dua minggu terakhir?

Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...

Jawab: Ya saya merasakan cemas kadang-kadang ketika saat bekerja

Petunjuk pengisian pertanyaan berikut mengenai tingkat kecemasan yang dilakukan oleh responden selama dua minggu terakhir. Jawablah pertanyaan dibawah ini secara tepat dan benar dan berikanlah tanda silang pada table!

No	Pernyataan
	Respon Cemas
1.	apakah Bapak atau Ibu merasa cemas atau merasakan firasat buruk atau takut pada pikiran sendiri ? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
2	apakah Bapak atau Ibu adalah orang yang mudah tersinggung
	Ketegangan
3	apakah Bapak atau merasa tegang atau lesu pada saat bekerja?

	Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
4	apakah Bapak atau Ibu merasa tidak bisa beristirahat tenang atau mudah terkejut atau mudah menangis ? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
5	apakah Bapak atau Ibu merasa gemetar atau merasa gelisah pada saat bekerja atau pada saat melakukan kegiatan lain ? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
	Ketakutan
6	apakah Bapak atau Ibu merasa ketakutan tiba-tiba pada saat sedang bekerja atau pada saat melakukan kegiatan lainnya? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
7	apakah Bapak atau Ibu merasa ketakutan pada orang lain atau merasakan takut pada saat di kerumunan banyak orang pada saat di lingkungan kerja atau pada saat di lingkungan ramai orang? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
	Gangguan Tidur
8	apakah Bapak atau Ibu merasa sukar tidur atau merasa tidur tidak nyaman setelah selesai bekerja karena memikirkan pekerjaan atau karena ada aktivitas lainnya? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
9	apakah Bapak atau Ibu terbangun di malam hari atau sering merasa mimpi buruk karena memikirkan pekerjaan atau hal lainnya? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
10	apakah Bapak atau Ibu bangun dipagi hari dengan lesu? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...

	Gangguan kecerdasan
11	apakah Bapak atau Ibu sering merasa sukar konsentrasi atau sering merasa bingung atau sering merasa daya ingat buruk pada saat bekerja atau melakukan kegiatan lain? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
	Perasaan depresi
12	apakah Bapak atau Ibu merasa kehilangan minat atau berkurang kesenangan pada hobi? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
13	apakah Bapak atau Ibu sering merasa perasaan berubah-ubah sepanjang hari atau merasa sedih baik pada saat bekerja atau saat melakukan aktivitas lain atau saat beristirahat? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
	Gejala somatic (otot-otot)
14	apakah Bapak atau Ibu sering merasa sakit dan nyeri di otot-otot atau sering merasa kaku pada saat bekerja atau setelah bekerja atau pada saat melakukan aktivitas lain ? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
	Gejala sensorik
15	apakah Bapak atau Ibu sering merasa penglihatan kabur atau muka pucat pada saat bekerja atau pada saat melakukan aktivitas lain?
16	apakah Bapak atau Ibu sering merasa lemas pada saat bekerja atau beraktivitas? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
	Gejala jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler)
17	apakah Bapak atau Ibu sering merasa jantung berdebar-debar atau denyut jantung cepat atau merasa nyeri dada pada saat kerja saat istirahat atau saat melakukan aktivitas lain? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...

	Gejala pernapasan (respiratori)
18	apakah Bapak atau Ibu sering merasa rasa tertekan di dada atau sering merasa sesak napas pada saat bekerja atau saat beristirahat atau pada saat melakukan aktivitas lain? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
	Gejala pencernaan (gastrointestinal)
19	apakah Bapak atau Ibu sering merasa nyeri pada perut sebelum dan sesudah makan atau perut kembung? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
20	apakah Bapak atau Ibu sering merasa mual atau muntah pada saat bekerja atau sebelum dan setelah makan? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
	Gejala autonomy
21	apakah Bapak atau Ibu sering merasa mudah berkeringat pada saat bekerja atau melakukan aktivitas?
22	apakah Bapak atau Ibu sering merasa pusing atau sakit kepala? jika tidak jelaskan gejalanya...
	Tingkah laku (sikap) pada saat bekerja
23	apakah Bapak atau Ibu sering merasa gelisah atau merasa tidak tenang? Jika mengalami salah satu dari gejala diatas, sebutkan gejalanya dan jika tidak jelaskan gejalanya...
	Gangguan Pola Makan
24	apakah Bapak atau Ibu ketika merasakan kecemasan memiliki jadwal makan yang tidak teratur, atau mengalami pola makan yang tidak sesuai? Jika memiliki salah satu gejala diatas sebutkan, jika tidak sebutkan gangguan pola makan lainnya
25	apakah Bapak atau Ibu ketika merasakan kecemasan memiliki nafsu makan yang berkurang dari biasanya?

26	apakah Bapak atau Ibu ketika merasakan kecemasan memiliki porsi makan yang lebih banyak dari porsi makan ketika tidak merasakan kecemasan?
----	--

Menurut skala HARS yang dikutip dalam Nursalam (2013)

Lampiran 4

**KUISIONER PENELITIAN PENGARUH TEH HIJAU TERHADAP
TINGKAT KECEMASAN DAN KUALITAS TIDUR**

Petunjuk pengisian pertanyaan berikut mengenai kualitas tidur yang dilakukan oleh responden selama dua minggu terakhir. Jawablah pertanyaan dibawah ini secara tepat dan benar dan berikanlah tanda silang pada table!

1. Pada pukul berapa Bapak atau Ibu tidur pada malam hari?
2. Berapa lama waktu yang dibutuhkan (dalam menit) untuk dapat mulai tertidur setiap malam?
3. Sekitar jam berapa Bapak atau Ibu terbangun dipagi hari?
4. Berapa lama (jam) atau durasi tidur Bapak atau Ibu tertidur dimalam hari?

		Tidak pernah	1 x seminggu	2 x Seminggu	$\geq 2x$ seminggu
5. Apakah selama dua Minggu terakhir ini Bapak atau Ibu mengalami gangguan tidur seperti dibawah ini					
	a. Tidak dapat tidur di malam hari dalam waktu 30 menit				
	b. Bangun tengah malam atau dini hari				
	c. Terbangun karena ingin ke kamar mandi				
	d. Pernapasan terganggu				

	e.Batuk-batuk				
	f.Merasa kedinginan				
	g.Merasa kepanasan				
	h.Mengalami mimpi buruk				
	i.Merasa nyeri				
	j.Terdapat alasan lain penyebab gangguan tidur, jelaskan				
6	Selama 2 minggu terakhir, seberapa sering anda mengkonsumsi obat tidur(diresepkan oleh dokter ataupun obat bebas) untuk membantu anda tidur?				
7	Selama 2 minggu terakhir seberapa sering anda merasa terjaga atau mengantuk ketika melakukan aktifitas mengerjakan tugas				
		Tidak antusias (0)	Kecil (1)	Sedang (2)	Besar (3)
8	Selama 2 minggu terakhir, seberapa				

	antusias anda ingin menyelesaikan masalah yang anda hadapi?				
		Sangat baik (0)	Baik (1)	Kurang (2)	Sangat kurang (3)
9	Bagaimana kualitas tidur anda selama 2 minggu terakhir				

Sumber : (Candra Wahyu,2018)

Lampiran 5

**KUISIONER PENELITIAN PENGARUH TEH HIJAU TERHADAP
TINGKAT KECEMASAN DAN KUALITAS TIDUR**

Petunjuk pengisian pertanyaan berikut mengenai recall yang dilakukan oleh responden selama 2 minggu terakhir. Jawablah pertanyaan dibawah ini secara tepat dan benar dan berikanlah tanda silang pada table!

Jenis Makanan	Frekuensi						
	Bahan Makanan	>3 kali /hari	1 kali /hari	3-6 kali /minggu	1-2 kali /minggu	2 kali sebulan	Tidak pernah
Makanan Pokok							
Nasi Putih							
Nasi Merah							
Roti Tawar							
Roti Gandum							
Jagung							
Singkong							
Kentang							
Havermouth							
Ubi Jalar							

Lainnya						
Lauk Hewani						
Daging Sapi						
Daging Ayam						
Sosis						
Nugget Ayam						
Telur Ayam						
Cumi-cumi						
Udang						
Ikan Salmon						
Ikan Tuna						
Lainnya						
Sayuran						

Brokoli						
Paprika						
Selada						
Sawi						
Bayam						
Labu						
Wortel						
Buncis						
Kembang kol						
Lainnya						
Buah-buahan						
Pisang						
Blewah						
Jeruk						
Timun suri						
Melon						
Alpukat						
Kelengkeng						

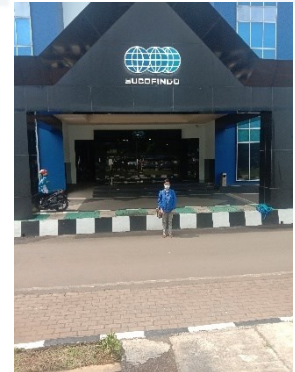
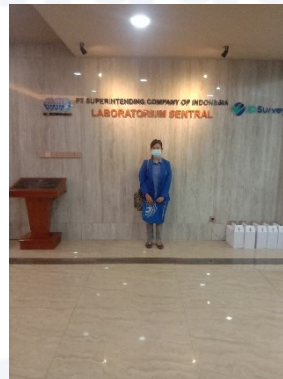
Mangga						
Nangka						
Durian						
Lainnya						
Makanan Cemilan						
Cokelat						
Pizza						
Hamburger						
Donat						
Mie instant						
Kue manis						
Pop corn						
Permen						
Lainnya						

Minuman						
Es krim						
Yoghurt						
Minuman bersoda (coca cola, fanta, sprite, pepsi)						
Kopi						
Teh						
Susu						
Alkohol						
Lainnya						

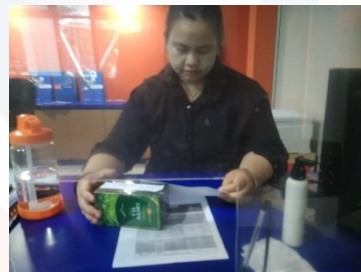
Lampiran 6

DOKUMENTASI

Pengambilan Teh Hijau, Pengujian Kafein



Pengisian Kuisisioner, Pemberian Teh Hijau dan Wawancara Recall



Lampiran 7

Laporan No. 76341/BNBPAP
Tanggal: 30 Mei 2022



Kantor Penerbit:
Jl. Ateri Tol Cibitung No. 1, Cibitung Bekasi 17520
Telp./Faksimil: 021 89321176/021 89321166
Email: os_cbt@sucofindo.co.id

LAPORAN ANALISIS

Contoh berikut telah disampaikan dan diidentifikasi oleh pelanggan sebagai berikut :

NAMA PELANGGAN : MONICA
Perumahan pejuan Jaya
Jl. Cendrawasih XI, Blok F, No 125
Bekasi Barat

JENIS CONTOH : TEH CELUP HIJAU

TANGGAL DITERIMA : 12 Mei 2022

TANGGAL ANALISA : 12 – 24 Mei 2022

ANALISA / UJI : Kafein

KETERANGAN CONTOH : Bentuk : Padat
Kemasan : Kemasan Original
Jumlah : 11 Buah
1 (Satu) Sampel

IDENTIFIKASI CONTOH : -

REFERENSI : -

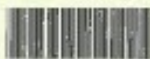
Parameter	Satuan	Hasil Uji	Metoda
- Kafein *	%	0.03	POMM/55 (HPLC)

* 1 sachet dilarutkan dalam 150 mL air 70 °C

Hasil uji ini hanya terkait dengan contoh uji yang diserahkan saat ini saja dan laporan/hasil uji tidak dapat direproduksi dengan cara apapun, kecuali dalam konteks pemah dan dengan persetujuan tertulis sebelumnya dari Laboratorium Sucofindo
Penelitian Sertifikasi Laporan ini tunduk pada Syarat dan Ketentuan Umum layanan jasa PT. SUCOFINDO (PERSERO), yang salinannya dapat diperoleh oleh pemintaan atau dapat diakses pada www.sucofindo.co.id



CBT101.1.00482922



4140419

SCI-2007A

Lampiran 8

Lampiran Hasil Uji SPSS

Uji Validitas Tingkat Kecemasan

No	Nilai R Hitung	Nilai R Tabel	Keputusan
1	0,597	0,514	Valid
2	0,339	0,514	Tidak Valid
3	0,594	0,514	Valid
4	0,766	0,514	Valid
5	0,800	0,514	Valid
6	0,604	0,514	Valid
7	0,574	0,514	Valid
8	0,750	0,514	Valid
9	0,446	0,514	Tidak Valid
10	0,633	0,514	Valid
11	0,507	0,514	Tidak Valid
12	0,531	0,514	Valid
13	0,638	0,514	Valid
14	0,577	0,514	Valid
15	0,701	0,514	Valid
16	0,642	0,514	Valid
17	0,737	0,514	Valid
18	0,717	0,514	Valid
19	0,550	0,514	Valid
20	0,398	0,514	Tidak Valid
21	0,537	0,514	Valid
22	0,762	0,514	Valid
23	0,747	0,514	Valid
24	0,565	0,514	Valid
25	0,496	0,514	Tidak Valid
26	0,703	0,514	Valid

Uji Validitas Kualitas Tidur

No	Nilai R Hitung	Nilai R Tabel	Keputusan
1	0,532	0,514	Valid
2	0,587	0,514	Valid
3	0,455	0,514	Tidak Valid
4	0,602	0,514	Valid
5	0,701	0,514	Valid
6	0,356	0,514	Tidak Valid
7	0,517	0,514	Valid

