



# LAMPIRAN



## Lampiran 2. Kuesioner Penelitian

### KUESIONER PENELITIAN

#### “Hubungan Kecemasan dengan Kejadian Nyeri Kepala pada Mahasiswa Program Studi Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha ”

##### Identitas:

1. Nama :
2. NIM :
3. Jenis Kelamin :
  - a. Laki-laki
  - b. Perempuan
4. Usia :
5. Angkatan :
6. Saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa adanya paksaan dan dengan penuh kesadaran :
  - a. Bersedia
  - b. Tidak Bersedia
7. Apakah anda memiliki riwayat nyeri kepala (**sudah terdiagnosis dokter**) seperti yang tertera dibawah? (Bisa dipilih > 1)
  - 1). Nyeri kepala terkait trauma kepala dan/leher
  - 2). Nyeri kepala terkait kelainan vaskular kranial atau servikal
  - 3). Nyeri kepala terkait non vaskular intrakranial
  - 4). Nyeri kepala terkait substansi atau withdrawal substansi
  - 5). Nyeri kepala terkait infeksi
  - 6). Nyeri kepala terkait kelainan homeostasis
  - 7). Nyeri kepala terkait kelainan kranium, leher, mata, telinga, hidung, sinus, gigi, mulut, atau struktur fasial, atau kranial lainnya.
  - 8). Tidak memiliki riwayat nyeri kepala

### Lampiran 3. Kuesioner HSQ

#### Headache Screening Questionnaire (HSQ)

1. Berapa kali anda pernah menderita nyeri kepala selama hidup anda?

- A. 1-4 kali
- B. 5-9 kali
- C.  $\geq 10$  kali

2. Terkait dengan pertanyaan sebelumnya, berapa kali anda merasakan nyeri kepala

tersebut seperti serangan nyeri kepala?

- A. 0-4 kali
- B. 5-9 kali
- C.  $\geq 10$  kali

3. Dalam satu bulan, berapa hari anda menderita nyeri kepala?

- A.  $<1$  per bulan
- B.  $\geq 1 - <15$  per bulan
- C.  $\geq 15$  per bulan

4. Berapa lama nyeri kepala berlangsung bila anda tidak minum obat?

- A. 0-30 menit
- B. 30 menit – 4 jam
- C. 4 jam – 3 hari
- D. 3 – 7 hari
- E.  $\geq 7$  hari

5. Di antara deskripsi di bawah ini, yang mana yang paling cocok menggambarkan nyeri

kepala yang anda derita

- A. Rasanya berdenyut-denyut
- B. Ada rasa kaku atau seperti ditekan
- C. Rasa panas seperti terbakar atau tertusuk
- D. Lainnya, seperti ....

6. Apakah nyeri kepala yang anda derita muncul pada satu sisi atau dua sisi?

- A. Satu sisi



B. Dua sisi

7. Jelaskan sejauh mana parahnya nyeri kepala yang anda derita?

A. Ringan

B. Sedang

C. Parah

D. Sangat parah

Tunjukkan melalui pernyataan berikut jika ini berlaku saat anda mengalami nyeri kepala

8. Aktivitas sehari-hari (seperti menaiki tangga atau berjalan kaki) menyebabkan nyeri

kepala bertambah parah

A. Ya

B. Tidak

9. Saya menghindari melakukan aktivitas sehari-hari saat saya menderita nyeri kepala

A. Ya

B. Tidak

10. Jelaskan apa yang anda alami selama anda menderita nyeri kepala (jawaban bisa lebih

dari satu)

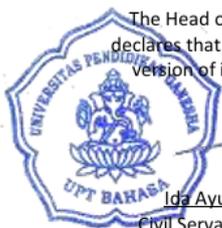
A. Sensitif terhadap cahaya

B. Sensitif terhadap suara

C. Perasaan mual dan/atau muntah

D. Tidak satupun dari hal diatas

E. Lainnya, seperti ...



The Head of Undiksha Language Center, Singaraja declares that the following document is the translated version of its original source in Bahasa Indonesia.

Ida Ayu Made Istri Utami, S.Pd., M.Pd.  
Civil Servant Reg. No. 198709172015042002

Translated by

Ida Ayu Made Istri Utami, S.Pd., M.Pd

#### Lampiran 4. Kuesioner HAM-A

Silahkan memberikan tanda “✓” pada jawaban yang sesuai

No	Pertanyaan	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Berat	Sangat Berat
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 orang banyak)					
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 dini hari saat tidur malam)					
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 ditusuk-tusuk)					
9	Gejala-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 terasa ditekan, perasaan tercekik, sering menarik nafas dalam, nafas pendek/tersengal-sengal)					
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, dll.)					
--	---------------------------------------	--	--	--	--	--











## Lampiran 9 Lembar Etik

 KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
KOMITE ETIK PENELITIAN  
Jl. Tilamata No. 11, Singaraja, Bali, Kode Pos 81111

---

Nomor 087/UN48.24.11/LT/2024  
Lampiran 1 gabung  
Hal Penyerahan *Ethical Exemption*

Yth.  
I Gede Pramana Arya Wangsa  
di tempat

Dengan hormat,  
Bersama ini kami menyerahkan *Ethical Exemption/Keterangan Pembebasan Etik* Nomor: 053/01/02/08/2024, tertanggal 19 Agustus 2024

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

1. Surat kelaikan etik hanya berlaku satu tahun sejak tanggal dikeluarkan.
2. Setelah selesai melaksanakan penelitian, peneliti utama wajib menyerahkan 1 (satu) rangkap hasil penelitian.
3. Jika ada perubahan yang menyangkut dengan hal penelitian atau perpanjangan penelitian, mohon untuk melaporkan ke Komite Etik Penelitian (KEP) Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha.
4. Jika ada kejadian serius yang tidak diinginkan (KTD) harus segera dilaporkan ke Komite Etik Penelitian (KEP) Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ditetapkan di : Singaraja  
Tanggal : 19 Agustus 2024  
Ketua

  
Dr. dr. Komang Hendra Setiawan, S.Ked., M.Kes.  
NIP. 198209302009121003

Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha
2. Peneliti Utama
3. Arsip



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
KOMITE ETIK PENELITIAN  
Jl. Udayana No.11, Singaraja, Bali, Kode Pos 81116

KETERANGAN PEMBEBASAN ETIK  
(ETHICAL EXEMPTION)  
No: 088/UN48.24.11/LT/2024

Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha, dalam upaya melindungi hak asasi manusia dan kesejahteraan subjek penelitian dan menjamin bahwa penelitian yang menggunakan formulir survei/registrasi/surveilans/Epidemiologi/Humaniora/Sosial Budaya/Bahan Biologi Tersimpan/Sel Punca dan non klinis lainnya berjalan dengan memperhatikan implikasi etik, hukum, sosial, non klinis lainnya yang berlaku, telah mengkaji teliti proposal penelitian berjudul :

*The Reaserch Ethics Committee Faculty of Medicine Universitas Pendidikan Ganesha, in order to protect the right and welfare of the research subject, and to guaranty that the research using survei questionnaire/registry/surveillance/epidemiology/humaniora/social-cultural/archived biological materials/stem cell/other non-clinical materials, will carried out according to ethical, legal, social implications and other applicable regulations, has been thoroughly reviewed the proposal entitled:*

**"Hubungan Kecemasan dengan Kejadian Nyeri Kepala pada Mahasiswa Program Studi Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha"**

Nomor Prokotel : 053/01/02/08/2024  
Nama Penelitian Utama : I Gede Pramana Arya Wangsa  
*Principal Researcher*  
Pembimbing/Peneliti Lain : 1. dr. Ni Nyoman Mestri Agustini, S.Ked., M.Kes., M.Biomed., Sp.N.  
*Supervisor/Other Researcher* 2. Dr. dr. Made Budiawan, S.Ked., M.Kes., AIFO

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran, Undiksha  
*Institution*  
Tempat Penelitian : Program Studi Kedokteran, Universitas Pendidikan Ganesha  
*Research location*  
proposal tersebut dibebaskan pelaksanaannya.  
*hereby declare that the proposal is exempted.*

Ditetapkan di : Singaraja  
*Issued in*  
Tanggal : 19 Agustus 2024  
*Date*  
Ketua  
*Chairman,*

  
Dr. dr. Komang Hendra Setiawan, S.Ked., M.Kes.  
NIP. 198209302009121003

**Lampiran 10 Data Responden Penelitian**

No	Nama	Nim	Usia (dalam tahun)	Jenis Kelamin	Angkatan	Setuju menjadi responden dalam penelitian ini
1	AYKMN	2418011024	18	Perempuan	2024	Setuju
2	MBPS	2418011067	18	Perempuan	2024	Setuju
3	MAS	2418011031	18	Perempuan	2024	Setuju
4	MBBP	2418011083	18	Laki-laki	2024	Setuju
5	AMD	2218011030	19	Laki-laki	2022	Setuju
6	NBC	2417011041	20	Perempuan	2024	Setuju
7	NSP	2418011028	18	Laki-laki	2024	Setuju
8	KADA	2418011119	18	Perempuan	2024	Setuju
9	IKAN	2318011011	19	Laki-laki	2023	Setuju
10	PEP	2318011050	19	Perempuan	2023	Setuju
11	DMVPS	2218011031	20	Perempuan	2022	Setuju
12	KLA	2218011019	20	Laki-laki	2022	Setuju
13	RRK	2218011038	21	Perempuan	2022	Setuju
14	LMPR	2218011100	20	Perempuan	2022	Setuju
15	IGAAW	2418011103	18	Laki-laki	2024	Setuju
16	WRS	2418011009	17	Laki-laki	2024	Setuju
17	DPV	2218011103	23	Perempuan	2022	Setuju
18	IKDDS	2318011039	21	Laki-laki	2023	Setuju
19	PPDAD	2318011059	20	Perempuan	2023	Setuju
20	NKW	2418011063	19	Perempuan	2024	Setuju
21	KAVP	2418011086	18	Perempuan	2024	Setuju
22	PHPS	2418011118	18	Perempuan	2024	Setuju
23	IGSVP	2218011024	20	Laki-laki	2022	Setuju
24	CIBKD	2418011060	20	Perempuan	2024	Setuju
25	GKGW	2418011044	19	Laki-laki	2024	Setuju
26	KDTU	2218011086	19	Laki-laki	2022	Setuju
27	NPAMKD	2218011029	20	Laki-laki	2022	Setuju
28	PMCL	2318011021	19	Perempuan	2023	Setuju
29	KMR	2118011002	21	Perempuan	2021	Setuju
30	GAMKD	2118011035	22	Perempuan	2021	Setuju
31	LGDA	2218011041	20	Perempuan	2022	Setuju
32	AANBRK	2118011018	21	Laki-laki	2021	Setuju
33	DR	2118011020	22	Perempuan	2021	Setuju
34	IMAGA	2118011038	21	Laki-laki	2021	Setuju
35	IPIPP	2118011005	21	Laki-laki	2021	Setuju
36	KGADK	2118011054	21	Laki-laki	2021	Setuju
37	IPDM	2118011045	20	Laki-laki	2021	Setuju
38	IGPAW	2118011040	21	Laki-laki	2021	Setuju
39	IKDA	2118011012	21	Laki-laki	2021	Setuju

40	AKAMD	2118011006	21	Perempuan	2021	Setuju
41	FZR	2118011034	22	Perempuan	2021	Setuju
42	NPEAP	2118011019	21	Perempuan	2021	Setuju
43	IGK	2118011053	21	Laki-laki	2021	Setuju
44	IGSDW	2318011074	19	Laki-laki	2023	Setuju
45	CA	2118011015	19	Perempuan	2021	Setuju
46	IKWPM	2118011027	21	Laki-laki	2021	Setuju
47	SNSC	2118011031	22	Perempuan	2021	Setuju
48	DRP	2118011058	21	Perempuan	2021	Setuju
49	KDNPA	2118011024	22	Perempuan	2021	Setuju
50	INGB	2118011030	21	Laki-laki	2021	Setuju
51	GGA	2218011048	20	Laki-laki	2022	Setuju
52	IPRS	2218011050	20	Laki-laki	2022	Setuju
53	MTFU	2218011068	21	Laki-laki	2022	Setuju
54	INDAP	2218011073	20	Laki-laki	2022	Setuju
55	IPRP	2218011096	21	Laki-laki	2022	Setuju
56	KGPA	2218011099	20	Laki-laki	2022	Setuju
57	IATW	2118011014	22	Perempuan	2021	Setuju
58	AL	2118011013	20	Perempuan	2021	Setuju
59	DN	2318011008	19	Perempuan	2023	Setuju
60	IKTC	2218011022	21	Laki-laki	2022	Setuju



**Lampiran 11 Hasil Kuesioner HSQ**

No	1. Berapa kali anda pernah menderita nyeri kepala selama hidup anda?	2. Terkait dengan pertanyaan sebelumnya, berapa kali anda merasakan nyeri kepala tersebut?	3. Dalam satu bulan, berapa hari anda menderita nyeri kepala	4. Berapa lama nyeri kepala berlangsung bila anda tidak minum obat?	5. Di antara deskripsi di bawah ini, yang mana yang paling cocok menggambarkan nyeri kepala yang anda derita?	6. Apakah nyeri kepala yang anda derita muncul pada satu sisi atau dua sisi?	7. Jelaskan sejauh mana parah-nya nyeri kepala yang anda derita?	8. Aktivitas sehari-hari (seperti menaiki tangga atau berjalan kaki) menyebabkan nyeri kepala bertambah parah	9. Saya menghindari melakukan aktivitas sehari-hari saat saya menderita nyeri kepala	10. Jelaskan apa yang anda alami selama anda menderita nyeri kepala (jawaban bisa lebih dari satu)
1	≥ 10 kali	≥ 10 kali	<1 per bulan	0-30 menit	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Ya	Sensitif terhadap cahaya, Perasaan mual dan/atau muntah
2	1-4 kali	0-4 kali	≥ 1 - <15 per bulan	0-30 menit	Lainnya, seperti ....	Dua sisi (Kiri	Ringan	Tidak	Ya	Perasaan mual

						dan Kanan)				dan/atau muntah
3	1-4 kali	0-4 kali	<1 per bulan	0-30 menit	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Ringan	Tidak	Ya	Sensitif terhadap suara
4	5-9 kali	0-4 kali	<1 per bulan	0-30 menit	Rasanya berdenyut-denyut	Satu sisi (Kiri/Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas
5	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	0-30 menit	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas
6	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	<1 per bulan	4 jam – 3 hari	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Sensitif terhadap cahaya, Lainnya, seperti ...
7	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	<1 per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya

8	≥ 10 kali	0-4 kali	≥ 1 - <15 per bulan	4 jam – 3 hari	Rasanya berdenyut-denyut	Satu sisi (Kiri/Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap suara, Lainnya, seperti ...
9	≥ 10 kali	5-9 kali	≥ 1 - <15 per bulan	4 jam – 3 hari	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Tidak satupun dari hal diatas
10	1-4 kali	5-9 kali	<1 per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Satu sisi (Kiri/Kanan)	Ringan	Tidak	Ya	Perasaan mual dan/atau muntah
11	≥ 10 kali	≥ 10 kali	≥ 1 - <15 per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Satu sisi (Kiri/Kanan)	Ringan	Tidak	Ya	Perasaan mual dan/atau muntah
12	≥ 10 kali	0-4 kali	≥ 1 - <15 per bulan	0-30 menit	Rasanya berdenyut-denyut	Satu sisi (Kiri/Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Lainnya, seperti ...
13	≥ 10 kali	≥ 10 kali	≥ 1 - <15 per bulan	30 menit – 4 jam	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya, Sensitif

										terhadap suara, Perasaan mual dan/atau muntah
14	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	<1 per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Satu sisi (Kiri/Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap suara, Perasaan mual dan/atau muntah
15	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	<1 per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Ringan	Tidak	Ya	Sensitif terhadap cahaya
16	1-4 kali	0-4 kali	<1 per bulan	0-30 menit	Rasanya berdenyut-denyut	Satu sisi (Kiri/Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap suara, Perasaan mual dan/atau muntah

17	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Lainnya, seperti ...
18	5-9 kali	0-4 kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap suara, Perasaan mual dan/atau muntah
19	$\geq 10$ kali	0-4 kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Satu sisi (Kiri/Ka nan)	Sedang	Tidak	Ya	Sensitif terhadap suara
20	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Satu sisi (Kiri/Ka nan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya, Sensitif terhadap suara, Perasaan mual dan/atau muntah

21	5-9 kali	5-9 kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Satu sisi (Kiri/Ka nan)	Sedang	Tidak	Tidak	Perasaan mual dan/atau muntah
22	5-9 kali	5-9 kali	$<1$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Ya	Perasaan mual dan/atau muntah
23	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$<1$ per bulan	4 jam – 3 hari	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Perasaan mual dan/atau muntah
24	5-9 kali	0-4 kali	$<1$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Satu sisi (Kiri/Ka nan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya
25	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Parah	Ya	Tidak	Sensitif terhadap cahaya, Sensitif terhadap suara
26	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$<1$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Satu sisi (Kiri/Ka nan)	Sedang	Tidak	Ya	Sensitif terhadap cahaya

27	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	4 jam – 3 hari	Rasanya berdenyut- denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Perasaan mual dan/atau muntah
28	1-4 kali	0-4 kali	$<1$ per bulan	0-30 menit	Rasanya berdenyut- denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Ringan	Tidak	Tidak	Sensitif terhadap cahaya, Perasaan mual dan/atau muntah
29	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	0-30 menit	Rasanya berdenyut- denyut	Satu sisi (Kiri/Ka nan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya, Sensitif terhadap suara
30	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Satu sisi (Kiri/Ka nan)	Parah	Ya	Tidak	Sensitif terhadap cahaya, Sensitif terhadap suara

31	1-4 kali	0-4 kali	<1 per bulan	0-30 menit	Lainnya, seperti ....	Satu sisi (Kiri/Kanan)	Ringan	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas, Lainnya, seperti ...
32	1-4 kali	0-4 kali	<1 per bulan	0-30 menit	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Ringan	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas
33	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Ringan	Tidak	Ya	Tidak satupun dari hal diatas
34	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	<1 per bulan	4 jam – 3 hari	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Tidak satupun dari hal diatas, Lainnya, seperti ...
35	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	<1 per bulan	0-30 menit	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Ringan	Ya	Ya	Sensitif terhadap suara, Perasaan mual

										dan/atau muntah
36	1-4 kali	5-9 kali	<1 per bulan	0-30 menit	Rasa panas seperti terbakar atau tertusuk	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Ringan	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya, Sensitif terhadap suara
37	≥ 10 kali	0-4 kali	<1 per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Ringan	Ya	Ya	Perasaan mual dan/atau muntah
38	≥ 10 kali	0-4 kali	≥ 1 - <15 per bulan	30 menit – 4 jam	berdenyut disertai kaku pada bagian belakang leher	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya, Sensitif terhadap suara, Perasaan mual dan/atau muntah

39	1-4 kali	5-9 kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya, Perasaan mual dan/atau muntah
40	1-4 kali	0-4 kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satunya dari hal diatas
41	1-4 kali	0-4 kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut- denyut	Satu sisi (Kiri/Ka nan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satunya dari hal diatas
42	5-9 kali	5-9 kali	$<1$ per bulan	4 jam – 3 hari	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya
43	1-4 kali	5-9 kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	4 jam – 3 hari	Rasanya berdenyut- denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya, Sensitif terhadap suara,

										Perasaan mual dan/atau muntah
44	1-4 kali	0-4 kali	<1 per bulan	4 jam – 3 hari	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap cahaya
45	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$\geq 15$ per bulan	4 jam – 3 hari	Rasanya berdenyut-denyut	Satu sisi (Kiri/Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Sensitif terhadap cahaya, Perasaan mual dan/atau muntah
46	5-9 kali	0-4 kali	<1 per bulan	3 – 7 hari	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Perasaan mual dan/atau muntah
47	$\geq 10$ kali	$\geq 10$ kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	0-30 menit	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Sensitif terhadap suara, Perasaan mual

										dan/atau muntah
48	1-4 kali	5-9 kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Sensitif terhadap suara
49	1-4 kali	0-4 kali	$<1$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Ringan	Ya	Ya	Tidak satupun dari hal diatas
50	5-9 kali	$\geq 10$ kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Ya	Ya	Perasaan mual dan/atau muntah
51	$\geq 10$ kali	bebas	bebas	30 menit – 4 jam	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas
52	$\geq 10$ kali	bebas	bebas	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas

53	$\geq 10$ kali	bebas	bebas	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas
54	$\geq 10$ kali	bebas	bebas	30 menit – 4 jam	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas
55	$\geq 10$ kali	bebas	bebas	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas
56	$\geq 10$ kali	bebas	bebas	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas
57	$\geq 10$ kali	bebas	bebas	30 menit – 4 jam	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Sensitif terhadap cahaya, Sensitif terhadap suara,

58	$\geq 10$ kali	bebas	bebas	30 menit – 4 jam	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas
59	$\geq 10$ kali	0-4 kali	$\geq 1 - <15$ per bulan	0-30 menit	Rasanya berdenyut-denyut	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	Sedang	Tidak	Tidak	Sensitif terhadap cahaya
60	$\geq 10$ kali	bebvas	bebas	30 menit – 4 jam	Ada rasa kaku atau seperti ditekan	Dua sisi (Kiri dan Kanan)	sedang	tidak	Tidak	Tidak satupun dari hal diatas



Lampiran 12 Hasil Kuesioner HAM-A

No Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
1	Sedang	Berat	Ringan	Berat	Berat	Sedang	Berat	Ringan	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Berat	Sedang	Ringan
2	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
3	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
4	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
5	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Sedang
6	Ringan	Ringan	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Tidak Ada	Sedang	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada
7	Sedang	Sedang	Sedang	Ringan	Berat	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Sedang
8	Sedang	Berat	Sedang	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Sedang
9	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Sedang	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan
10	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
11	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
12	Sedang	Sedang	Sedang	Berat	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Berat	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
13	Berat	Berat	Berat	Sedang	Berat	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Berat	Sedang	Berat	Sedang	Sangat Berat

14	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Sedang	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Berat	Tidak Ada
15	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ringan	Ringan	Sedang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
16	Ringan	Sedang	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Ringan
17	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Sedang	Berat	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Ringan	Tidak ada
18	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Sedang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
19	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Ringan	Tidak ada
20	Berat	Berat	Sedang	Ringan	Sedang	Berat	Sedang	Ringan	Sedang	Ringan	Berat	Tidak Ada	Sedang	Ringan
21	Ringan	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Sedang	Tidak Ada	Sedang	Tidak Ada
22	Tidak ada	Sedang	Tidak ada	Ringan	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ringan	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
23	Sedang	Berat	Tidak Ada	Berat	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Berat	Tidak Ada	Ringan
24	Sedang	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
25	Sedang	Sedang	Sedang	Ringan	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Sedang
26	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ringan	Ringan	Tidak ada	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Ringan
27	Sangat berat	Berat	Sangat berat	Sedang	Sedang	Sangat berat	Sedang	Ringan	Sedang	Sedang	Sedang	Ringan	Sedang	Sangat berat
28	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada

29	Sedang	Berat	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Ringan	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Berat
30	Sedang	Ringan	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Ringan
31	Sangat berat	Berat	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
32	Sangat berat	Berat	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
33	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
34	Tidak ada	Ringan	Ringan	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
35	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Sedang	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan
36	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
37	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Sedang
38	Sangat berat	Berat	Ringan	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Tidak ada	Berat	Ringan	Sedang	Ringan	Sedang	Sedang
39	Sedang	Berat	Tidak Ada	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Sedang
40	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Sedang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
41	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Sedang	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan
42	Sedang	Berat	Tidak Ada	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Sedang
43	Berat	Sedang	Sedang	Berat	Berat	Berat	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Ringan	Berat

44	Berat	Sedang	Sedang	Berat	Sedang	Sedang	Berat	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Sedang	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan
45	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
46	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Sedang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Sedang	Tidak ada	Ringan	Tidak ada
47	Sangat berat	Berat	Ringan	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Tidak ada	Berat	Ringan	Sedang	Ringan	Sedang	Sedang
48	Sedang	Sedang	Ringan	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Ringan	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Ringan	Ringan
49	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Sedang	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan
50	Sangat berat	Berat	Ringan	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Berat	Ringan	Sedang	Ringan	Sedang	Sedang
51	Sedang	Sedang	Ringan	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Ringan	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Ringan	Ringan
52	Sedang	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
53	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan
54	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Sedang	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan
55	Sedang	Sedang	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
56	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Tidak Ada
57	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Sedang	Sedang	Sedang	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Berat	Ringan
58	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan

59	Berat	Sedang	Ringan	Sedang	Sedang	Tidak Ada	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang
60	Berat	Berat	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Ringan	Sedang	Ringan	Ringan	Ringan	Tidak ada	Tidak ada	Ringan



## Lampiran 13 Hasil SPSS

## NYERI\_KEPALA \* CEMAS Crosstabulation

		CEMAS			Total	
		RINGAN	SEDANG	BERAT		
NYERI_KEPALA	TIDAK	Count	6	9	0	15
		Expected Count	8.0	5.0	2.0	15.0
		% within NYERI_KEPALA	40.0%	60.0%	0.0%	100.0%
	YA	Count	26	11	8	45
		Expected Count	24.0	15.0	6.0	45.0
		% within NYERI_KEPALA	57.8%	24.4%	17.8%	100.0%
Total	Count	32	20	8	60	
	Expected Count	32.0	20.0	8.0	60.0	
	% within NYERI_KEPALA	53.3%	33.3%	13.3%	100.0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.600 <sup>a</sup>	2	.022
Likelihood Ratio	9.070	2	.011
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000
N of Valid Cases	60		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

## Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.356	.022
	Cramer's V	.356	.022
N of Valid Cases		60	

## Lampiran 14 Riwayat Hidup



Penulis bernama I Gede Pramana Arya Wangsa. Lahir di Karangasem pada tanggal 17 Desember 2002. Penulis lahir dari pasangan suami istri Bapak I Gede Badung dan Ibu Ni Komang Sunarti. Penulis berkebangsaan Indonesia dan beragama Hindu. Kini penulis bertempat di Br.Dinas Kangkaang, Desa Kertha Mandala, Kecamatan Abang, Kabupaten Karangasem, Provinsi Bali. Penulis menyelesaikan pendidikan dasar di SD Negeri 2 Kertha Mandala dan lulus pada tahun 2015. Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan di SMP Negeri 2 Abang dan lulus pada tahun 2018. Pada tahun 2021, penulis lulus dari SMA Negeri 2 Amlapura jurusan Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam (MIPA) kemudian melanjutkan pendidikan ke sarjana strata satu Fakultas Kedokteran, Jurusan Kedokteran di Universitas Pendidikan Ganesha pada tahun 2021. Pada semester akhir tahun 2024, penulis telah menyelesaikan Skripsi yang berjudul “Hubungan Kecemasan dengan Kejadian Nyeri Kepala pada Mahasiswa Program Studi Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha”. Selanjutnya, mulai tahun 2021 sampai dengan penulisan tugas akhir ini, penulis masih terdaftar sebagai mahasiswa Program S1 Kedokteran di Universitas Pendidikan Ganesha.