

LAMPIRAN

**SURAT PERSETUJUAN UNTUK BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur : tahun
Jenis Kelamin : laki-laki / perempuan (*coret yang tidak perlu)
Alamat :
.....

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk berpartisipasi dalam penelitian saudara Nurul Vista Hidayati yang berstatus sebagai mahasiswa aktif Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan topik Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender terhadap Intensitas Nyeri Kepala *Tension-type Headache* (TTH) dengan cara bersedia mengisi kuesioner *pretest* dan dilakukan pemberian aromaterapi citrus serta mengisi kuesioner *posttest*.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak akan berakibat buruk terhadap saya dan keluarga saya. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga oleh peneliti dan hanya akan dipergunakan untuk kepentingan penelitian.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Yogyakarta,

Pembuat pernyataan

Pemberi penjelasan

(.....)

(.....)

KUESIONER NYERI KEPALA

Nama : _____ Tanggal : _____

Jenis Kelamin: Laki-laki/Perempuan Usia : __ tahun

Instruksi: Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dari pengalaman nyeri kepala yang pernah anda alami!

1. Seberapa sering anda merasakan sakit kepala dalam 1 minggu?

2. Pada kepala atau leher bagian manakah anda merasakan nyeri?
Dahi () Puncak kepala () Belakang kepala ()
Pelipis () Daerah sekitar mata () Leher/tenguk ()
3. Apakah sakit kepala yang anda alami terdapat di satu sisi saja atau di kedua sisi?
Satu sisi () Kedua sisi ()
4. Dibawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri pada sakit kepala anda?
Seperti menekan () Nyeri tumpul () Berdenyut/tajam ()
5. Apakah sakit kepala anda sering dan/atau cukup parah sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari?
Ya () Tidak ()
6. Apakah aktivitas rutin seperti berjalan kaki dan naik turun tangga dapat memperburuk sakit kepala anda?
Ya () Tidak ()
7. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk sakit kepala yang anda alami?
Ya () Tidak ()
8. Apakah kebisingan membuat sakit kepala anda menjadi lebih buruk?
Ya () Tidak ()
9. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, melihat kilasan gelap seketika, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala khas anda?
Ya () Tidak ()

10. Apakah anda sering merasa mual selama sakit kepala?

Ya () Tidak ()

11. Apakah anda sering mengalami muntah selama sakit kepala?

Ya () Tidak ()

12. Apakah anda pernah memiliki masalah medis yang terkait dengan kepala (trauma/cedera kepala, stroke, kanker)?

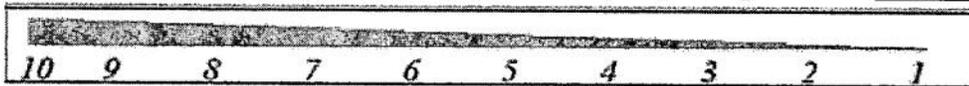
Ya () Tidak ()

13. Apakah saat ini anda sedang mengkonsumsi obat atau suplemen tertentu (jamu, vitamin, pil KB, dll)?

Ya () Tidak ()

Sebutkan jenisnya: _____

14. Dari skala 0-10, dimana 0 adalah tidak nyeri sama sekali dan 10 adalah nyeri yang sangat hebat namun masih dapat anda bayangkan, berapakah skala yang anda rasa tepat untuk mendeskripsikan derajat nyeri kepala anda? _____



15. Jenis olahraga apa yang sering anda lakukan?

Sepakbola/futsal () Body building ()

Renang () *Jogging* ()

Bersepeda () Lain-lain : _____

16. Seberapa sering anda berolahraga dalam seminggu?

a. Lebih dari 3x kali selama > 15 menit

b. 2-3 kali selama > 15 menit

c. Kurang dari 2 kali

**Coret yang tidak perlu*