

LAMPIRAN 1

KUESIONER PENYAKIT ALERGI

A. DATA DASAR

Tanggal :

Asal Sekolah :

Nama Siswa/i :

Jenis Kelamin :

Umur (tahun) :

Anak ke : dari.....bersaudara

Tinggi Badan :

Berat Badan :

B. RIWAYAT PENYAKIT ALERGI PADA KELUARGA

1. Apakah ibu/bapak/saudara kandung pasien pernah menderita penyakit kulit berupa merah-merah, bentol, gatal, kumat-kumatan dan timbul ditempat tertentu misalnya dikulit daerah tengkuk, lipatan siku atau lipatan lutut (dalam istilah awam disebut eksim atau dalam istilah kedokteran disebut dermatitis atopi)?

No	Keluarga	Dermatitis Atopi			
		Dinyatakan	Diduga	Tanpa Riwayat	Nilai
1.	Ibu				
2.	Ayah				
3.	Saudara Kandung				
4.					

2. Apakah ibu/bapak/saudara kandung pasien pernah menderita asthma ? (istilah lain dari asthma adalah bengek, mengi (nafas berbunyi ngik-ngik), mengguk, isak, sesak, nyesek, mengok, ampeg)

No	Keluarga	Asthma			
		Dinyatakan	Diduga	Tanpa Riwayat	Nilai
1.	Ibu				
2.	Ayah				
3.	Saudara Kandung				
4.					

3. Apakah ibu/bapak/saudara kandung pasien pernah menderita bersin-bersin, hidung terasa gatal, pilek, hidung meler atau hidung mampet (terumbat) dan kumat-kumatan khususnya saat musim atau waktu tertentu (contohnya pada pagi hari) diluar sakit flu (panas, batuk, pilek)?

No	Keluarga	Rhinitis Alergi			
		Dinyatakan	Diduga	Tanpa Riwayat	Nilai
1.	Ibu				
2.	Ayah				
3.	Saudara Kandung				
4.					

4. Apakah ibu/bapak/saudara kandung pasien pernah menderita biduren, bentol-bentol kemerahan yang terasa gatal, biasanya timbul setelah makan makanan tertentu (umumnya udang, cumi, ikan, coklat, dan lain-lain) atau setelah minum obat-obatan tertentu?

No	Keluarga	Alergi Makanan dan Obat			
		Dinyatakan	Diduga	Tanpa Riwayat	Nilai
1.	Ibu				
2.	Ayah				
3.	Saudara Kandung				
4.					

C. PERTANYAAN TENTANG RIWAYAT RHINITIS ALERGI (PILEK BERULANG)

1. Apakah anda pernah atau sedang mengalami hal-hal berikut? (jawab ya atau tidak)
 - a. Serangan bersin berulang : ya/tidak
 - b. Keluar ingun encer dan banyak : ya/tidak
 - c. Hidung tersumbat berulang : ya/tidak
 - d. Mata gatal dan berair saat bersin atau meler : ya/tidak
2. Apakah anda pernah dikatakan sakit rhinitis alergi/pilek alergi oleh dokter ?
ya/tidak
bila ya, pada umur berapa ? tahun.
3. Berapa sering serangan bersin/pilek itu terjadi ?
 - a. <4hari/minggu
 - b. >4hari/minggu
 - c. Tidak pernah
4. Berapa lama serangan bersin atau pilek tersebut terjadi ?
 - a. <4minggu
 - b. >4minggu
5. Kapan serangan bersin/pilek anda yang terakhir ?
 - a. Seminggu yang lalu
 - b. Sebulan yang lalu
 - c. >sebulan yang lalu
6. Serangan bersin berulang terjadi pada saat apa ?
 - a. Saat dingin
 - b. Saat terkena debu
 - c. Saat makan makanan tertentu
 - d. Lain-lain
7. Berapa kali tidur anda terganggu karena serangan bersin atau hidung tersumbat berulang?
 - a. Tidak terganggu
 - b. 1-2x/bulan
 - c. >2x/bulan

8. Berapa kali kegiatan anda terganggu atau batal karena serangan bersin atau hidung tersumbat berulang?
 a. Tidak terganggu b. 1-2x/bulan c. >2x/bulan
9. Berapa kali anda tidak masuk sekolah karena serangan bersin atau hidung tersumbat berulang?
 a. Tidak terganggu b. 1-2x/bulan c. >2x/bulan
10. Apa yang anda lakukan saat serangan rhinitis alergi?
 a. Istirahat b. Kegiatan seperti biasa
11. Apakah anda minum obat saat serangan rhinitis alergi ? ya/tidak
 Jika ya, obat apa yang anda gunakan ?
 a. Obat minum b. Obat tetes

Nama obat, jika ingat :

D. PERTANYAAN UNTUK SESAK NAFAS DAN ASTHMA
 (semua pertanyaan menyangkut penyakit yang timbul ketika anak tidak sedang mengalami demam atau influenza)

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah sebelumnya anda pernah mengalami mengi atau bunyi seperti 'siulan' didada ?	[] Ya [] Tidak Jika tidak lanjut ke no. 6
2.	Apakah anda mengalami mengi atau bunyi siulan pada dada dalam 12 bulan terakhir ?	[] Ya [] Tidak Jika tidak lanjut ke no. 6
3.	Berapa kali serangan mengi anda alami dalam 12 bulan terakhir ?	[] <1x/bulan [] 1-3/bulan [] ≥4x/bulan
4.	Dalam 12 bulan terakhir, seberapa sering rata-rata tidur anda terganggu karena mengi ?	[] tidak pernah terbangun akibat sesak [] kurang dari semalam/minggu [] satu malam atau lebih/minggu
5.	Dalam 12 bulan terakhir, apakah mengi pernah menjadi berat sehingga anda hanya dapat mengucapkan 1-2 kata diantara dua kali tarikan napas ?	[] Ya [] Tidak
6.	Apakah anda pernah didiagnosis oleh dokter menderita asthma ?	[] Ya [] Tidak
7.	Dalam 12 bulan terakhir, apakah terdengar bunyi mengi pada dada anda selama atau setelah berolahraga ?	[] Ya [] Tidak
8.	Dalam 12 bulan terakhir, apakah anda	[] Ya

	menderita batuk kering pada malam hari, yang merupakan batuk yang tidak berhubungan dengan pilek atau infeksi saluran napas ?	<input type="checkbox"/> Tidak
9.	Jika ya untuk pertanyaan no 6, apa nama obat yang diberikan dokter untuk anda ?	
10.	Apakah ada diantara anggota keluarga anda yang menderita asthma ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
11.	Berapa lama anda dirawat di Rumah Sakit karena asthma ?	<input type="checkbox"/> < 3 hari <input type="checkbox"/> 3-7 hari <input type="checkbox"/> > 7 hari
12.	Ketika tidak ada serangan mengi, apakah anda mengalami ? Batuk-batuk Sesak napas Dada tertekan	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Selalu
13.	Apakah ada diantara anggota keluarga anda yang menderita asthma ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
14.	Jika ya untuk pertanyaan no 10, apa hubungan anda dengan orang tersebut ?	<input type="checkbox"/> Ayah <input type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Saudara kandung <input type="checkbox"/> Keluarga Ibu <input type="checkbox"/> Keluarga Ayah

E. PERTANYAAN TENTANG PAPARAN ASAP ROKOK

1. Apakah terdapat anggota keluarga yang merokok didalam rumah saat ibu hamil?
 - a. Ya
 - b. Tidak

2. Dimanakah anggota keluarga terebut merokok ?
 - a. Didalam rumah
 - b. Diluar rumah

3. Apakah mereka (anggota keluarga yang merokok) mempunyai kebiasaan merokok didalam rumah saat bersama dengan anak-anak ?
 - a. Ada
 - b. Tidak

4. Berapa orang jumlah anggota keluarga yang merokok?
 - a. Lebih dari 3 orang
 - b. 2 orang
 - c. 1 orang

5. Berapa batang rokok per hari dihabiskan perokok aktif ?..... batang

No	Hub. Perokok dengan anak	Berapa jam dalam sehari perokok aktif merokok didaam rumah (jam)				Frekuensi merokok dalam 1 hari (batang)
		<1	1-2	3-6	>6	

LAMPIRAN 2
HASL OLAH DATA

Asthma

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18.065 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	15.316	1	.000		
Likelihood Ratio	22.145	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	17.769	1	.000		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Dermatitis Atopi

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23.031 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	19.975	1	.000		
Likelihood Ratio	27.219	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	22.653	1	.000		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,72.

b. Computed only for a 2x2 table

Alergi Makanan

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.263 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	11.578	1	.001		
Likelihood Ratio	12.582	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	14.029	1	.000		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,95.

b. Computed only for a 2x2 table

LAMPIRAN 3

ETIK PENELITIAN



Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Nomor : 239/EP-FKIK-UMY/IV/2017

KETERANGAN LOLOS UJI ETIK ETHICAL APPROVAL

Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden/subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Muhammadiyah Yogyakarta, with regards of the protection of human rights and welfare in research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"Pemanfaatan Cacing Merah (*Lumbricus Rubellus*) Sebagai Terapi Rinitis Alergi dan Respon Peradangan dengan Menginduksi Produksi Makrofag IL-10 dan TGF-β"


Peneliti Utama : dr. Asti Widuri, Sp.THT., M.Kes
Principal Investigator drh. Tri Wulandari Kesetyaningsih, M.Kes

Nama Institusi : Program Studi Pendidikan Dokter FKIK UMY
Name of the Institution

Negara : Indonesia
Country

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above-mentioned protocol.

Yogyakarta, 07 April 2017

Sekretaris
Secretary

Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes

***Peneliti Berkewajiban :**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos uji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada responden/subyek sebelum penelitian lolos uji etik dan *informed consent*

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183
Telp. (0274) 387656 ext. 213, 7491350 Fax. (0274) 387658

Muda mendunia