

Lampiran 2

POLITEKNIK KESEHATAN RS dr SOEPRAOEN
PROGRAM STUDI AKUPUNKTUR

Malang, 9 Maret 2020

No : B / Akp /29/III/2020
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Data Dan
Melakukan Penelitian
Tugas Akhir

Kepada
Yth : Klinik Natural Akupunktur Bandung

Di
Tempat

1. Dasar :
 - a. Kurikulum Pendidikan Profesi Ahli Madya Akupunktur Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan tahun 2003.
 - b. Buku Panduan Akademik Program Studi Akupunktur Tahun Akademik 2019/ 2020
 - c. Kalender Akademik Program Studi Akupunktur Tahun Akademik 2019 / 2020.

2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas. Dengan ini kami mohon agar mahasiswa berikut ini :

Nama : Rafliansyah
NIM : 17.3.065
Judul : Pengaruh Terapi Akupunktur Terhadap Penurunan Intesitas Nyeri Kepala Sebelah (Migrain) Di Klinik "N" Bandung

Untuk pengambilan data dan melakukan penelitian Tugas Akhir

3. Demikian atas perhatiannya kami ucapkan banyak terima kasih.

Mengetahui,
Ka. Prodi. Akupunktur



dr. Mayang Wulandari
Pendaftaran NIK : 119760110102004003

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Bandung, _____ 2020

Kepada

Yth. Responden

Di Klinik “N” Bandung

Dengan hormat,

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian yang berjudul : **“Pengaruh Terapi Akupuntur Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Sebelah Di Klinik “N” Bandung”**, dengan ini mohon dengan hormat kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini dan dapat memberikan informasi dengan sebenar-benarnya pada saat dilakukan wawancara. Adapun data dan identitas bapak/ibu akan kami jaga kerahasiaannya.

Demikian atas partisipasi Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,
Peneliti

Rafliansyah
NIM: 173065

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) : _____

Jenis Kelamin : _____

Usia : _____

Alamat : _____

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat serta kemungkinan resiko penelitian yang berjudul: **“Pengaruh Terapi Akupuntur Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Sebelah Di Klinik “N” Bandung**”, dengan ini saya menyatakan **BERSEDIA** ikut serta sebagai partisipan dalam penelitian ini. Saya percaya sepenuhnya bahwa hasil pemeriksaan saya dijamin kerahasiaannya dan sebagai bukti kesediaan, saya menanda tangani surat ini tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Bandung, _____ 2020


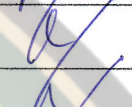
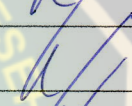

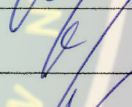
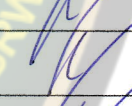
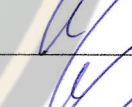
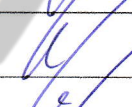
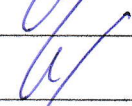
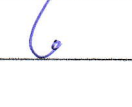



Responden

(Inisial)

Lampiran 7

KARTU BIMBINGAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Raplansyah Mulai bimb : 3 februari 2020
 NIM : 173065 Akhir bimb : 6 Juli 2020
 Judul Studi Kasus : Pengaruh Terapi Akupunktur Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Sebelah Di Klinik "N" Bandung
 Nama Pembimbing I : dr. Dombeng Agusjaya, A.Md. Acp., M.M.

Tanggal	Bimbingan yang diberikan oleh Dosen		Tanda Tangan
	Pembimbing	Permasalahan	
03 februari 2020	Pembimbing I	Mencari Permasalahan	
05 februari 2020	Pembimbing I	Pengajuan Judul	
10 februari 2020	Pembimbing I	Konsultasi BAB I	
14 februari 2020	Pembimbing I	Revisi BAB I (ACC)	
17 februari 2020	Pembimbing I	Konsultasi BAB II	
20 februari 2020	Pembimbing I	Revisi BAB II	
24 februari 2020	Pembimbing I	BAB II ACC	
27 februari 2020	Pembimbing I	Konsultasi BAB III	
02 Maret 2020	Pembimbing I	Revisi BAB III	
09 Maret 2020	Pembimbing I	BAB III (ACC) + ACC Meju Seminar Proposal	
12 Mei 2020	Pembimbing I	Konsultasi BAB IV	
09 Juni 2020	Pembimbing I	BAB IV (ACC)	
15 Juni 2020	Pembimbing I	Konsultasi BAB V	
23 Juni 2020	Pembimbing I	Revisi (ACC) + ACC Meju Tugas Akhir.	
06 Juli 2020	Pembimbing I	Ujian Sidang Tugas Akhir Program	

KARTU BIMBINGAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Rafliansyah
 Mulai bimb : 3 Februari 2020
 NIM : 173065
 Akhir bimb : 6 Juli 2020
 Judul Studi Kasus : Pengaruh Terapi Akupunktur Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Sebelah Di Klinik "M" Bandung
 Nama Pembimbing II : Ikhwan Abdullah, A.Md. Akp., SPsi., M.M.

Tanggal	Bimbingan yang diberikan oleh Dosen		Tanda Tangan
	Pembimbing	Permasalahan	
03 Februari 2020	Pembimbing II	Menganalisa Permasalahan	
05 Februari 2020	Pembimbing II	Pengajuan Judul	
10 Februari 2020	Pembimbing II	Konsultasi BAB I	
14 Februari 2020	Pembimbing II	Revisi BAB I (ACC)	
17 Februari 2020	Pembimbing II	Konsultasi BAB II	
20 Februari 2020	Pembimbing II	Revisi BAB II	
24 Februari 2020	Pembimbing II	BAB II ACC	
27 Februari 2020	Pembimbing II	Konsultasi BAB III	
02 Maret 2020	Pembimbing II	Revisi BAB III	
09 Maret 2020	Pembimbing II	BAB III (ACC) + ACC Maju seminar Proposal	
12 Mei 2020	Pembimbing II	Konsultasi BAB IV	
09 Juni 2020	Pembimbing II	BAB IV (ACC)	
15 Juni 2020	Pembimbing II	Konsultasi BAB V	
23 Juni 2020	Pembimbing II	Revisi (ACC) + ACC Maju sidang tugas Akhir.	
06 Juli 2020	Pembimbing II	Ujian Akhir Program Sidang Tugas Akhir	

Lampiran 6

CARA PERHITUNGAN *WILCOXON'S SIGNED RANK TEST*

1. Memasukkan data ke dalam tabel

Memasukkan data yang sudah diperoleh dari hasil pengukuran skala nyeri dengan menggunakan lembar observasi.

Misalnya:

Dari hasil pengukuran Responden 1 (R1) skala nyeri *pre-test* adalah 4 dan skala nyeri *post test* adalah 0. Jadi dimasukkan ke dalam kolom R1 sebelum perlakuan 4 dan pada kolom setelah perlakuan 0, dst.

2. Menghitung selisih sebelum dan sesudah terapi akupuntur

Menghitung selisih skala nyeri sebelum dan sesudah terapi akupuntur.

Misalnya :

Skala nyeri responden 1 (R1) sebelum perlakuan adalah 4 dan sesudah perlakuan adalah 0. Jadi selisihnya adalah $4-0=4$, dst.

3. Melakukan *ranking* pada “Beda” skala nyeri

Ranking dimulai dari “Beda” yang paling kecil, jika ada jumlah beda yang sama lebih dari satu, maka cara menentukannya yaitu menjumlahkan urutan dengan “Beda” yang sama kemudian dibagi jumlah “Beda” yang sama.

Caranya adalah sebagai berikut:

No	Responden	Beda	Terletak Pada Urutan Ke-	Rank
1.	R1	7	1	3
2.	R2	7	2	3
3.	R3	7	3	3
4.	R4	7	4	3
5.	R6	7	5	3
6.	R5	9	6	9
7.	R7	10	7	8,5
8.	R8	10	8	8,5
9.	R9	10	9	8,5
10.	R10	10	10	8,5

Lampiran 6

Terdapat 2 nilai “beda” yang sama, yaitu “beda” 7, dan “beda” 10.

Menentukan Ranking dari “beda” 7

Diketahui:

- “Beda” 7 pada urutan 1, 2, 3, 4, 5
- Jumlah urutan dari “beda” 7 adalah =15 (semua urutan dijumlahkan)

Maka, *Rank* dari “beda” 7 adalah:

$$\underline{1+2+3+4+5} = 15$$

5

Jadi *Rank* dari “Beda” 7 adalah 3

Menentukan Ranking dari “beda” 10

Diketahui:

- “Beda” 10 pada urutan 7, 8, 9, 10
- Jumlah urutan dari “beda” 10 adalah =34 (semua urutan dijumlahkan)

Maka, *Rank* dari “beda” 3 adalah:

$$\underline{7+8+9+10} = 34$$

4

Jadi *Rank* dari “Beda” 10 adalah 8,5

4. Memberi tanda (+) atau (-) pada ranking

- Apabila terjadi penurunan skala nyeri maka diberi tanda (-), sehingga besarnya nilai *ranking* dimasukkan pada kolom *Rank* (-).
- Apabila terjadi peningkatan skala nyeri maka diberi tanda (+), sehingga besarnya nilai *ranking* dimasukkan pada kolom *Rank* (+).

Lampiran 6

Responden	Skor Pre	Skor Post	Beda	Rank	Tanda Rank	
					Positif	Negatif
R1	9	2	7	3	0	3
R2	7	0	7	3	0	3
R3	7	0	7	3	0	3
R4	7	0	7	3	0	3
R5	9	0	9	9	0	9
R6	7	0	7	3	0	3
R7	10	0	10	8,5	0	8,5
R8	10	0	10	8,5	0	8,5
R9	10	0	10	8,5	0	8,5
R10	10	0	10	8,5	0	8,5
JUMLAH						58

5. Menjumlahkan *ranking* (+) dan *ranking* (-)

Jumlah besarnya nilai *ranking* pada kolom *Rank* (+) adalah 0, dan jumlah besarnya nilai *Ranking* pada kolom *Rank* (-) adalah 58.

6. Membandingkan *t* hitung dengan tabel *Wilcoxon*

H_0 ditolak dan H_1 diterima, bila *t* hitung < *t* tabel, dan H_0 diterima dan H_1 ditolak, bila *t* hitung > *t* tabel.

***t* hitung = Jumlah *rank* terkecil antara tanda *rank* (+) dan tanda *rank* (-) = 0**

t hitung adalah 0 sedangkan *t* tabel adalah 0,05 yaitu sebesar 11
 $0 < 11$ (Jadi *t* hitung < *t* tabel)

Sehingga dapat disimpulkan bahwa **ada penurunan intensitas nyeri kepala sebelah setelah diberi perlakuan terapi akupuntur.**

Nilai kritis T pada Uji Tanda-peringkat Berpasangan Wilcoxon

n	$\alpha=0,005$	$\alpha=0,01$	$\alpha=0,025$	$\alpha=0,05$	n	$\alpha=0,005$	$\alpha=0,01$	$\alpha=0,025$	$\alpha=0,05$
1					26	76	85	98	110
2					27	84	93	107	120
3					28	92	102	117	130
4					29	100	111	127	141
5					30	109	120	137	152
6			1	2	31	118	130	148	163
7			2	3	32	128	141	159	175
8		2	4	6	33	138	151	171	188
9	2	3	6	8	34	149	162	183	201
10	3	5	8	11	35	160	174	195	214
11	5	7	11	14	36	171	186	208	228
12	7	10	14	17	37	183	198	222	242
13	10	13	17	21	38	195	211	235	256
14	13	16	21	26	39	208	224	250	271
15	16	20	25	30	40	221	238	264	287
16	19	24	30	36	41	234	252	279	303
17	23	28	35	41	42	248	267	295	319
18	28	33	40	47	43	262	281	311	336
19	32	38	46	54	44	277	297	327	353
20	37	43	52	60	45	292	313	344	371
21	43	49	59	68	46	307	329	361	389
22	49	56	66	75	47	323	345	379	408
23	55	62	73	83	48	339	362	397	427
24	61	69	81	92	49	356	380	415	446
25	68	77	90	101	50	373	398	434	466

Sumber: <https://www.statistikian.com/2014/05/wilcoxon-table.html>

Lampiran 7

MASTER SHEET

No	Responden	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	Pekerjaan	Sindrom	Skor		
						Sebelum	Sesudah	Selisih
1.	R1	41	Perempuan	Ibu Rumah Tangga	Panas Lembab	9	2	7
2.	R2	26	Laki-laki	Mahasiswa	Ekses Yang Liver	7	0	7
3.	R3	34	Perempuan	Ibu Rumah Tangga	Ekses Yang Liver	7	0	7
4.	R4	31	Perempuan	Ibu Rumah Tangga	Ekses Yang Liver	7	0	7
5.	R5	38	Perempuan	Ibu Rumah Tangga	Panas Lembab	9	0	9
6.	R6	28	Laki-laki	Wiraswasta	Panas Lembab	7	0	7
7.	R7	36	Perempuan	Ibu Rumah Tangga	Panas Lembab	10	0	10
8.	R8	42	Perempuan	Ibu Rumah Tangga	Panas Lembab	10	0	10
9.	R9	48	Perempuan	Ibu Rumah Tangga	Panas Lembab	10	0	10
10.	R10	33	Perempuan	Karyawan Swasta	Panas Lembab	10	0	10

Lampiran 8

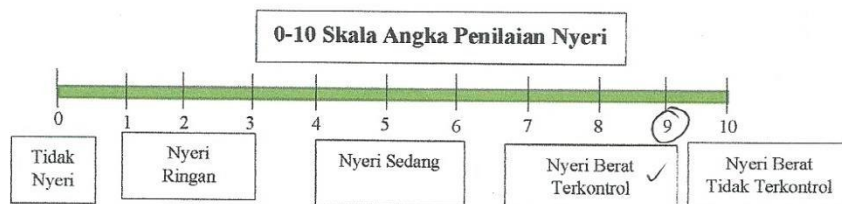
KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SEBELUM TERAPI AKUPUNTUR (PRE-TEST)

Nama (Inisial) : R-I
 Usia : 41 TH
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

- Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
7 kali/minggu
- Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
- Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
- Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
- Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan) MELIHAT CAHAYA
 Tidak
- Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 9



Lampiran 8

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SEBELUM TERAPI AKUPUNTUR (PRE-TEST)

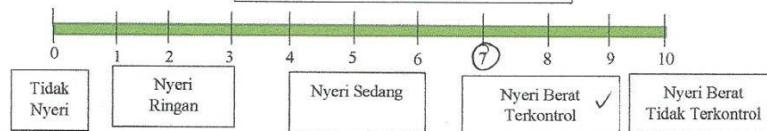
Nama (Inisial) : RZ
 Usia : 26 TH
 Jenis Kelamin : Laki - Laki
 Pekerjaan : MAHASISWA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

- Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 _____ kali/minggu
- Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
- Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
- Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya (sebutkan) _____
 - Tidak
- Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 7

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 8

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SEBELUM TERAPI AKUPUNTUR (PRE-TEST)

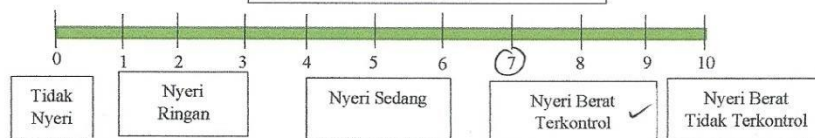
Nama (Inisial) : RZ
 Usia : 34 TH
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

- Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
2 kali/minggu
- Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
- Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
- Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
- Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan) _____
 Tidak
- Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 7

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 8

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SEBELUM TERAPI AKUPUNTUR (PRE-TEST)

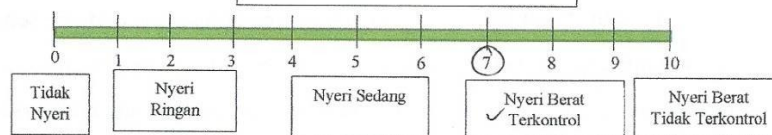
Nama (Inisial) : RL
 Usia : 31 TH
 Jenis Kelamin : PETEMPUNAN
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

1. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
1 kali/minggu
2. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
3. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
4. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
5. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
6. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
7. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
8. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan) BERKUNANG-KUNANG
 Tidak
9. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 7

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 8

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SEBELUM TERAPI AKUPUNTUR (PRE-TEST)

Nama (Inisial) : RL

Usia : 32 TH

Jenis Kelamin : PEREMPUAN

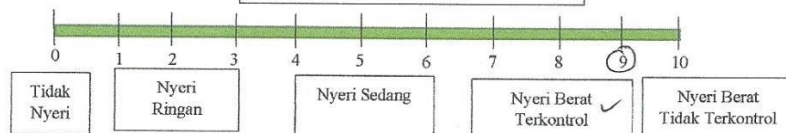
Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

- Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
2 kali/minggu
- Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
- Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
- Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya (sebutkan)
 - Tidak
- Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
Skala angka 9

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 8

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SEBELUM TERAPI AKUPUNTUR (PRE-TEST)

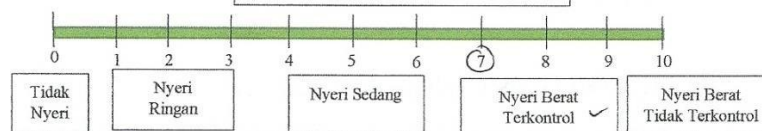
Nama (Inisial) : RL
 Usia : 22 TH
 Jenis Kelamin : Laki - laki
 Pekerjaan : wiraswasta

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

- Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
4 kali/minggu
- Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
- Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
- Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
- Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan) OROWAN WUBAT
 Tidak
- Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 7

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 8

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SEBELUM TERAPI AKUPUNTUR (PRE-TEST)

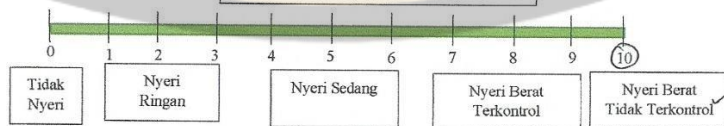
Nama (Inisial) : R-7
 Usia : 36 TH
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN
 Pekerjaan : ISU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

1. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 1 kali/minggu
2. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
3. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
4. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
5. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
6. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
7. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
8. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan) ILAU WILAT CAHYA
 Tidak
9. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 10

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 8

KUIISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SEBELUM TERAPI AKUPUNTUR (PRE-TEST)

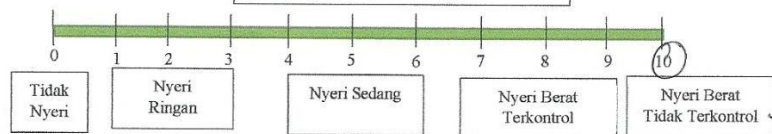
Nama (Inisial) : RS
 Usia : 42 TH
 Jenis Kelamin : PETEMPUAN
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

1. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
1 kali/minggu
2. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
3. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
4. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
5. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
6. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
7. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
8. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan) tidak ada keluhan
 Tidak
9. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 10

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 8

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SEBELUM TERAPI AKUPUNTUR (PRE-TEST)

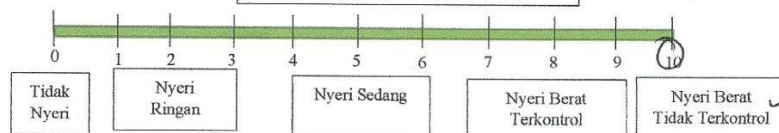
Nama (Inisial) : RS
 Usia : 48 TH
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

- Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
7 kali/minggu
- Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
- Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
- Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
- Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan) PANCAJALAN WAJIB
 Tidak
- Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 10

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 8

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SEBELUM TERAPI AKUPUNTUR (PRE-TEST)

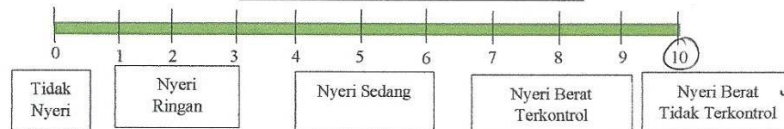
Nama (Inisial) : RI 10
 Usia : 53 TH
 Jenis Kelamin : PETEMPURAN
 Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

- Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
7 kali/minggu
- Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
- Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
- Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 - Ya (sebutkan) SILAU DAN MATA KEMUDA
 - Tidak
- Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 10

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri





Lampiran 9

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SESUDAH TERAPI AKUPUNTUR (POST-TEST)

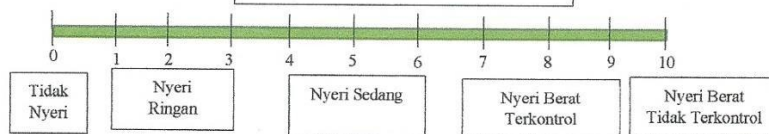
Nama (Inisial) : RA
Usia : 41 TH
Jenis Kelamin : PEREMPUAN
Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

1. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
1 kali/minggu
2. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
- Sebelah Kanan
- Sebelah Kiri
3. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
- Seperti Menekan
- Nyeri Tumpul
- Berdenyut/Tajam
4. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
Ya
Tidak
5. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
Ya
Tidak
6. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
Ya
Tidak
7. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
Ya
Tidak
8. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
Ya (sebutkan)
Tidak
9. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
Skala angka 2

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 9

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SESUDAH TERAPI AKUPUNTUR (POST-TEST)

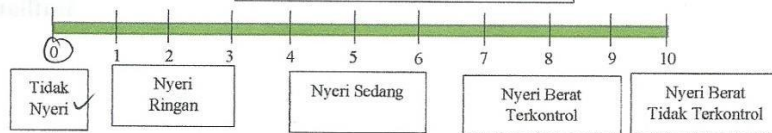
Nama (Inisial) : RZ
 Usia : 26 TH
 Jenis Kelamin : LAWI - LAMU
 Pekerjaan : MAHASISWA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

1. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 kali/minggu
2. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
 - ~~TIDAK ADA~~
3. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
 - ~~TIDAK ADA~~
4. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
5. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
6. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
7. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
8. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan)
 Tidak
9. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 0

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 9

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SESUDAH TERAPI AKUPUNTUR (POST-TEST)

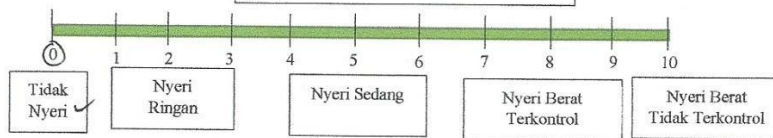
Nama (Inisial) : IL3
 Usia : 34 TH
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

1. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 - kali/minggu 1
2. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
 - TIDAK ADA
3. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
 - TIDAK ADA
4. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
5. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
6. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
7. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
8. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan)
 Tidak
9. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 0

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 9

KUISISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SESUDAH TERAPI AKUPUNTUR (POST-TEST)

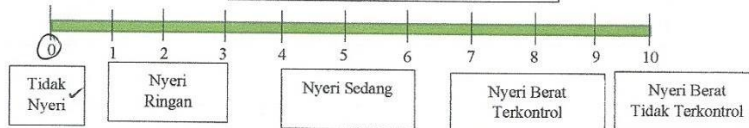
Nama (Inisial) : BA
 Usia : 31 TH
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

1. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 - kali/minggu
2. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
 - TIKOK ADA
3. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
 - ADA ADA
4. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
5. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
6. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
7. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
8. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan)
 Tidak
9. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 9

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SESUDAH TERAPI AKUPUNTUR (POST-TEST)

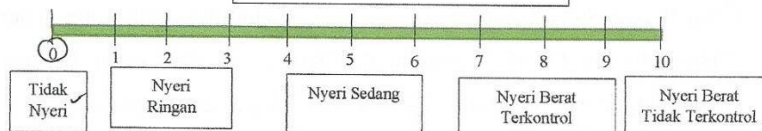
Nama (Inisial) : RS
 Usia : 32 TH
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

- Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 kali/minggu
- Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 Sebelah Kanan
 Sebelah Kiri
 CIDUK ADA
- Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 Seperti Menekan
 Nyeri Tumpul
 Berdenyut/Tajam
 TIDAK ADA
- Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
- Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan)
 Tidak
- Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 0

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 9

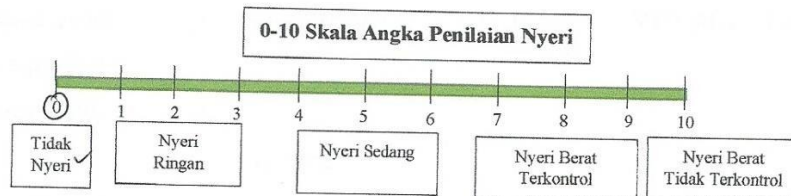
KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SESUDAH TERAPI AKUPUNTUR (POST-TEST)

Nama (Inisial) : RB
 Usia : 28 TH
 Jenis Kelamin : Laki - Laki
 Pekerjaan : WIRASWASTA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

1. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 kali/minggu
2. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
 - TIDAK ADA
3. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
 - TIDAK ADA
4. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
5. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
6. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
7. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
8. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan)
 Tidak
9. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 0



Lampiran 9

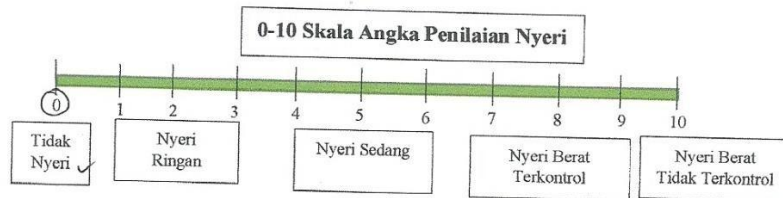
KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SESUDAH TERAPI AKUPUNTUR (POST-TEST)

Nama (Inisial) : RT
 Usia : 26 TH
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

10. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 kali/minggu
11. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
 - Di Atas Dada
12. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
 - Di Atas Dada
13. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
14. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
15. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
16. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
17. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan)
 Tidak
18. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka



Lampiran 9

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SESUDAH TERAPI AKUPUNTUR (POST-TEST)

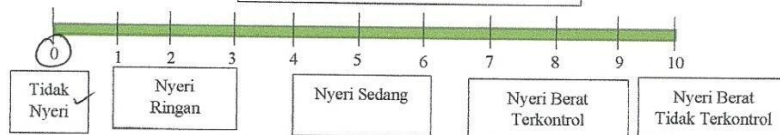
Nama (Inisial) : VLB
 Usia : 42 TH
 Jenis Kelamin : PETEMPUAN
 Pekerjaan : IBU BUNAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

1. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 kali/minggu
2. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
 - KEPALA ADA
3. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
 - NYERI ADA
4. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
5. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
6. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
7. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
8. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan)
 Tidak
9. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 0

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 9

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SESUDAH TERAPI AKUPUNTUR (POST-TEST)

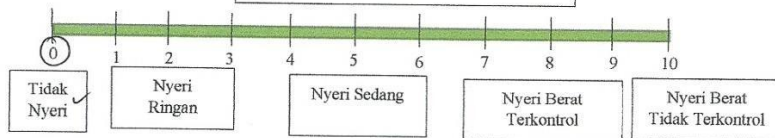
Nama (Inisial) : RL9
 Usia : 48 TH
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

1. Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 kali/minggu
2. Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
 - ~~CIDAM ADA~~
3. Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
 - ~~CIDAM ADA~~
4. Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
5. Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
6. Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
7. Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
8. Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan)
 Tidak
9. Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri



Lampiran 9

KUISIONER NYERI KEPALA SEBELAH SESUDAH TERAPI AKUPUNTUR (POST-TEST)

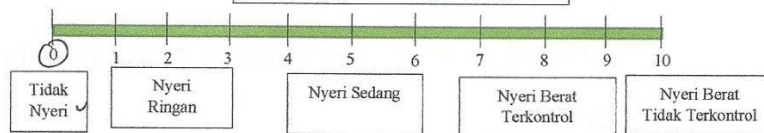
Nama (Inisial) : R ID
 Usia : 33 TH
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN
 Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA

Instruksi :

Mohon baca setiap pertanyaan di bawah ini dan jawablah sesuai dengan deskripsi dan pengalaman nyeri kepala sebelah yang pernah anda alami.

- Seberapa sering anda merasakan nyeri kepala sebelah dalam 1 minggu?
 kali/minggu
- Di bagian sisi kepala mana ada merasakan nyeri?
 - Sebelah Kanan
 - Sebelah Kiri
 - TIDAK ADA
- Di bawah ini manakah yang paling menggambarkan sensasi nyeri kepala sebelah anda?
 - Seperti Menekan
 - Nyeri Tumpul
 - Berdenyut/Tajam
 - TIDAK ADA
- Apakah sakit kepala sebelah anda cukup sering dan parah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari?
 Ya
 Tidak
- Apakah aktifitas rutin seperti naik turun tangga dan berjalan kaki dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah lampu ruangan atau cahaya terang dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah kebisingan dapat memperburuk nyeri kepala sebelah yang anda alami?
 Ya
 Tidak
- Apakah anda mengalami gangguan visual/penglihatan (melihat kilatan cahaya, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, titik berkedip, pandangan berkunang-kunang, dll) selama sakit kepala sebelah yang anda alami?
 Ya (sebutkan)
 Tidak
- Dari skala nyeri di bawah ini, di skala angka berapa yang mewakili nyeri kepala sebelah yang anda rasakan?
 Skala angka 0

0-10 Skala Angka Penilaian Nyeri





Lampiran 10

LEMBAR DATA KLIEN

Nama : No. Register :
Tgl. Lahir / Umur : Tgl. Datang pertama :
Jenis Kelamin :
Agama :
Pekerjaan :
Alamat :
Nomer Telepon :

PEMERIKSAAN PENGAMATAN (INSPEKSI)

Pemeriksaan Shen:

Cahaya mata :
Warna wajah :
Mimik muka :
Kesadaran :
Bahasa / Bicara :
Kondisi tubuh :
Refleksi gerak / tingkah laku :

Pemeriksaan Wajah:

Warna kulit wajah :
Kesegaran kulit wajah :
Topografi organ pada wajah :



Keadaan Tubuh:

Bentuk tubuh :
Gerakan kegiatan tubuh (sikap / pose) :
- Ketika berdiri :
- Ketika berjalan :
- Ketika duduk :
- Ketika berbaring :

Kepala :

- Bentuk dan kondisi pose kepala
- Gerakan kepala

Rambut :

- Warna
- Bentuk
- Kelebatan
- Kelembaban

Bagian Wajah :

- Bengkak
- Kelumpuhan
- Mimik

Leher (Depan)

- Benjolan
- Saluran nafas
- Nadi di leher

Tengkuk (Belakang)

Mata

- Warna
- Bentuk
- Gerakan

Telinga

- Warna dan kesegaran
- Bentuk
- Cairan keluar dari telinga

Hidung

- Bentuk dan Warna
- Cairan keluar dari hidung



Mulut / Bibir

- Warna dan kesegaran

Gusi

- Warna
- Perubahan pathologis

Tenggorokan

- Warna
- Perubahan pathologis

Kulit

- Warna dan kesegaran
- Bentuk luar
- Perubahan pathologis:
 - chickenpox
 - spot / rash
 - miliaria alba
 - carbuncle, cellulitis, furuncle, boil

PEMERIKSAAN PENDENGARAN (AUSKULTASI) dan PENCIUMAN (OLFAKSI)

Pendengaran (Auskultasi)

- Keluarnya suara:
- Bicara:
- Pernafasan:
- Bersin:
- Batuk:
- Muntah:
- Cegukan:
- Sendawa:

- Sighing (Menarik Nafas Panjang):
- Suara usus:

Penciuman (Olfaksi)

- Bau mulut:
- Bau hidung:
- Bau keringat:
- Bau badan:
- Bau dari bahan ekskresi (excreta) :



PEMERIKSAAN WAWANCARA (ANAMNESIS)

Keluhan Utama:

Keluhan Tambahan:

Sejarah Penyakit Sekarang:

- Keadaan terjadinya penyakit:
(kapan terjadinya, mendadak / perlahan, sebab terjadi / pencetus (yang diperkirakan sendiri oleh penderita), kondisi awal gejala, sifat dan lokasinya)
- Perubahan keadaan penyakit:
(wawancara atas kondisi utama dari perkembangan kondisi penyakit yang terjadi, mulai dari awal terjadinya penyakit hingga datang ke Terapis: timbul gejala utama apa saja, ada / tidak perubahan sifat serta derajat gejala yang dirasakan, dalam kondisi apa gejala mereda / memberat, kapan terjadi (timbul) perubahan kondisi penyakit yang baru (bila ada), apakah perubahan kondisi penyakit terjadi secara beraturan / tidak)
- Perjalanan terapi yang pernah dilakukan:
(dalam proses perjalanan penyakit pernah melakukan tindakan pemeriksaan diagnosis / terapi apa saja, bagaimana kondisi terapi yang pernah dilakukan, bagaimana hasil terapi yang pernah dilakukan)

Sejarah Penyakit Dahulu:

- Kondisi kesehatan dahulu:
(sehat / kekar, sehat / lemah defisit, sering terjangkit penyakit)

- Sejarah tertular penyakit menular serta kondisi immunisasi:
(pernah terjangkit berbagai penyakit menular (diphtheria, measles, malaria, tipus), pernah melakukan imunisasi apa saja, di mana, kapan, sejarah alergi terhadap obat-obatan / makanan-minuman / kondisi tertentu)
- Sejarah penyakit lainnya:
(dulu pernah terjangkit penyakit lain apa saja, apa pernah kambuh kembali, sekarang apa sudah sembuh total / masih ada kondisi penyakit lain, berpengaruh / tidak terhadap penyakit yang sekarang dikeluhkan)

Sejarah Pola Hidup Penderita:

- Tempat lahir, tempat tinggal sekarang, dan tempat yang pernah disinggahi:
(penyakit spesifik pada suatu daerah; daerah yang pernah terjadi wabah (epidemic area))
- Sifat pekerjaan yang dilakukan, sifat kerja-istirahat, sifat kehidupan sehari-hari:
(pekerja otak / otot; derajat keberatan pekerjaan; posisi badan ketika melakukan pekerjaan, kondisi kerja-istirahat; ada / tidak kekacauan pola istirahat (bangun / tidur), dsb.)
- Sifat kebiasaan pola makan-minum:
(jumlah yang dikonsumsi; kecenderungan / kesenangan mengonsumsi makanan tertentu; termasuk kebiasaan merokok dan minum arak)
- Sejarah pernikahan dan melahirkan (khusus wanita):
(sudah / belum menikah; pria: tanyakan sejarah kelahiran anak dari istrinya; wanita: tanyakan kondisi kehamilan, melahirkan (keguguran, persalinan normal / sulit, dsb.)
- Kondisi kejiwaan:

(kondisi sifat / kejiwaan sehari-hari, sifat terburu-buru, mudah marah, kondisi batin stress tertekan, dsb.)

Sejarah Keluarga:

(kondisi kesehatan / penyakit yang pernah diderita olah sanak famili yang berhubungan secara langsung; apabila famili yang berhubungan secara langsung dengan penderita sudah meninggal, maka harus menanyakan sebab dan waktu kematiannya).



Gejala Penyakit Sekarang:

- Panas Dingin:
(hanya dingin tidak panas (demam) / hanya panas (demam) tidak dingin / panas (demam) benci dingin / panas dingin silih berganti, dsb.)
- Keringat:
(ada tidaknya keringat yang keluar pada Sindrom Biao-Li, kapan waktu keluarnya keringat, lokasi keluarnya keringat, banyak sedikitnya keringat yang keluar, serta gejala ikutan utama yang terjadi pada penderita, dsb.)
- Keluhan (Rasa / Sensasi) pada bagian tubuh:
 - Kepala (*sakit kepala, pusing, dsb.*):
 - Dada / Perut (*dada berdebar, dada tertekan, dada sesak, nyeri ulu hati, perut kembung, dsb.*):
 - Tangan dan Kaki (*nyeri, terasa berat, kesemutan, mati rasa, dsb.*):
- Buang Air Besar:
(sifat bentuk, warna, bau, waktu, jumlah (volume) yang dikeluarkan, jumlah (frekwensi), rasa ketika BAB, serta gejala yang mengikutinya, dsb.)
- Buang Air Kecil:
(sifat bentuk, warna, bau, waktu, jumlah (volume) yang dikeluarkan, jumlah (frekwensi), rasa ketika BAK, serta gejala yang mengikutinya, dsb.)
- Kebiasaan Makan-Minum:

(nafsu makan, jumlah yang dikonsumsi, kecenderungan suka mengonsumsi makanan / rasa tertentu, dsb.)

- Rasa di Mulut:

- Rasa Haus (Masalah Tenggorokan):

(ada tidaknya rasa haus, jumlah air yang dikonsumsi, kecenderungan suka mengonsumsi minuman panas / dingin, dsb.)

- Pendengaran (Masalah Telinga):

(pendengaran menurun, telinga berdenging, dsb.)

- Penglihatan (Masalah Mata):

(penglihatan menurun, penglihatan kabur, rabun senja, rabun dekat / jauh, penglihatan ganda, mata gatal, mata perih, mata nyeri, mata sepet, dsb.)

- Tidur:

(sulit memulai tidur, setelah tidur mudah terbangun, tidak bisa tidur dengan tenang, senang tidur, terganggu mimpi, dsb.)

- Khusus Wanita:

Masalah Haid:

(siklus haid, jumlah hari haid, jumlah darah haid, warna darah haid, kualitas darah haid, masalah gejala ikutan, masalah nyeri haid, hari terakhir haid, umur ketika mulai haid, atau umur ketika berhenti haid)

Masalah Keputihan:

(jumlah, warna, bau, dan kualitas / bentukan lain)

Masalah Kehamilan dan Persalinan:

(jumlah anak yang dilahirkan, masalah keguguran, kelainan saat kehamilan, kelainan saat persalinan, kelainan setelah persalinan, dsb.)

- **Masalah Khusus Pria:**
(kemampuan seksual (impotensi, ejakulasi dini), seminal emisi, aktivitas seksual, dsb.)

- **Masalah Khusus Anak:**
(kondisi masa kehamilan, masa persalinan, dan masa menyusui, kondisi bawaan (congenital), kondisi pemeliharaan anak, gejala 5 lambat, gejala 5 lemas, kondisi immunisasi, sejarah terjangkit penyakit menular, sejarah berhubungan dengan penyakit menular, pernah atau tidak pernah terkejut, kedinginan, dsb.)

PERABAAN (PALPASI)

- **Perabaan daerah keluhan:**
(nyeri tekan / enak tekan, ketegangan, benjolan, peningkatan / penurunan suhu)

- **Perabaan Titik Khusus:**

ORGAN	MU-DEPAN	SHU-BELAKANG	YUAN
Paru	Zhongfu (LU 1)	Feishu (BL 13)	Taiyuan (LU 9)
Usus besar	Tianshu (ST 25)	Dachangshu (BL 25)	Hegu (LI 4)
Lambung	Zhongwan (CV 12)	Weishu (BL 21)	Chongyang (ST 42)
Limpa	Zhangmen (LR 3)	Pishu (BL 20)	Taibai (SP 3)
Jantung	Juque (CV 14)	Xinshu (BL 15)	Shenmen (HT 7)
Usus Kecil	Guanyuan (CV 4)	Xiaochangshu (BL 27)	Wangu (SI 4)
Kandung Kemih	Zhongji (CV 3)	Panguangshu (BL 28)	Jinggu (BL 64)
Ginjal	Jingmen (GB 25)	Shenshu (BL 23)	Taixi (KI 3)
Pericardium	Shanzhong (CV 17)	Jueyinshu (BL 14)	Daling (PC 7)
San Jiao	Shimen (CV 5)	Sanjiaoshu (BL 22)	Yangchi (TE 4)
Kandung Empedu	Riyue (GB 24)	Danshu (BL 19)	Qiuxu (GB 40)
Hati	Qimen (LR 14)	Ganshu (BL 18)	Taichong (LR 3)

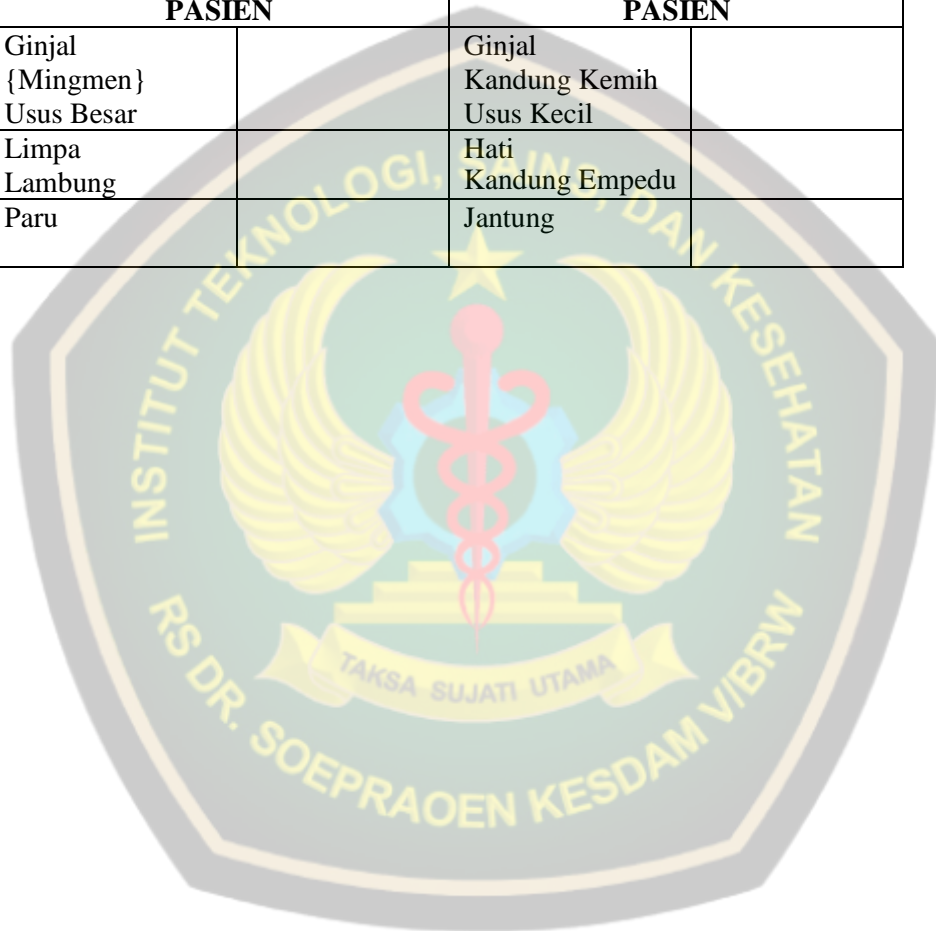
- Perabaan Nadi:

Perabaan Nadi Umum:

(mengambang / tenggelam, cepat / lambat, kuat / lemah, besar / kecil, dsb.)

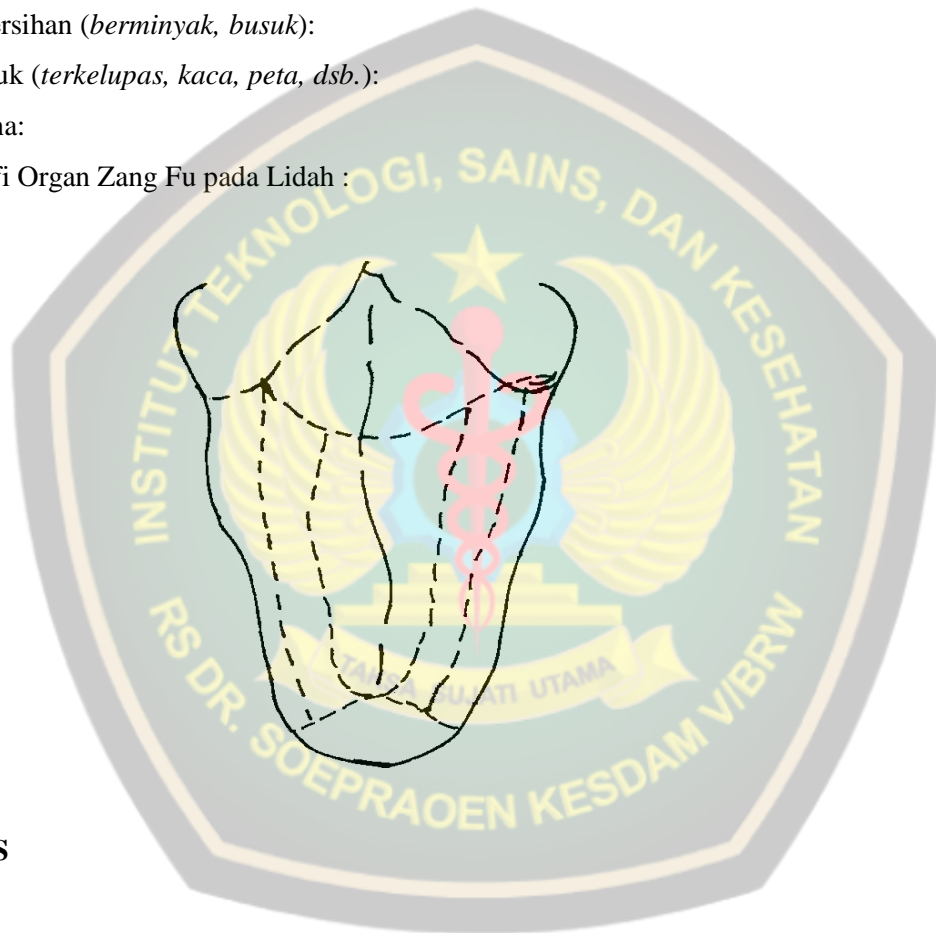
- Perabaan Nadi Khusus :

NADI	TANGAN KANAN PASIEN		TANGAN KIRI PASIEN	
CHI	Ginjal {Mingmen} Usus Besar		Ginjal Kandung Kemih Usus Kecil	
GUAN	Limpa Lambung		Hati Kandung Empedu	
CUN	Paru		Jantung	



PEMERIKSAAN PENGAMATAN (INSPEKSI) LIDAH

1. Otot Lidah / Badan lidah
 - Bentuk:
 - Warna:
 - Gerakan:
 - Nadi di Bawah Lidah:
2. Selaput/Lumut Lidah
 - Ketebalan:
 - Kelembaban:
 - Kebersihan (*berminyak, busuk*):
 - Bentuk (*terkelupas, kaca, peta, dsb.*):
 - Warna:
3. Topografi Organ Zang Fu pada Lidah :



DIAGNOSIS

Penyakit:

Sindrom:

TERAPI / PENGOBATAN

1. Prinsip Terapi dan Cara Terapi:

3. Pemilihan Alat:

2. Pemilihan Titik dan Cara Manipulasi :



3. Penentuan Jadwal:

4. Anjuran dan Saran:

5. Prognosis :

