

Lampiran-lampiran

INFORMED CONSENT

Setelah mendapatkan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian yang dilaksanakan, saya :

Nama Anak :

Umur Anak :

Nama Orangtua :

Menyatakan bersedia untuk menjadi responden dan akan mengikuti tahapan penelitian tentang “ Hubungan Penampilan Makanan, Rasa Makanan, Ketepatan Waktu Penyajian Makanan, dan Mual Muntah Pasca Kemoterapi dengan Sisa Makanan Pasien Kanker Anak Umur 6-18 Tahun di Rumah Sakit Kanker Dharmais” yang akan dilaksanakan oleh Fauzatun Hadiyati.

Yang membuat pernyataan,

()

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN PENAMPILAN MAKANAN, RASA MAKANAN, KETEPATAN WAKTU PENYAJIAN MAKANAN DAN MUAL MUNTAH PASCA KEMOTERAPI DENGAN SISA MAKANAN PASIEN KANKER ANAK UMUR 6-18 TAHUN DI RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS TAHUN 2015

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nomor Responden : _____
2. Ruang Perawatan : _____
3. Kelas Perawatan : _____
4. Nama Pasien : _____
5. Jenis Kelamin : L/P
6. Umur : _____
7. Diagnosis Penyakit : _____
8. Jenis Diet : _____
9. Jenis Kemoterapi : _____
10. Siklus Kemoterapi : _____
11. Jenis Antiemetik : _____

FORMULIR PENILAIAN PENAMPILAN MAKANAN

Waktu Makan	Aspek Penampilan Makanan					
	Warna	Bentuk	Konsistensi	Besar Porsi	Cara Penyajian	Total
Pagi Makanan Pokok Lauk Hewani Susu						
Selingan Pagi Kue Minuman						
Siang Makanan Pokok Lauk hewani Lauk nabati Sayur Buah						
Selingan Sore Kue Minuman						
Malam Makanan Pokok Lauk hewani Lauk nabati Sayur Buah						

Nilai :

0. Tidak menarik/tidak sesuai
1. Menarik/sesuai

FORMULIR PENILAIAN RASA MAKANAN

Waktu Makan	Aspek Rasa Makanan				
	Aroma	Bumbu	Keempukan	Tingkat Kematangan	Total
Pagi Makanan Pokok Lauk Hewani Susu					
Selingan Pagi Kue Minuman					
Siang Makanan Pokok Lauk hewani Lauk nabati Sayur Buah					
Selingan Sore Kue Minuman					
Malam Makanan Pokok Lauk hewani Lauk nabati Sayur Buah					

Nilai :

- 0. Tidak enak/tidak empuk/tidak sesuai
- 1. Enak/empuk/sesuai

FORMULIR PENGISIAN SISA MAKANAN BIASA

Menu	Sisa Makanan				
	0%	25%	50%	75%	100%
Makan Pagi :					
Nasi					
Lauk Hewani					
Minuman					
Selingan Pagi					
Kue					
Minuman					
Makan Siang :					
Nasi					
Lauk Hewani					
Lauk Nabati					
Sayur					
Buah					
Selingan Sore					
Kue					
Minuman					
Makan Malam:					
Nasi					
Lauk Hewani					
Lauk Nabati					
Sayur					
Buah					

Total Persentase

Sisa Makanan

Sehari :

Nasi :
 Lauk Hewani :
 Lauk Nabati :
 Sayur :
 Buah :
 Kue :
 Minuman :

Komentar responden :

.....

.....

Petunjuk Pengisian Instrumen Mual Muntah Anak

1. Perhatikan petunjuk pada instrumen
2. Pada isian tanggal, tulislah tanggal, bulan dan tahun saat dimulainya kemoterapi pada anak, contoh 25-6-2015
3. Pada isian pukul, tulislah waktu dalam rentang 12 jam saat obat kemoterapi mulai diberikan pada anak, contoh 15.00-03.00 WIB
4. Bacalah dan perhatikan pernyataan yang ada disetiap baris dan kolom dalam tabel
5. Beri tanda silang (X) bila ditemukan tanda atau gejala yang ada dalam tabel pada diri anak, selama dan setelah kemoterapi (24 jam)
6. Keterangan isi tabel :
 - a. Pada baris 1, bila anak mengalami muntah, beri tanda silang (X) pada kolom yang sesuai dengan frekuensi muntah yang terjadi pada anak dalam 12 jam
 - b. Pada baris 2, bila anak mengalami mual, perhatikan berapa lama anak mengeluh mual dan perhatikan juga perubahan kondisi pada anak
 - c. Pada baris 3, perhatikan jumlah keluaran (makanan atau cairan) yang keluar dari rongga mulut anak. Beri tanda silang (X) pada kolom yang sesuai dengan jumlah yang dikeluarkan anak.
 - d. Pada baris 4, bila anak mengalami mual, beri tanda silang (X) pada kolom yang sesuai dengan frekuensi mual yang terjadi pada anak
 - e. Pada baris 5, bila anak mengalami muntah-muntah/ muntah hebat, beri tanda silang (X) pada kolom yang sesuai dengan frekuensi muntah hebat yang terjadi pada anak

Instrumen untuk mengukur intensitas mual muntah yang dialami anak

Petunjuk :

Beri satu tanda pada kotak disetiap baris yang sesuai dengan kejadian yang dialami anak

No :(diisi oleh peneliti) Tanggal : Pukul:WIB

1.	Dalam 12 jam terakhir, anak saya mengalami muntah sebanyak ... kali	7x/lebih <input type="checkbox"/>	5-6 kali <input type="checkbox"/>	3-4 kali <input type="checkbox"/>	1-2 kali <input type="checkbox"/>	Tidak muntah <input type="checkbox"/>
2.	Dalam 12 jam terakhir, anak saya merasa mual atau sakit diperut	Tidak mengalami <input type="checkbox"/>	≤ 1 jam <input type="checkbox"/>	2-3 jam <input type="checkbox"/>	4-6 jam <input type="checkbox"/>	Lebih dari 6 jam <input type="checkbox"/>
3.	Dalam 12 jam terakhir, setiap muntah anak saya mengeluarkan muntahan sebanyak Gelas	Sangat banyak (3 gelas/ lebih) <input type="checkbox"/>	Banyak (2-3 gelas) <input type="checkbox"/>	Sedang (1/2-2 gelas) <input type="checkbox"/>	Sedikit (hampir ½ gelas) <input type="checkbox"/>	Tidak mengeluarkan apa-apa <input type="checkbox"/>
4.	Dalam 12 jam terakhir, anak saya merasa mual atau sakit perut sebanyak kali	7x/lebih <input type="checkbox"/>	5-6 kali <input type="checkbox"/>	3-4 kali <input type="checkbox"/>	1-2 kali <input type="checkbox"/>	Tidak mengalami <input type="checkbox"/>
5.	Dalam 12 jam terakhir, anak saya mengalami muntah-muntah/ muntah berat tanpa mengeluarkan apa-apa sebanyak Kali	Tidak mengalami <input type="checkbox"/>	1-2 kali <input type="checkbox"/>	3-4 kali <input type="checkbox"/>	5-6 kali <input type="checkbox"/>	7 kali/ lebih <input type="checkbox"/>

