**Lampiran 1. Kuesioner Pengetahuan Pasien GGK yang Menjalani Hemodialisis**

**Jawablah ‘Benar’, ‘Salah’ atau ‘Saya tidak tahu’ untuk pertanyaan berikut pada Bagian 1-5:**

**Bagian 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Benar** | **Salah** | **Saya tidak tahu** |
| 1 | Seseorang dapat menjalani kehidupan normal dengan satu ginjal yang sehat. | □ | □ | □ |
| 2 | Suplemen herbal dapat secara efektif mengobati penyakit ginjal kronis. | □ | □ | □ |
| 3 | Obat-obatan tertentu dapat membantu memperlambat penyakit ginjal kronis yang makin parah. | □ | □ | □ |

**Bagian 2** Apa fungsi ginjal dalam tubuh kita?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Benar** | **Salah** | **Saya tidak tahu** |
| 4 | Ginjal membuat urine. | □ | □ | □ |
| 5 | Ginjal membersihkan darah. | □ | □ | □ |
| 6 | Ginjal membantu menjaga kadar gula darah normal. | □ | □ | □ |
| 7 | Ginjal membantu menjaga tekanan darah. | □ | □ | □ |
| 8 | Ginjal membantu menguraikan protein dalam tubuh. | □ | □ | □ |
| 9 | Ginjal membantu menjaga kesehatan tulang. | □ | □ | □ |

**Bagian 3** Yang manakah dari pilihan berikut yang biasanya digunakan untuk menentukan kesehatan ginjal Anda?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Benar** | **Salah** | **Saya tidak tahu** |
| 10 | Tes darah. | □ | □ | □ |
| 11 | Tes urine. | □ | □ | □ |
| 12 | Tes feses (kotoran). | □ | □ | □ |
| 13 | Pemantauan tekanan darah. | □ | □ | □ |

**Bagian 4** Apakah faktor risiko penyakit ginjal kronis?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Benar** | **Salah** | **Saya tidak tahu** |
| 14 | Diabetes. | □ | □ | □ |
| 15 | Berjenis kelamin perempuan. | □ | □ | □ |
| 16 | Tekanan darah tinggi. | □ | □ | □ |
| 17 | Masalah jantung seperti gagal jantung atau serangan jantung. | □ | □ | □ |
| 18 | Stres yang berlebihan | □ | □ | □ |
| 19 | Obesitas | □ | □ | □ |

**Bagian 5** Apa tanda dan gejala yang mungkin dialami seseorang jika menderita penyakit ginjal kronis lanjut atau gagal ginjal?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Benar** | **Salah** | **Saya tidak tahu** |
| 20 | Retensi air (kelebihan air dalam tubuh). | □ | □ | □ |
| 21 | Demam. | □ | □ | □ |
| 22 | Mual/muntah. | □ | □ | □ |
| 23 | Kehilangan nafsu makan. | □ | □ | □ |
| 24 | Merasa semakin lelah (kelelahan). | □ | □ | □ |

**Terima kasih banyak atas waktu dan partisipasi Anda dalam kuisioner ini**

**Lampiran 2. Kuesioner Kepatuhan Pengobatan Pasien GGK yang Menjalani Hemodialisis**

***The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire* (ESRD-AQ)**

Survei ini menanyakan pendapat Anda tentang seberapa baik Anda mengikuti jadwal perawatan dialisis dan tentang rekomendasi medis terkait pengobatan, diet, dan asupan cairan. Informasi ini akan membantu kami memahami jika Anda mengalami kesulitan mengikuti perawatan dialisis, rejimen pengobatan, pembatasan cairan, dan diet yang direkomendasikan. Harap jawab setiap pertanyaan dengan menandai kotak yang sesuai. Jika Anda tidak yakin tentang bagaimana menjawabnya, pilihlah satu jawaban terbaik yang sesuai untuk Anda.

Catatan: Angka dalam tanda kurung adalah kode respon.

**I. Informasi Umum**

1.Kapan Anda memulai atau memulai kembali perawatan hemodialisis Anda? Tanggal Mulai:

\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bulan / Tahun

( Tanggal mulai ulang jika Anda memulai kembali hemodialisis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bulan / Tahun

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bulan / Tahun |
| 2. | Apakah Anda pernah menjalani perawatan dialisis peritoneal kronis? | Tidak(1) |
|  |  | Ya(2)(Mohon dijawab di bawah ini) |
|  |  | Saya menjalani dialisis peritoneal dari  \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ sampai \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bulan / Tahun Bulan / Tahun |
| 3. | Apakah Anda pernah menjalani transplantasi ginjal? | Tidak(1) |
|  |  | Ya(2)(Mohon dijawab di bawah ini) |
|  |  | Saya pernah menjalani transplantasi ginjal dari  \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ sampai \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  Bulan / Tahun Bulan / Tahun |
|  |  | atau |
|  |  | Saya menjalani transplantasi ginjal dua kali dari  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ sampai \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_  Bulan / Tahun Bulan / Tahun  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ sampai \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  Bulan / Tahun Bulan / Tahun |
|  |  | dan dari  \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ sampai \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Bulan / Tahun Bulan / Tahun |
|  |  | Jika Anda telah melakukan transplantasi lebih dari dua kali, harap tulis tanggal di tempat di atas untuk dua transplantasi terakhir. |
| 4. | Jenis transportasi apa yang Anda gunakan untuk pergi ke pusat dialisis? | □ Transportasi pribadi (1) |
|  |  | □ Bus (2) |
|  |  | □ Taksi(3) |
|  |  | □ Van transportasi medis (4) |
|  |  | □ Lainnya (Sebutkan) (5): |
| 5. | Siapa yang menemani Anda ke pusat dialisis? | □ saya sendiri (1) |
|  |  | □ Orang tua(2) |
|  |  | □ Pasangan Suami atau Istri)(3) |
|  |  | □ Anak(4) |
|  |  | □ Teman(5) |
|  |  | □ Orang lain (Sebutkan orangnya)(6): |

**II. Perawatan Hemodialisis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6. | Berapa hari dalam seminggu Anda menerima perawatan hemodialisis? | □  □  □  □  □ | 2 hari atau kurang (1)  3 hari(2)  4 hari(3)  Lebih dari 4 hari(4)  Lebih dari 5 hari(5) |
| 7. | Berapa jam Anda dirawat untuk setiap hemodialisis? | □ | Kurang dari 3 jam (1) |
|  |  | □ | 3 jam(2) |
|  |  | □ | 3 Jam dan 15 menit(3) |
|  |  | □ | 3 jam 30 menit (4) |
|  |  | □ | 3 jam 45 menit (5) |
|  |  | □ | 4 jam (6) |
|  |  | □ | Lebih dari 4 jam (7) |
|  |  | □ | Lainnya (Sebutkan jamnya) (8): |
| 8. | Apakah jadwal dialisis Anda nyaman bagi Anda? (Pilih satu jawaban terbaik yang sesuai untuk Anda.) | □  □ | Ya(1)  Tidak, karena saya harus datang ke pusat dialisis terlalu pagi (2) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Tidak, karena saya harus datang ke pusat dialisis terlalu terlambat (3) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Tidak, karena jadwal kerja saya (4) |
|  |  | □ | Tidak, karena ini waktu makan saya dan saya lapar selama perawatan dialisis (5) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Tidak, karena ini waktu pengobatan saya dan saya harus minum obat / insulin (6) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Tidak, karena (Lainnya) (7): |
| 9. | Kapan terakhir kali seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara dengan Anda tentang pentingnya tidak melewatkan perawatan dialisis? | □  □ | Minggu ini (1)  Minggu lalu (2) |
|  |  | □ | Sebulan yang lalu (3) |
|  |  | □ | Lebih dari sebulan yang lalu (4) |
|  |  | □ | Ketika saya pertama kali memulai perawatan dialisis (5) |
|  |  | □ | Tidak pernah(6) |
|  |  | □ | Lainnya (Sebutkan)(7): |
| 10. | Seberapa sering seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara dengan Anda tentang pentingnya rawat inap selama masa perawatan dialisis Anda? | □  □ | Setiap perawatan dialisis (1)  Setiap minggu (2) |
|  |  | □ | Setiap bulan (3) |
|  |  | □ | Setiap 2 sampai 3 bulan (4) |
|  |  | □ | Setiap 4 sampai 6 bulan (5) |
|  |  | □ | Ketika saya memiliki darah abnormal atau hasil tes lainnya (6) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Jarang (7) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | □  □  □ | | Tidak teratur (8)  Tidak pernah (9)  Lainnya (Sebutkan)(10): | |
| 11. | Menurut Anda seberapa penting mengikuti jadwal dialisis? Anda? | □ | | Sangat penting sekali (1) | |
|  |  | □ | | Sangat penting (2) | |
|  |  | □ | | Cukup penting (3) | |
|  |  | □ | | Sedikit penting (4) | |
|  |  | □ | | Tidak penting (5) | |
| 12. | Menurut Anda mengapa penting untuk mengikuti jadwal dialisis Anda? | □ | | Karena saya sangat memahami bahwa kondisi ginjal saya memerlukan dialisis sesuai jadwal (1) | |
|  | (Pilih satu jawaban terbaik yang sesuai untuk Anda.) |  | |  | |
|  |  | □ | | Karena mengikuti jadwal dialisis penting untuk menjaga kesehatan tubuh (2) | |
|  |  |  | |  | |
|  |  | □ | | Karena profesional medis (dokter, perawat,  atau ahli diet) menyuruh saya melakukannya (3) | | | |
|  |  |  | |  | |
|  |  | □ | | Karena saya punya pengalaman bahwa saya sakit setelah saya | |
|  |  |  | | melewatkan dialisis (4) | |
|  |  | □ | | Karena saya memiliki pengalaman yang saya miliki | |
|  |  |  | | dirawat di rumah sakit setelah saya melewatkan dialisis (5) | |
|  |  | □ | | Saya pikir mengikuti jadwal dialisis itu | |
|  |  |  | | tidak penting bagi saya (6) | |
|  |  | □ | | Lainnya (Sebutkan) (7): | |
| 13. | Seberapa besar kesulitan yang Anda alami selama menjalani seluruh perawatan dialisis seperti yang diperintahkan oleh dokter Anda? | □  □ | | Tidak ada kesulitan (1)  Sedikit kesulitan (2) | |
|  |  | □ | | Agak kesulitan (3) | |
|  |  | □ | | Banyak kesulitan (4) | |
|  |  | □ | | Sangat kesulitan (5) | |
| 14. | Selama sebulan terakhir, berapa banyak perawatan dialisis yang Anda lewatkan sepenuhnya? | □  □ | | Tidak ada (saya tidak melewatkan perawatan apa pun) (1)  Melewatkan satu perawatan dialisis (2) | |
|  |  | □ | | Melewatkan dua perawatan dialisis (3) | |
|  |  | □ | | Melewatkan tiga perawatan dialisis (4) | |
|  |  | □ | | Melewatkan empat atau lebih perawatan dialisis (5) | |
| 15. | Apa alasan utama Anda melewatkan perawatan dialisis bulan lalu? | □  □ | | Tidak berlaku: Saya tidak melewatkan perawatan apa pun (1)  Masalah transportasi (2) | |
|  |  | □ | | Saya memiliki hal lain yang harus dilakukan (Tolong jelaskan) (3): | |
|  |  | □ | | Akses hemodialisis (graft, fistula, atau kateter) | |
|  |  |  | | menggumpal (4) | |
|  |  | □ | | Janji dengan dokter (medis atau bedah) (5) | |
|  |  | □ | | Saya harus mendapatkan perawatan di ruang gawat darurat (6) | |
|  |  | □ | | Saya dirawat di rumah sakit (7) | |
|  |  | □ | | Lupa(8) | |
|  | | | □ | | “*Tidak ingin pergi*” atau “*Tidak bisa pergi*” (*Ke pertanyaan berikutnya: Pertanyaan # 16*) (9) | |
| □ | | Lainnya (sebutkan) (10): | |
| 16. | (Jawab pertanyaan ini ketika Anda menandai pertanyaan di atas sebagai "Tidak ingin pergi Tidak bisa pergi.")  Mengapa Anda tidak ingin pergi ke pusat dialisis? (Tolong pilih satu jawaban terbaik yang sesuai untuk Anda) | | □  □ | | Karena perawatan dialisis membuat saya cemas (1)  Karena saya muntah / diare (2) | |
|  |  | | □ | | Karena saya kram (3) | |
|  |  | | □ | | Karena saya sering lapar saat menjalani pengobatan (4) | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | | □ | | Karena saya secara fisik tidak nyaman (Sebutkan kondisinya) (5) | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | | □ | | Karena saya sakit lantaran kondisi lain (Sebutkan kondisi) (6) | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | | □ | | Karena saya depresi secara emosional (7) | |
|  |  | | □ | | Lainnya (8): | |
| 17 | Selama sebulan terakhir, **berapa kali** Anda **mempersingkat** | | □ | | Tidak berlaku: Saya tidak mempersingkat waktu dialis saya (1) | |
|  | waktu dialisis? | |  | |  | |
|  |  | | □ | | Sekali (2) | |
|  |  | | □ | | Dua kali (3) | |
|  |  | | □ | | Tiga kali (4) | |
|  |  | | □ | | Empat sampai lima kali (5) | |
|  |  | | □ | | Lainnya (Tentukan frekuensi) (6): | |
| 18. | Selama sebulan terakhir, ketika perawatan dialisis Anda dipersingkat, berapa rata-rata jumlah menitnya? | | □ | | Tidak berlaku: Saya tidak mempersingkat waktu dialis saya (1) | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | | □ | | Kurang dari 10 menit atau 10 menit (2) | |
|  |  | | □ | | 11 sampai 20 menit (3) | |
|  |  | | □ | | 21 sampai 30 menit (4) | |
|  |  | | □ | | Lebih dari 31 menit (5) | |
|  |  | | □ | | Lainnya (Sebutkan) (6) | |
|  |  | |  | | (Jika Anda perlu menulis dua atau lebih waktu yang berbeda | |
|  |  | |  | | karena Anda mempersingkat dialisis lebih dari satu kali, | |
|  |  | |  | | silahkan gunakan ruang ini): | |
| 19. | Apa alasan utama Anda mempersingkat perawatan dialisis? | | □ | | Tidak berlaku: Saya tidak mempersingkat waktu dialis saya (1) | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | | □ | | Kram (2) | |
|  |  | | □ | | Memakai kamar mandi (3) | |
|  |  | | □ | | Kegelisahan (4) | |
|  |  | | □ | | Tekanan darah rendah (5) | |
|  |  | | □ | | Akses (graft, fistula, atau kateter) membeku (6) | |
|  |  | | □ | | Penunjukan dokter (medis atau bedah) (7) | |
|  |  | | □ | | Urusan pribadi atau darurat (8) | |
|  |  | | □ | | Jadwal kerja (9) | |
|  |  | | □ | | Masalah transportasi (10) | |

□ Keputusan staf medis (Mengapa? Harap jelaskan: Misalnya, aliran darah yang buruk, pembekuan dialyzer, kerusakan mesin, dll.) (11):

□ Tidak merasa ingin menjalani rawat inap (12)

□ Lainnya (sebutkan) (13):

**III. Pengobatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 20. | Kapan terakhir kali seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi atau staf medis lainnya) berbicara kepada Anda tentang obat-obatan Anda? | □  □ | Minggu ini (1)  Minggu lalu (2) |
|  |  | □ | Sebulan yang lalu (3) |
|  |  | □ | Lebih dari sebulan yang lalu (4) |
|  |  | □ | Ketika saya pertama kali memulai perawatan dialisis (5) |
|  |  | □ | Tidak pernah (6) |
|  |  | □ | Lainnya (Sebutkan) (7): |
| 21. | Seberapa sering seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi atau staf medis lainnya) berbicara dengan Anda tentang pentingnya minum obat sesuai yang diperintahkan? | □  □ | Setiap perawatan dialisis (1)  Setiap minggu (2) |
|  |  | □ | Setiap bulan (3) |
|  |  | □ | Setiap 2 sampai 3 bulan (4) |
|  |  | □ | Setiap 4 sampai 6 bulan (5) |
|  |  | □ | Ketika saya memiliki darah yang tidak normal atau hasil tes lainnya (misalnya, tekanan darah) (6) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Jarang (7) |
|  |  | □ | Tidak teratur (8) |
|  |  | □ | Tidak pernah (9) |
|  |  | □ | Lainnya (Sebutkan) (10): |
| 22. | Menurut Anda seberapa penting meminum obat-obatan Anda sesuai jadwal? | □ | Sangat penting sekali(1) |
|  |  | □ | Sangat penting (2) |
|  |  | □ | Cukup penting (3) |
|  |  | □ | Sedikit penting (4) |
|  |  | □ | Tidak penting (5) |
| 23. | Menurut Anda mengapa penting untuk minum obat sesuai jadwal? | □ | Karena saya sangat memahami bahwa kondisi ginjal saya perlu minum obat sesuai jadwal (1) |
|  | (Pilih satu jawaban terbaik yang sesuai untuk Anda.) |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Karena minum obat penting untuk menjaga kesehatan tubuh saya (2) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Karena seorang profesional medis (dokter, perawat,  ahli gizi, atau staf medis lainnya) menyuruh saya melakukannya (3) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Karena saya punya pengalaman bahwa saya sakit setelah melewatkan obat-obatan (4) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Karena saya punya pengalaman bahwa saya dirawat di rumah sakit setelah saya melewatkan obat-obatan (5) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Menurut saya minum obat tidak penting bagi saya (6) |
|  |  | □ | Lainnya (Sebutkan) (7): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |
| 24. | Apakah Anda mengalami kesulitan saat minum obat? | □ | Tidak(1) |
|  |  | □ | Ya(2) |
| 25. | Seberapa banyak kesulitan yang Anda alami saat mengonsumsi obat yang diresepkan? | □  □ | Tidak ada kesulitan (1)  Sedikit kesulitan (2) |
|  |  | □ | Agak kesulitan (3) |
|  |  | □ | Banyak kesulitan (4) |
|  |  | □ | Sangat kesulitan (5) |
| 26. | Selama seminggu terakhir, seberapa sering Anda melewatkan obat yang diresepkan? | □  □ | Tak pernah sekalipun: Saya tidak melewatkan obat-obatan saya (1)  Sangat jarang(2) |
|  |  | □ | Sekitar separuh waktu (3) |
|  |  | □ | Sebagian besar waktu (4) |
|  |  | □ | Setiap waktu (5) |
| 27. | Apa alasan utama Anda tidak meminum obat yang diresepkan minggu lalu? | □  □ | Tidak berlaku: Saya tidak melewatkan minum  obat-obatan (1)  Lupa minum obat (2) |
|  |  | □ | Lupa memesan obat (3) |
|  |  | □ | Biaya pengobatan (4) |
|  |  | □ | Ketidaknyamanan (5) |
|  |  | □ | Saya dirawat di rumah sakit (6) |
|  |  | □ | Efek samping (7)*(* *Lanjutkan ke pertanyaan # 28)* |
|  |  | □ | Lainnya(8): |
| 28. | (Jawab pertanyaan ini setelah Anda menandai pertanyaan di atas sebagai "Efek samping".)  Apa jenis efek samping obat yang Anda alami?  (Tolong pilih satu jawaban terbaik yang sesuai untuk Anda) | □  □ | Kehilangan nafsu makan (1)  Mual / muntah / diare / sembelit (2) |
|  | | □ | Sakit perut (3) |
|  | | □ | Pusing (4) |
|  | | □ | Sakit kepala (5) |
|  | | □ | Gatal / masalah kulit (6) |
|  | | □ | Lainnya (Tentukan gejala) (7): |
| **IV. Cairan** | |  |  |
| 29. Kapan terakhir kali seorang profesional medis (dokter, perawat atau ahli gizi atau staf medis lainnya) berbicara dengan Anda tentang pembatasan cairan Anda?(Silahkan pilih satu jawaban terbaik yang sesuai untuk Anda) | | □  □ | Minggu ini (1)  Minggu lalu (2) |
|  | | □ | Sebulan yang lalu (3) |
|  | | □ | Lebih dari sebulan yang lalu (4) |
|  | | □ | Ketika saya memulai perawatan dialisis (5) |
|  | | □ | Tidak pernah (6) |
|  | | □ | Lainnya (Sebutkan)(7): |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 30. | Seberapa sering profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara dengan Anda tentang pentingnya pembatasan cairan? | | □  □ | Setiap perawatan dialisis (1)  Setiap minggu (2) | |
|  |  | | □ | Setiap bulan (3) | |
|  |  | | □ | Setiap 2 sampai 3 bulan (4) | |
|  |  | | □ | Setiap 4 sampai 6 bulan (5) | |
|  |  | | □ | Ketika saya memiliki darah yang tidak normal atau hasil  tes lainnya (misalnya, tekanan darah) (6) | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | | □ | Jarang (7) | |
|  |  | | □ | Tidak teratur (8) | |
|  |  | | □ | Tidak pernah (9) | |
|  |  | | □ | Lainnya (Sebutkan) (10): | |
| 31. | Selama seminggu terakhir, seberapa sering Anda mengikuti rekomendasi pembatasan cairan? | | □  □ | Setiap waktu (1)  Hampir setiap waktu(2) | |
|  |  | | □ | Sekitar separuh waktu (3) | |
|  |  | | □ | Sangat jarang (4) | |
|  |  | | □ | Tidak sekalipun (5) | |
| 32. | Menurut Anda, seberapa penting membatasi asupan cairan Anda? | | □ | Sangat penting sekali(1) | |
|  |  | | □ | Penting sekali(2) | |
|  |  | | □ | Agak penting(3) | |
|  |  | | □ | Sedikit penting(4) | |
|  |  | | □ | Tidak penting(5) | |
| 33. | Menurut Anda mengapa penting bagi Anda untuk membatasi asupan cairan Anda? | | □ | Karena saya sangat memahami bahwa kondisi ginjal saya memerlukan pembatasan asupan cairan (1) | |
|  | (Pilih satu jawaban terbaik yang sesuai untuk Anda.) | |  |  | |
|  |  | | □ | Karena membatasi asupan cairan penting untuk menjaga kesehatan tubuh (2) | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | | □ | Karena seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) meminta saya melakukannya (3) | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | | □ | Karena saya sakit setelah saya minum banyak cairan (4) | |
|  |  | | □ | Karena saya dirawat di rumah sakit setelah saya minum banyak cairan (5) | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | | □ | Saya pikir membatasi cairan tidak terlalu penting bagi  saya (6) | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | | □ | Lainnya (Tentukan)(7): | |
| 34. | Apakah Anda mengalami kesulitan dalam membatasi asupan cairan? | | □ | Tidak(1) | |
|  |  | | □ | Ya(2) | |
| 35. | Berapa banyak kesulitan yang Anda alami dalam mengikuti rekomendasi pembatasan cairan Anda? | | □  □ | Tidak ada kesulitan(1)  Sedikit kesulitan(2) | |
|  |  | | □ | Cukup ada kesulitan(3) | |
|  |  | | □ | Banyak kesulitan(4) | |
|  | | □ | | Saya sama sekali tidak dapat mengikuti rekomendasi apa pun (5) |
| 36. | Jika Anda mengalami kesulitan dalam mengikuti rekomendasi pembatasan cairan, jenis kesulitan apa yang Anda alami? | □  □ | | Tidak ada kesulitan(1)  Tidak tertarik(2) |
|  |  | □ | | Saya tidak bisa mengontrol asupan cairan (3) |
|  |  | □ | | Saya tidak mengerti cara mengikuti pembatasan cairan (4) |
|  |  |  | |  |
|  |  | □ | | Lainnya(5): |
| 37. | Selama seminggu terakhir, berapa kali Anda menimbang diri sendiri di rumah (di luar pusat dialisis)? | □  □ | | Lebih dari 3 kali (1)  3 kali (2) |
|  |  | □ | | Dua kali (3) |
|  |  | □ | | Sekali (4) |
|  |  | □ | | Tidak sekalipun(5) |
|  |  | □ | | Lainnya(6): |
| 38. | Seberapa penting menurut Anda untuk menimbang berat badan setiap hari? | □ | | Sangat penting sekali (1) |
|  |  | □ | | Sangat penting (2) |
|  |  | □ | | Cukup penting (3) |
|  |  | □ | | Sedikit penting (4) |
|  |  | □ | | Tidak penting (5) |
| **V. Pola makan** | | | | |
| 39. | Kapan terakhir kali seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara dengan Anda tentang pola makan Anda? | □  □ | | Minggu ini (1)  Minggu lalu (2) |
|  |  | □ | | Sebulan yang lalu (3) |
|  |  | □ | | Lebih dari sebulan yang lalu (4) |
|  |  | □ | | Ketika saya pertama kali memulai perawatan dialisis (5) |
|  |  | □ | | Tidak pernah (6) |
|  |  | □ | | Lainnya (Sebutkan) (7): |
| 40. | Seberapa sering profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara dengan Anda tentang pentingnya mengikuti pola makan yang tepat? | □  □ | | Setiap perawatan dialisis (1)  Setiap minggu (2) |
|  |  | □ | | Setiap bulan (3) |
|  |  | □ | | Setiap 2 sampai 3 bulan (4) |
|  |  | □ | | Setiap 4 sampai 6 bulan (5) |
|  |  | □ | | Ketika saya memiliki darah yang tidak normal atau hasil  tes lainnya (misalnya, tekanan darah) (6) |
|  |  |  | |  |
|  |  | □ | | Jarang (7) |
|  |  | □ | | Tidak teratur (8) |
|  |  | □ | | Tidak pernah (9) |
|  |  | □ | | Lainnya (Sebutkan) (10): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 41. | Menurut Anda, seberapa penting untuk memperhatikan jenis makanan yang Anda makan setiap hari? | □  □ | Sangat penting sekali (1)  Sangat penting (2) |
|  |  | □ | Cukup penting (3) |
|  |  | □ | Agak penting (4) |
|  |  | □ | Tidak penting (5) |
| 42. | Menurut Anda mengapa penting bagi Anda untuk menjaga pola makan setiap hari? | □ | Karena saya sangat memahami bahwa kondisi ginjal  mengharuskan saya menjaga pola makan (1) |
|  | (Pilih satu jawaban terbaik yang sesuai untuk Anda.) |  |  |
|  |  | □ | Karena memperhatikan pola makan adalah penting untuk  menjaga kesehatan tubuh saya (2) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Karena seorang profesional medis (dokter, perawat, atau ahli diet saya) meminta saya untuk melakukannya (3) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Karena saya sakit setelah makan makanan tertentu yang saya tidak seharusnya makan (4) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Karena saya dirawat di rumah sakit setelah makan makanan tertentu yang saya tidak seharusnya makan (5) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Saya pikir menjaga pola makan tidak penting bagi saya (6) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Lainnya (Sebutkan) (7): |
| 43. | Apakah Anda mengalami kesulitan mengikuti anjuran pola makan Anda? | □ | Tidak(1) |
|  |  | □ | Ya(2) |
| 44. | Seberapa besar kesulitan yang Anda alami dalam mengikuti anjuran pola makan Anda? | □  □ | Tidak ada kesulitan (1)  Sedikit ada kesulitan (2) |
|  |  | □ | Agak kesulitan (3) |
|  |  | □ | Banyak kesulitan (4) |
|  |  | □ | Saya sama sekali tidak dapat mengikuti rekomendasi apa pun (5) |
|  |  |  |  |
| 45. | Jenis kesulitan apa yang Anda alami dalam menjaga anjuran pola makan Anda? | □  □ | Tidak berlaku: Tidak ada kesulitan (1)  Saya tidak mau mengontrol apa yang ingin saya makan (2) |
|  |  | □ | Saya tidak dapat menghindari makanan tertentu yang tidak dianjurkan (3) |
|  |  |  |  |
|  |  | □ | Saya tidak mengerti jenis pola makan apa yang harus diikuti (4) |
|  |  | □ | Lainnya (Sebutkan)(5): |
| 46. | Selama seminggu terakhir, berapa kali Anda mengikuti anjuran pola makan/diet? | □  □ | Setiap waktu (1)  Hampir selalu(2) |
|  |  | □ | Separuh waktu(3) |
|  |  | □ | Sangat jarang(4) |
|  |  | □ | Tidak sekalipun(5) |

**PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN**

***(INFORMED CONSENT)***

Semua penjelasan tersebut telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada peneliti.

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian yang berjudul “ANALISIS HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DENGAN KEPATUHAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI HEMODIALISIS” dan saya menyetujui bahwa peneliti diperbolehkan untuk membuka catatan rekam medik.

C:\Users\User\AppData\Local\Temp\ksohtml\wpsE80C.tmp.png

Tanda tangan pasien/subyek : Tanggal:

(Nama jelas: ……………………………)



Tanda tangan saksi :

(Nama jelas: ……………………………)

**Lembar pengumpul data**

**Data pribadi pasien**

Nama :

No. RM :

Umur :

Jenis kelamin :

Berat badan :

Tinggi badan :

Pendidikan anda terakhir :

Pekerjaan :

Kapan anda mulai dikatakan atau diketahui GGK yang menjalani HD ?

Tanggal……………………….

Bulan…………………………

Tahun…………………………

Penyakit lain yang menyertai : Ada/tidak ada

Jika ada, sebutkan………………………………………………………………..

Obat lain yang digunakan selain obat GGK yang menjalani HD :

1…………………………………………..

2…………………………………………..

Apakah anda menggunakan obat herbal? Ya/Tidak

Jika Ya, (sebutkan)…………………………………

**Lembar Pengumpul Data Pada Rekam Medis Pasien**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No RM** | **Nama** | **Usia** | **JK** | **Diagnosis** | **BB** | **Tekanan darah** | **BUN** | **Scr** | **Hasil Lab lainnya** | **Frekuensi HD** | **Pengobatan yang diterima** | |
| **Jenis obat** | **Regimen** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |