

LAMPIRAN 1

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth:
RSUD Banten
Di Banten

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Kintan Nuralulia Hefi
NIM : 20170302137
No. Hp : 081278404057
E-mail : hkintannuraulia@gmail.com
Alamat : Jl. Arjuna Utara No.17 RT.1/ RW.2 Kelurahan Duri Kepa,
Kecamatan Kebon Jeruk, Jakarta Barat

Mahasiswa Jurusan Gizi Universitas Esa Unggul, bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Tingkat Kecukupan Cairan, Natrium, Kalium, Lama Hemodialisa dan Kejadian *Interdialytic Weight Gain* (IDWG) Pasien Rawat Jalan Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa di RSUD Banten”. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan Tingkat Kecukupan Cairan, Natrium, Kalium, Lama Hemodialisa dan Kejadian *Interdialytic Weight Gain* (IDWG) Pasien Rawat Jalan Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa di RSUD Banten. Manfaat penelitian ini bagi responden yaitu dapat digunakan sebagai masukan untuk mengetahui asupan zat gizi yang baik untuk pasien gagal ginjal kronik di RSUD Banten.

Pengambilan data ini tidak menimbulkan kerugian dan bahaya bagi pasien RSUD Banten, apabila menimbulkan kerugian setelah pengambilan data bisa menghubungi *contact person* yang tercantum diatas dan akan segera diberikan penanganan sesuai prosedur yang ada. Kerahasiaan data akan tetap terjaga hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja, sebagai ucapan terimakasih responden akan mendapat kenang-kenangan. Atas perhatiannya saya ucapkan terimakasih. Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Banten, 2019

LAMPIRAN 3 : KUESIONER PENELITIAN

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN TINGKAT KECUKUPAN CAIRAN, NATRIUM, KALIUM, LAMA HEMODIALISA DAN KEJADIAN *INTERDYALITIC WEIGHT GAIN* (IDWG) PASIEN RAWAT JALAN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN HEMODIALISA DI RSUD BANTEN

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur : Tahun
3. Jenis kelamin : L / P
4. Tinggi badan :
5. Berat badan :

B. DATA MEDIS RESPONDEN

1. Berat badan post hemodialisa 1 : kg
2. Berat badan pre hemodialisa 2 : kg
3. Persentase IDWG : %
4. Lama hemodialisa : bulan

A. ≤ 1 tahun

B. > 1 tahun

LAMPIRAN 4

Form Recall 24 jam

Nama :

Tanggal :

Waktu Makan	Hidangan	Bahan Makanan	URT	Gram	ml
Pagi					
Selingan					
Siang					
Selingan					
Malam					