LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN *INTERDIALYTIC WEIGHT GAIN* (IDWG), KEPATUHAN DIET, DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN HEMODIALISA DI KOMUNITAS IKCC (INDONESIA KIDNEY CARE CLUB) SELAMA MASA PANDEMI COVID-19

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (Informed Consent)

Kepada Yth. Responden

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi program studi Ilmu Gizi Universitas Esa Unggul

Nama : Diana Fitri Zakiyah

NIM : 20160302056

Bermaksud akan melakukan penelitian mengenai "Hubungan *Interdialytic Weight Gain* (IDWG), Kepatuhan Diet, Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa di Komunitas IKCC (Indonesia Kidney Care Club Selama Masa Pandemi Covid-19". Saya mengharapkan kesediaan dari Bapak/Ibu untuk bersedia dilakukan wawancara yang sehubungan dengan penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan Bapak/Ibu informasi yang diberikan hanya digunakan untuk pengembangan ilmu gizi tidak untuk maksud lain-lain. Untuk itu saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Bersedia untuk menjadi responden dan mengisi kuesioner yang berkaitan dengan penelitian ini.

Jakarta,.....

Responden

(_____)

LAMPIRAN 2

INSTRUMEN A

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode Responden

Nama : _____

Umur : _____ tahun

Alamat : _____

Jenis Kelamin : 1. ( ) Laki-laki 2. ( ) Perempuan

Status : 1. ( ) Belum Menikah 2. ( ) Menikah
3. ( ) Janda/duda

Agama : 1. ( ) Islam 2. ( ) Kristen Katolik
3. ( ) Kristen Protestan 4. ( ) Budha
5. ( ) Hindu

Suku : 1. ( ) Jawa 2. ( ) Betawi
3. ( ) Sunda 4. ( ) Batak
5. ( ) Lain-lain, Sebutkan .....

Pendidikan : 1. ( ) Tidak Sekolah 2. ( ) SD
3. ( ) SMP/Sederajat 4. ( ) SMA/Sederajat
5. ( ) Diploma 6. ( ) SI
7. ( ) S2 8. ( ) S3

Pekerjaan : 1. ( ) PNS/TNI/Polri 2. ( ) Wiraswasta
3. ( ) Pedagang 4. ( ) Pegawai BUMN
5. ( ) Lain-lain, Sebutkan .....

Lama Menjalani Hemodialisa : 1. ( ) < 1 tahun 2. ( ) > 2 tahun
3. ( ) Lain-lain, Sebutkan .....

Frekuensi Hemodialisa : 1. ( ) 2x seminggu 2. ( ) 3x seminggu
3. ( ) Lain-lain, Sebutkan .....

Penyakit Penyerta : 1. ( ) DM 2. ( ) Hipertensi

3. ( ) Jantung 4. ( ) Hati

5. ( ) Lain-lain, Sebutkan .....

Dimana anda menjalankan Hemodialisa : _____

Obat yang Dikonsumsi : _____

Apakah ada kesulitan untuk pergi menjalankan Hemodialisa selama masa Pandemi Covid-19, Jika ada jelaskan kesulitannya : _____

Apakah ada kesulitan makan Selama masa Pandemi Covid-19, Jika ada jelaskan kesulitannya : _____

Apakah anda sering berkonsultasi dengan Ahli Gizi terkait asupan untuk penyakit anda? Jika tidak, berikan alasannya : _____

LAMPIRAN 3

INSTRUMEN B

FORMULIR PENILAIAN KUALITAS HIDUP (WHOQOL-BREF)

Kode Responden

Pertanyaan dibawah ini terkait perasaan anda terhadap kualitas hidup anda sendiri, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda sendiri. Pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan perasaan anda, jika anda tidak yakin dengan jawaban anda, apa yang ada dipikiran anda itu merupakan jawaban yang terbaik.

Pikirkanlah segala standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian anda sendiri. Kami bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda dalam empat minggu terakhir.

Pilihlah jawaban yang paling sesuai menurut anda.

Apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda pada empat minggu terakhir						
		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda ?	1	2	3	4	5
		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pernyataan berikut adalah tentang seberapa sering anda telah mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir						
		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berufungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?	5	4	3	2	1
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam	1	2	3	4	5

	kehidupan anda sehari-hari?					
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)?	1	2	3	4	5
Pernyataan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir						
		Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering kali	Sepenuhnya dialami
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering anda memiliki	1	2	3	4	5

	kesempatan untuk bersenang-senang/berekreasi?					
		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5
		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16.	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puaskah anda	1	2	3	4	5

	terhadap diri anda?					
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/sosial anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?	1	2	3	4	5

Pernyataan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir						
		Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperi '*feeling blue'* (kesepian), putus asa,cemas dan depresi?	5	4	3	2	1

LAMPIRAN 4

INSTRUMEN C

KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

Kode Responden

Petunjuk :

Berikan tanda (√) pada setiap kolom jawaban yang tersedia dibawah ini, isilah sesuai dengan kondisi dan situasi yang anda alami.

S = Sering

SS = Sangat Sering

J = Jarang

TP = Tidak Pernah

No	Pertanyaan	TP	J	S	SS
1.	Keluarga membantu saya dalam mengatasi masalah perekonomian dengan memberikan bantuan dana				
2.	Keluarga perduli terhadap makanan dan minuman yang saya konsumsi				
3.	Keluarga dekat dan teman-teman saya mengunjungi saya waktu sakit				
4.	Keluarga membantu saya melakukan aktivitas yang tidak bisa saya lakukan				
5.	Keluarga memberikan kekuatan pada saya untuk mengatasi rasa takut saat mengikuti terapi hemodialisa				
6.	Saya dan anggota keluarga lainnya berdiskusi untuk mengatasi masalah yang timbul karena penyakit saya				
7.	Keluarga mencari informasi tentang pengobatan alternatif untuk membantu saya dalam penyembuhan penyakit saya				

8.	Keluarga saya memberi dukungan berupa informasi dalam mengatasi komplikasi akibat terapi hemodialisa				
9.	Keluarga memberi semangat kepada saya untuk tetap mengikuti terapi hemodialisa secara rutin dan teratur				
10.	Keluarga memberikan suasana nyaman ketika saya dirumah				
11.	Keluarga melarang saya untuk tetap menjalin hubungan dengan lingkungan sekutar saya				
12.	Keluarga membiarkan saya bersedih karena penyakit yang saya derita				
13.	Keluarga memberikan nasihat untuk mengatasi efek samping yang timbul akibat hemodialisa				
14.	Keluarga berusaha memberikan semangat bagi saya untuk mempertahankan pengobatan hemodialisa				
15.	Keluarga mengarahkan saya pada orang yang menjalani hemodialisa untuk mendapatkan nasihat dan saran				
16.	Keluarga memberi dorongan kepada saya untuk berserah diri dan beribadah kepada Tuhan				
17.	Keluarga meminta pendapat saya terhadap pelaksanaan terapi hemodialisa pada saya				
18.	Keluarga memeberikan semangat kepada saya untuk melakukan aktivitas sehari-hari				
19.	Keluarga membandingkan kondisi saya dengan orang lain yang menderita penyakit lebih parah				
20.	Keluarga memuji tindakan saya dalam melakukan tindakan sehari-hari.				

LAMPIRAN 5

INSTRUMEN D

KUESIONER KEPATUHAN DIET

Kode Responden

Petunjuk :

Berikan tanda (X) pada setiap nomor jawaban yang tersedia dibawah ini, isilah sesuai dengan kondisi anda.

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Kapan terakhir kali seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi atau staf medis lainnya) berbicara kepada anda tentang pembatasan cairan anda?	1. Minggu ini 2. Minggu lalu 3. Sebulan yang lalu 4. Lebih dari sebulan yang lalu 5. Ketika saya memulai perawatan dialisis 6. Tidak pernah 7. Lainnya, sebutkan _____
2.	Seberapa sering profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi atau staf medis lainnya) berbicara dengan anda tentang pentingnya pembatasan cairan	1. Setiap perawatan dialisis 2. Setiap minggu 3. Setiap bulan 4. Setiap 2 sampai 3 bulan 5. Setiap 4 sampai 6 bulan 6. Ketika saya memiliki darah abnormal atau hasil test lainnya (misalnya, tekanan darah) 7. Jarang

		8. Tidak teratur 9. Tidak pernah 10. Lainnya, sebutkan _____
3.	Selama minggu lalu, seberapa sering anda mengikuti pembatasan cairan yang di rekomendasikan?	1. Setiap waktu 2. Sebagian besar waktu 3. Sekitar separuh waktu 4. Sangat jarang 5. Tidak ada waktu
4.	Menurut anda seberapa penting membatasi asupan cairan anda?	1. Sangat penting 2. Cukup penting 3. Sedikit penting 4. Tidak penting
5.	Menurut anda, mengapa penting bagi anda untuk membatasi asupan cairan anda? (Pilih salah satu jawaban terbaik menurut anda).	1. Karena saya memahami sepenuhnya kondisi ginjal saya memerlukan pembatasan asupan cairan 2. Karena membatasi asupan cairan penting untuk menjaga kesehatan tubuh 3. Karena seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi atau staf medis lainnya) menyuruh saya melakukannya. 4. Karena saya sakit setelah saya minum banyak cairan

		5. Karena saya dirawat dirumah sakit setelah minum banyak cairan 6. Saya tidak berfikir bahwa membatasi cairan itu sangat penting bagi saya 7. Lainnya, sebutkan _____
6.	Apakah anda mengalami kesulitan dalam membatasi asupan cairan?	1. Tidak 2. Iya
7.	Seberapa banyak kesulitan yang anda alami dalam mengikuti rekomendasi pembatasan cairan?	1. Tidak ada kesulitan 2. Sedikit kesulitan 3. Kesulitan sedang 4. Banyak kesulitan 5. Saya sama sekali tidak mengikuti rekomendasi apapun
8.	Jika anda mengalami kesulitan dalam mengikuti pembatasan cairan anda, jenis kesulitan apa yang anda punya?	1. Tidak ada kesulitan 2. Tidak tertarik 3. Saya tidak dapat mengontrol asupan cairan 4. Saya tidak mengerti bagaimana mengikuti pembatasan cairan 5. Lainnya, sebutkan _____
9.	Selama seminggu terakhir, berapa kali anda menimbang berat badan anda sendiri dirumah (diluar pusat dialisis)?	1. Lebih dari 3 kali 2. 3 kali 3. 2 kali 4. 1 kali

		5. Tidak ada waktu 6. Lainnya, sebutkan _____
10.	Menurut anda seberapa penting menimbang berat badan setiap hari?	1. Sangat penting 2. Cukup penting 3. Sedikit penting 4. Tidak penting
11.	Kapan terakhir kali seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi atau staf media lainnya) berbicara dengan nda tentang diet anda?	1. Minggu ini 2. Minggu lalu 3. Sebulan yang lalu 4. Lebih dari sebulan yang lalu 5. Ketika saya pertama kali memulai perawatan dialisis 6. Tidak pernah 7. Lainnya, sebutkan _____
12.	Seberapa sering profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi atau staf medis lainnya) berbicara dengan anda tentang pentingnya mengikuti diet yang benar ?	1. Setiap perawatan dialisis 2. Setiap minggu 3. Setiap bulan 4. Setiap 2 sampai 3 bulan 5. Setiap 4 sampai 6 bulan 6. Ketika saya memiliki darah abnormal dan hasil test (misalya, tekanan darah) 7. Jarang 8. Tidak teratur 9. Tidak pernah 10. Lainnya, sebutkan _____

13.	Menurut anda, seberapa penting untuk memperhatikan jenis makanan yang anda makan setiap hari?	1. Sangat penting 2. Cukup penting 3. Sedikit penting 4. Tidak penting
14.	Menurut anda, mengapa penting bagi anda untuk menjaga pola makan setiap hari? (Pilih satu jawaban terbaik menurut anda)	1. Karena saya sangat memahami bahwa kondisi ginjal saya perlu memperhatikan pola makan saya 2. Karena memperhatikan diet saya penting untuk menjaga tubuh saya agar tetap sehat 3. Karena seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi saya) menyuruh saya untuk melakukannya. 4. Karena saya sakit setelah makan makanan tertentu yang tidak seharusnya saya makan. 5. Karena saya dirawat dirumah sakit setelah makan makanan tertentu yang tidak seharusnya saya makan 6. Saya tidak berfikir untuk memperhatikan diet saya penting untuk saya 7. Lainnya, sebutkan _____

15.	Apakah anda mengalami kesulitan dalam mengikuti rekomendasi diet anda?	1. Tidak 2. Iya
16.	Seberapa besar kesulitan yang anda alami dalam megikuti rekomendasi diet anda?	1. Tidak ada kesulitan 2. Sedikit kesulitan 3. Kesulitan sedang 4. Banyak kesulitan 5. Saya sama sekali tidak mengikuti rekomendasi apapun
17.	Jenis kesulitan apa yang anda alami dalam memenuhi rekomendasi diet anda?	1. Tidak berlaku: tidak ada kesulitan 2. Saya tidak mau mengontrol apa yang saya makan 3. Saya tidak dapat menghindari makanan tertentu yang tidak direkomendasikan 4. Saya tidak mengerti jenis diet apa yang harus diikuti 5. Lainnya, sebutkan _____
18.	Selama minggu lalu, berapa kali anda mengikuti anjuran diet?	1. Setiap waktu 2. Sebagian besar waktu 3. Sekitar separuh waktu 4. Sangat jarang 5. Tidak ada waktu

LAMPIRAN 6

INSTRUMEN E

KUESIONER *INTERDIALYTIC WEIGHT GAIN* (IDWG)

Kode Responden

No. Px	Berat badan		Selisih BB	% Penambahan BB
	Post Dialisis 1	Pre Dialisis 2		(BB pre dialisis 2 – BB post dialisis 1) x 100% / BB post dialisis 1