**Lampiran 1**

**INSTRUMEN PENELITIAN**

**INTERVENSI KEPERAWATAN “SEHAT” TERHADAP PENINGKATAN KUALITAS HIDUP HEMODIALISIS YANG MENGALAMI HIPERTENSI INTRADIALISIS**

**Petunjuk :**

Kuesioner A berisi tentang biodata responden, kuesioner B berisi tentang data kondisi kesehatan responden. Berilah tanda (√) pada kolom yang disediakan dan isilah pada \_\_\_\_\_\_\_\_\_ yang disediakan

1. **Biodata Responden**

 **Tanggal Pengambilan data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Kode responden | : |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. | Umur | : |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tahun  |
| 3. | Jenis kelamin | : |  | Laki – laki Perempuan |
| 4 | Agama | : |   | Islam Budha HinduKristen Katolik |
| 5.6. 7.8.9. | Pendidikan PekerjaanPenghasilan perbulan Pembiayaan pengobatanStatus perkawinan | *:*::*:* |  | SD SMP SMA Diploma SarjanaPasca SarjanaPNS/TNI/ Polisi WirawsastaSwasta Tidak BekerjaRp\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BPJS Ditanggung keluargaAskes swasta Biaya sendiri Ditanggung kantor Belum MenikahSudah Menikah |
| 10 | Menjalani HD Ke | : |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. ***INSTRUMENT* KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK *(KIDNEY DISEASE QUALITY OF LIFE-KDQOL)***
2. **Secara umum, bagaimana Anda akan mengatakan kesehatan Anda saat ini?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Luar biasa | Sangat baik | Baik | Kurang | Buruk |
|  |  |  |  |  |

**Hal-hal berikut adalah tentang kegiatan yang mungkin Anda lakukan setiap hari. Apakah kesehatan Anda sekarang membatasi Anda dalam kegiatan? Jika demikian, seberapa banyak keterbatasan Anda?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Ya, sangat terbatas* | *Ya, sedikit terbatas* | *Tidak terbatas sama sekali* |
| 2 | Aktifitas sedang seperti memindahkan meja, menyapu, joging/jalan santai |  |  |  |
| 3 | Menaiki beberapa anak tangga |  |  |  |

**Selama 4 minggu terakhir apakah Anda mengalami masalah-masalah berikut dibawah ini dengan pekerjaan Anda atau aktifitas Anda sehari-hari sebagai akibat dari kesehatan fisik Anda ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Ya* | *Tidak* |
| 4 | Menyelesaikan pekerjaan atau aktifitas tidak tepat waktu |  |  |
| 5 | Terbatas dalam melakukan pekerjaan atau aktifitas lainnya |  |  |

**Selama 4 minggu terakhir apakah pekerjaan atau aktifitas sehari-hari Anda mengalami beberapa masalah dibawah ini sebagai akibat dari masalah emosi Anda (seperti merasa sedih/tertekan atau cemas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Ya* | *Tidak* |
| 6 | Menyelesaikan pekerjaan atau aktifitas lebih lama |  |  |
| 7 | Tidak melakukan pekerjaan atau aktivitas lain dengan hati-hati seperti biasanya |  |  |

1. **Dalam 4 minggu terakhir, seberapa besar rasa sakit/nyeri menganggu pekerjaan anda sehari-hari (termasuk pekerjaan diluar rumah dan pekerjaan didalam rumah)?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Tidak mengganggu sedikitpun* | *Sedikit mengganggu* | *Cukup mengganggu* | *Sangat mengganggu* | *Sangat mengganggu sekali* |
|  |  |  |  |  |

**Pertanyaan-pertanyaan dibawah ini adalah tentang bagaimana perasaan Anda dalam 4 minggu terakhir. Untuk setiap pertanyaan silahkan beri 1 jawaban yang paling sesuai dengan perasaan Anda.**

**Berapa banyak yang Anda rasakan selama 4 minggu terakhir?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Selalu* | *Hampir selalu* | *Sering* | *Kadang-kadang* | *Jarang* | *Tidak pernah* |
| 9 | Apakah Anda merasa tenang dan damai? |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Apakah Anda merasa memiliki banyak energi / tenaga? |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Apakah Anda merasa putus asa dan sedih? |  |  |  |  |  |  |

1. **Dalam 4 minggu terakhir seberapa sering kesehatan fisik anda atau masalah emosi mempengaruhi kegiatan sosial anda (seperti mengunjungi teman, saudara dan lain-lain) ?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Selalu*  | *Sering* | *Kadang-kadang* | *Jarang* | *Tidak pernah* |
|  |  |  |  |  |

**Seberapa benar atau salah setiap pernyataan berikut bagi Anda?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Sangat benar* | *Benar* | *Tidak tahu* | *Salah* | *Sangat salah* |
| 13 | Penyakit ginjal saya terlalu banyak mengganggu kebidupan Saya. |  |  |  |  |  |
| 14 | Terlalu banyak waktu yang saya habiskan dengan penyakit ginjal Saya. |  |  |  |  |  |
| 15 | Saya merasa frustasi dan putus asa berpikir tentang penyakit ginjal Saya. |  |  |  |  |  |
| 16 | Saya merasa menjadi beban bagi keluarga Saya |  |  |  |  |  |
| **Selama 4 minggu terakhir, sejauh mana Anda terganggu keluhan-keluhan berikut ini?** |
|  |  | *Tidak terganggu sama sekali* | *Agak terganggu* | *Cukup terganggu* | *Terganggu* | *Sangat terganggu* |
| 17 | Nyeri otot |  |  |  |  |  |
| 18 | Nyeri dada |  |  |  |  |  |
| 19 | Kram |  |  |  |  |  |
| 20 | Kulit terasa gatal |  |  |  |  |  |
| 21 | Kulit kering |  |  |  |  |  |
| 22 | Sesak napas |  |  |  |  |  |
| 23 | Pusing dan sakit kepala |  |  |  |  |  |
| 24 | Tidak nafsu makan |  |  |  |  |  |
| 25 | Rasa kering dan haus berlebihan |  |  |  |  |  |
| 26 | Kaki dan tangan kesemutan (kebas) |  |  |  |  |  |
| 27 | Merasa mual dan ingin muntah |  |  |  |  |  |
| 28 | Timbul masalah pada akses vaskuler |  |  |  |  |  |

**Seberapa besar efek penyakit ginjal mengganggu kehidupan Anda?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Tidak terganggu sama sekali* | *Agak terganggu* | *Cukup terganggu* | *Terganggu* | *Sangat terganggu* |
| 29 | Pembatasan cairan? |  |  |  |  |  |
| 30 | Pembatasan diit? |  |  |  |  |  |
| 31 | Kemampuan beraktifitas di sekitar rumah? |  |  |  |  |  |
| 32 | Kebiasaan bepergian? |  |  |  |  |  |
| 33 | Ketergantungan pada dokter dan tenaga kesehatan lain? |  |  |  |  |  |
| 34 | Stress atau khawatir akibat penyakit ginjal? |  |  |  |  |  |
| 35 | Aktifitas seksual? |  |  |  |  |  |
| 36 | Penampilan fisik |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Bagaimana kualitas tidur Anda dalam 4 minggu terakhir?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Selalu* | *Hampir selalu* | *Sering* | *Kadang-kadang* | *Jarang* | *Tidak pernah* |
| 37 | Terbangun malam hari dan sulit tidur kembali |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Dapat tidur sesuai yang dibutuhkan (cukup tidur) |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Mengantuk sepanjang hari |  |  |  |  |  |  |

1. Selama 4 minggu terakhir, pada skala 0 sampai 10, bagaimana anda menilai kualitas tidur anda secara keseluruhan? **(lingkari satu nomer)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Sangat buruk Sangat baik**

**Tanggal pengisian :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tanda tangan responden :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**