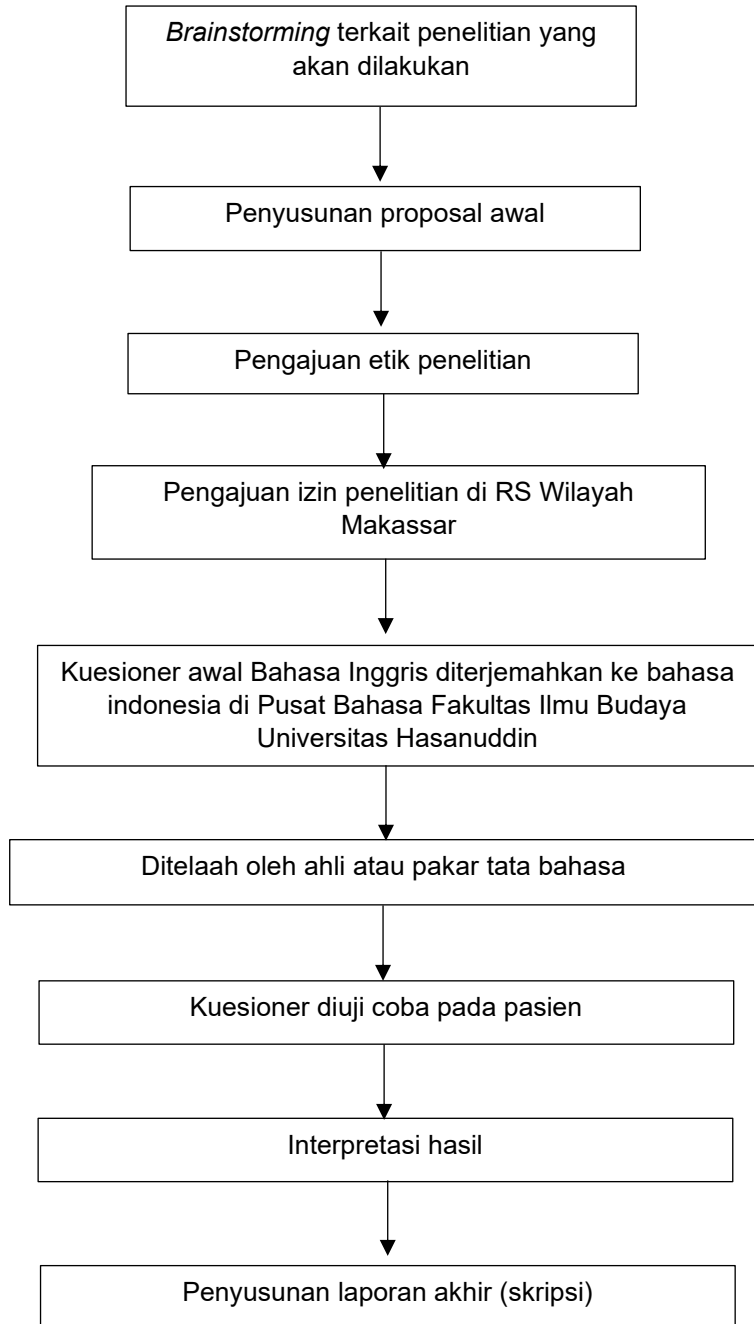


DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, A., Salwani, D., Muhsin, M., Khairi, A. B., & Syukri, M. (2021). Puasa ramadhan dan pengaruhnya terhadap progresifitas penyakit ginjal kronik. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 21(3).
- Arifin, H., Kardela, W., & Hafizah, H. (2020). Studi Cross Sectional Pelayanan Informasi Obat Diabetes Melitus Tipe 2 Terhadap Keberhasilan Terapi Pasien Usia Lanjut Di Rawatan Inap Penyakit Dalam UP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Farmasi Higea*, 12(1), 109-114.
- Bujang, M. A., Omar, E. D., Foo, D. H. P., & Hon, Y. K. (2024). Sample size determination for conducting a pilot study to assess reliability of a questionnaire. *Restorative dentistry & endodontics*, 49(1).
- Cheng, H. T., Xu, X., Lim, P. S., & Hung, K. Y. (2021). Worldwide epidemiology of diabetes-related end-stage renal disease, 2000–2015. *Diabetes Care*, 44(1), 89-97.
- Era Widia, S., & Nadya Nailil, G. (2022). Korelasi antar dukungan keluarga, efikasi diri dan kepatuhan hemodialisis pada pasien GGK. *Journal of Nuing Invention*, 3(1), 7-15.
- Kim, Y., Evangelista, L. S., Philips, L. R., Pavlish, C., & Kopple, J. D. (2010). The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. *Nephrol Nurs J.*, 37(4).
- Mardhatillah, M., Ain, A., Syafar, M., & Hardianti, A. (2020). Ketahanan Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di up Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, 3(1).
- Putri, P., & Afandi, A. T. (2022). Eksplorasi kepatuhan menjalani hemodialisis pasien gagal ginjal kronik. *Jurnal Keperawatan*, 11(2), 37-44.
- Puspitasari, W. D., & Febrinita, F. (2021). Pengujian Validasi Isi (Content Validity) Angket Persepsi Mahasiswa terhadap Pembelajaran Daring Matakuliah Matematika Komputasi. *Journal Focus Action of Research Mathematic (Factor M)*, 4(1), 77-90.
- Rahayu, S., & Chen, H. M. (2020). Penerjemahan Dan Validasi Kuesioner “Educational Needs Of Caregivers Instrumen” Ke Dalam Bahasa Indonesia Pada Caregivers Pasien Gagal Jantung. *Jurnal Kesehatan*, 13(1), 35-45.
- Rahman, M. S. (2019). Aplikasi Rekapitulasi Kuesioner Hasil Proses Belajar Mengajar Pada STMIK Indonesia Banjarmasin Menggunakan Java. *Technologia: Jurnal Ilmiah*, 10(3), 165-171.
- Reaginta, T., Afriansyah, M. A., Ethica, S. N., & Widyana, A. R. (2022). Sosialisasi Pencegahan Penyakit Ginjal Kronik Pada Kelompok Remaja: Sebuah Kewaspadaan Dini Penyakit Ginjal. *Jurnal Inovasi Dan Pengabdian Masyarakat Indonesia*, 1(4), 1-4.

- Rifqo, M. H., Prabowo, D. A., & Haura, M. (2019). Perbandingan Metode Certainty Factor dan Dempster-Shafer Pada Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Gigi dan Mulut. *Jurnal Informatika Upgris*, 5(2).
- Rohmaniah, F. A., & Sunarno, R. D. (2022). Efikasi Diri untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 13(1), 164-175.
- Rozi, N. R. B., Ali, W. A. S. R. W., Draman, C. R. B., & Pasi, H. B. (2021). The validation of questionnaire on end-of-life care knowledge, perceptions, and preferences among end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(1), 99.
- Sanaky, M. M. (2021). Analisis Faktor-Faktor Keterlambatan Pada Proyek Pembangunan Gedung Asrama Man 1 Tulehu Maluku Tengah. *Jurnal Simetrik*, 11(1), 432-439.
- Sari, A., Lestari, N. Y., & Perwitasari, D. A. (2015). Validation Of European Quality Of Life ST-5 Dimensions (EQ-5D) Indonesia Versions Of Hypertension Patients In Health Care Center Kotagede II Yogyakarta. *Pharmacia*, Vol. 5, No. 2, 2015: 131-138
- Suryana, I., & Nurhayati, N. (2022). Hubungan Antara Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita TB Paru. *Indonesian Journal of Nursing Sciences and Practice*, 4(2), 93-98.
- Suryadi, T., Alfiya, F., Yusuf, M., Indah, R., Hidayat, T., & Kulsum, K. (2023). Content Validity for The Research Instrumen Regarding Teaching Methods of The Basic Principles of Bioethics. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia: The Indonesian Journal of Medical Education*, 12(2), 186-202.
- Sundram, S., & Romli, N. (2023). A Pilot Study to Test the Reliability and Validity of The Research Instrumen. *Malaysian Journal of Social Sciences and Humanities (MJSSH)*, 8(3), 149-149.
- Suseno, D. (2021). Validasi metode analisis formalin dan aplikasinya pada ikan asin. *Jurnal Agroindustri Halal*, 7(2), 173-182.
- Tugiman, T., Herman, H., & Yudhana, A. (2022). Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuesioner Model Utaut Untuk Evaluasi Sistem Pendaftaran Online Rumah Sakit. *JATISI (Jurnal Teknik Informatika dan Sistem Informasi)*, 9(2), 1621-1630.
- Wijayanti, S. (2023). Hubungan Dukungan Sosial Dan Depresi Terhadap Kepatuhan Pasien Yang Menjalani Hemodialisi. *Jurnal Keperawatan BSI*, 11(2), 120-128.
- Yani, D. A., Sarnianto, P., & Anggriani, Y. (2020). Faktor-Faktor Risiko Pasien Hemodialisis di UD Arjawinangun dan UD Waffled Kabupaten Cirebon. *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*, 5(1), 71-84

LAMPIRAN**Lampiran 1. Skema**

Lampiran 2. Dokumentasi



Gambar 1. Dokumentasi pengambilan data di rumah sakit

Lampiran 3. Persetujuan Etik



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

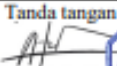
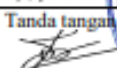
Jln. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658,
E-mail : fkm.unhas@gmail.com, website: <https://fkm.unhas.ac.id/>

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 884/UN4.14.1/TP.01.02/2024

Tanggal: 03 April 2024

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No. Protokol	26324091076	No. Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	Graciella Valencia Ambakaraeng	Sponsor	Pribadi
Judul Peneliti	Validasi Kuesioner ESRD-AQ Untuk Mengukur Ketidapatuhan Pasien Hemodialisis Di RS Umum di Kota Makassar		
No. Versi Protokol	1	Tanggal Versi	26 Maret 2024
No. Versi PSP	1	Tanggal Versi	26 Maret 2024
Tempat Penelitian	RS wilayah Kota Makassar		
Judul Review	<input checked="" type="checkbox"/> Exempted <input type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard	Masa Berlaku 03 April 2024 Sampai 03 April 2025	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama : Prof.dr.Veni Hadju,M.Sc,Ph.D	Tanda tangan	Tanggal  03 April 2024
Sekretaris komisi Etik Penelitian	Nama : Dr. Wahiduddin, SKM.,M.Kes	Tanda tangan	Tanggal  03 April 2024

Kewajiban Peneliti Utama :

1. Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
2. Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
3. Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
4. Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
5. Melaporkan penyimpangan dari protocol yang disetujui (protocol deviation/violation)
6. Mematuhi semua peraturan yang ditentukan

Lampiran 4. Surat Izin Penelitian

Lampiran 4.1 Surat Izin Penelitian Rumah Sakit Ibnu Sina



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

No : 0155/B.09/III.2/RS.IBNUSINA/XI/2023

Lamp :

Hal : Penyampaian

Kepada Yth.

Direktur Pelayanan Medik

Di -

Rumah Sakit "Ibnu Sina" YW-UMI Makassar

Assalamu Alaikum Wr. Wb

Dengan Rahmat Allah SWT, sehubungan dengan surat dari Dekan Fakultas Farmasi Unhas, No Srt : 12512/UN4.17/PT.01.04/2023, perihal : Permohonan Izin Penelitian, maka dengan ini kami sampaikan bahwa:

Nama : A. Anggriani, S.Si.M.Clin.Pharm., Apy

NIM : 199305062020054001

Judul : A Pilot Multinational Study On Medication Adherence Among Patient On Hemodialysis

Mohon kiranya dibantu untuk kegiatan tersebut, dan akan dilaksanakan 23 November – 7 Desember 2023

Demikian surat ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 22 November 2023

Mengetahui,
Direktur Pelayanan & SDM

Dr. dr. Shoffiyah Latief, M.Kes, Sp.Rad(K)

Cc. Arsip

Kabid Penelitian, Publikasi & Peng. Masyarakat.

dr. Sidrah Darma, Sp.A

Lampiran 4.2 Surat Izin Penelitian RSUD Labuang Baji



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
UMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUANG BAJI

Jl. Dr. RATULANGI NO. 81 Telp. 873482 - 872120 - 872836 - 874684 Fax : 0411-830454
 E-mail: rumahsakitlebuangbaji@yahoo.co.id

MAKASSAR

REKOMENDASI

Nomor: 800.2.2.6/ 243 /LB-02/VIII/2023

Berdasarkan Surat dari Universitas Hasanuddin Fakultas Farmasi Makassar Nomor : 11535/UN4.17/PT.01.04/2023 Tanggal 05 Agustus 2023 Perihal : Izin Penelitian, dengan ini di sampaikan bahwa yang tersebut namanya di bawah ini :

Nama : A.Anggriani, S.Si. M. Clin.Pharm, Apt
 NIM : 199305062020054001
 Program Studi : S2 Farmasi
 Pekerjaan : Lembaga
 Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar

Diberikan rekomendasi untuk :

Melakukan Pengambilan Data Awal/Penelitian dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah/Skripsi/Tesis 2023 di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Dengan Judul **"A PILOT MULTINATIONAL STUDY ON MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENT ON HEMODIALYSIS"**

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 14 Agustus 2023

An. Waduk, Umum, SDM dan
 Pendidikan
 Kepala Bagian Diklat

 dr. H. NURUL AMIN, M.KES
 NIP.19690622 200212 2 003

Lampiran 5. Kuesioner Sebelum Validasi

Bagian A : Informasi Sosiodemografi

Nama :
 Usia :
 Suku :
 Jenis kelamin :
 Status perkawinan :
 Tingkat Pendidikan :
 Status pekerjaan :
 Pendapatan :
 Jumlah tanggungan :
 Penyakit Penyerta :

Bagian B : Pengobatan

No	Pertanyaan	Tanggapan
1.	Kapan terakhir kali seorang professional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara kepada anda tentang obat-obatan anda ?	<input type="checkbox"/> Pekan ini ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Pekan lalu ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Sebulan yang lalu ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Lebih dari sebulan yang lalu ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Ketika saya pertama kali memulai perawatan hemodialisis ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Tidak pernah ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> Lainnya (Sebutkan) ⁽⁷⁾ :
2.	Seberapa sering seorang professional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara kepada anda tentang pentingnya minum obat sesuai yang diperintahkan ?	<input type="checkbox"/> Setiap perawatan hemodialisis ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Setiap pekan ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Setiap bulan ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Setiap 2 sampai 3 bulan ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Setiap 4 sampai 6 bulan ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Ketika saya memiliki tes darah atau hasil tes lainnya yang tidak normal ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> Jarang ⁽⁷⁾ <input type="checkbox"/> Tidak teratur ⁽⁸⁾ <input type="checkbox"/> Tidak pernah ⁽⁹⁾ <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) ⁽¹⁰⁾ :
3.	Menurut Anda, seberapa pentingkah meminum obat sesuai jadwal ?	<ul style="list-style-type: none"> • Sangat penting sekali⁽¹⁾ • Sangat penting⁽²⁾ • Cukup penting⁽³⁾

		<ul style="list-style-type: none"> • Sedikit penting⁽⁴⁾ • Tidak penting⁽⁵⁾
4.	Menurut Anda, mengapa penting untuk meminum obat sesuai jadwal ? (Pilihlah satu jawaban yang paling tepat untuk Anda).	<ul style="list-style-type: none"> • Karena saya memahami sepenuhnya bahwa kondisi ginjal saya mengharuskan saya untuk minum obat sesuai jadwal⁽¹⁾ • Karena minum obat penting untuk menjaga kesehatan tubuh saya⁽²⁾ • Karena tenaga medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau tenaga medis lainnya) menyuruh saya melakukannya⁽³⁾ • Karena saya memiliki pengalaman bahwa saya sakit setelah saya melewatkan minum obat⁽⁴⁾ • Karena saya memiliki pengalaman bahwa saya dirawat di rumah sakit setelah saya melewatkan minum obat⁽⁵⁾ • Menurut saya, minum obat tidak penting bagi saya⁽⁶⁾ • Lainnya (sebutkan)⁽⁷⁾:
5.	Pernahkah anda mengalami kesulitan saat meminum obat anda	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak⁽¹⁾ • Ya⁽²⁾
6.	Seberapa besar kesulitan yang anda alami dalam meminum obat yang diresepkan ?	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada kesulitan⁽¹⁾ • Sedikit kesulitan⁽²⁾ • Kesulitan sedang⁽³⁾ • Banyak kesulitan⁽⁴⁾ • Sangat kesulitan⁽⁵⁾
7.	Berapa jumlah total obat yang anda konsumsi ?	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3⁽¹⁾ • 4-7⁽²⁾ • 8-11⁽³⁾ • 12-15⁽⁴⁾ • >15⁽⁶⁾
8.	Apa masalah obat yang paling umum yang Anda hadapi ?	<ul style="list-style-type: none"> • Obat yang diresepkan tidak tersedia⁽¹⁾ • Memutuskan untuk menggunakan obat yang tidak diperlukan⁽²⁾ • Terlalu banyak obat/bahan aktif yang

		<p>diresepkan untuk indikasi yang sama⁽³⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informasi yang diperlukan tidak diberikan atau saran yang diberikan tidak tepat⁽⁴⁾ • Instruksi waktu pemberian dosis salah, tidak jelas atau tidak ada⁽⁵⁾ • Lainnya⁽⁶⁾ :
9.	Selama seminggu terakhir, seberapa sering Anda melewatkan obat yang diresepkan ?	<ul style="list-style-type: none"> • Saya tidak melewatkan pengobatan saya⁽¹⁾ • Sangat jarang⁽²⁾ • Sekitar separuh waktu⁽³⁾ • Hampir setiap saat⁽⁴⁾ • Setiap saat⁽⁵⁾
10.	Apa alasan utama Anda tidak meminum obat yang diresepkan dalam seminggu terakhir ini ?	<ul style="list-style-type: none"> • Saya tidak pernah melewatkan meminum obat⁽¹⁾ • Lupa minum obat⁽²⁾ • Lupa memesan obat⁽³⁾ • Biaya obat⁽⁴⁾ • Tidak nyaman⁽⁵⁾ • Saya dirawat di rumah sakit⁽⁶⁾ • Efek samping (Lanjut ke pertanyaan #11)⁽⁷⁾ • Lainnya⁽⁸⁾ :
11.	(Jawablah pertanyaan ini jika anda telah menandai pertanyaan di atas sebagai "efek samping") Apa jenis efek samping dari obat yang anda minum? (Pilihlah satu jawaban terbaik yang sesuai dengan kondisi anda)	<ul style="list-style-type: none"> • Kehilangan nafsu makan⁽¹⁾ • Mual/muntah/diare/konstipasi⁽²⁾ • Sakit perut⁽³⁾ • Pusing⁽⁴⁾ • Sakit kepala⁽⁵⁾ • Gatal-gatal/masalah kulit⁽⁶⁾ • Lainnya (sebutkan gejala)⁽⁷⁾:

Bagian C: Informasi Umum

No	Pertanyaan	Tanggapan
12.	Kapan anda memulai atau kembali melakukan perawatan hemodialisis anda	Tanggal mulai : Tanggal memulai kembali jika anda memulai kembali hemodialisis :
13.	Apakah anda pernah menjalani hemodialisis	<input type="checkbox"/> Tidak ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Ya ⁽²⁾ (Jawaban dibawah)

	peritoneal kronis pengobatan ?	Saya menjalani hemodialisis peritoneal dari tanggal :
14.	Apakah anda pernah menjalani transplantasi ginjal ?	<input type="checkbox"/> Tidak ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Ya ⁽²⁾ (mohon jawab dibawah ini) Saya pernah menjalani transplantasi ginjal dari (tanggal) : Atau Saya menjalani transplantasi ginjal dua kali dari dan dari (tanggal) : Jika anda telah menjalani transplantasi lebih dari dua kali, tuliskan tanggal di tempat yang tersedia diatas untuk dua transplantasi terakhir
15.	Jenis transportasi apa yang anda gunakan untuk pergi ke pusat hemodialisis ?	<input type="checkbox"/> Transportasi pribadi ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Bus ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Taksi ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Ambulans ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) ⁽⁵⁾ :
16.	Siapa yang menemani anda ke pusat hemodialisis ?	<input type="checkbox"/> Diri sendiri ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Orang tua ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Pasangan (suami atau istri) ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Anak ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Teman ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan orangnya) ⁽⁶⁾ :

Bagian D: Perawatan Hemodialisis

No	Pertanyaan	Tanggapan
17.	Berapa hari dalam sepekan anda menerima perawatan hemodialisis ?	<input type="checkbox"/> 2 hari atau kurang ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 3 hari ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> 4 hari ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Lebih dari 4 hari ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Lebih dari 5 hari ⁽⁵⁾
18.	Berapa jam anda dirawat untuk setiap hemodialisis ?	<input type="checkbox"/> Kurang dari 3 jam ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 3 jam ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> 3 jam 15 menit ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> 3 jam 30 menit ⁽⁴⁾

		<input type="checkbox"/> 3 jam 45 menit ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> 4 jam ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> Lebih dari 4 jam ⁽⁷⁾ <input type="checkbox"/> Lainnya (tentukan jamnya) ⁽⁸⁾ :
19.	Apakah jadwal hemodialisis anda nyaman bagi anda ? (Pilihlah satu jawaban terbaik yang sesuai untuk anda).	<input type="checkbox"/> Ya ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Tidak, karena saya harus datang ke pusat hemodialisis terlalu awal ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Tidak karena saya harus datang ke pusat hemodialisis terlambat ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Tidak, karena jadwal kerja saya ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Tidak, karena ini adalah waktu makan saya dan saya merasa lapar selama perawatan hemodialisis ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Tidak, karena ini adalah waktu pengobatan saya dan saya harus minum obat/insulin ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> Tidak, karena (lainnya) ⁽⁷⁾
20.	Kapan terakhir kali seorang professional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara kepada anda tentang pentingnya untuk tidak melewatkan perawatan hemodialisis anda ?	<input type="checkbox"/> Pekan ini ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Pekan lalu ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Satu bulan yang lalu ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Lebih dari sebulan yang lalu ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Ketika saya pertama kali memulai perawatan hemodialisis ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Tidak pernah ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) ⁽⁷⁾ :
21.	Seberapa sering seorang professional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara kepada anda tentang pentingnya untuk tetap tinggal selama waktu hemodialisis selama perawatan hemodialisis anda ?	<input type="checkbox"/> Setiap perawatan hemodialisis ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Setiap minggu ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Setiap bulan ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Setiap 2 hingga 3 bulan ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Setiap 4 hingga 6 bulan ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Ketika saya memiliki tes darah atau hasil tes lainnya yang tidak normal ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> Jarang ⁽⁷⁾ <input type="checkbox"/> Tidak teratur ⁽⁸⁾ <input type="checkbox"/> Tidak pernah ⁽⁹⁾ <input type="checkbox"/> Lainnya (tentukan) ⁽¹⁰⁾
22.	Menurut anda, seberapa pentingkah mengikuti jadwal	<input type="checkbox"/> Sangat penting sekali ⁽¹⁾

	hemodialisis anda ?	<input type="checkbox"/> Sangat penting ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Cukup penting ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Sedikit penting ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Tidak penting ⁽⁵⁾
23.	Menurut anda, mengapa penting untuk mengikuti jadwal hemodialisis anda ? (pilihlah satu jawaban terbaik yang sesuai dengan anda)	<input type="checkbox"/> Karena saya sepenuhnya memahami bahwa kondisi ginjal saya memerlukan hemodialisis sesuai jadwal ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Karena mengikuti jadwal hemodialisis penting untuk menjaga kesehatan tubuh saya ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Karena professional medis (dokter, perawat, atau ahli gizi) menyuruh saya melakukannya ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Karena saya memiliki pengalaman bahwa saya sakit setelah melewatkan hemodialisis ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Karena saya memiliki pengalaman dirawat di rumah sakit setelah melewatkan hemodialisis ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Menurut saya, mengikuti jadwal hemodialisis tidak terlalu penting bagi saya ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) ⁽⁷⁾
24.	Seberapa besar kesulitan yang anda alami dalam menjalani seluruh perawatan hemodialisis seperti yang diperintahkan oleh dokter anda ?	<input type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Sedikit kesulitan ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Kesulitan sedang ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Banyak kesulitan ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan ⁽⁵⁾
25.	Selama sebulan terakhir, berapa banyak perawatan hemodialisis yang anda lewatkan ?	<input type="checkbox"/> Tidak ada ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Melewatkan perawatan satu kali ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Melewatkan perawatan dua kali ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Melewatkan perawatan tiga kali ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> Melewatkan perawatan empat kali atau lebih ⁽⁵⁾
26.	Apa alasan utama anda melewatkan perawatan hemodialisis bulan lalu ?	<input type="checkbox"/> Saya tidak melewatkan perawatan apa pun ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Masalah transportasi ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Saya memiliki hal lain yang harus

		<p>dilakukan (mohon jelaskan)⁽³⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Akses hemodialisis (cangkok, fistula, atau kateter menggumpal)⁽⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Janji temu dengan dokter (medis atau bedah)⁽⁵⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Saya harus pergi ke ruang gawat darurat⁽⁶⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Saya dirawat di rumah sakit⁽⁷⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Lupa⁽⁸⁾</p> <p><input type="checkbox"/> “Tidak ingin pergi” atau “Tidak bisa pergi” (lanjut ke pertanyaan berikutnya: Pertanyaan 27)⁽⁹⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan)⁽¹⁰⁾:</p>
27.	Jawablah pertanyaan ini ketika anda memilih pertanyaan diatas sebagai “tidak ingin pergi atau tidak bisa pergi”) mengapa anda tidak ingin pergi ke pusat hemodialisis ? (pilihlah satu jawaban yang paling tepat untuk anda)	<p><input type="checkbox"/> Karena perawatan hemodialisis membuat saya cemas⁽¹⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Karena saya mengalami muntah/diare⁽²⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Karena saya mengalami kram⁽³⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Karena saya sering merasa lapar selama perawatan hemodialisis⁽⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Karena saya merasa tidak nyaman secara fisik (sebutkan kondisinya)⁽⁵⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Karena saya sakit karena kondisi lain (sebutkan kondisinya)⁽⁶⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Karena saya tertekan secara emosional⁽⁷⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya⁽⁸⁾</p>
28.	Selama sebulan terakhir, berapa kali anda mempersingkat waktu hemodialisis anda ?	<p><input type="checkbox"/> Saya tidak pernah mempersingkat waktu hemodialisis saya⁽¹⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Sekali⁽²⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Dua kali⁽³⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Tiga kali⁽⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Empat hingga lima kali⁽⁵⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya (tentukan frekuensi)⁽⁶⁾</p>
29.	Selama sebulan terakhir, ketika perawatan hemodialisis ketika anda dipersingkat, berapa jumlah rata-rata durasi menitnya ?	<ul style="list-style-type: none"> • Saya tidak memperpendek waktu hemodialisis saya⁽¹⁾ • Kurang dari 10 menit atau 10 menit⁽²⁾ • 11 hingga 20 menit⁽³⁾ • 21 hingga 30 menit⁽⁴⁾

		<ul style="list-style-type: none"> • Lebih dari 31 menit⁽⁵⁾ • Lain-lain (Sebutkan)⁽⁶⁾ (Jika Anda perlu menulis dua atau lebih waktu yang berbeda karena Anda melakukan hemodialisis lebih dari satu kali, silakan gunakan ruang ini):
30.	<p>Apa alasan utama anda mempersingkat perawatan hemodialisis anda ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saya tidak memperpendek waktu hemodialisis saya⁽¹⁾ • Kram⁽²⁾ • Penggunaan kamar mandi⁽³⁾ • Kegelisahan⁽⁴⁾ • Tekanan darah rendah⁽⁵⁾ • Akses (cangkok, fistula, atau kateter) menggumpal⁽⁶⁾ • Janji temu dengan dokter (medis atau bedah)⁽⁷⁾ • Bisnis pribadi atau keadaan darurat⁽⁸⁾ • Jadwal kerja⁽⁹⁾ • Masalah transportasi⁽¹⁰⁾ • Keputusan staf (Mengapa? Mohon jelaskan: Misalnya, aliran darah yang buruk, dialyzer pembekuan, kerusakan mesin, dll.)⁽¹¹⁾ • Tidak ingin tinggal⁽¹²⁾ • Lainnya (Sebutkan)⁽¹³⁾

Lampiran 6. Hasil SPSS

Lampiran 6.1 Hasil uji responden

		Correlations											
		P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	Pengobatan
P.1	Pearson Correlation	1	.802**	1.000**	.218	.218	.524	.218	.218	.218	.218	.764*	.659*
	Sig. (2-tailed)		.005	.000	.545	.545	.120	.545	.545	.545	.545	.010	.038
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P.2	Pearson Correlation	.802**	1	.802**	.612	.612	.802**	.612	.612	.612	.612	.612	.917**
	Sig. (2-tailed)	.005		.005	.060	.060	.005	.060	.060	.060	.060	.060	<.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P.3	Pearson Correlation	1.000**	.802**	1	.218	.218	.524	.218	.218	.218	.218	.764*	.659*
	Sig. (2-tailed)	.000	.005		.545	.545	.120	.545	.545	.545	.545	.010	.038
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P.4	Pearson Correlation	.218	.612	.218	1	.375	.764*	.375	1.000**	1.000**	1.000**	.375	.804**
	Sig. (2-tailed)	.545	.060	.545		.286	.010	.286	.000	.000	.000	.286	.005
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P.5	Pearson Correlation	.218	.612	.218	.375	1	.764*	1.000**	.375	.375	.375	.375	.665*
	Sig. (2-tailed)	.545	.060	.545	.286		.010	.000	.286	.286	.286	.286	.036
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P.6	Pearson Correlation	.524	.802**	.524	.764*	.764*	1	.764*	.764*	.764*	.764*	.764*	.962**
	Sig. (2-tailed)	.120	.005	.120	.010	.010		.010	.010	.010	.010	.010	<.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P.7	Pearson Correlation	.218	.612	.218	.375	1.000**	.764*	1	.375	.375	.375	.375	.665*
	Sig. (2-tailed)	.545	.060	.545	.286	.000	.010		.286	.286	.286	.286	.036
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P.8	Pearson Correlation	.218	.612	.218	1.000**	.375	.764*	.375	1	1.000**	1.000**	.375	.804**
	Sig. (2-tailed)	.545	.060	.545	.000	.286	.010	.286		.000	.000	.286	.005
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P.9	Pearson Correlation	.218	.612	.218	1.000**	.375	.764*	.375	1.000**	1	1.000**	.375	.804**
	Sig. (2-tailed)	.545	.060	.545	.000	.286	.010	.286	.000		.000	.286	.005
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P.10	Pearson Correlation	.218	.612	.218	1.000**	.375	.764*	.375	1.000**	1.000**	1	.375	.804**
	Sig. (2-tailed)	.545	.060	.545	.000	.286	.010	.286	.000	.000		.286	.005
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P.11	Pearson Correlation	.764*	.612	.764*	.375	.375	.764*	.375	.375	.375	.375	1	.735*
	Sig. (2-tailed)	.010	.060	.010	.286	.286	.010	.286	.286	.286	.286	.286	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Pengobatan	Pearson Correlation	.659*	.917**	.659*	.804**	.665*	.962**	.665*	.804**	.804**	.804**	.735*	1
	Sig. (2-tailed)	.038	<.001	.038	.005	.036	<.001	.036	.005	.005	.005	.016	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.932	11

Correlations

		IU.1	IU.2	IU.3	IU.4	IU.5	Informasi_U mum
IU.1	Pearson Correlation	1	.764 [*]	.375	1.000 ^{**}	.375	.853 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		.010	.286	.000	.286	.002
	N	10	10	10	10	10	10
IU.2	Pearson Correlation	.764 [*]	1	.764 [*]	.764 [*]	.764 [*]	.988 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.010		.010	.010	.010	<.001
	N	10	10	10	10	10	10
IU.3	Pearson Correlation	.375	.764 [*]	1	.375	.375	.706 [*]
	Sig. (2-tailed)	.286	.010		.286	.286	.023
	N	10	10	10	10	10	10
IU.4	Pearson Correlation	1.000 ^{**}	.764 [*]	.375	1	.375	.853 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.010	.286		.286	.002
	N	10	10	10	10	10	10
IU.5	Pearson Correlation	.375	.764 [*]	.375	.375	1	.706 [*]
	Sig. (2-tailed)	.286	.010	.286	.286		.023
	N	10	10	10	10	10	10
Informasi_U mum	Pearson Correlation	.853 ^{**}	.988 ^{**}	.706 [*]	.853 ^{**}	.706 [*]	1
	Sig. (2-tailed)	.002	<.001	.023	.002	.023	
	N	10	10	10	10	10	10

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.882	5

Lampiran 7. Hasil translate pusat Bahasa

Kuesioner

Bagian A: Informasi Sosiodemografi

Nama :
Usia :
Suku :
Jenis Kelamin :
Status Pernikahan :
Tingkat Pendidikan :
Status Pekerjaan :
Penghasilan :
Jumlah Tanggungan :
Penyakit Penyerta :

Bagian D: Perawatan Hemodialisis

No.	Pertanyaan	Tanggapan
17.	Berapa hari dalam sepekan Anda menerima perawatan hemodialisis ?	<input type="checkbox"/> 2 hari atau kurang <input type="checkbox"/> 3 hari <input type="checkbox"/> 4 hari <input type="checkbox"/> Lebih dari 4 hari <input type="checkbox"/> Lebih dari 5 hari
18.	Berapa jam Anda dirawat untuk setiap hemodialisis ?	<input type="checkbox"/> Kurang dari 3 jam <input type="checkbox"/> 3 jam <input type="checkbox"/> 3 jam dan 15 menit <input type="checkbox"/> 3 jam dan 30 menit <input type="checkbox"/> 3 jam dan 45 menit <input type="checkbox"/> 4 jam <input type="checkbox"/> Lebih dari 4 jam <input type="checkbox"/> Lainnya (Sebutkan jamnya) : _____
19.	Apakah jadwal hemodialisis Anda nyaman bagi Anda? (Pilih satu jawaban terbaik yang sesuai untuk Anda.)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, karena saya harus ke pusat hemodialisis terlalu awal <input type="checkbox"/> Tidak, karena saya harus ke pusat hemodialisis terlalu lambat <input type="checkbox"/> Tidak, karena jadwal kerja saya <input type="checkbox"/> Tidak, karena ini adalah waktu makan saya dan saya merasa lapar selama perawatan hemodialisis <input type="checkbox"/> Tidak, karena ini adalah waktu pengobatan saya dan saya harus minum obat/insulin <input type="checkbox"/> Tidak, karena (hal lainnya, sebutkan) : _____
20.	Kapan terakhir kali seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara kepada Anda tentang pentingnya untuk tidak melewatkan perawatan hemodialisis Anda ?	<input type="checkbox"/> Pekan ini + <input type="checkbox"/> Peka lalu <input type="checkbox"/> Sebulan yang lalu <input type="checkbox"/> Lebih dari sebulan yang lalu <input type="checkbox"/> Ketika saya pertama kali memulai perawatan hemodialisis <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Lainnya (Sebutkan) : _____
21.	Seberapa sering seorang profesional medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara kepada Anda tentang pentingnya untuk tetap tinggal selama waktu hemodialisis selama perawatan hemodialisis Anda ?	<input type="checkbox"/> Setiap perawatan hemodialisis <input type="checkbox"/> Setiap pekan <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 2 hingga 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 4 hingga 6 bulan <input type="checkbox"/> Ketika saya memiliki tes darah atau hasil tes lainnya yang tidak normal <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Tidak teratur <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Lainnya (Sebutkan) : _____
22.	Menurut Anda, seberapa pentingkah mengikuti jadwal hemodialisis Anda ?	<input type="checkbox"/> Sangat Penting Sekali <input type="checkbox"/> Sangat Penting <input type="checkbox"/> Cukup Penting <input type="checkbox"/> Sedikit Penting <input type="checkbox"/> Tidak Penting

23.	Menurut Anda, mengapa penting untuk mengikuti jadwal hemodialisis Anda ? (pilihlah satu jawaban terbaik yang sesuai dengan Anda)	<input type="checkbox"/> Karena saya sepenuhnya memahami bahwa kondisi ginjal saya memerlukan hemodialisis sesuai jadwal <input type="checkbox"/> Karena mengikuti jadwal hemodialisis penting untuk menjaga kesehatan tubuh saya <input type="checkbox"/> Karena profesional medis (dokter, perawat, atau ahli gizi) menyuruh saya melakukannya <input type="checkbox"/> Karena saya memiliki pengalaman bahwa saya sakit setelah melewati hemodialisis <input type="checkbox"/> Karena saya memiliki pengalaman dirawat di rumah sakit setelah melewati hemodialisis <input type="checkbox"/> Menurut saya, mengikuti jadwal hemodialisis tidak terlalu penting bagi saya <input type="checkbox"/> Lainnya (Sebutkan): _____
24.	Seberapa besar kesulitan yang Anda alami dalam menjalani seluruh perawatan hemodialisis seperti yang diperintahkan oleh dokter Anda ?	<input type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan <input type="checkbox"/> Sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Kesulitan sedang <input type="checkbox"/> Banyak kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan
25.	Selama sebulan terakhir, berapa banyak perawatan hemodialisis yang Anda lewatkan ?	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Melewatkan perawatan satu kali <input type="checkbox"/> Melewatkan perawatan tiga kali <input type="checkbox"/> Melewatkan perawatan empat kali atau lebih
26.	Apa alasan utama Anda melewatkan perawatan hemodialisis bulan lalu ?	<input type="checkbox"/> Tidak berlaku: Saya tidak melewatkan perawatan apa pun <input type="checkbox"/> Masalah transportasi <input type="checkbox"/> Saya memiliki hal lain yang harus dilakukan (Mohon jelaskan) : <input type="checkbox"/> Akses hemodialisis (cangkok, fistula, atau kateter) yang menggumpal <input type="checkbox"/> Janji ketemu dengan dokter (medis atau bedah) <input type="checkbox"/> Saya harus pergi ke ruang gawat darurat <input type="checkbox"/> Saya dirawat di rumah sakit <input type="checkbox"/> Lupa <input type="checkbox"/> "Tidak mau pergi" atau "Tidak bisa pergi" (Lanjut ke pertanyaan berikutnya: Pertanyaan #27) <input type="checkbox"/> Lainnya (Mohon sebutkan) :
27	Jawablah pertanyaan ini ketika Anda menandai/memilih tanggapan pertanyaan sebelumnya sebagai "Tidak mau pergi atau Tidak bisa pergi". Mengapa Anda tidak ingin pergi ke pusat hemodialisis ? (pilihlah satu jawaban yang paling tepat untuk Anda)	<input type="checkbox"/> Karena perawatan hemodialisis membuat saya cemas <input type="checkbox"/> Karena saya mengalami muntah/diare _____ <input type="checkbox"/> Karena saya mengalami kram <input type="checkbox"/> Karena saya sering merasa lapar selama perawatan hemodialisis <input type="checkbox"/> Karena saya merasa tidak nyaman secara fisik (sebutkan kondisinya) _____ <input type="checkbox"/> Karena saya sakit karena kondisi lain (sebutkan kondisinya) _____ <input type="checkbox"/> Karena saya tertekan secara emosional <input type="checkbox"/> Lainnya : _____

Bagian C: Informasi Umum

No.	Pertanyaan	Tanggapan
12.	Kapan Anda memulai atau kembali melakukan perawatan hemodialisis Anda?	Tanggal mulai: Tanggal mulai ulang jika Anda kembali melakukan perawatan hemodialisis:
13.	Apakah Anda pernah menjalani hemodialisis peritoneal kronis pengobatan ?	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya (Jawablah pertanyaan berikut ini) Saya menjalani hemodialisis peritoneal dari (tanggal):
14.	Apakah Anda pernah menjalani transplantasi ginjal?	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya (Jawablah pertanyaan berikut ini) Saya pernah menjalani transplantasi ginjal dari (tanggal): atau Saya menjalani transplantasi ginjal dua kali dari dan dari (tanggal): Jika Anda telah menjalani transplantasi lebih dari dua kali, tuliskan tanggal di tempat yang tersedia diatas untuk dua transplantasi terakhir.
15.	Jenis transportasi apa yang Anda digunakan untuk pergi ke pusat hemodialisis ?	<input type="checkbox"/> Transportasi Pribadi <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Taksi <input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Lainnya (Sebutkan) : _____
16.	Siapa yang menemani Anda ke pusat hemodialisis ?	<input type="checkbox"/> Diri sendiri <input type="checkbox"/> Orang Tua <input type="checkbox"/> Pasangan (Suami atau Istri) <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Teman <input type="checkbox"/> Lainnya (Sebutkan orangnya) : _____

7.	Berapa jumlah total obat yang Anda konsumsi?	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> 8-11 <input type="checkbox"/> 12-15 <input type="checkbox"/> >15
8	Apa masalah obat yang paling umum yang Anda hadapi?	<input type="checkbox"/> Obat yang diresepkan tidak tersedia <input type="checkbox"/> Memutuskan untuk menggunakan obat yang tidak diperlukan <input type="checkbox"/> Terlalu banyak obat/bahan aktif yang diresepkan untuk indikasi yang sama <input type="checkbox"/> Informasi yang diperlukan tidak diberikan atau saran yang diberikan tidak tepat <input type="checkbox"/> Instruksi waktu pemberian dosis salah, tidak jelas, atau tidak ada <input type="checkbox"/> Lainnya:
9.	Selama sepekan terakhir, seberapa sering Anda melewatkan minum obat yang diresepkan?	<input type="checkbox"/> Tidak pernah: Saya tidak pernah melewatkan minum obat saya <input type="checkbox"/> Sangat jarang <input type="checkbox"/> Sekitar separuh waktu <input type="checkbox"/> Hampir setiap saat <input type="checkbox"/> Setiap saat
10.	Apa alasan utama Anda tidak minum obat yang diresepkan selama sepekan terakhir ini?	<input type="checkbox"/> Tidak berlaku: Saya tidak pernah melewatkan minum obat <input type="checkbox"/> Lupa minum obat <input type="checkbox"/> Lupa pesan obat <input type="checkbox"/> Biaya obat <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Saya dirawat <input type="checkbox"/> Efek samping (lanjut ke pertanyaan #11) <input type="checkbox"/> Lainnya:
11.	(Jawablah pertanyaan ini jika Anda telah menandai pertanyaan di atas sebagai "Efek samping.") Apa jenis efek samping dari obat yang Anda minum? (Pilihlah satu jawaban terbaik yang sesuai dengan kondisi Anda).	<input type="checkbox"/> Kehilangan nafsu makan <input type="checkbox"/> Mual/muntah/diare/konstipasi <input type="checkbox"/> Sakit perut <input type="checkbox"/> Pusing <input type="checkbox"/> Sakit kepala <input type="checkbox"/> Gatal-gatal/masalah kulit <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan gejalanya) : _____

Bagian B: Pengobatan

No.	Pertanyaan	Tanggapan
1.	Kapan terakhir kali seorang profesional medis (seperti: dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara kepada Anda tentang obat-obatan Anda?	<input type="checkbox"/> Pekan ini <input type="checkbox"/> Pekan Lalu <input type="checkbox"/> Sebulan yang lalu <input type="checkbox"/> Lebih dari sebulan yang lalu <input type="checkbox"/> Ketika saya pertama kali memulai perawatan hemodialisis <input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) : _____
2.	Seberapa sering seorang profesional medis (seperti: dokter, perawat, ahli gizi, atau staf medis lainnya) berbicara kepada Anda tentang pentingnya meminum obat sesuai dengan yang diperintahkan?	<input type="checkbox"/> Setiap perawatan hemodialisis <input type="checkbox"/> Setiap Pekan <input type="checkbox"/> Setiap Bulan <input type="checkbox"/> Setiap 2 sampai 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 4 sampai 6 bulan <input type="checkbox"/> Ketika saya memiliki tes darah atau hasil tes lainnya yang tidak normal <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Tidak Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) : _____
3.	Menurut Anda, seberapa pentingkah meminum obat sesuai jadwal?	<input type="checkbox"/> Sangat Penting Sekali <input type="checkbox"/> Sangat Penting <input type="checkbox"/> Cukup Penting <input type="checkbox"/> Sedikit Penting <input type="checkbox"/> Tidak Penting
4.	Menurut Anda, mengapa penting untuk meminum obat sesuai jadwal? (Pilihlah satu jawaban yang paling tepat untuk Anda).	<input type="checkbox"/> Karena saya memahami sepenuhnya bahwa kondisi ginjal saya mengharuskan saya untuk minum obat sesuai jadwal <input type="checkbox"/> Karena minum obat penting untuk menjaga kesehatan tubuh saya <input type="checkbox"/> Karena tenaga medis (dokter, perawat, ahli gizi, atau tenaga medis lainnya) menyuruh saya untuk melakukannya <input type="checkbox"/> Karena saya memiliki pengalaman bahwa saya sakit setelah melewatkan minum obat <input type="checkbox"/> Karena saya memiliki pengalaman bahwa saya dirawat di rumah sakit setelah saya melewatkan minum obat <input type="checkbox"/> Menurut saya, minum obat tidak penting bagi saya <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) : _____
5.	Pernahkah Anda mengalami kesulitan saat meminum obat Anda?	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
6.	Seberapa besar kesulitan yang Anda alami dalam meminum obat yang diresepkan?	<input type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan <input type="checkbox"/> Sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Kesulitan sedang <input type="checkbox"/> Banyak kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan

28	Selama sebulan terakhir, berapa kali Anda mempersingkat waktu hemodialisis Anda ?	<input type="checkbox"/> Tidak berlaku: Saya tidak mempersingkat waktu hemodialisis saya <input type="checkbox"/> Sekali
		<input type="checkbox"/> Dua kali <input type="checkbox"/> Tiga kali <input type="checkbox"/> Empat hingga lima kali <input type="checkbox"/> Lainnya (Sebutkan berapa kali) : _____
29	Selama sebulan terakhir, ketika perawatan hemodialisis Anda dipersingkat, berapa jumlah rata-rata durasi menitnya ?	<input type="checkbox"/> Tidak berlaku: Saya tidak mempersingkat waktu hemodialisis saya <input type="checkbox"/> Kurang dari 10 menit atau 10 menit <input type="checkbox"/> 11 hingga 20 menit <input type="checkbox"/> 21 hingga 30 menit <input type="checkbox"/> Lebih dari 31 menit <input type="checkbox"/> Lainnya (Sebutkan) (Jika Anda perlu menulis dua atau lebih waktu yang berbeda karena Anda melakukan hemodialisis lebih dari satu kali, silakan gunakan ruang ini):
30.	Apa alasan utama Anda mempersingkat perawatan hemodialisis Anda ?	<input type="checkbox"/> Tidak berlaku: Saya tidak mempersingkat waktu hemodialisis saya <input type="checkbox"/> Kram <input type="checkbox"/> Penggunaan kamar mandi <input type="checkbox"/> Kegelisahan <input type="checkbox"/> Tekanan darah rendah <input type="checkbox"/> Akses (cangkok, fistula, atau kateter) yang menggumpal <input type="checkbox"/> Janji ketemu dokter (medis atau bedah) <input type="checkbox"/> Urusan pribadi atau keadaan darurat <input type="checkbox"/> Jadwal kerja (9) <input type="checkbox"/> Masalah transportasi (10) <input type="checkbox"/> Keputusan staf (Kenapa? Mohon jelaskan: Contoh, aliran darah yang lemah, dialyzer pembekuan, kerusakan mesin, dll.) (11): _____ <input type="checkbox"/> Lainnya (Mohon sebutkan) (13): _____



Makassar, 16 April 2024
 Diterjemahkan di UPT Layanan Bahasa Universitas Hasanuddin

Dra. Herawaty, M.Hum., M.A., Ph.D.
 Head
 HPI-01-19-3257

CURRICULUM VITAE

A. Data pribadi

1. Nama : Graciella Valencia Ambakaraeng
2. Tempat, tgl. Lahir : Palopo, 11 Februari 2003
3. Alamat : Jl. Sahabat V Unhas
4. Kewarganegaraan : Warga Negara Indonesia

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Bakti Sejati 2008 di Mamasa
2. SDN 010 Tandukkalua' tahun 2014 di Mamasa
3. SMPN 2 Tandukkalua' tahun 2017 di Mamasa
4. SMAN 1 Polewali tahun 2020 di Polewali

C. Pekerjaan dan Riwayat Pekerjaan

- Jenis pekerjaan : Mahasiswa
- NIP atau identitas lain (NIK) : 7603095102030001
- Pangkat/Jabatan :Mahasiwa S1 Fakultas Farmasi
Universitas Hasanuddin

D. Karya ilmiah yang telah dipublikasikan (misalnya pada jurnal):

-

E. Makalah pada Seminar/Konferensi Ilmiah Nasional dan Internasional

-