

**KUESIONER KDQOL-SF**  
**KONDISI KESEHATAN ANDA**

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                             | KONDISI ANDA                                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Q1         | Secara umum bagaimana kesehatan anda?                                       | <input type="checkbox"/> Sempurna<br><input type="checkbox"/> Sangat Baik<br><input type="checkbox"/> Baik<br><input type="checkbox"/> Kurang Baik<br><input type="checkbox"/> Buruk                                         |
| Q2         | Secara umum dibanding 1 tahun yang lalu, bagaimana kesehatan anda sekarang? | <input type="checkbox"/> Jauh Lebih Baik<br><input type="checkbox"/> Agak Lebih Baik<br><input type="checkbox"/> Kurang Lebih Sama<br><input type="checkbox"/> Agak Lebih Buruk<br><input type="checkbox"/> Jauh Lebih Buruk |

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                                                            | KONDISI ANDA            |                          |                                       |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Q3         | Apakah kesehatan anda membatasi aktivitas anda? Jika ya seberapa besar:                                    | Ya<br>(terbatas banyak) | Ya<br>(terbatas sedikit) | Tidak<br>(tidak terbatas sama sekali) |
|            | a. Aktivitas yang bersemangat, misalnya lari, angkat beban berat, olahraga berat lainnya                   |                         |                          |                                       |
|            | b. Aktivitas yang dapat anda lakukan misal memindah meja, bermain bola gelinding, mendorong penghisap debu |                         |                          |                                       |
|            | c. Mengangkat atau membawa belanjaan                                                                       |                         |                          |                                       |
|            | d. Jalan menanjak atau naik beberapa tangga                                                                |                         |                          |                                       |
|            | e. Naik satu anak tangga                                                                                   |                         |                          |                                       |
|            | f. Membungkuk atau menekuk                                                                                 |                         |                          |                                       |
|            | g. Berjalan lebih dari 1,5 km (1500 m)                                                                     |                         |                          |                                       |
|            | h. Berjalan sepanjang 200-400 m                                                                            |                         |                          |                                       |
|            | i. Berjalan sepanjang 200 m                                                                                |                         |                          |                                       |
|            | j. Mandi atau mencuci pakaian sendiri                                                                      |                         |                          |                                       |

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                                                                                                                                        | KONDISI ANDA |       |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Q4         | Dalam 4 minggu terakhir, apakah anda memiliki masalah dengan pekerjaan atau aktivitas kegiatan rutin, yang berhubungan dengan kesehatan fisik anda?                                    | YA           | TIDAK |
|            | a. Kesehatan fisik anda mengganggu sebagian besar waktu yang anda gunakan untuk bekerja dan melakukan aktivitas lainnya                                                                |              |       |
|            | b. Pekerjaan atau aktivitas tidak bisa selesai seperti yang anda inginkan                                                                                                              |              |       |
|            | c. Membatasi beberapa macam pekerjaan dan kegiatan                                                                                                                                     |              |       |
|            | d. Mengalami kesulitan dalam menyelesaikan pekerjaan atau kegiatan                                                                                                                     |              |       |
| Q5         | Dalam 4 minggu terakhir, apakah anda memiliki masalah dengan pekerjaan atau aktivitas kegiatan rutin, yang berhubungan dengan masalah emosional, misal perasaan depresi dan kecemasan? |              |       |
|            | a. Faktor emosi mengganggu sebagian besar waktu yang digunakan untuk bekerja dan melakukan aktivitas                                                                                   |              |       |
|            | b. Pekerjaan atau aktivitas tidak selesai seperti yang anda inginkan                                                                                                                   |              |       |
|            | c. Tidak bisa menyelesaikan pekerjaan seperti biasanya                                                                                                                                 |              |       |

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                                                                                                                       | KONDISI ANDA                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Q6         | Dalam 4 minggu terakhir, sampai sejauh manakah masalah kesehatan fisik dan dan emosi anda mengganggu aktivitas sosial dengan keluarga, teman, tetangga atau kelompok? | <input type="checkbox"/> Tidak mengganggu<br><input type="checkbox"/> Sedikit mengganggu<br><input type="checkbox"/> Mengganggu pada tingkat sedang<br><input type="checkbox"/> Agak banyak mengganggu<br><input type="checkbox"/> Sangat mengganggu |
| Q7         | Seberapa berat nyeri yang anda alami dalam 4 minggu terakhir?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Tidak ada<br><input type="checkbox"/> Sangat Ringan<br><input type="checkbox"/> Ringan<br><input type="checkbox"/> Sedang<br><input type="checkbox"/> Berat<br><input type="checkbox"/> Sangat berat                        |

| PERTANYAAN |                                                                                                            | KONDISI ANDA                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Q8         | Dalam 4 minggu terakhir, seberapa banyak nyeri mengganggu pekerjaan anda baik diluar maupun didalam rumah? | <input type="checkbox"/> Tidak mengganggu<br><input type="checkbox"/> Sedikit mengganggu<br><input type="checkbox"/> Mengganggu pada tingkat sedang<br><input type="checkbox"/> Agak banyak mengganggu<br><input type="checkbox"/> Sangat mengganggu |

Pertanyaan-pertanyaan berikut adalah mengenai perasaan anda, apa yang anda alami dalam 4 minggu terakhir. Untuk setiap pertanyaan berilah satu jawaban yang paling dekat dengan perasaan anda.

| PERTANYAAN |                                                                       | KONDISI ANDA |        |             |               |        |              |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------|-------------|---------------|--------|--------------|
| Q9         | Seberapa seringkah dalam 4 minggu terakhir                            | Selalu       | Sering | Agak sering | Kadang-kadang | Jarang | Tidak pernah |
|            | a. Anda merasa penuh semangat?                                        |              |        |             |               |        |              |
|            | b. Anda merasa sangat gugup?                                          |              |        |             |               |        |              |
|            | c. Anda merasa sangat kecewa dan tidak ada yang dapat menghibur anda? |              |        |             |               |        |              |
|            | d. Anda merasa tenang dan damai?                                      |              |        |             |               |        |              |
|            | e. Anda merasa bertenaga?                                             |              |        |             |               |        |              |
|            | f. Anda merasakan kecewa dan sedih?                                   |              |        |             |               |        |              |
|            | g. Anda merasa sangat kecapaian?                                      |              |        |             |               |        |              |
|            | h. Anda merasa sebagai orang bahagia?                                 |              |        |             |               |        |              |
|            | i. Anda merasa lelah?                                                 |              |        |             |               |        |              |

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                                                                                                               | KONDISI ANDA                                                                                                                                                                                       |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Q10        | Dalam 4 minggu terakhir, seberapa seringkah kesehatan fisik dan emosi anda mengganggu aktivitas sosial anda, misal mengunjungi teman, saudara dan sebagainya? | <input type="checkbox"/> Setiap waktu<br><input type="checkbox"/> Seringkali<br><input type="checkbox"/> Kadang-kadang<br><input type="checkbox"/> Jarang<br><input type="checkbox"/> Tidak Pernah |

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                      | KONDISI ANDA |                      |            |                      |       |
|------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|------------|----------------------|-------|
| Q11        | Pilihlah jawaban yang paling mendekati benar atau salah menurut anda | Benar        | Sebagian besar benar | Tidak tahu | Sebagian besar salah | Salah |
|            | a. Saya lebih mudah merasa sakit dibanding orang lain                |              |                      |            |                      |       |
|            | b. Saya sesehat seperti orang lain                                   |              |                      |            |                      |       |
|            | c. Saya merasa kesehatan saya akan memburuk                          |              |                      |            |                      |       |
|            | d. Kesehatan saya sangat baik                                        |              |                      |            |                      |       |

#### PENYAKIT GINJAL ANDA

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                      | KONDISI ANDA |                      |            |                      |       |
|------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|------------|----------------------|-------|
| Q 12       | Seberapa benar atau salah pernyataan-pernyataan berikut bagi anda    | Benar        | Sebagian besar benar | Tidak tahu | Sebagian besar salah | Salah |
|            | a. Penyakit ginjal saya sangat mengganggu hidup saya                 |              |                      |            |                      |       |
|            | b. Terlalu banyak waktu tersita untuk mengatasi penyakit ginjal saya |              |                      |            |                      |       |
|            | c. Saya merasa frustrasi dalam menghadapi penyakit ginjal            |              |                      |            |                      |       |
|            | d. Saya merasa sebagai beban keluarga                                |              |                      |            |                      |       |

Berilah tanda  $\surd$  pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                 | KONDISI ANDA    |        |                   |                |                 |                 |
|------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------|--------|-------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Q<br>13    | Seberapa<br>seringkah dalam<br>4 minggu<br>terakhir             | Tidak<br>pernah | Jarang | Kadang<br>-kadang | Agak<br>sering | Sering-<br>kali | Setiap<br>waktu |
|            | a. Anda menyendiri jauh dari orang-orang di sekitar anda?       |                 |        |                   |                |                 |                 |
|            | b. Anda bereaksi lambat terhadap kata-kata atau perbuatan?      |                 |        |                   |                |                 |                 |
|            | c. Anda bersikap sensitif terhadap orang-orang di sekitar anda? |                 |        |                   |                |                 |                 |
|            | d. Anda mengalami kesulitan berpikir/ berkonsentrasi?           |                 |        |                   |                |                 |                 |
|            | e. Anda dapat bekerjasama dengan orang lain?                    |                 |        |                   |                |                 |                 |
|            | f. Anda bingung?                                                |                 |        |                   |                |                 |                 |

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                  | KONDISI ANDA     |                 |                   |                   |                  |
|------------|------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Q 14       | Selama 4 minggu terakhir, sejauh manakah anda terganggu dengan : | Tidak mengganggu | Agak Mengganggu | Mengganggu sedang | Mengganggu banyak | Mengganggu berat |
|            | a. Nyeri otot?                                                   |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | b. Nyeri dada?                                                   |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | c. Kram/ kejang?                                                 |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | d. Kulit gatal?                                                  |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | e. Kulit kering                                                  |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | f. Sesak nafas?                                                  |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | g. Sakit kepala/pusing?                                          |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | h. Nafsu makan turun?                                            |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | i. Rasa sangat lelah ?                                           |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | j. Mati rasa di tangan atau kaki?                                |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | k. Mual / Nyeri perut?                                           |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | l. Masalah dengan askes anda?                                    |                  |                 |                   |                   |                  |

#### EFEK PENYAKIT GINJAL PADA KEHIDUPAN SEHARI-HARI ANDA

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                                | KONDISI ANDA     |                 |                   |                   |                  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Q15        | Seberapa seringkah penyakit ginjal mengganggu anda dalam kehidupan sehari-hari | Tidak mengganggu | Agak Mengganggu | Mengganggu sedang | Mengganggu banyak | Mengganggu berat |
|            | a. Pembatasan minum?                                                           |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | b. Pembatasan makan?                                                           |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | c. Kemampuan anda bekerja di sekitar rumah?                                    |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | d. Kemampuan anda bepergian?                                                   |                  |                 |                   |                   |                  |
|            | e. Tergantung pada dokter/staf medis lain?                                     |                  |                 |                   |                   |                  |

| PERTANYAAN |                                         | KONDISI ANDA |  |  |  |  |
|------------|-----------------------------------------|--------------|--|--|--|--|
|            | f. Stress/cemas akibat penyakit ginjal? |              |  |  |  |  |
|            | g. Kehidupan sex anda?                  |              |  |  |  |  |
|            | h. Penampilan personal anda?            |              |  |  |  |  |

Ketiga pertanyaan berikut ini bersifat pribadi dan berkaitan dengan aktivitas seksual anda. Meskipun demikian, jawaban anda penting untuk memahami bagaimana penyakit ginjal mempengaruhi hidup Anda.

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

|     |                                                                  |                                                                                 |
|-----|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Q16 | Apakah Anda melakukan aktivitas seksual dalam 4 minggu terakhir? | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak → langsung ke Q17 |
|-----|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| Dalam 4 minggu terakhir, seberapa berat masalah anda dalam | Tidak ada Masalah | Sedikit masalah | Masalah cukup besar | Masalah Besar | Masalah sangat besar |
|------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|---------------|----------------------|
| a. Menikmati sex                                           |                   |                 |                     |               |                      |
| b. Membangkitkan gairah sex                                |                   |                 |                     |               |                      |

Untuk pertanyaan berikut, nilailah tidur anda menggunakan skala dari 0 (sangat buruk) sampai 10 (sangat baik). Jika tidur anda tepat diantara sangat buruk dan sangat baik, lingkarilah 5. Jika tidur anda satu tingkat lebih baik dari 5, lingkarilah 6 dan apabila menurut anda tidur anda lebih buruk dari 5, lingkarilah 4 (dan seterusnya).

Q17. Pada skala 0-10, bagaimana tingkat kualitas tidur selama ini?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Sangat buruk

Sangat baik

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                       | KONDISI ANDA |        |               |             |              |              |
|------------|-------------------------------------------------------|--------------|--------|---------------|-------------|--------------|--------------|
| Q18        | Seberapa seringkah dalam 4 minggu terakhir            | Tidak pernah | Jarang | Kadang-kadang | Agak sering | Sering -kali | Setiap waktu |
|            | a. Anda terbangun malam hari dan sulit tidur kembali? |              |        |               |             |              |              |
|            | b. Anda tidur dalam waktu yang cukup?                 |              |        |               |             |              |              |
|            | c. Anda terjaga/ tidak bisa tidur sepanjang hari?     |              |        |               |             |              |              |

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                   | KONDISI ANDA      |                 |           |             |
|------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|-----------|-------------|
| Q19        | Terhadap keluarga dan teman, seberapa puaskah anda dengan:        | Sangat tidak puas | Agak tidak puas | Agak puas | Sangat puas |
|            | a. Jumlah waktu yang dapat dinikmati bersama keluarga atau teman? |                   |                 |           |             |
|            | b. Dukungan yang anda peroleh dari keluarga atau teman?           |                   |                 |           |             |

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                    | KONDISI ANDA                                                  |
|------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Q20        | Selama 4 minggu terakhir apakah anda bekerja dan mendapatkan upah? | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak |
| Q21        | Apakah kondisi kesehatan anda menghambat dalam bekerja?            | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak |

Q22 Secara umum berapa nilai kesehatan anda?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Sangat buruk

Terbaik yang memungkinkan



Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

|     |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Q23 | Perawatan yang anda terima dari fasilitas dialisis, pilihlah yang paling sesuai dengan anda | <input type="checkbox"/> Sangat Jelek<br><input type="checkbox"/> Jelek<br><input type="checkbox"/> Agak jelek<br><input type="checkbox"/> Baik<br><input type="checkbox"/> Sangat Baik<br><input type="checkbox"/> Amat sangat baik<br><input type="checkbox"/> Sempurna |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia sesuai kondisi Anda

| PERTANYAAN |                                                                              | KONDISI ANDA |                |                       |                |             |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|-----------------------|----------------|-------------|
| Q24        | Benar atau salah pernyataan dibawah ini                                      | Pasti benar  | Biasanya benar | Bisa benar atau salah | Biasanya salah | Pasti Salah |
|            | a. Petugas hemodialisa mendorong saya untuk mandiri                          |              |                |                       |                |             |
|            | b. Petugas hemodialisa memberi semangat saya dalam mengatasi penyakit ginjal |              |                |                       |                |             |