

KUESIONER HASIL PASIEN

Bapak/Ibu/Sdr/i yang Terhormat,

Kami akan sangat berterima kasih apabila Anda bersedia berpartisipasi dalam survei mengenai apa yang dirasakan pasien setelah operasi. Tujuan survei ini adalah untuk meningkatkan penanganan nyeri setelah operasi di departemen ini.

Partisipasi Anda bersifat sukarela dan informasi yang Anda berikan akan dibuat anonim setelah Anda menyerahkan kuesioner. Ini artinya nama Anda atau bentuk identifikasi lainnya akan dihapus dari kuesioner setelah Anda menyerahkannya dan tidak akan disertakan dalam segala catatan yang akan kami simpan.

Jawaban Anda dalam kuesioner ini tidak akan disampaikan kepada tim medis atau perawat Anda.

Tim Anda akan melayani Anda sama seperti biasa, baik Anda memilih berpartisipasi dalam survei ini ataupun tidak.

Terima kasih banyak Anda telah mempertimbangkan untuk mengikuti survei ini.

KUESIONER HASIL PASIEN

Pertanyaan-pertanyaan berikut adalah mengenai nyeri yang Anda alami semenjak operasi.

P1. Pada skala ini, harap tunjukkan **nyeri paling hebat** yang Anda alami setelah operasi:

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

tidak ada nyeri

nyeri sangat hebat

P2. Pada skala ini, harap tunjukkan **nyeri paling ringan** yang Anda alami setelah operasi:

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

tidak ada nyeri

nyeri sangat hebat

P3. Seberapa sering Anda mengalami **nyeri hebat** semenjak operasi?

Harap lingkari perkiraan terbaik mengenai persentase waktu Anda mengalami **nyeri hebat**:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

tidak pernah mengalami nyeri hebat

selalu mengalami nyeri hebat

P4. Lingkari satu angka di bawah yang paling menggambarkan seberapa besar, semenjak operasi, **nyeri mengganggu atau membuat Anda tidak dapat ...**

a. melakukan aktivitas di tempat tidur seperti berputar, duduk, berganti posisi:

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

tidak mengganggu

benar-benar mengganggu

b. napas panjang atau batuk:

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

tidak mengganggu

benar-benar mengganggu

c. tidur:

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

tidak mengganggu

benar-benar mengganggu

d. Apakah Anda pernah **keluar dari tempat tidur** semenjak operasi?

☐ Tidak ☐ Ya

Jika ya, seberapa besar **nyeri mengganggu atau membuat Anda tidak dapat melakukan aktivitas di luar tempat tidur** seperti berjalan, duduk di kursi, berdiri di wastafel:

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

tidak mengganggu

benar-benar mengganggu

KUESIONER HASIL PASIEN

P5. Nyeri dapat mempengaruhi suasana hati dan emosi kita.

Pada skala ini, harap lingkari satu angka yang paling menunjukkan seberapa besar, semenjak operasi, **nyeri membuat Anda merasa ...**

a. **cemas**

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

tidak sama sekali

amat sangat

b. **tidak berdaya**

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

tidak sama sekali

amat sangat

P6. Apakah Anda pernah mengalami **efek samping** berikut semenjak operasi?

Harap lingkari "0" jika tidak; jika ya, lingkari satu angka yang paling menunjukkan tingkat keparahannya:

a. **Mual**

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

tidak ada

sangat parah

b. **Mengantuk**

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

tidak ada

sangat parah

c. **Gatal**

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

tidak ada

sangat parah

d. **Pusing**

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

tidak ada

sangat parah

P7. Semenjak operasi, seberapa banyak **nyeri Anda berkurang**?

Harap lingkari satu persentase yang paling menunjukkan seberapa banyak nyeri Anda berkurang setelah diberikan gabungan semua **penanganan nyeri** (obat dan penanganan non-obat):

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

nyeri tidak berkurang

nyeri hilang sama sekali

P8. Selama dirawat, apakah Anda mengharapkan LEBIH BANYAK penanganan nyeri dibandingkan yang Anda terima?

☐ Tidak ☐ Ya

P9. Apakah Anda menerima **informasi** tentang pilihan **penanganan nyeri** Anda?

☐ Tidak ☐ Ya

KUESIONER HASIL PASIEN

P10. Selama dirawat, apakah Anda **diperbolehkan untuk ikut ambil bagian dalam keputusan tentang penanganan nyeri** seperti yang Anda inginkan?

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

tidak diperbolehkan sama sekali

sangat diperbolehkan

P11. Lingkari satu angka yang paling menunjukkan seberapa **puas** Anda dengan hasil **penanganan nyeri** semenjak operasi:

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

sangat tidak puas

sangat puas

P12. Selama dirawat, apakah Anda menggunakan atau menerima **metode non-obat** untuk meredakan **nyeri**?

☐ Tidak ☐ Ya

Jika ya, **centangi semua** yang sesuai:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> kompres dingin | <input type="checkbox"/> meditasi | <input type="checkbox"/> pernapasan dalam |
| <input type="checkbox"/> panas | <input type="checkbox"/> akupunktur | <input type="checkbox"/> doa |
| <input type="checkbox"/> berbicara dengan staf medis | <input type="checkbox"/> berjalan | <input type="checkbox"/> pijat |
| <input type="checkbox"/> berbicara dengan teman atau kerabat | <input type="checkbox"/> relaksasi | <input type="checkbox"/> pembayangan atau visualisasi |
| <input type="checkbox"/> TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation/Stimulasi Saraf Elektrik Transkutan) | | |
| <input type="checkbox"/> distraksi (seperti menonton TV, mendengarkan musik, membaca) | | |
| <input type="checkbox"/> lainnya (harap jelaskan): <input type="text"/> | | |

P13. Apakah Anda mengalami nyeri terus-menerus selama 3 bulan atau lebih sebelum datang ke rumah sakit untuk menjalani operasi ini?

☐ Tidak ☐ Ya

a. Jika ya, **seberapa hebat nyeri** yang biasanya Anda rasakan?
Harap lingkari angka yang menunjukkan hal ini.

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

tidak ada nyeri

nyeri sangat hebat

b. Jika ya, **di mana** lokasi **nyeri terus-menerus** ini?

☐ tempat operasi ☐ tempat lainnya ☐ dua-duanya (tempat operasi dan tempat lainnya)

Terima kasih atas waktu dan masukan Anda

Diisi oleh asisten riset

Research assistant code: Patient was interviewed: ☐ Yes ☐ No

If yes, please mark the reason(s):

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Too ill / weak | <input type="checkbox"/> Too much pain | <input type="checkbox"/> Requested assistance | <input type="checkbox"/> Did not understand scales |
| <input type="checkbox"/> Technical reasons (patient has no eyeglasses / is blind; can not sit up; is illiterate; arm is in cast; etc) | | | |