

Lampiran 1

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Tempat, tanggal lahir :

Usia :

Jenis kelamin :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

Status pernikahan :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian “Pengaruh Pelatihan Keterampilan Sosial terhadap Kepatuhan Minum Obat pada Orang dengan Skizofrenia di Komunitas” secara sukarela, setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat serta mengerti sepenuhnya mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penelitian ini. Saya bersedia apabila hasil penelitian ini dipublikasikan untuk kepentingan IPTEKDOK.

Yogyakarta, Mei 2016

Peneliti

Responden

(.....)

(.....)

Lampiran-2**KUESIONER DATA DIRI RESPONDEN****PENGARUH PELATIHAN KETERAMPILAN SOSIAL TERHADAP
KEPATUHAN MINUM OBAT PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA**

Nama :

Alamat :

Usia :

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan

 a. Sebelum terdiagnosis skizofrenia :

 b. Setelah maintenance :

Aktivitas saat ini :

Riwayat penyakit dahulu :

Riwayat penyakit sekarang :

Riwayat penyakit keluarga :

LAMPIRAN-3
LEMBAR PENILAIAN KEPATUHAN (MMAS)

| No | Pertanyaan | Jawaban Pasien (ya/tidak) | Nilai Y = 1, N = 0 |
|-----------|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Apakah anda kadang lupa untuk minum obat anda? | | |
| 2 | Selama 2 minggu yang lalu, apakah ada hari-hari dimana anda lupa minum obat? | | |
| 3 | Apakah pernah anda menghentikan atau tidak meminum obat anda karena anda merasa tidak nyaman setelah meminumnya tanpa memberitahukan dokter karena merasakan kondisi yang lebih buruk atau tidak nyaman saat menggunakan obat? | | |
| 4 | Saat berpergian atau meninggalkan rumah, apakah anda kadang lupa untuk membawa obat? | | |
| 5 | Apakah anda masih minum obat kemarin? | | |
| 6 | Ketika anda merasa penyakit anda sudah lebih baik, apakah anda tidak meminum obat anda? | | |
| 7 | Minum obat setiap hari merupakan hal yang tidak nyaman bagi beberapa orang. Apakah anda pernah merasakan kesulitan untuk mengikuti aturan pengobatan anda? | | |
| 8 | Seberapa sering anda lupa minum obat? a. Tidak pernah/jarang b. Sesekali c. Kadang-kadang d. Biasanya e. Selalu | | |
| | Nilai Total | | |