**KUESIONER**

**Judul:**

**HUBUNGAN PERSEPSI DIET, AKTIFITAS FISIK DAN KETERATURAN BEROBAT TERHADAP UPAYA PENGENDALIAN DIABETES MELITUS TIPE 2**

**No. Responden :**

Petunjuk Kuesioner:

1. Kuesioner ini terdiri dari dua bagian, halaman pertama memuat petunjuk dan halaman berikutnya memuat soal.
2. Isilah identitas Anda pada bagian karakteristik responden, identitas anda akan kami rahasiakan.
3. Di bawah ini ada beberapa jenis soal diantaranya:
4. Kuesioner persepsi diet.
5. Kuesioner persepsi aktivitas fisik.
6. Kuesioner persepsi keteraturan berobat.
7. Kuesioner upaya pengendalian diabetes mellitus tipe 2
8. Bacalah pertanyaan dan pernyataan di bawah ini secara teliti.
9. Petunjuk pengisian : isilah pertanyaan dibawah ini dengan menuliskan jawaban dan memberikan tanda () pada kotak jawaban yang telah disediakan.
10. **Karakteristik Responden**
11. Nama responden :
12. Umur :
13. Jenis kelamin :
14. Pendidikan :
15. Status Penderita : a. Kasus lama b. Kasus baru

**B. Persepsi diet, aktivitas fisik dan keteraturan berobat**

Petunjuk pengisian : isilah pertanyaan dibawah ini dengan menuliskan jawaban dan memberikan tanda () pada kotak jawaban yang telah disediakan.

Keterangan:

**STS** : Sangat Tidak Setuju **S** : Setuju

**TS** : Tidak Setuju **SS** : Sangat Setuju

**RR** : Ragu-Ragu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Pernyataan** | **STS** | **TS** | **RR** | **S** | **SS** |
| **Persepsi diet** | | | | | | |
| 1**.** | Saya harus mengubah banyak sekali kebiasaan makan untuk mengikuti diet diabetes |  |  |  |  |  |
| 2. | Selama ini sulit bagi saya untuk mengikuti diet diabetes yang disuruh dokter |  |  |  |  |  |
| 3. | Saya harus menjalankan diet diabetes meskipun saya pikir tidak tambah membaik |  |  |  |  |  |
| 4. | Saya percaya bahwa diet diabetes akan membantu saya merasa lebih sehat |  |  |  |  |  |
| 5. | Saya percaya bahwa diet diabetes saya akan membantu mencegah komplikasi akibat diabetes |  |  |  |  |  |
| 6. | Saya harus mengurangi konsumsi karbohidrat yang berlebih karena akan membantu mencegah komplikasi diabetes. |  |  |  |  |  |
| **Persepsi Aktifitas Fisik/olahraga** | | | | | | |
| 1. | Kebiasaan tidak suka melakukan aktivitas fisik/olahraga tidak perlu saya ubah |  |  |  |  |  |
| 2. | Aktivitas fisik membuat saya sehat |  |  |  |  |  |
| 3. | Aktivitas fisik mengurangi ketegangan dan beban pikiran saya |  |  |  |  |  |
| 4. | Aktifitas fisik menurunkan gula darah saya |  |  |  |  |  |
| 5. | Saya tidak punya waktu untuk melakukan aktifitas fisik/olahraga |  |  |  |  |  |
| 6. | Melakukan aktivitas fisik selama 30 akan menurunkan kadar gula darah saya. |  |  |  |  |  |
| **Persepsi Keteraturan Berobat** | | | | | | |
| 1. | Saya harus mengubah banyak sekali kebiasaan sehari-hari untuk minum obat |  |  |  |  |  |
| 2. | Saya percaya bahwa pengobatan akan membantu mencegah komplikasi akibat diabetes |  |  |  |  |  |
| 3. | Saya harus minum obat diabetes meskipun saya pikir tidak tambah membaik |  |  |  |  |  |
| 4. | Saya percaya bahwa pengobatan diabetes akan membantu saya merasa lebih sehat |  |  |  |  |  |
| 5. | Saya harus minum obat secara teratur |  |  |  |  |  |
| 6. | Saya harus menerima suntikan insulin jika itu dianjurkan oleh petugas kesehatan agar kesehatan saya membaik |  |  |  |  |  |

1. **Upaya pengendalian diabetes mellitus tipe 2**

Petunjuk pengisian : isilah pertanyaan dibawah ini dengan menuliskan jawaban dan memberikan tanda () pada kotak jawaban yang telah disediakan.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Pertanyaan** | **Ya** | **Kadang-Kadang** | **Tidak** |
| **Diet** | | | | |
| 1. | Apakah bapak/ibu makan tepat waktu sesuai jadwal makan yang sudah dikonsultasikan dengan dokter. |  |  |  |
| 2. | Apakah bapak/ibu makan makanan sesuai dengan anjuran dokter. |  |  |  |
| 3. | Apakah bapak/ibu makan makanan yang mengandung lemak tinggi seperti santan, makanan cepat saji dan gorengan setiap hari |  |  |  |
| 4. | Apakah bapak/ibu menggunakan pemanis khusus untuk penderita diabetes seperti gula jagung saat ingi mengkonsumsi makanan/minuman manis satiap hari. |  |  |  |
| 5. | Apakah bapak/ibu makan lebih dari tiga kali sehari |  |  |  |
| 6. | Apakah bapak/ibu mengkonsumsi sayur dan buah sesuai dengan saran yang dianjurkan oleh dokter. |  |  |  |
| 7. | Apakah bapak/ibu lupa diet saat menghadiri pesta dengan makan makanan sesuka hati. |  |  |  |
| 8. | Apakah bapak/ibu ikut makan masakan keluarga walaupun bertentangan dengan diet anda. |  |  |  |
| 9. | Apakah bapak/ibu mengurangi mengkonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat. |  |  |  |
| 10. | Apakah bapak/ibu secara rutin memeriksa kadar gula darah sesuai instruksi dokter. |  |  |  |
| **Aktifitas Fisik** | | | | |
| 1. | Apakah bapak/ibu dalam satu minggu terakhir melakukan aktifitas fisik |  |  |  |
| 2. | Apakah bapak/ibu melakukan aktivitas fisik 3-4 kali seminggu |  |  |  |
| 3. | Apakah bapak/ibu melakukan aktifitas fisik selama kurang lebih 30 menit |  |  |  |
| **Keteraturan Berobat** | | | | |
| 1. | Apakah bapak/ibu pernah lupa minum obat |  |  |  |
| 2. | Apakah bapak/ibu kurang memperhatikan aturan pemakaian obat |  |  |  |
| 3. | Ketika kondisi membaik, apakah bapak/ibu berhenti meminum obat |  |  |  |
| 4. | Ketika kondisi memburuk, apakah bapak/ibu berhenti meminum obat |  |  |  |
| 5. | Apakah bapak/ibu lupa mengambil obat yang diresepkan |  |  |  |
| 6. | Apakah bapak/ibu mengetahui manfaat jangka panjang dari obat yang digunakan |  |  |  |
| 7. | Apakah bapak/ibu mengikuti aturan pakai penggunaan obat dalam satu hari penuh. |  |  |  |
| 8. | Apakah bapak/ibu mengikuti aturan pakai penggunaan obat dalam satu minggu penuh |  |  |  |
| 9. | Ketika kadar gula darah tidak terkontrol, Apakah bapak/ibu berhenti meminum obat |  |  |  |
| 10. | Apakah bapak/ibu setuju jika meminum obat secara teratur akan memperbaiki kondisi anda |  |  |  |
| 11. | Apakah bapak/ibu mengambil seluruh obat yang diresepkan |  |  |  |
| 12. | Apakah bapak/ibu menerima suntikan insulin yang dianjurkan oleh petugas kesehatan |  |  |  |

1. **Kuesioner Stres**

Petunjuk pengisian : isilah pertanyaan dibawah ini dengan menuliskan jawaban dan memberikan tanda () pada kotak jawaban yang telah disediakan.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **PERNYATAAN** | **Tidak Sesuai** | **Kadang-Kadang** | **Sesuai** | **Sangat Sesuai** |
| 1. | Saya merasa bahwa diri saya menjadi marah karena saya terkena penyakit diabetes mellitus |  |  |  |  |
| 2. | Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap penyakit yang saya alami |  |  |  |  |
| 3. | Saya merasa sulit untuk bersantai. |  |  |  |  |
| 4. | Saya menemukan diri saya mudah merasa kesal. |  |  |  |  |
| 5. | Saya merasa telah menghabiskan banyak energi untuk merasa cemas terhadap penyakit diabetes mellitus yang saya alami. |  |  |  |  |
| 6. | Saya menemukan diri saya menjadi tidak sabar ketika mengalami penundaan (misalnya : menunda kontrol kadar gula darah) |  |  |  |  |
| 7. | Saya merasa bahwa saya mudah tersinggung terhadap penyakit diabetes mellitus yang saya alami |  |  |  |  |
| 8. | Saya merasa sulit untuk beristirahat. |  |  |  |  |
| 9. | Saya merasa bahwa saya sangat mudah marah. |  |  |  |  |
| 10. | Saya merasa sulit untuk melakukan terapi atau pengobatan |  |  |  |  |
| 11. | Saya sulit untuk sabar dalam melakukan terapi atau pengobatan diabetes mellitus |  |  |  |  |
| 12. | Saya sedang merasa gelisah. |  |  |  |  |
| 13. | Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk melakukan terapi diabetes mellitus |  |  |  |  |