

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA  
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul **“Hubungan Perilaku Pengelolaan Mandiri dan Efikasi Diri terhadap Kadar Glukosa Darah Pasien Diabetes Tipe 2 Peserta Prolanis BPJS”**

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah:

1. Bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner.
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan oleh peneliti.
3. Mengizinkan peneliti untuk mengambil data yang diperlukan dari rekam medis atau catatan medis dengan jaminan bahwa peneliti akan merahasiakan identitas saya.

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., ..... 20.....

Mengetahui  
Peneliti

Yang membuat pernyataan

Anggita Ratna D.

\_\_\_\_\_

## KUESIONER PENELITIAN

### PENGELOLAAN MANDIRI DAN EFIKASI DIRI DIABETES

Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai dengan kondisi yang dialami oleh Bapak/Ibu dengan cara memberikan tanda *check* (✓) pada kotak (☐) pilihan jawaban yang dipilih.

#### A. KARAKTERISTIK DEMOGRAFI-SOSIAL

1	Nama (Inisial)	
2	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
3	Usia	.....tahun
4	Status Pernikahan	<input type="checkbox"/> Tidak kawin <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Berpisah <input type="checkbox"/> Cerai <input type="checkbox"/> Cerai mati
5	Pendidikan tertinggi (pendidikan formal yang diselesaikan)	<input type="checkbox"/> Tidak pernah sekolah <input type="checkbox"/> Tidak tamat Sekolah Dasar <input type="checkbox"/> Sekolah Dasar <input type="checkbox"/> Sekolah Menengah Pertama <input type="checkbox"/> Sekolah Menengah Atas <input type="checkbox"/> Akademi (Diploma) <input type="checkbox"/> Universitas: S1 <input type="checkbox"/> Universitas: S2 & S3
6	Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Pekerjaan rumah tangga (ibu rumah tangga) <input type="checkbox"/> Pekerjaan sektor informal (petani, nelayan, buruh, dll.) <input type="checkbox"/> Pekerjaan dengan ketrampilan khusus (tukang listrik, tukang pipa, mekanik, tukang kayu, tukang batu, dll) <input type="checkbox"/> Wiraswasta (pemilik usaha kecil/menengah, pedagang dll) <input type="checkbox"/> Pegawai negeri sipil (PNS), TNI & polisi <input type="checkbox"/> Pegawai perusahaan swasta <input type="checkbox"/> Pekerja profesional (pengacara, dokter, akuntan, guru, dll) <input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan).....
7	Perkiraan penghasilan per bulan (gabungan penghasilan suami & istri)	<input type="checkbox"/> < Rp 1.000.000 <input type="checkbox"/> Rp 1.000.000 – 2.999.999 <input type="checkbox"/> Rp 3.000.000 – 7.999.999 <input type="checkbox"/> > Rp 8.000.000
8	Orang yang tinggal bersama dalam rumah	..... (Sebutkan jumlah & siapa: sendiri, pasangan, anak, orang tua, lainnya)

**B. DATA KLINIS (RIWAYAT PASIEN)**

1.	Lama menderita diabetes yang diketahui (tahun)	..... tahun
2.	Lama kunjungan rutin ke puskesmas (tahun)	..... tahun
3.	Riwayat keluarga penderita diabetes	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya      Siapa? .....
4.	Pengawasan/ pemeriksaan sendiri gula darah (dengan alat glucometer)	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya      Frekuensi per minggu:
5.	Pemeriksaan gula darah secara teratur	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya      Frekuensi per bulan:
6.	Hasil tes gula darah	<input type="checkbox"/> Hasil tes terakhir      GDP= .....      2 jam PP=.....      GDS= ..... <input type="checkbox"/> Range (kisaran) hasil tes:      GDP = ..... 2 jam PP= ..... GDS = .....
7.	Hipertensi (penyakit darah tinggi)	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya      Lama menderita yang diketahui (tahun): .....
8.	Merokok	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Berhenti:      Lama: ..... Tahun      Jumlah maksimum: ..... batang/hari <input type="checkbox"/> Ya:      Lama: ..... Tahun      Jumlah rata-rata : ..... batang/hari
9.	Pengobatan diabetes [Berikan tanda √ sebanyak yang berlaku]	<input type="checkbox"/> Diet <input type="checkbox"/> Olah raga <input type="checkbox"/> Obat penurun kadar gula darah: Nama: .....      dosis ..... Nama: .....      dosis ..... Nama: .....      dosis ..... <input type="checkbox"/> Insulin: Nama: .....      dosis ..... Nama: .....      dosis ..... <input type="checkbox"/> Pengobatan tradisional/ herbal: .....

10.	Komplikasi diabetes yang pernah dialami [Beri tanda $\surd$ hanya satu untuk setiap jenis komplikasi]	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Kelainan syaraf tepi (neuropati):    <input type="checkbox"/> Tidak Ada    <input type="checkbox"/> Ringan    <input type="checkbox"/> Lebih Berat</li> <li>· Kelainan penglihatan: (retinopati/ glukoma/ katarak/ penyakit kornea)                    <input type="checkbox"/> Tidak Ada    <input type="checkbox"/> Ringan    <input type="checkbox"/> Lebih Berat</li> <li>· Penyakit ginjal (nefropati):                    <input type="checkbox"/> Tidak Ada    <input type="checkbox"/> Ringan    <input type="checkbox"/> Lebih Berat</li> <li>· Kelainan ereksi (impoten):                    <input type="checkbox"/> Tidak Ada    <input type="checkbox"/> Dulu        <input type="checkbox"/> Aktif</li> <li>· Penyakit jantung koroner:                    <input type="checkbox"/> Tidak Ada    <input type="checkbox"/> Ringan    <input type="checkbox"/> Lebih Berat</li> <li>· Stroke:    <input type="checkbox"/> Tidak Ada    <input type="checkbox"/> Ringan    <input type="checkbox"/> Lebih Berat</li> <li>· Penyakit pembuluh darah tepi: (ulkus kaki/gangren):                            <input type="checkbox"/> Tidak Ada    <input type="checkbox"/> Ringan    <input type="checkbox"/> Lebih Berat</li> </ul>
11.	Adakah di keluarga atau lingkungan sosial yang memberikan dukungan dalam mengelola penyakit diabetes Anda?	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya                    Siapa? .....
12.	Siapa yang paling utama menyiapkan makanan Anda setiap hari? [Beri tanda $\surd$ hanya satu]	<input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Saudara <input type="checkbox"/> Ipar/mertua <input type="checkbox"/> Pembantu <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) .....

### C. PERILAKU PENGELOLAAN MANDIRI DIABETES (SDSCA)

Pertanyaan-pertanyaan di bawah ini menanyakan tentang kegiatan perawatan diri diabetes Anda selama 7 hari terakhir. Jika Anda sakit selama 7 hari yang lalu, silahkan mengingat ke belakang 7 hari terakhir yang Anda tidak sakit.

NO.	PERTANYAAN	JAWABAN [Lingkari hanya salah satu]
<b>A. Diet/ Makanan</b>		
1.	Dalam TUJUH HARI (SEMINGGU) terakhir, berapa hari Anda mengikuti <b>pola makan yang sehat?</b> [4 sehat 5 sempurna]	0 1 2 3 4 5 6 7
2.	Dalam SEBULAN INI, rata-rata, berapa HARI PER MINGGU Anda mengikuti <b>pola makan tersebut?</b>	0 1 2 3 4 5 6 7
3.	Dalam TUJUH HARI (SEMINGGU) terakhir, pada berapa hari Anda <b>makan lima takaran/sediaan atau lebih buah dan sayuran</b> dalam per-hari-nya?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.	Dalam TUJUH HARI (SEMINGGU) terakhir, pada berapa hari Anda <b>makan makanan tinggi lemak</b> seperti <b>daging merah, produk susu tinggi lemak</b> atau <b>santan?</b>	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>B. Olah Raga</b>		
5.	Dalam TUJUH HARI (SEMINGGU) terakhir, pada berapa hari Anda melakukan <b>aktivitas fisik selama paling tidak 30 menit?</b> (Jumlah total menit dari <b>aktivitas kontinyu</b> , termasuk <b>berjalan, aktivitas membersihkan rumah, dll</b> )	0 1 2 3 4 5 6 7
6.	Dalam TUJUH HARI (SEMINGGU) terakhir, pada berapa hari Anda melakukan <b>olah raga khusus (seperti berenang, berjalan, bersepeda)</b> selain kegiatan yang Anda lakukan di rumah atau kegiatan yang merupakan bagian dari pekerjaan Anda?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>C. Tes Gula Darah</b>		
7.	Dalam TUJUH HARI (SEMINGGU) terakhir, pada berapa hari Anda melakukan <b>pemeriksaan gula darah?</b>	0 1 2 3 4 5 6 7
8.	Dalam TUJUH HARI (SEMINGGU) terakhir, pada berapa hari Anda melakukan <b>pemeriksaan gula darah sejumlah yang disarankan oleh petugas kesehatan (dokter/perawat)?</b>	0 1 2 3 4 5 6 7
*9.	Dalam SEBULAN terakhir, apakah Anda melakukan <b>pemeriksaan gula darah?</b>	0. <b>Tidak</b> 1. <b>Ya</b> Jika ya, berapa kali? Jumlah tes gula darah: ...../ bulan
*10.	Dalam SEBULAN terakhir, berapa kali petugas kesehatan (dokter/ perawat) menyarankan kepada Anda untuk melakukan <b>pemeriksaan gula darah?</b>	0. <b>Tidak disarankan</b> 1. <b>Disarankan</b> Jumlah tes gula darah yang disarankan: ..... /bulan
<b>D. Perawatan Kaki</b>		
11.	Dalam TUJUH HARI (SEMINGGU) terakhir, pada berapa hari Anda <b>memeriksa sendiri kaki Anda?</b>	0 1 2 3 4 5 6 7
12.	Dalam TUJUH HARI (SEMINGGU) terakhir, pada berapa hari Anda <b>memeriksa sendiri bagian dalam sepatu Anda?</b>	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>E. Merokok</b>		
13.	Apakah Anda menghisap rokok – meskipun sekali hisap – dalam TUJUH HARI terakhir?	0. <b>Tidak</b> 1. <b>Ya.</b> Jika ya, berapa batang rokok rata-rata per hari? Jumlah rokok: ..... / hari

**D. EFIKASI DIRI PSIKOSOSIAL  
SKALA PEMBERDAYAAN DIABETES (DES-SF)**

NO.	PERNYATAAN	JAWABAN				
		[Beri tanda $\surd$ hanya satu]				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Ragu- ragu	Setuju	Sangat Setuju
<b>Secara umum, saya percaya bahwa:</b>						
1.	Saya tahu bagian mana dari perawatan diabetes yang saya merasa tidak puas. <b>*Ricek:</b> Apa yang dirasa belum memuaskan?					
2.	Saya mampu mengubah tujuan penanganan diabetes menjadi rencana yang bisa diwujudkan <b>*Ricek:</b> Apa contohnya?					
3.	Saya bisa mencoba berbagai cara untuk mengatasi hambatan pada tujuan penanganan <b>*Ricek:</b> Apa contoh hambatannya? Bagaimana cara mengatasinya?					
4.	Saya bisa menemukan cara untuk merasa lebih baik saat menderita diabetes <b>*Ricek:</b> Apa contohnya?					
5.	Saya tahu cara positif untuk mengatasi stress akibat diabetes. <b>*Ricek:</b> Apa contohnya?					
6.	Saya bisa minta dukungan selama menderita dan merawat diabetes ketika membutuhkan. <b>*Ricek:</b> Kepada siapa?					
7.	Saya tahu apa yang membantu saya tetap termotivasi/ bersemangat dalam merawat <b>*Ricek:</b> Apakah itu?					
8.	Saya cukup tahu tentang diri sendiri untuk memilih perawatan diabetes yang tepat <b>*Ricek:</b> Apa contohnya?					