

DATA RESPONDEN PENELITIAN

HUBUNGAN EFIKASI DIRI DAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT KEPATUHAN MINUM OBAT HIPOGLIKEMIK ORAL PADA PASIEN DM TIPE 2

Nomor Responden : (diisi oleh peneliti)

Tanggal Pengisian :

Tempat Pengisian :

Petunjuk Pengisian :

1. Isi jawaban sesuai dengan keadaan anda.
2. Pilihlah jawaban dengan memberikan tanda lingkaran atau silang pada jawaban yang telah disediakan.
3. Silakan bertanya kepada peneliti apabila ada pertanyaan yang kurang jelas.

I. Identitas Responden

1. Umur : ... tahun
2. Jenis Kelamin
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
3. Pendidikan Terakhir
 - a. SD/Sederajat
 - b. SMP/Sederajat
 - c. SMA/Sederajat
 - d. DIII/Perguruan Tinggi
4. Pekerjaan
 - a. Tidak bekerja
 - b. Wiraswasta
 - c. Petani
 - d. PNS
 - e. Pensiun
 - f. Lain-lain
5. Lama Menderita DM = ... Tahun

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN EFIKASI DIRI DAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT KEPATUHAN MINUM OBAT HIPOGLIKEMIK ORAL PADA PASIEIN DM TIPE 2

Nomor Responden : (diisi oleh peneliti)

Tanggal Pengisian :

Tempat Pengisian :

I. Tingkat Pengetahuan Pasien DM Tipe 2

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberi tanda centang (✓) pada jawaban yang anda pilih.

No.	Pengetahuan Responden Tentang DM DM = Diabetes Melitus (kencing manis)	Ya	Tidak
1.	DM adalah penyakit dimana terjadi peningkatan kadar gula darah di luar batas normal.		
2.	Tanda-tanda utama DM adalah mudah lapar, mudah haus dan sering kencing malam setiap hari.		
3.	Tanda-tanda utama DM adalah mudah lapar, mudah haus dan sering kencing malam setiap hari.		
4.	Penderita DM tidak perlu berpantang makan gorengan, sosis, dan makanan kaleng tetapi jumlahnya dibatasi		
5.	Penderita DM tidak perlu berpantang makan gorengan, sosis, dan makanan kaleng tetapi jumlahnya dibatasi		
6.	Komplikasi dapat timbul jika saya tidak bisa mengatur pola makan.		
7.	Penderita DM tidak mungkin mengalami penurunan kadar gula darah secara drastis.		
8.	Penyakit DM bisa disembuhkan dengan cara tidak mengonsumsi makanan/minuman manis sama sekali.		
9.	Penderita DM tetap dapat menjalankan aktivitas kerja jika tetap mengonsumsi obat secara teratur.		
10.	Minum minuman yang bersoda, makanan berpemanis, dan sirup bukanlah faktor yang dapat meningkatkan kadar gula darah.		

	saya (contohnya: jogging, berkebun, latihan peregangan)					
9.	Saya mampu untuk tetap menjaga pola makan yang sehat sesuai diet DM					
10.	Saya mampu mengikuti pola makan yang sehat (diet DM) yang dianjurkan oleh tim kesehatan sepanjang waktu					
11.	Saya mampu melakukan aktivitas fisik yang lebih banyak, jika dokter menginstruksikannya untuk memperbaiki kondisi kesehatan saya					
12.	Ketika saya melakukan aktivitas fisik lebih dari biasanya, saya mampu melakukan penyesuaian dengan pola makan.					
13.	Saya mampu menjaga pola makan yang sehat (diet DM) walaupun saya tidak berada di rumah					
14.	Saya mampu memilih makanan dari makanan yang beragam dan tetap menjaga pola makan yang sehat, ketika saya tidak berada di rumah, misal : memilih makanan yang ada di rumah makan / restoran					
15.	Saya mampu menjaga pola makan yang sehat (diet DM) walaupun saya makan di acara pesta (perkawinan, khitanan, dll)					
16.	Saya mampu memilih makanan yang sehat dari beragam makanan yang ada ketika saya makan di luar rumah atau pada saat makan di tempat pesta					
17.	Saya mampu menjaga pola makan sehat (diet DM), ketika saya sedang merasa tertekan/stress/cemas					
18.	Saya mampu datang ke tempat layanan kesehatan 4 kali dalam setahun untuk memonitor penyakit diabetes saya					
19.	Saya mampu meminum obat sesuai aturan minumannya					
20.	Saya mampu mempertahankan program pengobatan yang diberikan kepada saya walaupun saya dalam kondisi sakit					

III. Dukungan Keluarga Pasien DM Tipe 2

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda centang (✓) sesuai dengan kondisi anda.

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1.	Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat saya				
2.	Keluarga mengingatkan saya untuk kontrol, minum obat, latihan fisik dan makan secara teratur				
3.	Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku yang dapat memperburuk penyakit saya				
4.	Keluarga menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya tentang hal yang tidak jelas mengenai penyakit saya				
5.	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas untuk keperluan pengobatan saya				
6.	Keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan saat saya sakit				
7.	Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan saya				
8.	Keluarga berusaha untuk mencari sarana dan peralatan perawatan yang saya perlukan				
9.	Keluarga mendampingi saya dalam perawatan				
10.	Keluarga memberikan perhatian kepada saya ketika saya sakit				
11.	Keluarga tetap mencintai dan memerhatikan keadaan saya saat sedang sakit				
12.	Keluarga memahami dan				

	memaklumi bahwa sakit yang saya alami ini sebagai suatu musibah				
--	-----------------------------------------------------------------	--	--	--	--

IV. Kepatuhan Minum Obat Hipoglikemik Oral Pasien DM Tipe 2

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda centang (✓) sesuai dengan kondisi anda.

No.	Pertanyaan	Jawaban Penelitian		Skor
		Ya	Tidak	
1.	Apakah terkadang anda lupa minum obat?			
2.	Pernakah anda tidak minum obat selain karena alasan lupa?			
3.	Pernakah berhenti minum obat dan tidak memberi tahu dokter anda?			
4.	Pernakah anda lupa membawa obat ketika berpergian?			
5.	Apakah kemarin anda meminum obat dengan lengkap?			
6.	Apakah anda pernah berhenti minum obat saat tidak ada gejala?			
7.	Apakah anda pernah kesal dengan rencana pengobatan anda yang lama?			
8.	Apakah anda sering lupa untuk minum obat anda?			

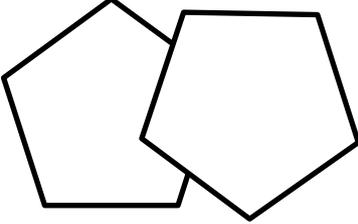
V. Lembar Pengkajian MMSE

MINI-MENTAL STATE EXAM (MMSE)

Nama Pasien : (L/P)

Umur: Tahun

No.	Tes	Nilai Maks	Nilai
	Orientasi		
1.	Sekarang (hari, tanggal, bulan tahun) berapa dan musim apa?	5	
2.	Sekarang kita berada dimana? (Negara, Provinsi, Kabupaten, jalan, Nama institusi)	5	
	Regsitrasi		
3.	Pewawancara menyebarkan nama 3 buah benda, misalnya: bola, kursi, sepatu. Satu detik untuk tiap benda. Kemudian minta responden untuk mengulang ketiga nama benda tersebut	3	
	Atensi dan Kalkulasi		
4.	Hitunglah berturut-turut selang 7 angka mulai dari 100 ke bawah. Berhenti setelah 5 kali gitungan (93-86-79-72-65) Kemungkinan lain ejaan kata dengan lima huruf, misalnya 'DUNIA' dari akhir ke awal/dari kanan ke kiri: 'AINUD'	5	
	Mengingat Kembali (Recall)		
5.	Minta pasien untuk menyebutkan kembali benda yang sebelumnya	3	

	Bahasa		
6.	Minta pasien untuk menyebutkan nama benda yang ditunjukkan	2	
7.	Minta pasien untuk mengulang kata-kata: “namun”, “tanpa”, “bila”	1	
8.	Minta pasien untuk melakukan perintah, “ambil kertas ini dengan tangan anda”	3	
9.	Minta pasien untuk membaca dan melakukan perintah “pejamkan mata anda”	1	
10.	Meminta pasien untuk menulis dengan spontan	1	
11.	Meminta pasien untuk menggambarkan bentuk dibawah ini: 	1	