

**KUESIONER PENELITIAN**

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN KUALITAS HIDUP PASIEN  
PROLANIS DM TIPE II DI PUSKESMAS SIDAREJA**

Tanggal :	Kode :
-----------	--------

Petunjuk Pengisian :

1. Untuk data umum, isilah sesuai dengan kondisi anda.
2. Pilihlah salah satu jawaban yang paling sesuai menurut pendapat anda.
3. Berilah tanda silang (√) pada kotak yang telah disediakan yang anda anggap benar.

**A. DATA DEMOGRAFI RESPONDEN:**

1. Jenis Kelamin

laki

Perempuan

2. Umur :

3. Pendidikan

Tidak Sekolah

SMA

SD

D.1/D III

SMP

D IV/Sarjana

4. Status Pernikahan

Tidak Menikah

Menikah

5. Lama Menderita DM

≤ 1 Tahun

> 1 Tahun

6. Komplikasi

Tidak Ada Komplikasi

Ada Komplikasi

## B. KUESIONER DQCTLQ

Berilah satu tanda silang (√) pada kotak kecil didepan angka, dalam kolom Kondisi Anda untuk setiap satu pertanyaan, yang menurut anda paling mencerminkan kondisi kesehatan anda selama 4 minggu terakhir :

PERTANYAAN		KONDISI ANDA
Q1	Bagaimana kondisi kesehatan Anda pada umumnya selama 4 minggu terakhir ?	<input type="checkbox"/> Amat sangat baik <input type="checkbox"/> Baik sekali <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Biasa-biasa saja <input type="checkbox"/> Buruk
Q2	Dibandingkan dengan saat sebelum menderita Diabetes Melitus, bagaimana dengan kondisi status kesehatan Anda secara menyeluruh pada saat ini ?	<input type="checkbox"/> Lebih baik dibandingkan dengan sebelum DM <input type="checkbox"/> Agak lebih baik dibandingkan dengan sebelum DM <input type="checkbox"/> Kira-kira sama dengan sebelum DM <input type="checkbox"/> Lebih buruk dibandingkan sebelum DM <input type="checkbox"/> Sangat buruk dibandingkan sebelum DM yang lalu

Pertanyaan berikut ditujukan untuk mengetahui kesehatan Anda bukan menilai. Berikan satu tanda silang (√) pada kotak kecil pada kolom kondisi Anda yang menurut Anda sesuai dengan kondisi Anda :

PERTANYAAN		KONDISI ANDA		
		Sangat Terbatas	Agak Terbatas	Tidak terbatas
Q3	Apakah Diabetes Mellitus Anda mengganggu aktivitas Anda (perkerjaan sehari-hari), dalam 4 minggu terakhir?			
a	Aktivitas berat yang dapat anda lakukan, seperti mengangkat benda berat, berlari atau mengikuti olahraga berat (mis. renang, sepak bola,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





		sangat cemas/ ketakutan						
b		Anda merasa tenang dan damai	<input type="checkbox"/>					
c		Anda merasa rendah hati dan sedih	<input type="checkbox"/>					
d		Anda menjadi orang yang bahagia	<input type="checkbox"/>					
e		Anda merasa sangat sedih sehingga tak satu pun yang dapat membuat anda gembira	<input type="checkbox"/>					

Untuk setiap pertanyaan berikut, pilihlah jawaban yang paling mendekati berdasarkan perasaan anda selama 4 minggu terakhir, dengan memberi tanda silang (√) pada kotak kecil di depan angka pada kolom kondisi anda, yang menurut anda sesuai dengan kondisi anda.

PERTANYAAN		KONDISI ANDA				
		Sangat mengecewa kan	mengece wakan	Tidak Mengece wakan	Memua skan	Sangat Memuas kan
Q6	Apakah anda merasa puas dengan					
a	Jumlah waktu yang diperlukan untuk mengatur diabetes anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Jumlah waktu yang anda habiskan untuk pergi periksa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Kadar gula darah anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Pengobatan anda sekarang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Variasi menu yang anda dapatkan dalam makanan anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	f	Dampak/beban emosional diabetes anda terhadap keluarga anda	<input type="checkbox"/>				
	g	Pengetahuan anda tentang diabetes anda	<input type="checkbox"/>				
Q6		Pada umumnya, saat ini sepuas apakah anda dengan :					
	h	Tidur anda	<input type="checkbox"/>				
	i	Hubungan sosial dan persahabatan anda	<input type="checkbox"/>				
	j	Kehidupan seks anda	<input type="checkbox"/>				
	k	Pekerjaan atau sekolah dan kegiatan rumah tangga anda	<input type="checkbox"/>				
	l	Penampilan tubuh anda (misal, berat badan)	<input type="checkbox"/>				
	m	Waktu yang anda habiskan untuk berolahraga	<input type="checkbox"/>				
	n	Waktu santai anda	<input type="checkbox"/>				
	o	Kehidupan anda umumny	<input type="checkbox"/>				







