

## LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.  
Calon Responden Penelitian  
Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Orlansius Andri  
NIM : PO. 5303201201048  
Jurusan : Prodi Diploma III Keperawatan Kupang

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul "**Gambaran Perawatan Diri pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Pasir Panjang Kota Kupang**", Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Semua informasi dari hasil penelitian akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika saudara/I bersedia, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan.

Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya

ORLANSIUS ANDRI

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No. Telepon/Hp :

Menerangkan bahwa setelah mendapat penjelasan dan mengetahui manfaat dari penelitian yang akan dilakukan oleh saudara **ORLANSIUS ANDRI** dengan judul "**Gambaran Perawatan Diri Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Pasir Panjang Kota Kupang**", maka saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Kupang, 2022

Mengetahui

Peneliti,

Yang Membuat Pernyataan

## KUESIONER

### GAMBARAN PERAWATAN DIRI PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS PASIR PANJANG KOTA KUPANG

#### A. Data Demografi

##### 1. Identitas

Nama (inisial) :

Jenis kelamin :  Perempuan  Laki-laki

Umur/usia :  Usia > 45 Tahun

Usia < 45 Tahun

Pendidikan terakhir :  SD  SMP  SMA  Diploma

Sarjana  Lainnya : .....

Pekerjaan :  Petani  pedagang  Karyawan Swasta  PNS

Lainnya : .....

Penyakit Penyerta : Ada  Tidak ada

Lama menderita DM : 1 tahun  2 tahun

5 tahun  > 5 tahun

Lainnya : ..........

## KUISONER

### B.perawatan diri dan Diet DM

No	Pernyataan	Selalu	sering	jarang	Tidak pernah
1.	Saya makan tepat waktu sesuai jadwal makan yang sudah di konsultasikan ke dokter,perawata atau petugas kesehatan lain.				
2.	Saya makan makanan sesuai anjuran dokter ,perawat dan petugas kesehatan lain.				
3.	Saya tidak makan makanan yang mengandung banyak lemak seperti santan,makanan cepat saji dan goreng – gorengan.				
4.	Saya tidak menggunakan pemanis khusus untuk penderita diabetes seperti gula jagung saat ingin mengomsumsi makanan dan minuman manis.				
5.	Saya makan lebih dari tiga kali sehari				
6.	Saya tidak mengkomsumsi sayur dan buah sesuai dengan saran yang dianjurkan oleh dokter atau perawat setiap hari				

### B Pengetahuan Perawatan Diri DM

No	Pertanyaan	Benar	Tidak
7.	Jumlah makan yang diberikan kepada penderita diabetes melitus disesuaikan dengan tinggi rendahnya kadar gula darah		
8.	Makanan bagi penderita Diabetes adalah makanan yang mempunyai nilai gizi yang seimbang		
9.	Jenis makanan yang tidak manis dapat menyebabkan kadar gula darah meningkat		
10.	Penderita diabetes tidak harus makan secara teratur		
11.	Dalam merencanakan diet diabetes harus memperhatikan makanan yang cocok untuk penderita diabetes.		

No	Pertanyaan	Iya	Tidak
12.	Saya bisa menerima keadaan saya sebagai penderita diabetes melitus		
13.	Sebagai penderita diabetes melitus harus menjaga emosi dan tetap rileks		
14.	Saya merasa malu mengakui kepada orang lain bahwa saya menderita diabetes melitus		
15.	Saya dapat mengendalikan diabetes hanya dengan minum obat		
16.	Saya harus menghindari makanan yang manis		
17.	Saya akan memeriksa kadar gula darah secara tepat waktu minimal satu kali dalam 1 bulan		
18.	Saya menjalankan diet agar kadar gula darah saya selalu terkontrol dengan baik		

