**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)**

**UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN**

**(*****INFORMED CONSENT*)**

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikut sertaannya, maka saya **setuju/tidak setuju**\*) ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

**PERSEPSI PASIEN DM TIPE 2 TERHADAP PENGGUNAAN OBAT ANTIDIABETES ORAL DI RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG**

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju: **Ya/Tidak**\*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tanggal:  | Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol) |
| Nama Peserta: Usia:Alamat: |  |  |
| Nama Peneliti:  |  |  |
| Nama Saksi: |  |  |

\*) coret yang tidak perlu

**KUESIONER PENELITIAN**

**PERSEPSI PASIEN DM TIPE 2 TERHADAP PENGGUNAAN OBAT ANTIDIABETES ORAL DI RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG**

1. **Identitas Responden**

Nama :

Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan

Usia : tahun

Pendidikan Terakhir : Tidak Sekolah / SD / SMP / SMA / Perguruan Tinggi

Jumlah OAD yang diminum : jenis

1. **Hasil Pemeriksaan Laboratorium Terakhir**

Glukosa Darah Puasa : mg/dL

Glukosa Darah 2 Jam PP : mg/dL

HbA1c : %

1. **Persepsi Responden**

Terdapat pilihan Ya/Tidak di setiap pertanyaan di bawah ini. Pilihlah jawaban dengan cara memberikan tanda ceklis (√) pada jawaban yang anda rasa tepat, sesuai dengan yang anda ketahui dan rasakan.

Keterangan: OAD = Obat Antidiabetes Oral

1. Persepsi Manfaat Pengobatan

Menurut saya pengobatan OAD .........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Ya** | **Tidak** |
| 1 | Mengurangi atau menghilangkan gejala dan keluhan diabetes saya |  |  |
| 2 | Menurunkan kadar glukosa darah saya |  |  |
| 3 | Membuat saya menjadi merasa sehat dan bugar |  |  |
| 4 | Mencegah terjadinya perburukan atau komplikasi pada tubuh saya |  |  |

1. Persepsi Tata Cara Konsumsi Obat

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Ya** | **Tidak** |
| 5 | Saya perlu meminum OAD secara rutin setiap hari |  |  |
| 6 | Saya dapat meminum OAD kapan saja, sesuai kemauan saya |  |  |
| 7 | Saya dapat menambah dosis OAD jika saya merasa membutuhkanya |  |  |
| 8 | Saya dapat mengurangi atau memberhentikan konsumsi OAD jika sudah merasa lebih baik |  |  |
| 9 | Saya dapat mengurangi atau memberhentikan konsumsi OAD jika tidak merasakan perbaikan |  |  |
| 10 | Saya hanya meminum OAD jika merasa perlu saja |  |  |
| 11 | Konsumsi OAD yang tidak teratur akan membuat hasil yang kurang maksimal |  |  |

1. Persepsi Efek Samping Pengobatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Ya** | **Tidak** |
| 12 | Saya pernah mengalami dan merasakan efek samping yang ditimbukan oleh pengobatan diabetes saya |  |  |
| 13 | Saya pernah menghentikan penggunaan obat karena merasakan efek samping |  |  |
| 14 | Konsumsi OAD setiap hari akan membuat hal yang buruk bagi tubuh saya |  |  |
| 15 | Saya merasa ragu untuk mengonsumsi obat karena takut terjadi efek samping |  |  |

1. Persepsi Dorongan Konsumsi Obat

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Ya** | **Tidak** |
| 16 | Saya merasa nyaman dengan penggunaan OAD yang diperintahkan dokter |  |  |
| 17 | Menurut Saya OAD mudah untuk didapatkan  |  |  |
| 18 | Tata cara konsumsi OAD mudah untuk dimengerti |  |  |
| 19 | Saya akan mengonsumsi OAD secara rutin dan teratur |  |  |
| 20 | Saya merasa bosan dalam mengonsumsi OAD setiap hari |  |  |
| 21 | Saya merasa OAD membebani saya secara ekonomi |  |  |