**Supplementary Information: The effect of diabetes exercise on the quality of life of type 2 diabetes mellitus patient**

Nur Rachmawati Maulida, Jongky Hendro Prajitno, Nuniek Nugraheni Sulistiawaty

Table S1. Diabetes quality of life questionnaire

**KUESIONER KUALITAS HIDUP**

 Pilih dan berikan tanda sesuai yang Anda rasakan pada kotak yang tersedia. Tidak ada jawaban yang benar atau salah untuk pertanyaan berikut.

 Pertanyaan berikut adalah mengenaik **kepuasan** yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari rasakan selama pengobatan diabetes pada tahun 2019.

**Keterangan :**

**Sangat Puas : 6 – 7 Cukup Puas : 4 – 5**

**Kurang Puas : 2 – 3 Sangat Tidak Puas : 0 - 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan mengenai kepuasan :****Seberapa puas bapak/ibu/saudara/saudari dengan …..** | **Sangat Puas** | **Cukup Puas** | **Kurang Puas** | **Tidak Puas** |
| 1 | Lamanya waktu yang digunakan untuk kontrol berobat? |  |  |  |  |
| 2 | Perawatan/pengobatan diabetes yang ada? |  |  |  |  |
| 3 | Diet DM yang anda lakukan? |  |  |  |  |
| 4 | Beban diabetes anda di dalam keluarga? |  |  |  |  |
| 5 | Pengetahuan yang Anda miliki tentang diabetes? |  |  |  |  |
| 6 | Tidur Anda? |  |  |  |  |
| 7 | Hubungan sosial dan persahabatan Anda? |  |  |  |  |
| 8 | Kehidupan seksual Anda? |  |  |  |  |
| 9 | Aktivitas Anda (pekerjaan dan rumah tangga)? |  |  |  |  |
| 10 | Penampilan tubuh Anda? |  |  |  |  |
| 11 | Waktu yang Anda gunakan untuk olahraga? |  |  |  |  |
| 12 | Waktu santai/senggang Anda? |  |  |  |  |
| 13 | Hidup Anda? |  |  |  |  |

 Pertanyaan berikut mengenai **seberapa sering** Bapak/Ibu/Saudara/Saudari mengalami hal berikut dalam satu minggu pada tahun 2019.

**Keterangan :**

**Tidak Pernah : terjadi < 1 kali dalam satu minggu**

**Jarang : terjadi 1 – 2 kali dalam satu minggu**

**Sering : terjadi 3 – 4 kali dalam satu minggu**

**Setiap Saat : terjadi 5 – 7 kali dalam satu minggu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan mengenai dampak yang dirasakan :****Seberapa sering bapak/ibu/saudara/ saudari dengan …..** | **Tidak Pernah** | **Jarang** | **Sering** | **Setiap Saat** |
| 14 | Merasa sakit (nyeri) berhubungan dengan diabetes? |  |  |  |  |
| 15 | Dipermalukan di depan umum karena diabetes? |  |  |  |  |
| 16 | Mengalami gula darah rendah? |  |  |  |  |
| 17 | Tidak bisa tidur di malam hari? |  |  |  |  |
| 18 | Hubungan sosial dan persahabatan Anda dibatasi karena diabetes? |  |  |  |  |
| 19 | Merasa diri kurang/tidak baik? |  |  |  |  |
| 20 | Merasa dibatasi oleh diet Anda? |  |  |  |  |
| 21 | Merasa dicegah melakukan olahraga karena diabetes? |  |  |  |  |
| 22 | Meninggalkan aktivitas (pekerjaan atau tugas rumah tangga) karena diabetes? |  |  |  |  |
| 23 | Merasa waktu luang/santai Anda terganggu karena diabetes? |  |  |  |  |
| 24 | Menceritakan tentang diabetes Anda pada orang lain? |  |  |  |  |
| 25 | Merasa pergi ke kamar mandi lebih sering dibandingkan dengan orang lain karena diabetes? |  |  |  |  |
| 26 | Merasa takut akan kehilangan pekerjaan? |  |  |  |  |
| 27 | Merasa takut melakukan liburan atau perjalanan? |  |  |  |  |
| 28 | Merasa takut akan meninggal dunia? |  |  |  |  |
| 29 | Merasa takut tubuh terlihat berbeda karena diabetes? |  |  |  |  |
| 30 | Merasa takut mengalami komplikasi karena diabetes? |  |  |  |  |