**Lampiran. 1**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**(*Informed Consent*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah responden penelitian:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Setelah membaca dan mendapatkan penjelasan, maka saya bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh saudari Yosy Arisandi mahasiswi Jurusan Keperawatan Gigi Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta dengan judul “ Hubungan Penggunaan Gigi Tiruan Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia di Wilayah Kerja Posyandu Lansia Anak Air Padang”

Demikian persetujuan ini saya tandatangani dengan suka rela tanpa adanya paksaan darimanapun.

Padang, 2020

Responden

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lampiran 2. Kuesioner Pengguna Gigi Tiruan**

**Petunjuk :**Kuesioner ini diisi dengan menjawab pertanyaan sesuai dengan pengalaman pribadi.

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

* + - 1. Kapan terakhir kali anda mengkonsultasikan gigi tiruan anda?

..............................................................................................

* + - 1. apa kekurangan yang anda rasakan menggunakan gigi tiruan tersebut?

.............................................................................................

* + - 1. apakah anda nyaman dengan bahan gigi palsu tersebut?

.............................................................................................

* + - 1. apa kekurangan yang anda rasakan terkait bahan tersebut?

.............................................................................................

**Petunjuk :**Kuesioner ini diisi dengan menjawab pertanyaan sesuai dengan pengalaman pribadi dengan cara memberi tanda ceklis (v) pada jawaban yang anda pilih.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Dampak Kesehatan Gigi Dan Mulut | Jawaban | |
| 1 | Sudah berapa lamakah anda menggunakan gigi tiruan? | ≤5 tahun | ≥5 tahun |
|  |  |
| 2 | Aapa jenis gigi tiruan anda? | Gigi tiruan lepasan | Gigi tiruan cekat |
|  |  |
| 3 | Dimanakah anda membuat gigi tiruan? | Dokter gigi | Non dokter gigi |
|  |  |

**Lampiran 3. Lembar Kuesioner OHIP-14**

**Petunjuk :**

Kuesioner ini diisi dengan memberi tanda centang (V) pada kolom sesuai dengan kenyataan yang anda rasakan. Pertanyaan pada kuesioner ini berisi pernyataan yang mungkin anda rasakan saat mengalami gangguan pada gusi, gigi atau gigi palsu selama kurun waktu 1 bulan terakhir

Keterangan:

0 = tidak pernah 1 = sangat jarang 2 = kadang-kadang 3 = sering

4 = sangat sering

Nama:

Umur:

Jenis kelamin:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | Pertanyaan | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Seberapa sering anda mengalami hal berikut: |
| 1 | Apakah anda memilki masalah pada pengucapan kata ?  Jika pernah, pengucapan kata apa?  ................................................................................... |  |  |  |  |  |
| 2 | Apakah anda mengalami pengecapan rasa yang buruk? |  |  |  |  |  |
| 3 | Apakah anda merasakan sakit pada gusi? |  |  |  |  |  |
| 4 | Apakah anda mengalami ketidak nyamanan mengunyah?  Jika pernah, ketidaknyamanan jika mengkonsumsi makanan seperti apa?  ................................................................................... |  |  |  |  |  |
| 5 | Apakah anda merasa rendah diri ? |  |  |  |  |  |
| 6 | Apakah anda merasa tegang ?  Jika pernah, apa yang menyebabkan rasa tegang?  ................................................................................... |  |  |  |  |  |
| 7 | Apakah kualitas makan anda kurang memuaskan? |  |  |  |  |  |
| 8 | Apakah anda sulit merasa rileks?  Jika pernah, apa yang menyebabkan ketidak rileksan tersebut?  .................................................................................... |  |  |  |  |  |
| 9 | Apakah anda merasa malu?  Jika pernah, apa yang menyebabkan anda malu?  .................................................................................. |  |  |  |  |  |
| 10 | Apakah anda sulit berbaur dengan orang lain? |  |  |  |  |  |
| 11 | Apakah anda sulit mengerjakan pekerjaan sehari-hari?  Jika pernah, apa yang menyebabkan hal tersebut?  ................................................................................... |  |  |  |  |  |
| 12 | Apakah gigi palsu anda sama sekali tidak berfungsi |  |  |  |  |  |