**KUESIONER PERAWATAN DIRI**

***SELF-CARE OF CORONARY HEART DISEASE INVENTORY* (SC-CHDI) VERSI 3**

*Semua jawaban bersifat rahasia*

Pikirkan tentang bagaimana perasaan Anda dalam satu bulan terakhir untuk menjawab pertanyaan berikut.

# Bagian A:

Pertanyaan di bawah ini merupakan anjuran umum yang diberikan pada pasien dengan penyakit jantung. Seberapa rutin Anda melakukannya?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tidak pernah** | **Jarang** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Selalu** |
| 1. Membuat janji dengan dokter atau petugas kesehatan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Minum aspirin atau obat pengencer darah lainnya | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Melakukan sesuatu untuk mengatasi stres (contoh meditasi, yoga, mendengarkan musik) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Melakukan aktivitas fisik (contoh jalan cepat atau menggunakan tangga) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Minum obat tanpa melewatkan dosis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Meminta makanan rendah lemak ketika makan di luar atau berkunjung ke tempat orang lain | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Berusaha menjaga kesehatan (contoh vaksin influenza, mencuci tangan) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Makan buah dan sayuran | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Menghindari rokok dan/atau perokok | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Bagian B:**

Pertanyaan berikut adalah hal umum yang dipantau pada pasien dengan penyakit jantung koroner. Seberapa sering Anda melakukan hal-hal berikut?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tidak pernah** | **Jarang** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Selalu** |
| 1. Memantau kondisi Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memperhatikan perubahan yang terjadi pada diri Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memeriksa tekanan darah Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memantau apakah Anda lebih mudah lelah saat melakukan aktivitas normal? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memantau kejadian efek samping obat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memantau terjadinya gejala? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memantau berat badan Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# Pengenalan Gejala

Sebagian besar pasien penyakit jantung mengalami gejala nyeri dada, tekanan dada, rasa terbakar, berat, sesak nafas dan kelelahan. Terakhir kali Anda merasakan gejala……….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tidak pernah mengalami gejala** | **Tidak mengenali gejala yang terjadi** | **Sangat tidak cepat** | **Tidak cepat** | **Agak cepat** | **Cepat** | **Sangat cepat** |
| 1. Seberapa cepat Anda mengenali gejala tersebut sebagai gejala penyakit jantung? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**BAGIAN C:**

Pertanyaan berikut adalah tindakan yang dilakukan pada pasien dengan penyakit jantung. Jika Anda mengalami salah satu gejala, seberapa mungkin Anda mencoba salah satu tindakan ini?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sangat tidak mungkin** | **Tidak mungkin** | **Sedikit mungkin** | **Mungkin** | **Sangat mungkin** |
| 1. Mengubah tingkat aktivitas Anda (mengurangi aktivitas, istirahat) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Konsumsi obat aspirin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Konsumsi obat untuk mengurangi atau menghilangkan gejala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Menghubungi penyedia layanan kesehatan Anda untuk memberikan petunjuk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Menceritakan gejala yang dialami pada dokter atau petugas kesehatan pada kunjungan selanjutnya | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pikirkan salah satu tindakan perawatan yang Anda gunakan terakhir kali ketika Anda mengalami gejala penyakit jantung (lingkari salah satu angka)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tidak melakukan apa pun** | **Sangat tidak yakin** | **Tidak yakin** | **Sedikit yakin** | **Yakin** | **Sangat yakin** |
| 1. Apakah tindakan perawatan yang Anda gunakan membuat Anda merasa lebih baik? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |