

INVENTARIS PERAWATAN DIRI

Semua jawaban dirahasiakan

Pikirkan bagaimana perasaan anda dalam sebulan terakhir saat anda ingin mengisi survei ini

BAGIAN A:

Di bawah ini adalah perilaku merawat diri secara umum yang mungkin dilakukan oleh orang lain.

Seberapa sering atau rutin Anda melakukan hal berikut?

| | <i>Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini</i> | | | | |
|---|--|---|----------------------|---|---------------|
| | Tidak pernah | | Kadang kadang | | Selalu |
| 1. Memastikan untuk cukup tidur? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. berusaha agar tidak sakit (misalnya suntik flu, cuci tangan)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Melakukan aktivitas fisik (misalnya, jalan cepat, menggunakan tangga)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Makan makanan yang seimbang dan bervariasi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Menemui jasa kesehatan anda untuk perawatan kesehatan rutin (misalnya berkala ke dokter umum, dokter gigi, dokter kandungan, dll)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Jika/ ketika diresepkan, minum obat yang diresepkan tanpa melewati satu dosis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Melakukan sesuatu untuk menghilangkan stres (misalnya meditasi, yoga, musik)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Apakah kamu menghindari asap rokok (baik perokok aktif maupun pasif)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

BAGIAN B:

Di bawah ini adalah hal umum yang biasa dipantau orang.

Seberapa sering atau rutin anda melakukan hal berikut?

| | <i>Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini</i> | | | | |
|---|--|---|----------------------|---|---------------|
| | Tidak pernah | | Kadang kadang | | Selalu |
| 9. Memantau status kesehatan anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Jika/ ketika diresepkan, memantau efek samping obat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Memperhatikan perubahan yang anda rasakan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Memantau apakah anda lebih lelah dari biasanya saat melakukan aktivitas normal? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Memantau gejala? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | <i>Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini</i> | | | | |
|---|--|--------------------|---|----------------------|---------------------|
| | Saya tidak mengenali gejalanya | Tidak cepat | | Lumayan cepat | Sangat cepat |
| Pikirkan tentang terakhir kali anda memiliki gejala. bisa gejala apa saja seperti flu, tidur malam yang buruk, sebuah penyakit. Bisa juga karena reaksi dari obat | | | | | |
| 14. Seberapa cepat anda mengenali gejala penyakit, masalah kesehatan atau efek samping dari obat? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |

BAGIAN C:

Di bawah ini adalah perilaku yang dilakukan orang untuk mengendalikan gejala mereka. **Ketika anda memiliki gejala, seberapa besar kemungkinan anda untuk melakukan salah satu dari ini?**

| | <i>Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini</i> | | | | |
|---|--|---|------------------------|---|----------------------------|
| | Tidak mungkin | | Ada kemungkinan | | Sangat memungkinkan |
| 15. Mengubah apa yang anda makan atau minum untuk membuat gejala berkurang atau hilang? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Mengubah tingkat aktivitas anda (mis., secara perlahan, memiliki jeda)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Menggunakan obat agar gejalanya berkurang atau hilang? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Memberitahu jasa kesehatan anda tentang gejalanya pada kunjungan berikutnya? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Menghubungi jasa kesehatan anda untuk mendapatkan panduan ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | <i>Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini</i> | | | | |
|--|--|--------------------|---|--------------------|---------------------|
| | Saya tidak melakukan apapun | Tidak yakin | | Cukup yakin | Sangat yakin |
| Pikirkan hal-hal yang sudah anda lakukan terakhir kali saat anda memiliki gejala | | | | | |
| 20. Apakah hal-hal yang sudah anda lakukan membuat anda merasa lebih baik? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |

TERIMA KASIH TELAH MELENGKAPI SURVEI

SKALA EFIKASI DAN PERAWATAN DIRI

Semua jawaban dirahasiakan

Secara umum, seberapa yakin anda bisa atau mungkin:

Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini

| | Tidak yakin | | Terkadang yakin | | Sangat yakin |
|--|------------------------|---|----------------------------|---|-------------------------|
| 1. Menjaga diri anda tetap stabil dan bebas dari gejala? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Mengikuti rencana jika kamu telah diberikan pengobatan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Bertahan mengikuti rencana pengobatan meskipun sulit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Memantau kondisi kesehatan anda secara rutin? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Bertahan memantau kondisi kesehatan anda meskipun sulit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Mengenali perubahan pada kesehatan anda jika itu terjadi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Mengevaluasi pentingnya gejala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Melakukan sesuatu untuk meringankan gejala anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Gigih mencari obat untuk gejala anda walaupun itu sulit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Mengevaluasi seberapa baik obatnya bekerja? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

TERIMA KASIH TELAH MELENGKAPI SURVEI