Instrumen SCHFI 7.2 (Indonesian Version) Indeks Perawatan Diri Penderita Gagal Jantung

|  |
| --- |
| Bagian A: Pikirkan tentang bagaimana perasaan Anda dalam sebulan terakhir saat Anda menyelesaikan survei ini. |
|  | Tidak Pernah |  | Kadangkadang |  | Selalu |
|  | Perilaku Mencari Informasi Perawatan (7 item) |  |  |  |  |  |
|  | Di bawah ini adalah perilaku penderita gagal jantung dalam membantu dirinya sendiri. Seberapa sering atau rutin Anda melakukan hal berikut? |  |  |  |  |  |
| 1 | Berusaha menjaga kesehatan agar terhindar dari sakit (misalnya, mencuci tangan) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Melakukan aktivitas fisik/olahraga (misalnya jalan cepat, naik turun tangga) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Melakukan kunjungan rutin pengobatan di fasilitas layanan kesehatan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Mengonsumsi obat secara rutin sesuai resep dokter | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Memastikan untuk mendapatkan vaksinasi flu setiap tahun | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Menggunakan sebuah metode untuk memudahkan mengingat jadwal minum obat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Meminta penjelasan pada petugas kesehatan tentang obat-obatan yang dikonsumsi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | Perilaku Diet (3 item) |  |  |  |  |  |
| 3 | Mengonsumsi makanan rendah garam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Memesan makanan rendah garam saat makan di luar rumah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Meminta makanan rendah garam saat mengunjungi keluarga dan teman | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Bagian B: Persepsi Gejala |
|  | Pemantauan perilaku (9 item) |  |  |  |  |  |
|  | Di bawah ini adalah perubahan yang biasa dipantau oleh penderia gagal jantung. Seberapa sering Anda melakukan hal berikut? | Tidak Pernah |  | Kadangkadang |  | Selalu |
| 11 | Memantau berat badan setiap hari. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Memperhatikan perubahan perasaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Mengamati perubahan atau efek samping pengobatan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Merasakan kondisi lebih lelah daribiasanya saat beraktivitas normal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Melakukan konsultasi pada petugas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | kesehatan terkait perubahan kondisi yang Anda alami |  |  |  |  |  |
| 16 | Memantau perubahan kondisi atau gejala dengan seksama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Memeriksa adanya pembengkakan pada area pergelangan kaki | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 |  Mengamati adanya sesak napas saatberaktivitas seperti mandi dan berpakaian | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Mencatat perubahan atau gejala yang dialami | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | Mengenali Gejala (2 item)Terakhir kali Anda mengalami gejala… | Tidak memiliki gejala | Tidak merasakan gejala | Tidak cepat |  | Kadangkadang cepat |  | Cepat sekali |
| 20 | Seberapa cepat Anda mengenali bahwa Anda mengalami perubahan kondisi atau timbul gejala? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Seberapa cepat Anda mengetahui bahwa gejala tersebut disebabkan oleh gagal jantung? | N/A |  |  |  |  |  |  |
| Bagian C: Manajemen Perawatan Diri |  |  |  |  |  |
|  | Tidak suka |  | Kadangkadang |  | Sangat suka |
|  | Perilaku yang direkomendasikan (4 item) Di bawah ini adalah perilaku yang digunakan penderita gagal jantung untuk menngontrol atau mengendalikan gejalanya. Jika Anda mengalami gejala, seberapa besar kemungkinan Anda akan menggunakan salah satunya? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Membatasi konsumsi garam yang Anda makan hari itu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Mengurangi asupan cairan Anda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Mengonsumsi obat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Berobat ke fasilitas layanan kesehatan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | Perilaku Penyelesaian Masalah (4 item) |  |  |  |  |  |
| 26 | Meminta bantuan atau dukungan dari anggota keluarga dan teman | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Mencari tahu mengapa Anda mengalami perubahan kondisi atau gejala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Membatasi aktivitas Anda sampai Anda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | merasa lebih baik |  |  |  |  |  |
| 29 | Mengingat perawatan yang Anda gunakan terakhir Anda mengalami gejala. Apakah perawatan yang Anda gunakan membuat Anda merasa lebih baik? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | Bagian E: fikasi Diri (10 items) |  |  |  |  |  |
|  | Secara umum, seberapa yakin Anda bahwa Anda dapat: | Tidak percayadiri |  | Kadangkadang |  | Sangat Percayadiri |
| 30 | Menjaga agar diri Anda stabil dan bebas dari gejala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Mengikuti rencana perawatan yang telah Anda berikan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Tetap mengikuti rencana perawatan bahkan ketika sulit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Memantau kondisi Anda secara teratur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | Tetap memantau kondisi Anda secarateratur bahkan ketika sulit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Mengenali perubahan dalam kesehatan Anda jika itu terjadi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | Mengevaluasi pentingnya gejala Anda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 | Melakukan sesuatu untuk meredakan gejala Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Berusaha mengonsumsi obat Anda di saat muncul gejala bahkan ketika sulit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | Mengevaluasi seberapa baik obat bekerja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Istianah, S.Kep., Ners, M.Kep |
| Department | Department of Critical Care Nursing, Faculty of Nursing |
| University orInstitution | Institut Kesehatan Rajawali |
| Country | Indonesia |
| Position:(Professor/lecturer, etc.) | Lecturer |
| Email ID | istianah.phd@gmail.com |
| WhatsApp Number | (+62) 81320230430 |