**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?**

*Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 aktivitias 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 melewatkan 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?**

*Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |

*Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini* 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 | **Saya tidak**  **Tidak Lumayan Sangat mengenali**  **cepat cepat cepat gejalanya** |
| 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?**

*Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| saat anda memiliki gejala | **Saya tidak melakukan apapun** | **Tidak**  **yakin** | **Cukup**  **yakin** | **Sangat yakin** |
| 20. Apakah hal-hal yang sudah anda lakukan membuat anda merasa lebih baik? | 0 | 1 2 | 3 4 | 5 |

*Lingkari salah satu jawaban anda di bawah ini* Pikirkan hal-hal yang sudah anda lakukan terakhir kali

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