**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