

INVENTORI PERAWATAN DIRI TEKANAN DARAH TINGGI (SC-HI V3)

Semua jawaban bersifat rahasia.

Pikirkan tentang bagaimana perasaan Anda dalam sebulan terakhir saat Anda menyelesaikan hal-hal ini.

BAGIAN A:

Tercantum di bawah ini adalah instruksi umum yang diberikan kepada penderita tekanan darah tinggi. Seberapa rutin Anda melakukan hal berikut?

	Tidak pernah atau jarang	Kadang-kadang			Selalu atau setiap hari
1. Menepati janji temu dengan penyedia layanan kesehatan Anda?	1	2	3	4	5
2. Minum pil tekanan darah Anda?	1	2	3	4	5
3. Melakukan sesuatu untuk menghilangkan stres (misalnya meditasi, yoga, musik)?	1	2	3	4	5
4. Melakukan aktivitas fisik (misalnya berjalan cepat, menggunakan tangga)?	1	2	3	4	5
5. Minum obat yang diresepkan tanpa melewati dosis?	1	2	3	4	5
6. Meminta makanan rendah garam saat makan di luar atau mengunjungi orang lain?	1	2	3	4	5
7. Mencoba untuk menghindari sakit (misalnya vaksin flu, mencuci tangan)?	1	2	3	4	5
8. Makan buah dan sayuran?	1	2	3	4	5
9. Menghindari rokok dan/atau perokok?	1	2	3	4	5

Bagian B:

Tercantum di bawah ini adalah hal-hal umum yang dilakukan orang dengan pengawasan tekanan darah tinggi. Seberapa sering Anda melakukan hal berikut?

	Tidak pernah atau jarang	Kadang-kadang			Selalu atau setiap hari
10. Memantau kondisi Anda?	1	2	3	4	5
11. Memperhatikan perubahan perasaan Anda?	1	2	3	4	5
12. Memeriksa tekanan darah Anda?	1	2	3	4	5
13. Memantau apakah Anda lelah lebih dari biasanya melakukan aktivitas normal?	1	2	3	4	5
14. Memantau efek samping obat?	1	2	3	4	5
15. Memantau gejala?	1	2	3	4	5
16. Memantau berat badan Anda?	1	2	3	4	5

IDENTIFIKASI:

Banyak orang mengalami kesulitan mengontrol tekanan darah mereka. Dalam sebulan terakhir, apakah tekanan darah Anda tinggi, walaupun hanya sebentar? Lingkari satu.

- 0) tidak
- 1) Iya
- 2) tidak dikenal

Jika Anda kesulitan mengontrol tekanan darah Anda dalam sebulan terakhir ...

	Belum pernah mengalami ini	Saya tidak mengenalinya	Tidak Cepat	Agak Cepat			Sangat Cepat
17. ... Seberapa cepat Anda <u>menyadari</u> bahwa tekanan darah Anda naik?	N/A	0	1	2	3	4	5

BAGIAN C:

Tercantum di bawah ini adalah tindakan yang digunakan orang untuk mengontrol tekanan darah mereka. Jika tekanan darah Anda naik, seberapa besar kemungkinan Anda mencoba salah satu tindakan ini?

	Tidak Mungkin	Agak Mungkin			Sangat Mungkin
18. Mengurangi garam dalam makanan Anda	1	2	3	4	5
19. Meminum obat tekanan darah Anda secara teratur	1	2	3	4	5
20. Menghubungi penyedia layanan kesehatan Anda untuk mendapatkan panduan	1	2	3	4	5
21. Mengurangi tingkat stres Anda	1	2	3	4	5
22. Berbicara dengan penyedia layanan kesehatan Anda tentang hal ini pada kunjungan berikutnya	1	2	3	4	5
23. Mengurangi asupan kafein Anda (kopi, minuman bersoda, teh)	1	2	3	4	5

Pikirkan tindakan yang Anda coba terakhir kali tekanan darah Anda naik.

(lingkari **satu** angka)

	Saya tidak melakukan apa-apa	Tidak yakin	Agak Yakin			Sangat Yakin
24. Seberapa yakin Anda bahwa tindakan yang Anda lakukan membantu?	0	1	2	3	4	5