

DIABETES SELF-MANAGEMENT INSTRUMENT VERSI INDONESIA

Dibawah ini adalah pernyataan mengenai apa yang anda rasakan dan bagaimana kondisi anda selama masa tiga bulan terakhir. Tolong isi dengan tanda "X" pada kolom yang paling mewakili pengalaman anda dengan diabetes. Tidak ada benar atau salah atas jawaban anda.

| No | Pernyataan | Tidak pernah | Kadang-kadang | Sering | Selalu |
|----|---|--------------|---------------|--------|--------|
| 1 | Ketika memilih makanan dan porsi nya, saya memikirkan efek pada kadar gula darah saya. | | | | |
| 2 | Saya tahu cara mengatur makanan dan porsi nya ketika makan diluar rumah. | | | | |
| 3 | Saya memperhatikan tanda-tanda yang diberikan tubuh saya terkait perubahan kadar gula darah | | | | |
| 4 | Saya memperhatikan situasi dalam kehidupan sehari-hari yang dapat menyebabkan tingkat gula darah saya berubah. | | | | |
| 5 | Saya dapat menebak penyebab kadar gula darah saya berubah. | | | | |
| 6 | Saya mencatat kadar gula darah untuk memantau kemajuan pengelolaan diabetes saya. | | | | |
| 7 | Saya mencatat kadar HbA1c untuk memantau kemajuan pengelolaan diabetes saya | | | | |
| 8 | Saya mengambil tindakan berdasarkan tanda-tanda tubuh seperti rasa haus, hilang kesabaran, dan merasa gelisah. | | | | |
| 9 | Saya mengambil tindakan berdasarkan hasil dari tindakan saya sebelumnya. | | | | |
| 10 | Ketika merasa tidak enak badan tetapi tidak yakin apakah penyebabnya gula darah yang tinggi atau rendah, saya mengecek gula darah saya sesegera mungkin. | | | | |
| 11 | Saya bisa menyesuaikan rutinitas pengelolaan diabetes saya dengan situasi-situasi baru (seperti pergi jauh dari rumah, perubahan jadwal, dan acara perayaan). | | | | |
| 12 | Saya merasa nyaman untuk mengajukan pertanyaan kepada petugas kesehatan tentang rencana perawatan saya. | | | | |
| 13 | Saya berkonsultasi dengan petugas kesehatan untuk mengenali penyebab ketika kendali diabetes saya buruk. | | | | |

| No | Pernyataan | Tidak pernah | Kadang-kadang | Sering | Selalu |
|----|---|--------------|---------------|--------|--------|
| 14 | Saya merasa nyaman untuk menyampaikan kepada petugas kesehatan terkait fleksibilitas yang saya inginkan dalam rencana perawatan saya. | | | | |
| 15 | Saya merasa nyaman memberitahukan kepada petugas kesehatan tentang perubahan yang ingin saya buat dalam rencana perawatan saya. | | | | |
| 16 | Saya merasa nyaman membahas hasil-hasil tes gula darah yang tidak normal dengan petugas kesehatan. | | | | |
| 17 | Saya merasa nyaman untuk mengajukan pertanyaan kepada petugas kesehatan terkait sumber yang dapat membantu pengelolaan diabetes saya. | | | | |
| 18 | Saya mengecek gula darah saya untuk membantu saya membuat keputusan perawatan mandiri (misalnya: obat, diet, berlatih fisik). | | | | |
| 19 | Saya mengonsumsi obat diabetes (minum atau insulin) sesuai waktu yang telah ditentukan oleh dokter | | | | |
| 20 | Saya berolahraga untuk mengendalikan gula darah dan berat badan saya | | | | |
| 21 | Saya menjaga berat badan saya di dalam kisaran yang ditetapkan oleh saya dan petugas kesehatan | | | | |
| 22 | Saya kontrol setiap 1-3 bulan | | | | |
| 23 | Saya mengonsumsi obat (minum atau insulin) sesuai resep yang telah diberikan oleh dokter | | | | |

INFORMASI PENILAIAN

Pernyataan untuk setiap subskala

Integrasi Diri : 1, 2, 11, 20, 21.

Regulasi Diri : 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

Interaksi dengan Petugas Kesehatan : 12, 13, 14, 15, 16, 17.

Monitoring Gula Darah Sendiri : 10, 18

Kepatuhan terhadap pengobatan : 19, 22, 23

| Subskala | Rendah | Sedang | Tinggi |
|------------------------------------|--------|--------|--------|
| Integrasi Diri | 5-10 | 11-15 | 16-20 |
| Regulasi Diri | 7-13 | 14-20 | 21-27 |
| Interaksi dengan Petugas Kesehatan | 6-11 | 12-17 | 17-24 |
| Monitoring Gula Darah Sendiri | 2-3 | 4-5 | 6-8 |
| Kepatuhan terhadap pengobatan | 3-5 | 6-8 | 9-12 |
| Total Perilaku DSM | 23-45 | 46-68 | 69-92 |
