

Nama/Identitas _____
 Tanggal _____ :

Berat Badan Saat Ini: _____ ` _____ Kg Tanggal Periksa: _____

Tinggi Badan: _____ cm

*Indek Masa Tubuh (IMT) _____ *Dihitung oleh tenaga kesehatan

Tekanan Darah: _____ / _____ mmHg Tanggal Periksa: _____

Kadar Gula Darah Puasa: _____ mg/dl Tanggal Periksa: _____

HbA1c: _____ Tanggal Periksa: _____

Kami ingin mengetahui tentang keyakinan anda tentang berat badan anda. Kami TIDAK ingin mengetahui keyakinan orang lain atau yang mungkin ingin Anda percayai.

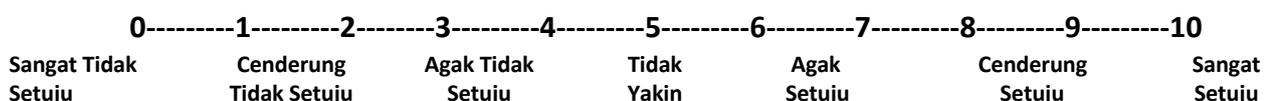
Tunjukkan jika anda memiliki pengalaman terkait kesehatan berikut dengan membaca pertanyaan dan memberikan tanda pada kolom jawaban "YA" atau "Tidak".

	Ya	Tidak
A) Apakah Anda sering kesulitan bernafas, terutama ketika bergerak (seperti berjalan, berlari, menaiki tangga, dsb.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Apakah anda sering mengalami kesulitan tidur pada malam hari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Apakah Anda sering bangun tidur dengan terengah-engah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Apakah Anda sering kelelahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Apakah Anda sering merasa terpuruk atau depresi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Apakah Anda menghindari berada disekitar orang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Apakah Anda sering kesakitan dan nyeri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Apakah Anda sering merasakan nyeri dada, terutama saat bergerak (seperti berjalan, berlari, menaiki tangga, dsb.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Apakah Anda terkadang kehilangan kontrol terhadap kandung kemih ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Lainnya:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika Anda menjawab "TIDAK" pada semua pertanyaan di atas, silakan lanjut ke halaman berikutnya

Jika Anda menjawab "YA" pada satu pertanyaan di atas, tunjukkan sejauh mana anda setuju atau tidak setuju pada saat ini dengan pertanyaan berikut dengan melingkari nomor yang sesuai dengan mengingat pengalaman terkait kesehatan anda.

1) Hal-hal yang saya alami diatas disebabkan karena kelebihan berat badan atau obesitas



Tunjukkan sejauh mana Anda setuju atau tidak setuju pada saat ini dari setiap pernyataan berikut dengan melingkari nomor yang sesuai dengan pendapat Anda.

2) Saya memiliki jumlah lemak tubuh yang berlebihan.



3) SAYA PERLU melakukan atau mempertahankan perubahan pola hidup sehat agar pola makan saya lebih baik dan/atau perlu penyesuaian frekuensi olahraga.



4) Saya sudah memiliki berat badan yang ideal.



5) Saya dapat dengan aman melanjutkan gaya hidup saat ini (yaitu: makan dan olah raga seperti yang saya lakukan saat ini).



6) Berat badan saya telah menyebabkan atau dapat menyebabkan konsekuensi kesehatan negatif (misalnya kolesterol tinggi, hipertensi, diabetes, penyakit jantung,, depresi, dsb).



7) Saya mengalami kelebihan berat badan atau obesitas (yaitu: Indeks Massa Tubuh lebih besar 25= Kelebihan Berat Badan, Indeks Massa Tubuh lebih dari 30=Obesitas).



8) Saya membutuhkan perawatan untuk menurunkan berat badan.



SELESAI

Kategori Kesadaran	Penghitungan	Skor ¹
Kesadaran Penyakit	$Q2_ + (10 - Q4_) + Q7_$ $\div \text{total \# respon } _$	
Atribusi Gejala	$Q1_ *$ <p>*Keluarkan jika diindikasikan tidak ada</p>	
Kesadaran Kebutuhan Perawatan	$Q3_ + (10 - Q5_) + Q8_$ $\div \text{total \# respon } _$	
Kesadaran Konsekuensi Negatif	$Q6_$	
	Subtotal (jumlah skor)	
Rerata Skor Total OASIS Skor ²	$\text{Subtotal} \div _$	

¹ Skor untuk setiap Kategori Kesadaran harus dikosongkan jika TIDAK ada item yang terisi untuk kategori tersebut.

² Perhitungan Skor Total Rata-rata harus Subtotal : 4 atau jumlah Kategori Kesadaran yang skornya dapat dihitung.

PETUNJUK PENGGUNAAN

OASIS mengukur domain inti kesadaran penyakit subjektif pada obesitas, yang terdiri dari kesadaran penyakit secara umum, atribusi gejala akurat, kesadaran kebutuhan perawatan, dan kesadaran terhadap konsekuensi negatif yang disebabkan oleh kelebihan berat badan atau mengalami obesitas.

OASIS adalah instrumen pertama yang tervalidasi, instrumen khusus obesitas yang reliabel dan secara komprehensif mengukur kesadaran subjektif obesitas. Pengembangan item didasarkan model teoritis yang ada serta skala kesadaran penyakit yang telah tervalidasi sebelumnya pada keadaan lain, termasuk gangguan neuropsikiatri. OASIS mempunyai properti psikometri yang baik dengan internal konsistensi yang tinggi, validitas konvergen dan diskriminan, dan reliabilitas test-retest. Skala 8 item OASIS dapat diselesaikan dalam waktu kurang dari 2 menit. Setiap skala item terdiri dari skala Likert 10 poin agar dapat menangkap/ menilai perbedaan kecil kesadaran. OASIS dapat digunakan untuk keperluan klinis dan penelitian, termasuk untuk studi epidemiologi dan uji coba treatment prospektif guna menilai seberapa jauh kesadaran obesitas subjektif berkontribusi terhadap kepatuhan pengobatan dan hasil klinis; atau studi neuroimaging dan neurofisiologi dalam mengidentifikasi hubungan neural dari kesadaran obesitas.

OASIS dapat diunduh di www.illnessawarenessscales.com. Silakan lihat ketentuan hukum penggunaan.

Dibawah adalah petunjuk tentang cara penggunaan dan skor OASIS.

Sebelum menggunakan OASIS, partisipan atau klinisi memasukkan data tentang berat dan tinggi badan terbaru, BMI yang telah dihitung, tekanan darah, kadar glukosa puasa dan HbA1C di bagian atas halaman 1. Sebagai catatan data klinis tersebut tidak diperlukan dalam menyelesaikan OASIS. BMI memberikan penilaian objektif untuk mendukung partisipan yang kelebihan berat badan atau mengalami obesitas. Demikian pula dengan tekanan darah dan kadar glukosa merupakan penanda dari status faktor metabolik lainnya.

Skala OASIS terdiri dari:

- 1) **PENILAIAN ATRIBUSI GEJALA (Halaman 1)**
- 2) **PENILAIAN KESADARAN PENYAKIT UMUM, KESADARAN KEBUTUHAN UNTUK PERAWATAN, DAN KESADARAN TERHADAP KONSEKUENSI NEGATIF (Halaman 2)**
- 3) **LEMBAR SKORING**

Partisipan harus membaca semua isi OASIS sebagai upaya agar dapat melaporkan pemahamannya secara akurat tentang penyakit, gejala, dan kebutuhan untuk perawatan dan konsekuensi negatif penyakit.

PENILAIAN ATRIBUSI GEJALA (Halaman 1)

PENILAIAN ATRIBUSI GEJALA (Halaman 1) terdiri dari pernyataan pengantar yang menunjukkan bahwa partisipan harus melaporkan berdasarkan keyakinan dirinya tentang berat badan dan BUKAN keyakinan yang disebabkan oleh pengaruh orang lain.

Kami tertarik terhadap keyakinan Anda sendiri tentang berat badan Anda. Kami TIDAK tertarik terhadap keyakinan orang lain atau yang orang lain harapkan Anda mempercayainya.

Tunjukkan jika anda mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan kesehatan seperti yang tersebut dibawah dengan membaca pertanyaan dan memberikan tanda ⊗ pada jawaban Ya atau Tidak.

Setelah pernyataan pengantar, partisipan harus melaporkan kondisi yang berhubungan dengan kesehatan **saat ini** yang berhubungan dengan kesehatan sesuai dengan kategori, dengan menandai YA atau TIDAK disamping daftar gejala. Tujuannya adalah agar partisipan menunjukkan gejala terkait setiap kesehatan yang dirasakannya.

Jika partisipan melaporkan “Tidak” terhadap semua daftar gejala, mereka diminta untuk melanjutkan ke halaman berikutnya.

Jika partisipan menyatakan “Ya” terhadap salah satu gejala yang ada di dalam daftar, maka partisipan diminta untuk menunjukkan sejauh mana partisipan setuju atau tidak setuju pada **kondisi saat ini** dengan pernyataan yang ditanyakan dengan melingkari nomor yang sesuai, mohon diperhatikan pengalaman yang berkaitan dengan kesehatan partisipan.

	Ya	Tidak
A) Apakah Anda sering kesulitan bernafas, terutama ketika bergerak (seperti berjalan, berlari, menaiki tangga, dsb.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Apakah anda sering mengalami kesulitan tidur pada malam hari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Apakah Anda sering bangun tidur dengan terengah-engah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Apakah Anda sering kelelahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Apakah Anda sering merasa terpuruk atau depresi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Apakah Anda menghindari berada disekitar orang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Apakah Anda sering kesakitan dan nyeri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Apakah Anda sering merasakan nyeri dada, terutama saat bergerak (seperti berjalan, berlari, menaiki tangga, dsb)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Apakah Anda terkadang kehilangan kontrol terhadap kandung kemih ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Lainnya:-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika, “TIDAK” untuk SEMUA diatas, silakan lanjut ke halaman berikut

Jika “YA” terhadap salah satu gejala diatas, indikasikan seberapa jauh anda setuju atau tidak setuju **pada waktu saat ini** dengan pernyataan yang ditanyakan dengan melingkari nomor yang sesuai, mohon diperhatikan pengalaman yang berkaitan dengan kesehatan

Item 1 secara khusus menilai atribusi gejala partisipan, yaitu sejauh mana partisipan mampu atau tidak mampu pada **saat ini** untuk mengaitkan gejala terkait kesehatannya (saat ini atau masa lalu) dengan berat badannya.

Pada beberapa kasus, partisipan mungkin tidak melaporkan adanya gejala yang berkaitan dengan kesehatan, hingga menyebabkan partisipan tidak dapat menilai item 1. Pada kasus seperti ini, biarkan item 1 tidak dinilai oleh partisipan dan dianggap “tidak berlaku”, sehingga penilaian OASIS dapat dilakukan secara akurat. (Lihat lembar penilaian)

PENGAJIAN KESADARAN UMUM PENYAKIT, KESADARAN KEBUTUHAN UNTUK PERAWATAN PERAWATAN, DAN KESADARAN AKAN KONSEKUENSI NEGATIF (Halaman 2)

PENGAJIAN KESADARAN UMUM PENYAKIT, KESADARAN KEBUTUHAN UNTUK PERAWATAN, DAN KESADARAN AKAN KONSEKUENSI NEGATIF (halaman 2) terdiri dari pengantar dimana partisipan harus menentukan sejauh mana mereka setuju atau tidak setuju pada ***saat ini*** dengan pernyataan dari 2 sampai dengan 8.

Tunjukkan sejauh mana anda setuju atau tidak setuju pada kondisi saat ini pada setiap pernyataan dibawah dengan melingkari nomor yang sesuai

Item 2, item 4, dan item 7 secara khusus menilai *Kesadaran Penyakit Umum* partisipan, misalnya kesadaran partisipan bahwa mereka kelebihan berat badan atau obesitas (misal Indek Masa Tubuh lebih dari 25=kelebihan berat badan; Indek Masa Tubuh lebih dari 30 = Obesitas).

Item 3, item 5, dan item 8 secara spesifik menilai *Kesadaran Kebutuhan Untuk Perawatan*, misalnya kesadaran partisipan tentang kebutuhan modifikasi gaya hidup (perubahan aktifitas fisik dan diet) atau perawatan.

Item 6 secara khusus menilai *Kesadaran akan Konsekuensi Negatif* obesitas, termasuk kolesterol tinggi, hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan depresi.

LEMBAR PENILAIAN

LEMBAR PENILAIAN memungkinkan penilaian yang tepat untuk Kategori Kesadaran OASIS dan Skor Total Rata-Rata. Petunjuk langkah demi langkah disediakan di bawah ini.

- 1) Hitung setiap skor Kategori Kesadaran dengan menyalin peringkat dari setiap item ke ruang kosong yang sesuai pada LEMBAR PENILAIAN. Misalnya, jika penilaian untuk Butir 1 adalah '8' Cukup Setuju maka '8' harus disalin ke ruang kosong di sebelah Q1 dari kategori Atribusi Gejala LEMBAR PENILAIAN.

* Perhatikan bahwa skor untuk kategori Atribusi Gejala harus dikosongkan jika item 1 tidak dinilai.

Kategori Kesadaran	Perhitungan	Skor ¹
Kesadaran Penyakit	$Q2_ + (10 - Q4_) +$ $Q7_$ $\div \text{total \# respon } _$	
Atribusi Gejala	$Q1_ *$ <p>*Keluarkan jika diindikasikan tidak ada</p>	

- 2) Penghitungan di kolom kalkulasi pada LEMBAR PENILAIAN harus dilakukan untuk menghasilkan skor Kategori Kesadaran pada kolom Skor
- 3) Setelah dihitung, Skor Kategori Kesadaran harus dijumlahkan untuk menentukan Subtotal
- 4) Skor Total Rata-Rata OASIS dihitung dengan membagi Subtotal dengan jumlah Kategori Kesadaran yang skornya dapat ditentukan. Skor Total Rata-Rata OASIS harus dibagi dengan empat jika semua kategori diukur. Skor Total Rata-Rata OASIS harus dibagi dengan tiga jika tidak ada skor yang dilaporkan untuk Atribusi Gejala.