

Self Report Questionnaire (SRQ)

Nama Lengkap : _____
 Jenis Kelamin : Perempuan / Laki-laki
 Usia : _____
 Tanggal Pengisian : _____

Bacalah petunjuk pengisian sampai selesai sebelum Sdr mengisi kuesioner ini. Hal ini sangat penting untuk memastikan semua partisipan mengikuti instruksi yang sama.

PETUNJUK PENGISIAN

Berikut ini adalah pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan kondisi sakit dan permasalahan tertentu, yang mungkin mengganggu Sdr selama **30 hari belakangan** ini. Jika pertanyaan tersebut **sesuai** dengan kondisi Sdr dan Sdr telah mengalaminya semenjak kurang lebih **30 hari** belakangan ini, maka lingkariilah **YA**.

Namun, jika Sdr pertanyaan tersebut tidak sesuai dengan kondisi Sdr dan Sdr tidak mengalaminya semenjak kurang lebih 30 hari belakangan ini, maka lingkariilah **TIDAK**.

Pada saat menjawab pertanyaan kuesioner ini, Sdr diminta untuk tidak mendiskusikan pertanyaan tersebut dengan siapapun.

Jika Sdr merasa tidak yakin untuk menjawab pada salah satu pertanyaan, sila tetap memberikan jawaban sebaik yang Sdr bisa. Kami memberikan jaminan bahwa jawaban yang Sdr berikan bersifat rahasia.

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah Sdr sering sakit kepala?	Ya / Tidak
2	Apakah nafsu makan Sdr menurun?	Ya / Tidak
3	Apakah Sdr tidak bisa tidur nyenyak?	Ya / Tidak
4	Apakah Sdr mudah merasa takut?	Ya / Tidak
5	Apakah tangan Sdr gemetar?	Ya / Tidak
6	Apakah Sdr merasa cemas, tegang, atau khawatir?	Ya / Tidak
7	Apakah pencernaan Sdr buruk?	Ya / Tidak
8	Apakah Sdr mengalami kesulitan untuk berpikir jernih?	Ya / Tidak
9	Apakah Sdr merasa tidak bahagia?	Ya / Tidak
10	Apakah Sdr lebih sering menangis dari biasanya?	Ya / Tidak
11	Apakah Sdr sulit menikmati kegiatan sehari-hari?	Ya / Tidak
12	Apakah Sdr merasa kesulitan untuk mengambil keputusan?	Ya / Tidak
13	Apakah hasil kerja sehari-hari Sdr memburuk?	Ya / Tidak
14	Apakah Sdr merasa tidak bisa melakukan hal yang bermanfaat dalam hidup?	Ya / Tidak
15	Apakah Sdr kehilangan minat untuk melakukan berbagai macam hal?	Ya / Tidak
16	Apakah Sdr merasa sebagai orang yang tidak berharga?	Ya / Tidak
17	Apakah Sdr memiliki pemikiran untuk mengakhiri hidup?	Ya / Tidak
18	Apakah Sdr merasa lelah sepanjang waktu?	Ya / Tidak
19	Apakah Sdr merasakan perasaan tidak nyaman di perut?	Ya / Tidak
20	Apakah Sdr mudah merasa lelah?	Ya / Tidak