**KUESIONER**

***SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE* (SRQ) 20**

**Petunjuk:**

Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan kondisi yang Anda alami dan mungkin mengganggu Anda selama 30 hari terakhir. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu Anda alami dalam 30 hari terakhir, PILIH YA. Sebaliknya, apabila Anda menganggap pertanyaan itu **tidak** Anda alami dalam 30 hari terakhir, PILIH TIDAK. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Y dan T. Jawaban yang Anda berikan bersifat rahasia.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | PERTANYAAN | Y | T |
| 1 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda sering merasa sakit kepala? |  |  |
| 2 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda kehilangan nafsu makan? |  |  |
| 3 | Selama 30 hari terakhir, Apakah tidur anda tidak nyenyak? |  |  |
| 4 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda mudah merasa ketakutan? |  |  |
| 5 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda merasa cemas, tegang, atau khawatir? |  |  |
| 6 | Selama 30 hari terakhir, Apakah tangan anda gemetar? |  |  |
| 7 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda mengalami gangguan pencernaan? |  |  |
| 8 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda merasa sulit berpikir jernih? |  |  |
| 9 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda merasa tidak bahagia? |  |  |
| 10 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda lebih sering menangis? |  |  |
| 11 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari? |  |  |
| 12 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan? |  |  |
| 13 | Selama 30 hari terakhir, Apakah aktivitas/tugas sehari-hari anda terbengkalai? |  |  |
| 14 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini? |  |  |
| 15 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda kehilangan minat terhadap banyak hal? |  |  |
| 16 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda merasa tidak berharga? |  |  |
| 17 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda? |  |  |
| 18 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda merasa lelah sepanjang waktu? |  |  |
| 19 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda merasa tidak enak di perut? |  |  |
| 20 | Selama 30 hari terakhir, Apakah anda mudah lelah? |  |  |