**KUESIONER PENELITIAN**

***Self Reporting Questionnaire* (SRQ)**

Pertanyaan berikut ini berkaitan dengan kondisi mental yang menyangkun 5 aspek yaitu gejala kognitif, gejala cemas, gejala depresi, gejala somatik dan penurunan energi. Jawablah pertanyaan di bawah ini berdasarkan keluhan yang dirasakan.

1. Apakah anda sering mengalami sakit kepala ?
 Ya/ Tidak
2. Apakah nafsu makan anda buruk ?

Ya/Tidak

1. Apakah anda tidur dengan tidak nyenyak?

Ya/Tidak

1. Apakah anda mudah merasa takut ?

Ya/Tidak

1. Apakah tangan anda merasa gemetar ?

Ya/Tidak

1. Apakah anda merasa gugup, tegang atau khawatir ?

Ya/Tidak

1. Apakah pencernaan anda terganggu?

Ya/Tidak

1. Apakah anda kesulitan untuk berpikir jernih ?

Ya/Tidak

1. Apakah anda merasa tidak bahagia ?

Ya/Tidak

1. Apakah anda lebih sering menangis dari biasanya?

 Ya/Tidak

1. Apakah anda merasa sulit unutk menikmati aktivitas harian anda ?

 Ya/Tidak

1. Apakah anda merasa sulit untuk membuat keputusan ?

Ya/Tidak

1. Apakah pekerjaan harian anda terasa menyiksa ?

Ya/Tidak

1. Apakah anda merasa tidak dapat berperan penting dalam kehidupan
Ya/Tidak
2. Apakah anda telah kehilangan minat atau gairah ?

Ya/Tidak

1. Apakah anda merasa bahwa anda adalah seseorang yang tidak berharga ?
 Ya/Tidak
2. Apakah pernah muncul di pikiran anda untuk mengakihiri kehidupan
 Ya/Tidak
3. Apakah anda merasa lelah sepanjang waktu ?
Ya/Tidak
4. Apakah anda merasakan perasaan tidak nyaman pada perut anda ?

Ya/Tidak

1. Apakah anda mudah merasa lelah?

Ya/Tidak

**KUESIONER PENELITIAN**

***Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI)**

Petunjuk :

Pertanyaan berikut ini berkaitan dengan kebiasaan tidur yang biasa anda lakukan selama sebulan terakhir. Mohon untuk menjawab semua pertanyaan.

* 1. Jawablah pertanyaan berikut ini. Selain pertanyaan nomor 1 dan 3 berilah tanda centang pada salah satu jawaban yang dianggap paling sesuai

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Jam berapa biasanya anda tidur pada malam hari? |  |
|  | ≤15 menit | 16-30 menit | 31-60 menit | >60 menit |
| 2 | Berapa lama (dalam menit) yang anda perlukan untuk dapat mulai tertidur ? (Waktu yang dibutuhkan saat mulai berbaring hingga tidur) |  |  |  |  |
| 3 | Jam berapa biasanya anda bangun di pagi hari? |  |
|  |  | >7 jam | 6-7 jam | 5-6 jam | <5 jam |
| 4 | Berapa jam anda tidur pada malam hari? |  |  |  |  |

* 1. Berikan tanda centang pada salah satu jawaban yang dianggap paling sesuai

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 | Selama satu bulan terakhir seberapa sering anda mengalami hal di bawah ini? | Tidak pernah | 1x seminggu | 2x seminggu | 3x seminggu |
|  | * 1. Tidak dapat tidur di malam hari dalam waktu 30 menit
 |  |  |  |  |
|  | * 1. Bangun tengah malam atau dini hari
 |  |  |  |  |
|  | * 1. Harus bangun untuk ke kamar mandi
 |  |  |  |  |
|  | * 1. Tidak dapat bernafas dengan nyaman
 |  |  |  |  |
|  | * 1. Batuk atau mendnegkur keras
 |  |  |  |  |
|  | * 1. Merasa kedinginan
 |  |  |  |  |
|  | * 1. Merasa kepanasan
 |  |  |  |  |
|  | * 1. Mimpi buruk
 |  |  |  |  |
|  | * 1. Merasakan nyeri
 |  |  |  |  |
|  | * 1. Tolong jelaskan penyebab lain yang belum disebutkan di atas yang mneyebabkan anda terganggu di malam hari dan seberapa sering anda mengalaminya.

…………………………………….. |  |  |  |  |
| 6 | Selama satu bulan terakhir seberapa sering anda (diresepkan oleh dokter ataupun obat bebas) untuk membantu anda tidur? |  |  |  |  |
| 7 | Selama satu bulan terakhir seberapa sering anda merasa terjaga atau mengantuk ketika melakukan aktivitas mengemudi, makan, atau aktivitas sosial lainnya? |  |  |  |  |
|  |  | Sangat baik | Cukup baik | Cukup buruk | Sangat buruk |
| 8 | Selama satu bulan terakhir bagaimana anda menilai kualitas tidur anda secara keseluruhan? |  |  |  |  |
|  |  | Tidak ada masalah | masalah kecil | Masalah sedang | Masalah besar |
| 9 | Selama satu bulan terakhir apakah masalah yang anda hadapi untuk bias berkonsentrasi atau menjaga rasa antusias untuk menyelesaikan suatu pekerjaan/tugas? |  |  |  |  |