SELF REPORT QUETIONAIRE (SRQ) 20

Untuk lebih mengerti kondisi kesehatan Anda, kami akan mengajukan 20 pertanyaan yang berhubungan dengan keluhan atau masalah tertentu yang mungkin dirasakan menganggu Anda **selama 30 hari terakhir**. Jika keluhan/masalah yang ditanyakan sesuai dengan keadaan maka Anda menjawab YA, sedangkan jika keluhan/masalah tersebut tidak dialami atau tidak sesuai dengan keadaan Anda maka menjawab TIDAK.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Apakah anda sering menderita sakit kepala? |  |
| 2 | Apakah anda tidak nafsu makan? |  |
| 3 | Apakah anda sulit tidur? |  |
| 4 | Apakah anda mudah takut? |  |
| 5 | Apakah anda merasa tegang, cemas atau kuatir? |  |
| 6 | Apakah tangan anda gemetar? |  |
| 7 | Apakah pencernaan anda terganggu/ buruk? |  |
| 8 | Apakah anda sulit untuk berpikir jernih? |  |
| 9 | Apakah anda merasa tidak bahagia? |  |
| 10 | Apakah anda menangis lebih sering? |  |
| 11 | Apakah anda merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari? |  |
| 12 | Apakah anda sulit untuk mengambil keputusan? |  |
| 13 | Apakah pekerjaan anda sehari-hari terganggu? |  |
| 14 | Apakah anda tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup? |  |
| 15 | Apakah anda kehilangan minat pada berbagai hal? |  |
| 16 | Apakah anda merasa tidak berharga? |  |
| 17 | Apakah anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup? |  |
| 18 | Apakah anda merasa lelah sepanjang waktu? |  |
| 19 | Apakah anda mengalami rasa tidak enak di perut? |  |
| 20 | Apakah anda mudah lelah? |  |