

## Kusioner Gangguan Mental Emosional (RISKESDAS 2018)

Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ20) for Mental Health Disorder Screening on RISKESDAS 2018

<https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/ccount/click.php?id=21>

KESEHATAN MENTAL EMOSIONAL [KHUSUS UNTUK ART UMUR ≥ 15 TAHUN DAN “TIDAK DIWAKILI”]			
Kami akan mengajukan 20 pertanyaan. Kalau kurang mengerti kami akan membacakan sekali lagi, namun kami tidak akan menjelaskan/mendiskusikan. Jika ada pertanyaan akan kita bicarakan setelah selesai menjawab ke 20 pertanyaan.			
C12	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] sering menderita sakit kepala?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C13	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] tidak nafsu makan?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C14	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] sulit tidur?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C15	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mudah takut?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C16	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa tegang, cemas atau kuatir?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>

HAL 5 dari 24 – KUESIONER INDIVIDU RISKESDAS 2018 (2)

C17	Dalam 1 bulan terakhir, apakah tangan [NAMA] gemetar?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C18	Dalam 1 bulan terakhir, apakah pencernaan [NAMA] terganggu/ buruk?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C19	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] sulit untuk berpikir jernih?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C20	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa tidak bahagia?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C21	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] menangis lebih sering?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C22	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C23	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] sulit untuk mengambil keputusan?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C24	Dalam 1 bulan terakhir, apakah pekerjaan [NAMA] sehari-hari terganggu?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C25	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C26	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] kehilangan minat pada berbagai hal?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C27	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa tidak berharga?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C28	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C29	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa lelah sepanjang waktu?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C30	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mengalami rasa tidak enak di perut?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C31	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mudah lelah?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>

Translated from WHO SRQ-20

---

---

**SRQ-20**

Headaches

Poor appetite

Sleeping badly

Easily frightened

Nervous, tense, worried

Hands shaking

Poor digestion

Trouble thinking clearly

Feeling unhappy

Crying more often

Difficult enjoying activities

Difficult making decisions

Daily work suffering

Unable to play useful part

Lost interest in things

Feeling worthless

Thought of ending your life been in your mind

Feeling always tired

Uncomfortable feelings in stomach

Easily tired

---