

SKALA DASS 21

Bacalah setiap pernyataan. kemudian **pilih** angka 0, 1, 2, atau 3 yang menunjukkan **seberapa besar pernyataan itu sesuai pada diri Anda dalam satu minggu ini**. Tidak ada jawaban yang benar atau salah.

Skala penilaian adalah sebagai berikut:

- 0 Tidak sesuai dengan saya sama sekali atau tidak pernah
- 1 Sedikit sesuai dengan saya atau pada saat tertentu saja
- 2 Cukup sesuai dengan saya atau pada sebagian besar waktu
- 3 Sangat sesuai dengan saya atau hampir setiap waktu

| No. | Pernyataan | Skala | | | |
|-----|--|-------|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. | Saya merasa sulit untuk beristirahat. | | | | |
| 2. | Saya merasa rongga mulut saya kering. | | | | |
| 3. | Saya sama sekali tidak dapat merasakan perasaan positif (contoh: merasa gembira, bangga, dsb) | | | | |
| 4. | Saya mengalami kesulitan bernapas (misalnya seringkali terengah-engah atau tidak dapat bernapas padahal tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya). | | | | |
| 5. | Saya merasa sulit berinisiatif untuk melakukan sesuatu. | | | | |
| 6. | Saya cenderung menunjukkan reaksi berlebihan terhadap suatu situasi. | | | | |
| 7. | Saya merasa gemetar (misalnya pada tangan). | | | | |
| 8. | Saya merasa energi saya terkuras karena terlalu cemas. | | | | |
| 9. | Saya merasa khawatir dengan situasi dimana saya mungkin menjadi panik dan mempermalukan diri sendiri | | | | |
| 10. | Saya merasa tidak ada lagi yang bisa saya harapkan. | | | | |
| 11. | Saya merasa gelisah. | | | | |
| 12. | Saya sulit untuk merasa tenang. | | | | |
| 13. | Saya merasa sedih dan tertekan. | | | | |
| 14. | Saya sulit untuk bersabar dalam menghadapi gangguan yang terjadi ketika sedang melakukan sesuatu | | | | |
| 15. | Saya merasa hampir panik. | | | | |
| 16. | Saya tidak bisa merasa antusias terhadap hal apapun. | | | | |
| 17. | Saya merasa diri saya tidak berharga. | | | | |
| 18. | Perasaan saya mudah tergugah atau tersentuh. | | | | |
| 19. | Saya menyadari kondisi jantung saya (seperti meningkatnya atau melemahnya detak jantung) meskipun | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| | sedang tidak melakukan aktivitas fisik. | | | | |
| 20. | Saya merasa ketakutan tanpa alasan yang jelas. | | | | |
| 21. | Saya merasa bahwa hidup ini tidak berarti. | | | | |

The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Perintah: Pertanyaan berikut berhubungan dengan kebiasaan tidur Anda dalam sebulan terakhir.

Mohon jawab semua pertanyaan sesuai dengan kondisi Anda.

Selama sebulan terakhir ini:

1. Jam berapa biasanya Anda tidur?
2. Berapa lama (dalam menit) Anda bisa mengantuk dan jadi tertidur tiap malam?
3. Jam berapa biasanya Anda bangun pagi?
4. Berapa jam Anda benar-benar tertidur pada malam hari? (Jawaban ini berbeda dengan waktu yang Anda habiskan di tempat tidur)

| 5. Dalam sebulan yang lalu, seberapa sering Anda mengalami gangguan tidur dikarenakan..... | Tidak selama sebulan yang lalu | Kurang dari sekali dalam seminggu | Sekali atau dua kali dalam seminggu | Tiga atau lebih dari tiga kali dalam seminggu |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|
| a. Tidak bisa tidur selama 30 menit | | | | |
| b. Terbangun di tengah malam | | | | |
| c. Terbangun karena harus ke toilet | | | | |
| d. Tidak bisa bernafas dengan nyaman | | | | |
| e. Batuk atau mendengkur keras | | | | |
| f. Merasa kedinginan | | | | |
| g. Merasa kepanasan | | | | |
| h. Mengalami mimpi buruk | | | | |
| i. Mengalami nyeri | | | | |

| | | | | |
|--|--------------|-------------|--------------|-------------|
| j. Alasan lain, deskripsikan termasuk berapa sering Anda mengalami gangguan tidur dikarenakan alasan lain ini | | | | |
| 6. Selama sebulan terakhir, berapa lama Anda mengonsumsi obat (dengan atau tanpa resep) untuk memudahkan Anda tidur? | | | | |
| 7. Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda mengalami masalah untuk tetap terjaga atau mengantuk ketika menyetir kendaraan, saat makan, atau aktifitas sosial | | | | |
| 8. Selama sebulan terakhir, berapa banyak masalah yang ingin Anda selesaikan | | | | |
| | Sangat Bagus | Cukup Bagus | Kurang Bagus | Tidak Bagus |
| 9. Selama sebulan terakhir, bagaimanakah penilaian Anda terhadap kualitas tidur Anda? | | | | |