**KUESIONER KUALITAS TIDUR**

*Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*

Pertanyaan dibawah ini berkaitan dengan kebiasaan tidur selama 1 bulan yang lalu. Mohon dapat menjawab setiap pertanyaan sesuai dengan kebiasaan yang dilakukan. Jawablah pertanyaan berikut ini, untuk **pertanyaan nomor 2 dan 4 dijawab dengan memberikan tanda (√)**, **pertanyaan nomor 1 dan 3 dijawab dengan mencantumkan pukul/jam**, sedangkan untuk **pertanyaan nomor 5 sampai 9 dijawab dengan memberikan tanda (√)** pada salah satu jawaban yang paling sesuai!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Jam berapakah anda biasanya mulai tidur pada malam hari? |  |
|  |  | **≤15 menit** | **16-30 menit** | **31-60 menit** | **>60 menit** |
| 2. | Berapa lama (dalam menit) waktu yang anda habiskan untuk berbaring di tempat tidur sebelum akhirnya anda benar-benar tertidur? |  |  |  |  |
| 3. | Jam berapa biasanya anda bangun di pagi hari? |  |
|  |  | **>7 jam** | **6-7 jam** | **5-6 jam** | **<5 jam** |
| 4. | Berapa lama (dalam jam) anda tidur di malam hari? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Tidak****Pernah**  | **1x Seminggu** | **2x Seminggu** | **≥3x Seminggu** |
| 5. | Selama sebulan yang lalu, seberapa sering anda mengalami masalah dibawah ini: |
| 1. Tidak dapat tertidur dalam waktu 30 menit sejak berbaring di malam hari
 |  |  |  |  |
| 1. Terbangun pada tengah malam atau dini hari
 |  |  |  |  |
| 1. Harus bangun untuk ke kamar mandi
 |  |  |  |  |
| 1. Sulit bernafas dengan nyaman
 |  |  |  |  |
| 1. Batuk atau mendengkur (mengorok) keras
 |  |  |  |  |
| 1. Merasa kedinginan di malam hari
 |  |  |  |  |
|  | 1. Merasa kepanasan di malam hari
 |  |  |  |  |
| 1. Mimpi buruk
 |  |  |  |  |
| 1. Merasakan nyeri
 |  |  |  |  |
| 1. Tolong jelaskan penyebab lain yang belum disebutkan di atas yang menyebabkan anda terganggu di malam hari dan seberapa sering anda mengalaminya?
 |  |  |  |  |
| 6. | Selama sebulan terakhir, seberapa sering anda mengkonsumsi obat tidur(diresepkan oleh dokter ataupun obat bebas) untuk membantu anda tidur? |  |  |  |  |
| 7. | Selama sebulan terakhir seberapa sering anda merasa terjaga atau mengantuk ketika melakukan aktifitas mengemudi, makan atau aktifitas sosial lainnya? |  |  |  |  |
|  |  | **Sangat Baik** | **Cukup Baik** | **Cukup Buruk** | **Sangat Buruk** |
| 8. | Selama sebulan terakhir, bagaimana anda menilai kualitas tidur anda secara keseluruhan? |  |  |  |  |
|  |  | **Tidak Ada Masalah** | **Hanya Masalah Kecil** | **Masalah Sedang** | **Masalah Besar** |
| 9. | Selama sebulan terakhir, adakah masalah yang anda hadapi untuk bisa berkonsentrasi atau menjaga rasa antusias untuk menyelesaikan suatu pekerjaan/tugas? |  |  |  |  |