**PITTSBURG SLEEP QUALITY INDEX**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nama Responden :  Petunjuk :  • Mohon diingat, ini bukan TES! Kami mengharapkan jawaban sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.  • Jangan khawatir mengenai data penelitian anda, data yang diperoleh akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah.  • Jika ada pertanyaan yang sulit untuk dipahami, harap menanyakannya kepada peneliti.  • Tolong diingat kembali mengenai kebiasaan tidur anda selama sebulan terakhir. | | | | | |
| 1. Dalam sebulan terakhir, jam berapa anda biasanya tidur pada malam hari?   **Waktu Tidur Biasanya** | | Jam : Menit (misal 22:00)  \_ \_:\_ \_ | | | |
| 1. Dalam sebulan terakhir, berapa lama (dalam menit) waktu yang anda perlukan untuk dapat tertidur setiap malam?   **Waktu Yang Dibutuhkan Saat Mulai Berbaring Hingga Tertidur** | | (misal 30 menit)  \_ \_ menit | | | |
| 1. Dalam sebulan terakhir, jam berapa biasanya anda bangun di pagi hari?   **Waktu Bangun Tidur Biasanya** | | (misal 07:00)  \_ \_:\_ \_ | | | |
| 1. Dalam sebulan terakhir, berapa jam anda tidur pada malam hari? (ini mungkin berbeda dengan lama waktu yang anda habiskan di tempat tidur)   **Jumlah Jam Tidur Per Malam** | | (Contoh: 6 Jam)  \_ \_ jam | | | |
|  | | | | | |
| 1. Dalam sebulan terakhir, seberapa sering anda mengalami kesulitan tidur karena mengalami… | Tidak Pernah | | Kurang dari seminggu | 1 atau 2x seminggu | 3x atau lebih seminggu |
| 1. Tidak bisa tidur dalam jangka waktu 30 menit setelah berbaring |  | |  |  |  |
| 1. Terbangun pada tengah malam atau dini hari |  | |  |  |  |
| 1. Harus bangun untuk ke kamar mandi |  | |  |  |  |
| 1. Sulit bernapas dengan nyaman |  | |  |  |  |
| 1. Batuk atau mendengkur keras |  | |  |  |  |
| 1. Merasa kedinginan |  | |  |  |  |
| 1. Merasa kepanasan/gerah |  | |  |  |  |
| 1. Mengalami mimpi buruk |  | |  |  |  |
| 1. Merasa Nyeri |  | |  |  |  |
| 1. Alasan lain yang mengganggu, tolong jelaskan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Seberapa sering anda mengalami gangguan tidu karena hal tersebut. |  | |  |  |  |
| 1. Dalam sebulan terakhir, bagaimanakah anda menilai kualitas tidur anda secara keseluruhan? | Sangat Baik | | Cukup Baik | Kurang Baik | Sangat Buruk |
| 1. Dalam sebulan terakhir, seberapa sering anda mengkonsumsi obat (dengan atau tanpa resep dokter) untuk membantu agar bisa tidur? | Tidak Pernah | | Kurang dari 1x seminggu | 1 atau 2x seminggu | 3x atau lebih seminggu |
| 1. Dalam sebulan terakhir, seberapa sering anda mengalami kesulitan untuk tetap terjaga/segar/tidak merasa ngantuk ketika berkendara, makan, atau dalam aktivitas sosial? | Tidak Pernah | | Kurang dari 1x seminggu | 1 atau 2x seminggu | 3x atau lebih seminggu |
| 1. Pada sebulan terakhir, adakah masalah yang anda hadapi untuk bisa berkonsentrasi atau menjaga rasa antusias guna menyelesaikan suatu pekerjaan/tugas? | Tidak ada masalah sama sekali | | Sedikit sekali masalah | Ada masalah | Masalah besar |
| 10. Apakah anda memiliki teman tidur? | Tidak | | Ada, namun berbeda | Ada, satu ruangan beda tempat tidur | Ada, dalam tempat tidur yang sama |
| Jika anda memiliki teman tidur satu ruangan, menurut teman tidur anda seberapa sering anda dalam sebulan terakhir (diisi oleh teman tidur). | Tidak Pernah | | Kurang dari 1x seminggu | 1 atau 2x seminggu | 3x atau lebih seminggu |
| 1. Mendengkur keras |  | |  |  |  |
| 1. Mengalami jeda nafas saat tidur |  | |  |  |  |
| 1. Kaki menyentak saat tidur |  | |  |  |  |
| 1. Mengalami momen kebingungan atau disorientasi saat tidur |  | |  |  |  |
| 1. Ketidaknyamanan lainnya selama tidur, sebutkan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |  |  |  |