

**PERSETUJUAN UMUM (*GENERAL CONSENT*)
PEMERIKSAAN KESEHATAN DAN PEMROSESAN DATA
PRIBADI**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap :
Tanggal Lahir :
NIK :
Alamat :
Nomor Telepon :

Dengan ini sesungguhnya menyatakan persetujuan terhadap diri saya/istri/suami/anak/ayah/ibu saya (*), yaitu:

Nama Lengkap :
Tanggal Lahir :
NIK :
Alamat :
Nomor Telepon :

I. PERSETUJUAN UNTUK PEMERIKSAAN KESEHATAN

1. Saya mengetahui bahwa saya akan melakukan pemeriksaan kesehatan, saya mengizinkan dokter dan profesional kesehatan lainnya untuk melakukan prosedur diagnostik seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka.
2. Prosedur diagnostik dan perawatan medis tersebut termasuk pemeriksaan area sensitive (payudara, alat kelamin), elektrokardiogram, X-ray, laboratorium, pasang infus, pemberian vaksinasi, pasang NGT, pasang urine catheter, pemberian oksigen, suctioning, lavement/ hunknah/klisma gliserin, CTG (pasien inpartu), dll serta pemberian obat

(minum/suntik/rektal/ vagina).

3. Saya sadar bahwa bahwa praktik kedokteran dan ilmu bedah bukanlah ilmu pasti dan saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada saya.
4. Saya mengerti dan memahami bahwa :
 - a. Saya memiliki hak untuk mengajukan pertanyaan tentang pemeriksaan yang akan dilaksanakan (termasuk identitas setiap orang yang melaksanakan) setiap saat;
 - b. Saya memiliki hak untuk persetujuan, atau menolak persetujuan, untuk setiap prosedur

II. BARANG-BARANG MILIK PASIEN

1. Saya telah memahami bahwa rumah sakit tidak bertanggung jawab atas semua kehilangan barang-barang milik saya, dan saya secara pribadi bertanggung jawab terhadap barang-barang berharga yang saya miliki, termasuk uang, perhiasan, buku cek, handphone, kartu kredit, serta barang lainnya. Dan apabila saya membutuhkan maka saya dapat menitipkan barang- barang saya kepada rumah sakit.
2. Saya juga mengerti bahwa saya harus memberitahu/ menitipkan pada rumah sakit jika saya memiliki gigi palsu, kacamata, lensa kontak, prosthetics atau barang lainnya yang saya butuhkan untuk diamankan.

III. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS

1. Saya memahami informasi yang ada dalam diri saya, termasuk diagnosis, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis, RS XXX akan menjamin kerahasiaannya
2. Saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan bila diperlukan untuk memproses klaim asuransi/Jamkesmas/perusahaan dan atau lembaga pemerintah

3. Berdasarkan Undang Undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan dan Permenkes No. 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis, saya mengizinkan manajemen yang ditunjuk oleh perusahaan untuk membuka dokumen rekam medis atas pemeriksaan kesehatan yang telah dilakukan oleh: (dapat dipilih lebih dari satu) ? Perusahaan Pengguna: PT ? Perusahaan Penjamin Biaya: PT
4. Saya memberi kepercayaan kepada pihak manajemen yang ditetapkan oleh perusahaan dalam poin 3 untuk menjaga kerahasiaan hasil pemeriksaan kesehatan saya yang sesungguhnya bersifat sangat pribadi dan untuk tidak mendiskusikannya secara tertulis tanpa ijin tertulis sebelumnya dari pimpinan perusahaan.
5. Apabila di waktu yang akan datang, ada permintaan tertulis tentang informasi medis saya dari perusahaan tempat saya bekerja, saya mengizinkan informasi medis dari pemeriksaan kesehatan saat ini untuk dibuka oleh perusahaan tersebut
6. Saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan saya kepada anggota keluarga saya, yaitu kepada: (Nama, Hubungan Keluarga, No telephone) 1. , 2. 3. , , , , ,

IV. HAK DAN TANGGUNG JAWAB SERTA TATA TERTIB PASIEN/PENUNGGU PASIEN

1. Saya memiliki hak untuk mengambil bagian dalam keputusan mengenai penyakit saya dan dalam hal perawatan medis dan rencana pengobatan.
2. Saya telah mendapat informasi tentang Hak dan Tanggung Jawab Pasien melalui leaflet dan banner yang disediakan oleh petugas
3. Saya mengerti bahwa saya tidak diperbolehkan mendokumentasikan (mengambil foto atau merekam dll) dalam bentuk apapun semua proses pelayanan kesehatan tanpa seizin rumah sakit. Jika saya membutuhkan informasi medis mengenai pasien, maka saya akan menggunakan hak bertanya saya kepada dokter yang merawat.

V. INFORMASI BIAYA

1. Saya memahami tentang informasi biaya pengobatan atau biaya tindakan yang dijelaskan oleh petugas rumah sakit dan bersedia membayar seluruh biaya perawatan.
2. Saya memahami adanya tagihan yang bersifat sementara dan akan pro aktif menanyakan tagihan sementara.
3. RS XXX tidak pernah meminta Pasien / Keluarga Pasien untuk melakukan transfer sejumlah dana untuk tindakan medis melalui telepon.
4. RS XXX tidak melayani proses REIMBURSEMENT klaim pada pasien dengan jaminan BPJS kesehatan dan Pensiunan Pertamina.
5. Saya memahami bila pengobatan/tindakan medis/pemeriksaan diagnostik per item dengan biaya lebih dari: Rp 500.000,- Rp 1.000.000,- Tidak Terbatas Penjamin Sesuai Ketentuan Akan dilaksanakan setelah saya menyetujui pengobatan/tindakan medis/pemeriksaan diagnostik tersebut.

VI. PERSETUJUAN PEMROSESAN DATA PRIBADI

1. Saya menyatakan telah membaca dan memahami bahwa data pribadi saya akan diproses untuk tujuan:
 - Memberikan layanan medis kepada saya.
 - Memenuhi kewajiban hukum yang berlaku.
 - Mendukung penelitian (dengan data anonim bila memungkinkan).
 - Mengelola administrasi seperti klaim asuransi dan pelaporan kesehatan.
2. Data pribadi yang akan diproses mencakup:
 - Data Identitas: nama, tanggal lahir, nomor identitas
 - Data Medis: diagnosis, hasil laboratorium, hasil pemeriksaan lainnya, dan resume medis
 - Data Kontak: alamat, nomor telepon, email.
3. Saya memiliki hak untuk:
 - Mengakses, memperbarui, atau menghapus data pribadi saya

- Menarik persetujuan ini kapan saja dengan menghubungi pihak rumah sakit.

VII. PERNYATAAN DAN TANDA TANGAN

1. Dengan ini saya menyatakan bahwa:

- Saya telah membaca dan memahami isi persetujuan umum/general consent ini.
- Saya memberikan persetujuan untuk pemeriksaan kesehatan dan pemrosesan data pribadi sesuai dengan yang telah dijelaskan di atas.
- Saya menandatangani formulir ini dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Tanggal: Jam:

Pasien/Wali (jika pasien 18 tahun)

Ttd

Nama Lengkap

Tanggal: Jam:

Pemberi Informasi

Ttd

Nama Lengkap

IDENTIFIKASI RISIKO LINGKUNGAN KERJA

Tanggal Pemeriksaan	:	07-01-2026
NIK	:	32018273917371941
Nama	:	testing
No. Registrasi	:	23817381231
Status Pekerja	:	IT
Nomor Pegawai	:	3217312
Bagian Pekerjaan	:	IT
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir	:	bekasi,07 Jan 2026
Umur	:	32018273917371941
Status Perkawinan	:	Belum Menikah
Alamat	:	bekasi
Telepon	:	087887612637
Penjamin	:	bpjs

KESIMPULAN & SARAN

Kesimpulan

Resiko Kardiovaskular (JKS)	:	Rendah
Derajat Kesehatan	:	P4- (Ditemukan kelainan medis bermakna yang dapat menjadi serius, risiko kesehatan sedang)
Kelaikan Kerja	:	02. Laik bekerja untuk posisi saat ini dengan catatan

Kesimpulan mcu:

Kesimpulan MCU

1. Obesity class I, BMI 26,09, lingkar perut 85 cm
2. Mata: Miopia, astigmatism
3. THT: Serumen ADS
4. Audiometri: kedua telinga tuli konduksi
5. Gigi: DMF: 4/0/1, Calculus kelas 1, Stain kelas 2, Impaksi gigi 38,48
6. USGAbdomen: Cholelithiasis multipe

Saran mcu:

Saran I Konsultasi ke dokter Spesialis Penyakit Dalam, untuk:

1. Cholelithiasis multipel, pro edukasi diet dan evaluasi lebih lanjut
2. Prediabetes (HbA1c 5,7 %), pro edukasi diet, pemeriksaan HbA1c berkala dan evaluasi lebih lanjut terapi rutin

Saran II Konsultasi ke dokter Spesialis THT, untuk:

1. Kedua telinga tuli konduksi, pro evaluasi lebih lanjut
2. Serumen ADS, pro ekstraksi serumen dan evaluasi berkala

Konsultasi ke dokter Spesialis Psikiatri, untuk:

Konsultasi ke dokter Gigi dan Mulut, untuk:

1. Foto Panoramik
2. Scaling dan pemeriksaan gigi setiap enam bulan sekali.
3. Penambalan gigi 18,17,28,47.
4. Konsultasi dokter gigi Spesialis Bedah Mulut untuk pencabutan impaksi gigi 38,48

Saran MCU:

1. Berat badan ideal 67.0-72.8 kg
2. Olahraga teratur, endurance 150-300 menit/minggu dan olahraga strengthen 2-3 x/minggu
3. Diet rendah lemak, hindari makanan lemak jenuh, gorengan, fast food
4. Gunakan alat pelindung pendengaran bila bekerja di lingkungan kerja bising
5. Kacamata diteruskan, periksa rutin setiap tahun

HASIL MCU

P4- (Ditemukan kelainan medis bermakna yang dapat menjadi serius, risiko kesehatan sedang)

02. Laik bekerja untuk posisi saat ini dengan catatan

1. ICD 10:
2. - H52.1 - Myopia
3. - H52.2 - Astigmatism
4. - K01.1 - Impacted teeth
5. - K02.1 - Caries of dentine
6. - K03.6- Deposits [accretions] on teeth
7. - E66- Obesity
8. - K80- Cholelithiasis
9. - R73.03- Prediabete

Tim Dokter Pemeriksa MCU

1. dr. Gita Permatasari, MKK, AIFO-K
2. drg. Anisa Nurfitriani P
3. YunusArief, A.Md.RO
4. dr. AmangSurachman, Sp.THT
5. dr. Januar Habibi, B.Med.Sc., Sp.P
6. dr. Firizkita Dewi, Sp.JP
7. dr. Djoko Wiyono, Sp.KJ
8. dr. Riza Widiastuti, Sp.Rad
9. dr. AGUSMUFANDI,Sp,PK

BARCODE UNTUKVALIDASI KEASLIAN HASIL



Jakarta, 12 Juli 2025
Dokter Pemeriksa

(dr. Gita Permatasari, MKK, AIFO-K)

PEMERIKSAAN UMUM

Keluhan Utama	:	tidak ada
Keluhan Utama	:	tidak ada
Keluhan Pekerjaan	:	tidak ada
Tipe Pekerjaan	:	tidak ada
Lingkungan pekerjaan/Hazard	:	tidak ada
Uraian Singkat Pekerjaan	:	tidak ada
Riwayat penyakit dahulu		
Penyakit yang pernah diderita		
Hipertensi	:	tidak ada
Diabetes	:	tidak ada
Jantung	:	tidak ada
Gangguan Ginjal	:	tidak ada
Gangguan Liver	:	tidak ada
Radang Sendi	:	tidak ada
Autoimmune	:	tidak ada
Asma	:	tidak ada
Tumor	:	tidak ada
Hernia	:	tidak ada
Haemorrhoid	:	tidak ada
Hepatitis	:	tidak ada
TBC	:	tidak ada
Pingsan / Kejang	:	tidak ada
Rawat Inap	:	tidak ada
Riwayat Lainnya		
Riwayat Kecelakaan	:	tidak ada
Riwayat Alergi	:	tidak ada
Riwayat Operasi	:	tidak ada
Riwayat Vaksin Dasar	:	tidak ada
Riwayat Vaksin Covid	:	tidak ada
Riwayat keluarga		
Penyakit keluarga		
Hipertensi	:	tidak ada
Diabetes Mellitus	:	tidak ada
Penyakit Jantung	:	tidak ada
Asthma Bronchiale	:	tidak ada
Penyakit Lainnya	:	tidak ada
Riwayat Lainnya		
Lainnya	:	tidak ada
Keterangan lainnya		

Diet	:	tidak
Konsumsi buah/sayur	:	tidak
Obat rutin	:	tidak ada
Olahraga	:	tidak ada
Merokok	:	tidak ada
Kopi	:	tidak
Alkohol	:	tidak
Pemeriksaan Umum		
Tekanan Darah	:	mm Hg
Saturasi Oksigen	:	
Nadi	:	
Irama nadi	:	
Pernapasan	:	x/menit
Suhu	:	° celcius
Tinggi badan	:	80.00 cm
Berat badan	:	80.00 kg
BMI	:	125.00 (Asia Pasifik)
Status gizi	:	Obesitas II
Lingkar perut	:	80 cm

PEMERIKSAAN FISIK

Kepala	:	Normal
Mata	:	Normal
Mulut	:	Normal
Telinga	:	Normal
Hidung	:	Normal
Tenggorokan	:	Normal
Tonsil	:	Normal
Inspeksi Thorax	:	Normal
Perkusi Thorax	:	Normal
Auskultasi Thorax	:	Normal
Ronchi	:	Normal
Wheezing	:	Normal
Cor (Auskultasi)	:	Normal
Inspek Abdomen	:	Normal
Auskultasi Abdomen	:	Normal
Nyeri Tekan	:	Normal
Nyeri Lepas	:	Normal
Hepar	:	Normal
Lien	:	Normal
Ginjal	:	Normal
Nyeri ketok CVA	:	Normal
Extremitas Atas	:	Normal
Extremitas Bawah	:	Normal
Reflek Fisiologis	:	Normal
Reflek Patologis	:	Normal
Leher	:	Normal
Kulit	:	Normal
Rectal Toucher	:	Normal
Tulang Belakang	:	Normal
Vascular Perifer	:	Normal
SRQ-29	:	
Kesimpulan SRQ-29	:	Normal
SDS	:	
Ambiguity	:	Derajat stres sedang
Conflict	:	Derajat stres sedang
Overload Quant	:	Derajat stres sedang
Overload Quality	:	Derajat stres sedang
Career Development	:	Derajat stres sedang
Responsibility for People	:	Derajat stres sedang

PEMERIKSAAN JANTUNG

Anamnesa Dokter Jantung

Keluhan / Riwayat :

Pemeriksaan

Faktor Resiko :

Tekanan V. Jugularis :

Bruit Carotis :

Jantung :

Paru :

Dokter Pemeriksa :

Treadmill

EKG :

ST. Depression :

Ectopic Beat :

Exercise Time :

Fitness :

Target Nadi :

Respon Tekanan Darah :

Kesimpulan :

Saran :

Dokter Pemeriksa :

PEMERIKSAAN MATA/optometri

Anamnesa Optometri

Keluhan / Riwayat :

Pemeriksaan

Mata Kanan :

Mata Kiri :

Adisi :

Tekanan Bola Mata : / mm Hg

Tes Ishihara :

Kesimpulan Optometri

Sebagai berikut :

Saran Optometri

Sebagai berikut :

Optometris :

PEMERIKSAAN GIGI

Anamnesa Gimul

Keluhan / Riwayat :

Pemeriksaan

D / M / F :

Karang Gigi :

Calculus :

Stain :

Lain - lain :

Pemeriksaan Penunjang

Sebagai berikut :

Saran Dokter Gigi

Sebagai berikut :

Dokter Pemeriksa :

PEMERIKSAAN RONTGEN THORAX

Nomor Rontgen :

Hasil Thorax

Sebagai berikut :

Kesan Thorax

Sebagai berikut :

Dokter Pemeriksa :

PEMERIKSAAN USG ABDOMEN

Hepar	:
Vesica Fellea	:
Pankreas	:
Lien	:
Aorta	:
Ren Bilateral	:
Vesica Urinaria	:
Prostat	:
Kesan USG Abdomen	
Sebagai berikut	:
Dokter Pemeriksa	:

PEMERIKSAAN AUDIOMETRI

AD (Telinga Kanan)

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz	Skor
AC	0	0	0	0	0	0	0	0	-
BC	0	0	0	0	0	0	0	0	-

Kesan : -

AS (Telinga Kiri)

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz	Skor
AC	0	0	0	0	0	0	0	0	-
BC	0	0	0	0	0	0	0	0	-

Kesan : -

Kesimpulan Audiometri

Sebagai berikut : -

Saran Audiometri

Sebagai berikut : -

Dokter Pemeriksa : -

PEMERIKSAAN SPIROMETRI

Vital Capacity (VC)

Prediksi :
Actual / Hasil :
Persen (%) :

FVC (Forced Vital Capacity)

Prediksi :
Actual / Hasil :
Persen (%) :

PEF (Peak Expiratory Flow)

Prediksi :
Actual / Hasil :
Persen (%) :

FEV1 (Forced Expiratory Volume in 1 second)

Prediksi :
Actual / Hasil :
Persen (%) :
FEV1 / FVC :

Kesimpulan Spirometri

Sebagai berikut :

Saran Spirometri

Sebagai berikut :
Dokter Pemeriksa :

PEMERIKSAAN TEST MMPI

Kesimpulan MMPI

Sebagai berikut :

Saran MMPI

Sebagai berikut :

Dokter Pemeriksa :

HASIL LABORATORIUM

No. Rekam Medis	:	32871237	Tanggal Layanan	:	2026-01-07
No. Registrasi	:	23817381231	Pemeriksaan	:	
NIK	:	32018273917371941	Jenis Kelamin	:	Perempuan
Nama Pasien	:	testing	Dokter Pengirim	:	
Eselon	:		Dokter Pemeriksa	:	

Pemeriksaan

Hasil

Nilai Rujukan

Satuan

Keterangan

HASIL RADIOLOGI

No. Rekam Medis	:	32871237	Tanggal Layanan	:	2026-01-07
No. Registrasi	:	23817381231	Pemeriksaan	:	
NIK	:	32018273917371941	Jenis Kelamin	:	Perempuan
Nama Pasien	:	testing	Dokter Pengirim	:	
Eselon	:		Dokter Pemeriksa	:	

LAMPIRAN FOTO PEMERIKSAAN

File Thorax

-

File Spirometri

-

File Test MMPI

-

HASIL SKOR KARDIOVASKULER (SKJ)

No. Rekam Medis : 32871237 Tanggal Layanan : 2026-01-07
No. Registrasi : 23817381231 Pemeriksaan :
NIK : 32018273917371941 Jenis Kelamin : Perempuan
Nama Pasien : testing Dokter Pengirim :
Eselon : Dokter Pemeriksa :

Faktor Resiko	Penilaian	Skor
Jenis Kelamin	P	0
Usia	81 Tahun	3
Tekanan Darah	81 mm Hg	0
Indeks Massa Tubuh (BMI)	81	2
Merokok	1	2
Diabetes Melitus	-	2
Merokok	1	2
Aktivitas Fisik	Ringan	1
Total Skor		13
Resiko SKJ		Tinggi

Catatan :
Total Skor :
-7 s/d 1 :
2 s/d 4 :
? 5 :

Kesimpulan
Resiko Rendah (10%)
Resiko Sedang (10-20%)
Resiko Tinggi (> 20%)

FORM PENGISIAN TES PSIKOLOGIS (SRQ-29)

Petunjuk : Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda selama 30 hari terakhir. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu Anda alami dalam 30 hari terakhir klik pada option Ya. Sebaliknya, Apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak Anda alami dalam 30 hari terakhir klik option Tidak. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Ya dan Tidak. Kami tegaskan bahwa jawaban Anda bersifat rahasia dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

No	Uraian Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda sering merasa sakit kepala?	✓	
2	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?	✓	
3	Apakah tidur Anda tidak nyenyak?	✓	
4	Apakah Anda mudah merasa takut?		✓
5	Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir?		✓
6	Apakah tangan Anda gemetar?		✓
7	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?		✓
8	Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?		✓
9	Apakah Anda merasa tidak bahagia?		✓
10	Apakah Anda lebih sering menangis?		✓
11	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?	✓	
12	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan?	✓	
13	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai?	✓	
14	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini?	✓	
15	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?	✓	
16	Apakah Anda merasa tidak berharga?	✓	
17	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?	✓	
18	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu?	✓	
19	Apakah Anda mudah lelah?	✓	
20	Apakah Anda merasa tidak enak di perut?		✓
21	Apakah Anda mudah lelah?		✓
22	Apakah Anda minum alkohol lebih banyak dari biasanya atau Apakah Anda menggunakan narkoba?		✓
23	Apakah Anda yakin bahwa seseorang mencoba mencelakai Anda dengan cara tertentu?		✓
24	Apakah ada yang mengganggu atau hal yang tidak biasa dalam pikiran Anda?		✓
25	Apakah Anda pernah mendengar suara tanpa tahu sumbernya atau yang orang lain tidak dapat mendengar?		✓
26	Apakah Anda mengalami mimpi yang mengganggu tentang suatu bencana/musibah atau adakah saat-saat Anda seolah mengalami kembali kejadian bencana itu?		✓

No	Uraian Pertanyaan	Ya	Tidak
27	Apakah Anda menghindari kegiatan, tempat, orang atau pikiran yang mengingatkan Anda akan bencana tersebut?		✓
28	Apakah minat Anda terhadap teman dan kegiatan yang biasa Anda lakukan berkurang?	✓	
29	Apakah Anda merasa sangat terganggu jika berada dalam situasi yang mengingatkan Anda akan bencana atau jika Anda berpikir tentang bencana itu?	✓	
30	Apakah Anda kesulitan memahami atau mengekspresikan perasaan Anda	✓	
31	Apakah Anda sering merasa sakit kepala?	✓	
32	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?	✓	
33	Apakah tidur Anda tidak nyenyak?	✓	
34	Apakah Anda mudah merasa takut?	✓	
35	Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir?	✓	
36	Apakah tangan Anda gemetar?	✓	
37	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?	✓	
38	Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?	✓	
39	Apakah Anda merasa tidak bahagia?	✓	
40	Apakah Anda lebih sering menangis?	✓	
41	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?	✓	
42	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan?	✓	
43	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai?	✓	
44	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini?	✓	
45	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?	✓	
46	Apakah Anda merasa tidak berharga?	✓	
47	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?	✓	
48	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu?	✓	
49	Apakah Anda mudah lelah?	✓	
50	Apakah Anda merasa tidak enak di perut?	✓	
51	Apakah Anda mudah lelah?	✓	
52	Apakah Anda minum alkohol lebih banyak dari biasanya atau Apakah Anda menggunakan narkoba?	✓	
53	Apakah Anda yakin bahwa seseorang mencoba mencelakai Anda dengan cara tertentu?	✓	
54	Apakah ada yang mengganggu atau hal yang tidak biasa dalam pikiran Anda?	✓	
55	Apakah Anda pernah mendengar suara tanpa tahu sumbernya atau yang orang lain tidak dapat mendengar?	✓	

No	Uraian Pertanyaan	Ya	Tidak
56	Apakah Anda mengalami mimpi yang mengganggu tentang suatu bencana/musibah atau adakah saat-saat Anda seolah mengalami kembali kejadian bencana itu?	✓	
57	Apakah Anda menghindari kegiatan, tempat, orang atau pikiran yang mengingatkan Anda akan bencana tersebut?	✓	
58	Apakah minat Anda terhadap teman dan kegiatan yang biasa Anda lakukan berkurang?	✓	
59	Apakah Anda merasa sangat terganggu jika berada dalam situasi yang mengingatkan Anda akan bencana atau jika Anda berpikir tentang bencana itu?	✓	
60	Apakah Anda kesulitan memahami atau mengekspresikan perasaan Anda	✓	