

# Global Psychotrauma Screen (GPS)

Nomor Registrasi

Jenis Kelamin  Perempuan  Laki-Laki  LainnyaUsia (tahun) 

**Terkadang hal-hal yang luar biasa atau khususnya yang bersifat menakutkan, mengerikan, atau traumatis dapat terjadi pada orang-orang.**

**Mohon Anda menggambarkan secara singkat peristiwa atau pengalaman yang saat ini paling berdampak/berpengaruh untuk diri Anda:**

.....

Peristiwa ini terjadi:  Satu bulan terakhir  Setengah tahun terakhir  
 Tahun lalu  Lebih lama dari setahun**Peristiwa ini:**

- merupakan peristiwa tunggal yang terjadi pada usia  tahun
- terjadi dalam kurun waktu yang lebih lama/berulang kali antara usia  tahun dan  tahun

**Hal mana dibawah ini yang mencirikan peristiwa tersebut (lebih banyak jawaban dimungkinkan):**

- |                      |   |  |
|----------------------|---|--|
| Kekerasan fisik:     | <input type="checkbox"/> Terjadi pada diri Anda | <input type="checkbox"/> Terjadi pada orang lain |
| Kekerasan seksual:   | <input type="checkbox"/> Terjadi pada diri Anda | <input type="checkbox"/> Terjadi pada orang lain |
| Pelecehan emosional: | <input type="checkbox"/> Terjadi pada diri Anda | <input type="checkbox"/> Terjadi pada orang lain |
| Cedera serius:       | <input type="checkbox"/> Terjadi pada diri Anda | <input type="checkbox"/> Terjadi pada orang lain |
| Mengancam jiwa:      | <input type="checkbox"/> Terjadi pada diri Anda | <input type="checkbox"/> Terjadi pada orang lain |
- Kematian mendadak dari orang yang dicintai
  - Anda menyebabkan bahaya/menyakiti orang lain
  - Corona virus (COVID-19)

**Mempertimbangkan peristiwa yang menakutkan, mengerikan, atau traumatis tersebut diatas, dalam satu bulan terakhir, apakah Anda pernah.....**

1. .. mengalami mimpi buruk tentang peristiwa traumatis yang pernah dialami atau memikirkan peristiwa tersebut meskipun Anda tidak  Tidak  Ya menginginkannya?
2. .. berusaha keras untuk tidak memikirkan tentang peristiwa traumatis di masa lalu atau dengan sengaja menghindari situasi-situasi yang dapat  Tidak  Ya mengingatkan Anda pada kejadian tersebut?
3. .. selalu dalam kondisi berjaga-jaga, waspada, atau mudah terkejut?  Tidak  Ya
4. .. mati rasa atau merasa terpisah dari orang-orang, kegiatan, atau  Tidak  Ya lingkungan Anda?
5. .. merasa bersalah atau tidak berhenti menyalahkan diri sendiri atau orang  Tidak  Ya lain atas peristiwa traumatis di masa lalu ataupun masalah yang disebabkan oleh kejadian tersebut?

6.	.. cenderung merasa tidak berharga?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
7.	.. mengalami ledakan kemarahan yang tidak dapat Anda kendalikan?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
8.	.. merasa gugup, cemas, atau gelisah?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
9.	.. tidak mampu menghentikan atau mengendalikan rasa khawatir?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
10.	.. merasa sedih, tertekan, atau putus harapan?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
11.	.. mengalami berkurangnya minat atau rasa senang dalam melakukan berbagai hal?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
12.	.. mengalami kesulitan untuk tidur atau tetap tertidur?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
13.	.. mencoba melukai diri sendiri secara sengaja?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
14.	.. merasa atau mengalami dunia dan orang lain secara berbeda, sehingga hal-hal terlihat seperti mimpi, aneh, atau tidak nyata?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
15.	.. merasa terlepas atau terpisah dari tubuh Anda (misalnya, merasa seperti sedang melihat diri sendiri dari atas atau bagaikan Anda adalah pengamat diri Anda dari luar)?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
16.	.. memiliki masalah fisik, emosi, atau sosial lainnya yang mengganggu?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
17.	.. mengalami peristiwa peristiwa lain yang menimbulkan stres (seperti isu keuangan, berganti pekerjaan, pindah rumah, krisis berelasi dalam pekerjaan atau kehidupan pribadi)?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
18.	.. mencoba menurunkan ketegangan dengan mengonsumsi alkohol, rokok, narkoba, atau obat-obatan?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
19.	.. merindukan orang-orang suportif yang dekat dengan Anda dan dapat diandalkan dalam masa-masa sulit (seperti memberikan dukungan emosional, mengawasi anak atau binatang peliharaan, mengantar ke rumah sakit atau toko, dan membantu ketika Anda sakit)?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
20.	Selama <b><i>masa kanak-kanak</i></b> (usia 0-18 tahun), apakah Anda pernah mengalami peristiwa traumatis (misalnya kecelakaan yang serius atau kebakaran, pelecehan atau penyerangan fisik atau seksual, bencana, melihat orang terbunuh atau terluka berat, atau orang yang dikasihi meninggal dunia)?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
21.	Apakah Anda <b><i>pernah</i></b> mendapatkan diagnosis masalah kejiwaan (diagnosis psikiatri/psikologis) atau mendapatkan penanganan untuk masalah psikologis (misalnya depresi, kecemasan, atau gangguan kepribadian)?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
22.	Apakah Anda <b><i>secara umum</i></b> menganggap diri Anda sebagai orang yang tangguh atau tahan banting?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya									
23	Bagaimana Anda menilai keberfungsian Anda saat ini (di tempat kerja/rumah)?											
	Sangat buruk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat baik