

## Kuesioner Subjective Self Rating Test

Nama :

Usia :

Pendidikan :

Berat Badan :

Tinggi Badan :

### Daftar Pertanyaan Kuesioner *Subjective Self Rating Test* (SSRT)

No	Daftar pertanyaan	Skoring			
		1	2	3	4
1	Apakah saudara ada perasaan berat kepala?				
2	Apakah saudara merasa lelah pada seluruh tubuh?				
3	Apakah saudara merasa berat dikaki?				
4	Apakah saudara sering menguap pada saat bekerja?				
5	Apakah pikiran saudara kacau pada saat bekerja?				
6	Apakah saudara merasa mengantuk?				
7	Apakah saudara merasa ada beban pada bagian mata				
8	Apakah gerakan saudara terasa canggung dan kaku?				
9	Apakah saudara merasakan pada saat berdiri tidak stabil?				
10	Apakah saudara merasa ingin berbaring?				
11	Apakah saudara merasa susah berfikir?				
12	Apakah saudara merasa malas untuk berbicara?				
13	Apakah saudara merasa gugup?				
14	Apakah saudara merasa tidak dapat berkonsentrasi?				
15	Apakah saudara merasa sulit memusatkan perhatian?				
16	Apakah saudara merasa mudah melupakan sesuatu?				
17	Apakah saudara merasakan kepercayaan diri berkurang?				
18	Apakah saudara merasa cemas?				

No	Daftar Pertanyaan	Skoring			
		1	2	3	4
19	Apakah saudara merasa sulit untuk mengontrol sikap?				
20	Apakah saudara merasa tidak tekun dalam pekerjaan?				
21	Apakah saudara merasakan sakit dibagian kepala?				
22	Apakah saudara merasakan kaku dibagian bahu?				
23	Apakah saudara merasakan nyeri dibagian punggung?				
24	Apakah saudara merasa sesak nafas?				
25	Apakah saudara merasa haus?				
26	Apakah saudara merasa terasa serak?				
27	Apakah saudara merasa pening?				
28	Apakah saudara merasa ada yang mengganjal dikelopak mata?				
29	Apakah anggota badan saudara terasa gemetar?				
30	Apakah saudara merasa kurang sehat?				
	Jumlah Skor pada masing-masing kolom:				
	Total Skor kelelahan individu:				

Ket :

- 1 : Tidak Pernah
- 2 : Kadang Kadang
- 3 : Sering
- 4 : Sangat Sering