

Global Psychotrauma Screen for Teens (GPS-T)

--	--	--	--	--

11-17 Tahun

Nomor Peserta

Jenis Kelamin: Perempuan Laki-laki

Umur: Tahun

Terkadang hal-hal buruk dan menakutkan terjadi dalam hidup kita.

Jika hal-hal tersebut pernah terjadi padamu, silahkan menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut tentang kejadian yang **paling mengganggu**mu saat ini.

Setelah kejadian buruk dan menakutkan tersebut, apakah kamu pernah mengalami hal hal berikut dalam satu bulan terakhir?

Pilih jawaban **"Tidak"** jika tidak pernah atau **"Ya"** jika pernah mengalami hal-hal berikut.

- | | | | |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|
| 1. | Apakah kamu mengalami mimpi-mimpi yang menyeramkan atau memiliki pikiran-pikiran yang mengganggu terkait dengan kejadian yang kamu sebutkan di atas tersebut? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 2. | Apakah kamu telah berusaha keras untuk tidak memikirkan kejadian tersebut atau menghindari tempat, situasi, orang dan apapun yang mengingatkanmu pada kejadian tersebut? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 3. | Apakah kamu merasa selalu waspada atau mudah terkejut bahkan ketika tidak ada penyebab atau alasan untuk berperilaku demikian? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 4. | Apakah kamu merasa mati rasa, atau terasing dari orang-orang, kegiatan atau lingkungan di sekitarmu, yang membuatmu merasa tidak hadir walaupun secara fisik kamu hadir ? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 5. | Apakah kamu merasa bersalah atas kejadian yang menimpamu dan atas masalah yang diakibatkan kejadian yang kamu sebutkan di atas tersebut? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 6. | Apakah kamu merasa buruk tentang dirimu seakan-akan merasa kamu tidak penting atau tidak berguna? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 7. | Apakah kamu merasakan amarah yang tidak bisa kamu kontrol ? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 8. | Apakah kamu merasa gugup atau cemas? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 9. | Apakah kamu tidak bisa menghentikan atau mengontrol perasaan khawatirmu? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 10. | Apakah kamu merasa sedih, tertekan, dan tidak punya harapan? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 11. | Apakah kamu merasa kehilangan minat dan kesenangan dalam melakukan hal-hal yang tadinya kamu sukai? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 12. | Apakah kamu merasa sulit tidur atau sulit tidur nyenyak meskipun kamu sangat mengantuk? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 13. | Apakah kamu mencoba menyakiti dirimu dengan sengaja? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 14. | Apakah kamu merasa seolah-olah sedang bermimpi padahal kamu sedang bangun, sadar, atau terjaga? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 15. | Apakah kamu merasa seperti bisa mengamati atau melihat dirimu sendiri dari luar tubuhmu? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 16. | Apakah ada masalah lain yang mengganggumu seperti rasa sakit, perasaan buruk, masalah di sekolah, masalah dengan keluarga atau teman? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 17. | Apakah kamu telah mengalami kejadian lain yang membuat kamu merasa stres (misalnya kekurangan uang atau makanan, pindah rumah, insiden di sekolah, dengan teman atau keluarga)? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
| 18. | Apakah kamu mencoba untuk mengurangi perasaan buruk yang kamu alami dengan merokok atau vape, meminum alkohol, atau menggunakan obat-obatan terlarang, atau obat-obatan yang tidak diresepkan dokter untukmu? | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |

19.	Apakah kamu memiliki orang yang penuh dukungan untuk merawatmu (misalnya orang yang membantumu merasa lebih baik ketika kamu marah, mengantar ke sekolah atau kegiatan tertentu, mengantar ke dokter atau rumah sakit)?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
20.	Selama masa kecilmu (0-10 tahun) apakah kamu mengalami kejadian yang menakutkan dan mengerikan lainnya?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
21.	Apakah kamu pernah diberi tahu bahwa kamu memiliki masalah perasaan atau masalah perilaku atau pernah mendapatkan perawatan karena masalah tersebut (misalnya kecemasan, perasaan tertekan, hiperaktif, permasalahan makan atau masalah perilaku lainnya)?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
22.	Secara umum apakah kamu merasa sebagai orang yang tangguh (orang yang bisa bangkit kembali jika situasi yang sulit terjadi atau seseorang yang bisa mengatasi hal buruk yang terjadi)?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
F.	<p>Berikan penilaian tentang bagaimana kamu menjalankan peranmu sekarang di rumah, sekolah atau sisi-sisi lain dalam kehidupanmu. Apakah kamu bisa menjalankan peranmu dalam kehidupan sehari-hari?</p> <p>Buruk 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat Baik</p>		

© 2021, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olff & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress. Update for adolescents, GPS-T, 2021, Grace & Olff, <https://www.global-psychotrauma.net/gps-child-teen>. Translation into Indonesian: Sulaeman, H. M., Syakarofath, N., Primasari, I., December 2024/January 2025

Scoring item GPS-T versi Indonesia 1-18 & 20-21: Tidak=0; Ya=1. Item GPS-T19 & 22: Tidak=1; Ya=0.