

Supplementary Material 1. 20-question self-reporting questionnaire (SRQ-20) Indonesian translation

Apakah Anda merasakan gejala berikut dalam satu bulan terakhir	1. Ya, 2. Tidak
C12. Apakah [NAMA] sering menderita sakit kepala?	1. Ya, 2. Tidak
C13. Apakah [NAMA] tidak nafsu makan?	1. Ya, 2. Tidak
C14. Apakah [NAMA] sulit tidur?	1. Ya, 2. Tidak
C15. Apakah [NAMA] mudah takut?	1. Ya, 2. Tidak
C16. Apakah [NAMA] merasa tegang, cemas atau khawatir?	1. Ya, 2. Tidak
C17. Apakah tangan [NAMA] gemetar?	1. Ya, 2. Tidak
C18. Apakah pencernaan [NAMA] terganggu/ buruk?	1. Ya, 2. Tidak
C19. Apakah [NAMA] sulit untuk berpikir jernih?	1. Ya, 2. Tidak
C20. Apakah [NAMA] merasa tidak bahagia?	1. Ya, 2. Tidak
C21. Apakah [NAMA] menangis lebih sering?	1. Ya, 2. Tidak
C22. Apakah [NAMA] merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	1. Ya, 2. Tidak
C23. Apakah [NAMA] sulit untuk mengambil keputusan?	1. Ya, 2. Tidak
C24. Apakah pekerjaan [NAMA] sehari-hari terganggu?	1. Ya, 2. Tidak
C25. Apakah [NAMA] tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?	1. Ya, 2. Tidak
C26. Apakah [NAMA] kehilangan minat pada berbagai hal?	1. Ya, 2. Tidak
C27. Apakah [NAMA] merasa tidak berharga?	1. Ya, 2. Tidak
C28. Apakah [NAMA] mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	1. Ya, 2. Tidak
C29. Apakah [NAMA] merasa lelah sepanjang waktu?	1. Ya, 2. Tidak
C30. Apakah [NAMA] mengalami rasa tidak enak di perut?	1. Ya, 2. Tidak
C31. Apakah [NAMA] mudah lelah?	1. Ya, 2. Tidak
