

Kuesioner Survei Gejala Kelainan Sistem Otot dan Skeletal

I. Harap isi formulir berikut ini:

Nama		Umur	_____ Tahun
Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	Lama bekerja di tempat sekarang	_____ Tahun dan _____ bulan
Nama Departemen	____ Departemen ____ bidang _____ tugas	Status pernikahan	<input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Bujangan
Tugas sekarang (terangkan terperinci)	Tugas: Kurun waktu bekerja pada tugas ini: _____ Tahun dan _____ bulan		
Jam kerja per hari	_____ Jam Istirahat saat jam kerja (selain istirahat makan): _____ kali (kira-kira _____ menit)		
Tugas sebelum yang dilakukan sekarang	Tugas: Kurun waktu bekerja pada tugas ini: _____ Tahun dan _____ bulan		

1. Pilih kegiatan waktu senggang dan kegemaran disukai yang dilakukan secara teratur (dilaksanakan dua atau tiga kali seminggu dan lebih dari 30 menit setiap kalinya).
 - Kesibukan yang berhubungan dengan komputer Memainkan alat musik (misalnya, piano atau biola)
 - Merajut, menyulam, membuat kaligrafi
 - Tenis, bulu tangkis, bermain squash Sepak bola, bola voli, bola basket, bermain ski Tidak ada
2. Rata-rata berapa jam Anda mengerjakan pekerjaan rumah tangga (misalnya, memasak, mencuci, membersihkan rumah dan menjaga bayi yang berusia dibawah dua tahun)?
 - Hampir tidak pernah Tidak lebih dari sejam Lebih dari sejam tetapi kurang dari dua jam
 - Lebih dari dua jam namun tidak lebih dari tiga jam Lebih dari tiga jam
3. Apakah Anda pernah diperiksa pada penyakit berikut ini oleh seorang dokter? (Beri tanda cek pada penyakit yang sesuai)
(Penyakit: Rematik persendian Diabetes Nefritis lupus Gout Penyakit karena kebanyakan minuman alkohol)
 - Tidak pernah Ya pernah (Jika ya, bagaimana keadaan Anda saat ini?
 - Sudah sembuh benar
 - Masih dalam perawatan atau pemeriksaan)
4. Apakah Anda pernah terluka pada telapak tangan, jari, pergelangan tangan, lengan, sikut, bahu, leher, pinggang, kaki saat berolahraga atau kecelakaan (misalnya, kecelakaan lalu-lintas, tersandung atau jatuh dari suatu ketinggian)?
 - Tidak pernah Ya pernah (Jika ya, bagaimana keadaan yang terluka saat ini?
 - Telapak tangan/jari/pergelangan tangan Lengan/sikut Bahu Leher Pinggang
 - Tapak Kaki/Kaki)
5. Bagaimana dengan tugas yang sekarang sedang dijalankan terhadap kekuatan fisik Anda?
 - Tidak berat Dapat dilaksanakan Sedikit sulit Amat sulit

II. Apakah tahun lalu Anda pernah merasa nyeri atau ada sesuatu yang tidak enak pada telapak tangan/jari/pergelangan tangan, lengan/sikut, bahu, pinggang atau tapak kaki/kaki pada saat bekerja (seperti ngilu, gemetar, terasa kejang, luka bakar, keadaan mati rasa atau pedih)?

Tidak pernah (Terima kasih untuk jawaban Anda. Anda telah menjawab semua pertanyaan kuesioner.)

Ya pernah. (Harap beri tanda cek bila merasa nyeri sesuai penyakit yang disebutkan pada kolom vertikal yang ada pada tabel berikut ini.)

Bagian yang terasa nyeri	Leher ()	Bahu ()	Lengan/sikut ()	Telapak tangan/pergelangan tangan/jari ()	Pinggang ()	Tapak kaki/Kaki ()	
1. Berikan penjelasan bagian yang terasa nyeri		<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri <input type="checkbox"/> Keduanya	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri <input type="checkbox"/> Keduanya	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri <input type="checkbox"/> Keduanya		<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri <input type="checkbox"/> Keduanya	
2. Setelah berapa lama rasa nyeri hilang?	<input type="checkbox"/> Tidak sampai sehari <input type="checkbox"/> Sehari – kurang dari seminggu <input type="checkbox"/> Seminggu – kurang dari sebulan <input type="checkbox"/> Sebulan – kurang dari enam bulan <input type="checkbox"/> Lebih dari enam bulan	<input type="checkbox"/> Tidak sampai sehari <input type="checkbox"/> Sehari – kurang dari seminggu <input type="checkbox"/> Seminggu – kurang dari sebulan <input type="checkbox"/> Sebulan – kurang dari enam bulan <input type="checkbox"/> Lebih dari enam bulan	<input type="checkbox"/> Tidak sampai sehari <input type="checkbox"/> Sehari – kurang dari seminggu <input type="checkbox"/> Seminggu – kurang dari sebulan <input type="checkbox"/> Sebulan – kurang dari enam bulan <input type="checkbox"/> Lebih dari enam bulan	<input type="checkbox"/> Tidak sampai sehari <input type="checkbox"/> Sehari – kurang dari seminggu <input type="checkbox"/> Seminggu – kurang dari sebulan <input type="checkbox"/> Sebulan – kurang dari enam bulan <input type="checkbox"/> Lebih dari enam bulan	<input type="checkbox"/> Tidak sampai sehari <input type="checkbox"/> Sehari – kurang dari seminggu <input type="checkbox"/> Seminggu – kurang dari sebulan <input type="checkbox"/> Sebulan – kurang dari enam bulan <input type="checkbox"/> Lebih dari enam bulan	<input type="checkbox"/> Tidak sampai sehari <input type="checkbox"/> Sehari – kurang dari seminggu <input type="checkbox"/> Seminggu – kurang dari sebulan <input type="checkbox"/> Sebulan – kurang dari enam bulan <input type="checkbox"/> Lebih dari enam bulan	
3. Bagaimana keadaan rasa nyeri? (Lihat penjelasannya)	<input type="checkbox"/> Nyeri biasa <input type="checkbox"/> Nyeri sedang <input type="checkbox"/> Nyeri berat <input type="checkbox"/> Sangat nyeri	<input type="checkbox"/> Nyeri biasa <input type="checkbox"/> Nyeri sedang <input type="checkbox"/> Nyeri berat <input type="checkbox"/> Sangat nyeri	<input type="checkbox"/> Nyeri biasa <input type="checkbox"/> Nyeri sedang <input type="checkbox"/> Nyeri berat <input type="checkbox"/> Sangat nyeri	<input type="checkbox"/> Nyeri biasa <input type="checkbox"/> Nyeri sedang <input type="checkbox"/> Nyeri berat <input type="checkbox"/> Sangat nyeri	<input type="checkbox"/> Nyeri biasa <input type="checkbox"/> Nyeri sedang <input type="checkbox"/> Nyeri berat <input type="checkbox"/> Sangat nyeri	<input type="checkbox"/> Nyeri biasa <input type="checkbox"/> Nyeri sedang <input type="checkbox"/> Nyeri berat <input type="checkbox"/> Sangat nyeri	
	<Penjelasan>	<p>Nyeri biasa: Perasaan tidak enak biasa saja, namun masih bisa berkonsentrasi pada tugas. Nyeri sedang: Rasa nyeri terasa terus selama menjalankan tugas, namun akan hilang setelah pulang ke rumah. Nyeri berat: Nyeri yang relatif berat selama bertugas, dan terus terasa setelah pulang ke rumah. Sangat nyeri: Rasa nyeri yang hebat saat melaksanakan tugas dan kehidupan harian yang demikian sulit ditahan.</p>					
4. Pada tahun lalu berapa kali Anda rasakan nyeri?	<input type="checkbox"/> Sekali dalam enam bulan <input type="checkbox"/> Sekali dalam dua sampai tiga bulan <input type="checkbox"/> Sekali sebulan <input type="checkbox"/> Sekali seminggu <input type="checkbox"/> Tiap hari	<input type="checkbox"/> Sekali dalam enam bulan <input type="checkbox"/> Sekali dalam dua sampai tiga bulan <input type="checkbox"/> Sekali sebulan <input type="checkbox"/> Sekali seminggu <input type="checkbox"/> Tiap hari	<input type="checkbox"/> Sekali dalam enam bulan <input type="checkbox"/> Sekali dalam dua sampai tiga bulan <input type="checkbox"/> Sekali sebulan <input type="checkbox"/> Sekali seminggu <input type="checkbox"/> Tiap hari	<input type="checkbox"/> Sekali dalam enam bulan <input type="checkbox"/> Sekali dalam dua sampai tiga bulan <input type="checkbox"/> Sekali sebulan <input type="checkbox"/> Sekali seminggu <input type="checkbox"/> Tiap hari	<input type="checkbox"/> Sekali dalam enam bulan <input type="checkbox"/> Sekali dalam dua sampai tiga bulan <input type="checkbox"/> Sekali sebulan <input type="checkbox"/> Sekali seminggu <input type="checkbox"/> Tiap hari	<input type="checkbox"/> Sekali dalam enam bulan <input type="checkbox"/> Sekali dalam dua sampai tiga bulan <input type="checkbox"/> Sekali sebulan <input type="checkbox"/> Sekali seminggu <input type="checkbox"/> Tiap hari	
5. Apakah minggu lalu Anda merasa nyeri?	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	
6. Pada tahun lalu, apa yang Anda lakukan untuk mengurangi rasa nyeri?	<input type="checkbox"/> Berobat di klinik <input type="checkbox"/> Minum obat <input type="checkbox"/> Mengambil jatah asuransi medis bagi karyawan <input type="checkbox"/> Minta pergantian tugas <input type="checkbox"/> Tidak ada Lainnya ()	<input type="checkbox"/> Berobat di klinik <input type="checkbox"/> Minum obat <input type="checkbox"/> Mengambil jatah asuransi medis bagi karyawan <input type="checkbox"/> Minta pergantian tugas <input type="checkbox"/> Tidak ada Lainnya ()	<input type="checkbox"/> Berobat di klinik <input type="checkbox"/> Minum obat <input type="checkbox"/> Mengambil jatah asuransi medis bagi karyawan <input type="checkbox"/> Minta pergantian tugas <input type="checkbox"/> Tidak ada Lainnya ()	<input type="checkbox"/> Berobat di klinik <input type="checkbox"/> Minum obat <input type="checkbox"/> Mengambil jatah asuransi medis bagi karyawan <input type="checkbox"/> Minta pergantian tugas <input type="checkbox"/> Tidak ada Lainnya ()	<input type="checkbox"/> Berobat di klinik <input type="checkbox"/> Minum obat <input type="checkbox"/> Mengambil jatah asuransi medis bagi karyawan <input type="checkbox"/> Minta pergantian tugas <input type="checkbox"/> Tidak ada Lainnya ()	<input type="checkbox"/> Berobat di klinik <input type="checkbox"/> Minum obat <input type="checkbox"/> Mengambil jatah asuransi medis bagi karyawan <input type="checkbox"/> Minta pergantian tugas <input type="checkbox"/> Tidak ada Lainnya ()	<input type="checkbox"/> Berobat di klinik <input type="checkbox"/> Minum obat <input type="checkbox"/> Mengambil jatah asuransi medis bagi karyawan <input type="checkbox"/> Minta pergantian tugas <input type="checkbox"/> Tidak ada Lainnya ()