

LAMPIRAN 6. Kuisiener Penelitian WHO-ILAR COPCORD

**KUESIONER PENELITIAN WHO ILAR COPCORD YANG DIMODIFIKASI PENYAKIT MUSKULOSKELETAL DI KOTA
MALANG TAHUN 2015**

Tahap 1**FASE 1**

Nomer : _____ Tanggal : _____

KECAMATAN: _____ KELURAHAN : _____ RW: _____ RT: _____

INSTRUKSI : Kuisiener ini diisi dengan wawancara

Berikan tanda \surd pada jawaban yang benar. Pada beberapa pertanyaan, dapat dijawab lebih dari satu. Gunakan kolom "Keterangan" di bawah bila ada tambahan yang menurut anda penting bagi survei ini.

Harus diisi**1. DATA PRIBADI**

Nama Lengkap _____

Umur : _____ tahun; Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan;Jumlah Anggota Keluarga: Sendiri, Bersama (jumlah total anggota keluarga) _____ orang

Alamat: _____ No telp: _____

2. DATA ANTROPOMETRI

Tinggi badan : _____ cm TD : _____ / _____ mmHg

Berat Badan : _____ kg IMT/MBI : _____ kg/m²3. STATUS PERNIKAHAN : Belum Menikah Menikah Janda/Duda Bercerai Berpisah4. PENDIDIKAN : Tidak Sekolah SD SMP SMU S1 S2 S3

Tota lama tahun pendidikan : _____ tahun (diisi oleh peneliti)

***5. KEBIASAAN:** Merokok Ya Tidak

Jika Ya, mulai kapan _____ tahun, berhenti sejak kapan _____ (lama Lama merokok: _____ tahun

Jumlah batang : _____ / hari .

Bungkus per tahun (dihitung oleh peneliti): jumlah batang perharix Lama tahun : _____

20

 Alkohol Ya Tidak

Jika Ya, mulai kapan _____ berhenti sejak kapan _____ Frekuensi _____ x/hari,

Jumlah _____ gelas

Obat-obatan Ya Tidak

Jika Ya, pilih pilihan dibawah ini

Antinyeri/antirhematik : Nama obat _____ frekuensi: _____ x/hari/minggu berapa lama _____

Obat Kencing manis : Nama obat _____ frekuensi: _____ x/hari. berapa lama _____ frekuensi: _____ x/hari/minggu berapa lama _____

Obat anti hipertensi/darah tinggi:

Nama obat _____ frekuensi: _____ x/hari. berapa lama _____

Nama obat _____ frekuensi: _____ x/hari. berapa lama _____

Lain-lain: Nama obat _____ frekuensi: _____ x/hari. berapa lama _____

Olah Raga : Jenis Olah raga : _____ frekuensi : _____ x/minggu

*5. PEKERJAAN SAAT INI (dapat diisi lebih dari satu):

- Pelajar Tidak Bekerja
- Ibu Rumah Tangga Militer
- Pelayanan(di belakang meja: sekertaris, pegawai bank, resepsionis, akutan, kasir, operator komputer)
- Buruh (tani, pabrik) Pembantu rumah tangga
- Pelayanan (di lapangan) Professional _____
- Pertokoan/Jual-beli/pengusaha

*6. BERATNYA AKTIVITAS FISIK HARIAN (sesuai pendapat individual):

1. Tolong diberi tanda √ beratnya aktivitas fisik yang anda lakukan di tempat kerja anda

		beri tanda pada salah satu dibawah ini
a	Saya sedang tidak bekerja (misalnya : pensiun, pensiun dini karena masalah kesehatan, tidak bekerja, dll)	
b	Saya menghabiskan kebanyakan waktu di tempat kerja dengan duduk (misalnya di kantor)	
c	Saya menghabiskan kebanyakan waktu di tempat kerja dengan berdiri atau berjalan (misalnya asisten di toko, penata rambut, petugas keamanan, perawat anak, dll)	
d	Pekerjaan saya melibatkan pekerjaan yang aktif seperti melakukan angkat berat dan penggunaan alat-alat (misalnya perbaikan saluran air, tukang listrik, petugas kebersihan, perawat rumah sakit, tukang kebun, petugas tukang pos, dll)	
e	Pekerjana saya melibatkan pekerjaan yang berat seperti penggunaan alat-alat yang sangat berat (misalnya pekerja bangunan, proyek, dll)	



2. Dalam 1 minggu terakhir, berapa banyak waktu yang anda habiskan untuk menjalani aktivitas tersebut?

Tolong jelaskan apakah anda sedang bekerja atau tidak

Tandai satu kotak saja untuk setiap baris

	Ya	Tidak	Berapa kali dalam 1 minggu	Berapa jam tiap kalinya	Jumlah (diisi oleh peneliti)
A					
B					
C					
D					
E					

Hasil Aktifitas fisik (diisi oleh peneliti) :

Inactive inactive moderate active moderate Active

3. Tolong jelaskan bagaimana anda biasanya berjalan? (Tolong beri tanda pada satu kotak saja)

Jalan Lambat Jalan Biasa Jalan Cepat

7. A) Apakah anda berhenti dari pekerjaan karena suatu penyakit tertentu? YA TIDAK,

Jika YA, sebabnya :

- Penyakit nyeri oto dan sendi Cedera bukan akibat kecelakaan lalu lintas Cedera akibat kecelakaan lalu lintas
 Penyakit lain, Berhenti sejak : _____

- B) Apakah anda berganti pekerjaan karena suatu penyakit tertentu? YA TIDAK,

Jika YA, sebabnya :

- Penyakit nyeri oto dan sendi Cedera bukan akibat kecelakaan lalu lintas Cedera akibat kecelakaan lalu lintas
 Penyakit lain, Berhenti sejak : _____

*8. PENGHASILAN BULANAN KELUARGA (Jumlah pengeluaran seluruh keluarga tiap bulan : jumlah keluarga), dihitung oleh peneliti

Jumlah pengeluaran tiap bulan Rp. -----

Jumlah anggota keluarga dalam 1 rumah :-----

Jumlah pengeluaran tiap orang : Rp.

Tidak miskin : pengeluaran > Rp 350.610.-/orang/bulan

Miskin : pengeluaran ≤ Rp 350.610.-/orang/bulan

*9. PENYAKIT KRONIS:

Tolong diisi kolom dibawah ini

	SEKARANG (≤ 7 hari ini)		LAMPAU (> 7 hari ini)	
	SEJAK KAPAN	LAMANYA	SEJAK KAPAN	LAMANYA
Nyeri otot				
Nyeri sendi				
Kecelakaan				
Tekanan Darah Tinggi				
Kencing Manis				
TBC				
Kanker				
Lain-lain				

12. Kecelakaan

(1.) Apakah anda mengalami kecelakaan lalu lintas: Ya Tidak, jika iya apa jenis kecelakaan :

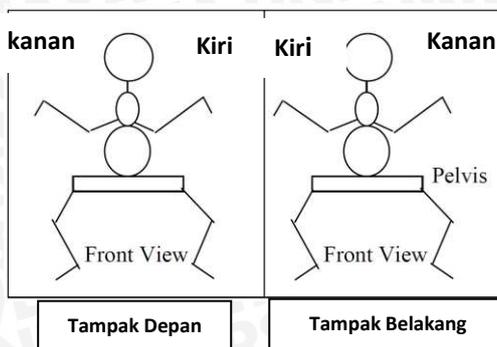
Kecelakaan lalu lintas Kecelakaan Industri Kecelakaan pertanian Lain-lain

(2). Apakah anda mengalami Jatuh Ya Tidak, Jika Ya, bagaimana cara jatuhnya :

Di permukaan (misalnya terpeleset)

Jatuh dari ketinggian, jika iya, jenis dari: Pohon Bangunan Tangga Lain-lain _____

(3) Jika YA, jelaskan bagian tubuh yang terkena dengan memberikan tanda 'X' pada gambar berikut



(4) Akibat Kecelakaan adakah :

(a) patah tulang Ya Tidak, jika YA, adakah luka Ya Tidak,

Jenis luka : Terbuka Tidak

Jumlah 1 >1 lokasinya _____

b) Memar Ya Tidak

c) Lumpuh Ya Tidak

(5) Kecacatan yang dialami akibat kecelakaan : Ya Tidak

Jika YA, Bentuk kecacatan Nyeri Kaku Perubahan Bentuk

Berapa lama kecacatan terjadi _____ hari _____ minggu _____ bulan

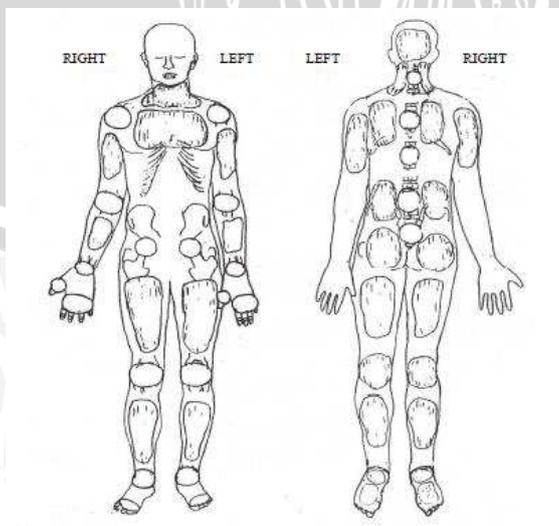
(5) Dampak Kecacatan Pada Pekerjaan : Ya Tidak

Jika YA, apakah mengalami : Kehilangan Pekerjaan Perubahan Pekerjaan

FASE 2 : NYERI SENDI, NYERI OTOT/JARINGAN LUNAK, PEMBENGGKAKAN, KEKAKUAN

*A1. Apakah anda mengalami nyeri sendi dan/atau jaringan lunak/nyeri musculoskeletal dan/pembengkakan sendi dan/atau kekakuan sendi dan/ atau kekakuan pada tulang belakang dan/atau berkurangnya gerakan pada sendi manapun dan/atau berkurangnya gerakan pada tulang belakang atau leher selama sekurangnya 7 hari terakhir (saat ini)? Ya Tidak

Jika ya, gambarkan rasa nyeri dengan tanda "v" dan bengkak dengan tanda "+" pada gambar berikut



Lokasi yang paling nyeri saat ini

Lokasi yang terasa kaku saat ini



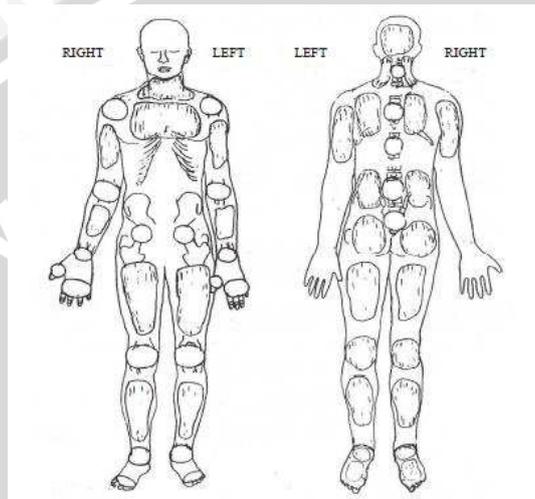
Lokasi yang gerakannya terbatas saat ini

****A2.** Apakah anda mengalami nyeri sendi dan/atau jaringan lunak/nyeri musculoskeletal dan/pembengkakan sendi dan/atau kekakuan sendi dan/ atau kekakuan pada tulang belakang dan/atau berkurangnya gerakan pada sendi manapun dan/atau berkurangnya gerakan pada tulang belakang atau leher dulu (lebih dari 7 hari yang lalu)?

Ya Tidak

Jika ya, gambarkan rasa nyeri dengan tanda "v" dan bengkak dengan tanda "+" pada gambar berikut

Kanan Kiri Kiri Kanan



Lokasi yang paling nyeri pada masa lampau

Lokasi yang terasa kaku pada masa lampau

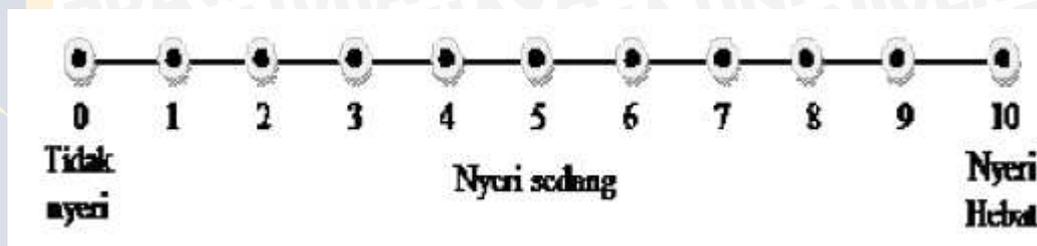
Lokasi yang gerakannya terbatas pada masa lampau

- a. Kapan pertama kali anda merasa nyeri ?
- b. Jika dulu anda pernah merasakan nyeri, berapa lama nyeri terakhir berlangsung ?
 ____ hari ____ bulan
- c. Jika dulu anda pernah merasakan nyeri, sejak kapan anda bebas dari nyeri ?
- d. Jika nyeri anda berulang, kapan episode terakhir nyeri tersebut terjadi
 Beberapa hari 4-6 minggu 6-12 minggu > 3 bulan

*****A3.** Intensitas nyeri

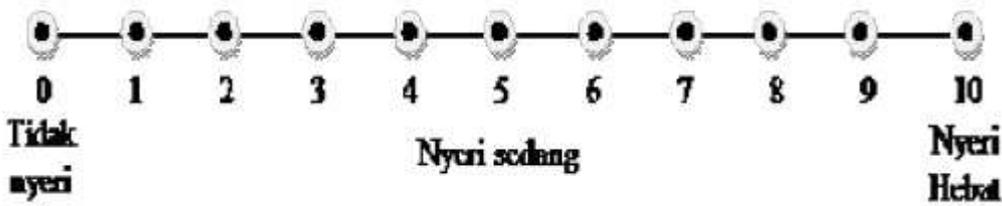
Tolong tandai garis yang sesuai dengan intensitas nyeri yang anda alami. (digaris oleh subjek).

i. Riwayat nyeri (nyeri yang dialami > 7 hari yang lalu)



ii. Saat ini (7 hari terakhir)





SEKSI B : EFEK DISABILITAS FUNGSIONAL

B1. Apa saja efek nyeri atau disabilitas pada aktivitas hidup sehari-hari seperti tercantum di bawah ini ? (Beri tanda centang (v). Diisi oleh peneliti

Perihal	Tidak ada	Ringan	Sedang	Berat
Hubungan dalam keluarga				
Hubungan social				
Hubungan pernikahan/pasangan (aktivitas seksual)				
keuangan				
Bisnis				
Kemampuan bekerja				
Kemampuan sekolah/belajar				
Hobi				
Permainan				
Lain-lain				

B2. (i) Apakah anda berhenti bekerja karena nyeri atau kecacatan yang anda alami ?

Tidak Ya, jika ya berikan alasan spesifik

(ii) Apakah anda mengalami perubahan pekerjaan karena nyeri atau kecacatan yang anda alami ?

Tidak Ya, jika ya berikan alasan spesifik

B3. Apakah anda mudah mengalami depresi ?

Tidak Ya, jika ya apakah disebabkan karena nyeri rheumatik ?

.....

SEKSI C. KESULITAN MELAKUKAN PEKERJAAN YANG SPESIFIK

Adakah gangguan aktifitas sehari-hari seperti berjalan, menyetir, angkat beban, mandi, merawat diri dalam 1 minggu terakhir. Bila ada beri tanda \surd dibawah ini

Jenis kegiatan	Tanpa kesulitan	Sedikit kesulitan	Banyak kesulitan	Tidak mampu	Tidak	Skor

	(0)	(1)	(2)	melakukan (3)	diketahui	
I. Berpakaian						
1. Berpakaian sendiri dan mengancingkan baju ?	<input type="checkbox"/>					
2. Mencuci rambut ?	<input type="checkbox"/>					
3. Menyisir rambut ?	<input type="checkbox"/>					
II. Bangun tidur						
4. Bangkit dari tempat duduk ?	<input type="checkbox"/>					
5. Berbaring dan bangun dari tempat tidur?	<input type="checkbox"/>					
6. Duduk bersila dan bangkit ?	<input type="checkbox"/>					
III. Makan						
7. Memotong sayur ?	<input type="checkbox"/>					
8. Mengangkat gelas penuh air ke mulut ?	<input type="checkbox"/>					
9. Memotong kue dengan satu tangan ?	<input type="checkbox"/>					
IV. Berjalan						
10. Berjalan diluar ruangan di atas permukaan tanah yang datar ?	<input type="checkbox"/>					
11. Naik tangga lima langkah ?	<input type="checkbox"/>					
V. Hygiene						
12. Mandi	<input type="checkbox"/>					
13. Membasahi dan mengeringkan badan	<input type="checkbox"/>					
14. Duduk/jongkok dan berdiri dari toilet ?	<input type="checkbox"/>					
VI. Mengambil benda						
15. Mengambil dan	<input type="checkbox"/>					

menurunkan 2 kg benda ex. gula dari posisi di atas kepala ? 16. Membungkukkan badan untuk mengambil pakaian dari lantai ?						
VII. Menggenggam						
17. Membuka botol yang sebelumnya sudah terbuka	<input type="checkbox"/>					
18. Membuka dan menutup kran air	<input type="checkbox"/>					
19. Membuka gagang pintu ?	<input type="checkbox"/>					
VIII. Aktivitas/Pekerjaan						
20. Bekerja di kantor/rumah?	<input type="checkbox"/>					
21. Berjalan-jalan dan berbelanja	<input type="checkbox"/>					
22. Naik dan turun dari bus ?	<input type="checkbox"/>					
23. Naik dan turun dari mobil/kendaraan umum ?	<input type="checkbox"/>					

SKOR TOTAL : (dihitung oleh peneliti)

Penilaian gangguan fungsi (dihitung peneliti) : Normal (score < 0,3) Ringan (score 0,3 sd < 1,3)
 Sedang (score 1,3 sd < 1,8) Berat (score ≥ 1,8)

Tolong diperiksa perlengkapan atau alat bantu yang sering digunakan dalam aktivitas

- Tongkat Walker Kruk Kursi roda Kursi khusus Toilet khusus

Kategori kegiatan yang membutuhkan bantuan

- Berpakaian & dandan Makan Bangkit Jalan
 Hygiene Mengangkat benda Menggenggam Berjalan-jalan

SEKSI D : TERAPI

D1. Jenis terapi yang pernah dilakukan sebelumnya

- Allopathy/terapi modern Herbal/jamu
 Fisioterapi Yoga

Homeopathy /terapi alternatif

Obat-obatan

 Pijat Tidak tahu

Biaya yang dikeluarkan untuk jenis terapi ini : Rp. _____

Tahap 2Nomer. _____ Usia: _____ Tahun. Jenis Kelamin: Laki-laki perempuan

Nama _____

Tanggal screening fase I & II: _____ Tanggal screening fase III: _____

Pengambilan sampel darah No Yes _____ Pemeriksaan Foto Rantogen Ya tidak

DIAGNOSIS: 1] _____

2] _____

3] _____

Fase 3EVALUASI KLINISDemam Tidak Ya; Rambut rontok Tidak Ya; Pucat Tidak Ya; Kaki bengkak Tidak Ya;Kurang gizi Tidak Ya; PROFIL SENDIONSET : Akut Kronik, durasi _____POLA : Monoarticular Oligoarticular Poliarticular & Simetris AsimetrisPOLA KEJADIAN : Progresif lambat Progresif cepat Remisi tetap Remisi parsial Remisi parsial dengan relaps Remisi komplit dan relapsSTATUS FUNGSIONAL : Pekerjaan/Pekerjaan rumah Tidak Ya; Bedrest Tidak Ya

RIWAYAT KELUARGA : Apakah ada keluarga dekat yang memiliki riwayat berikut?

	Ya	Tidak	Orang Tua	Saudara	Anak	Paman/Bibi
Rheumatoid Arthritis	<input type="checkbox"/>					
Spondyloarthropathy	<input type="checkbox"/>					
Lain-lain, jelaskan _____	<input type="checkbox"/>					

RIWAYAT PENYAKIT Diabetes Hipertensi IHD Peptic Ulcer Lain-lain _____

Penyakit	Durasi	Riwayat Pengobatan	Pengobatan Sekarang

GEJALA SISTEMIK

Mata	
Rambut	

Kulit	
Mukosa	
Nodul	
Kelenjar Limfe	
Sistem Vaskular	
Jantung	
Paru	
Abdomen	
Genitourinari	
Neurologis	
Otot	
Tulang	

RIWAYAT PENGOBATAN

Waktu yang lalu	Analgesik	NSAID	Steroid	DMARD
0-8 minggu				
2-6 bulan				
6 bln-1 thn				
1-5 tahun				
>5 tahun				

Besarnya biaya pengobatan selama sakit : _____

PERUBAHAN BENTUK SENDI (mengindikasikan perubahan berat pada tulang dan sendi)

Tangan kanan : Swan neck Boutonniere Ulnar drift Z thumb S/L MCP _____

Tangan kiri : Swan neck Boutonniere Ulnar drift Z thumb S/L MCP _____

Kepalan tangan : Kanan Komplit/Inkomplit (_____ %) Kiri Komplit/Inkomplit (_____ %)

Bahu : Kanan _____ Kiri _____

Siku : Kanan FFD _____ Kiri FFD _____

Pergelangan tangan : Kanan S/L _____ Kiri S/L _____

Lutut : Kanan FFD VL VR _____ Kiri FFD VL VR _____

Ankle : Kanan _____ Kiri _____

Kaki : Kanan VR VL OVR _____ Kiri VR VL OVR _____

S/L – Subluxation; FFD – Fixed Flexion Deformity; VR – Varus; VL – Valgus; OVR – Overriding

SPINE (Gambarkan keterbatasan gerak dengan + ringan, ++ sedang, +++ berat)

Cervical FL [] EXT [] LFL-RT [] LFL-LT [] ROT-RT [] ROT-LT []

Thoracic CHEST EXPANSION [_____ cms] HAND – FLOOR DISTANCE _____ cms;

Lumbar □FL [] EXT [] LFL-RT[] LFL-LT[] ROT-RT[] ROT-LT[]

EVALUASI SENDI

Kanan Kiri Kanan Kiri
P/T SW P/T SW P/T SW P/T SW

		1)Temporomandibular						21)Pinggul				
		2)Sternoclaviculer						22)Lutut				
		3)Acromioclavicular						23)Ankle				
		4)Bahu						24)Tarsal				
		5)Siku						25)MTP 1				
		6)Pergelangan tangan						26)MTP 2				
		7)IP 1						27)MTP 3				
		8)DIP 2						28)MTP 4				
		9)DIP 3						29)MTP 5				
		10)DIP 4						30)IP (F) 1				
		11)DIP 5						31)PIP (F) 2				
		12)PIP 2						32)PIP (F) 3				
		13)PIP 3						33)PIP (F) 4				
		14)PIP4						34)PIP (F) 5				
		15)PIP 5						35)SI JOINT				
		16)MCP 1										
		17)MCP 2										
		18)MCP 3										
		19)MCP 4										
		20)MCP 5										

*F=Foot; P=Pain; T=Tenderness; SW=Swelling

RANGE OF MOTION (ROM) : (Gambaran tahanan gerakan sendi dengan + ringan, ++ sedang, +++ berat)

KANAN	SENDI	KIRI	KANAN	SENDI	KIRI
	Bahu			Pinggul	
	Siku			Lutut	
	Pergelangan tangan			Ankle	

PENILAIAN DOKTER TERHADAP KESELURUHAN PENYAKIT : (beri tanda v pada penilaian yang menurut peneliti benar)

5) Sangat berat 4) Berat 3) Sedang 2) Ringan 1) Tanpa gejala

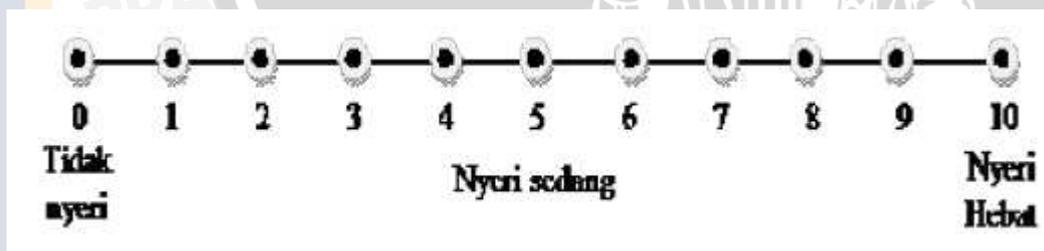
NYERI JARINGAN LUNAK/FIBROSITIS SKOR : _____

SOFT TISSUE RHEUMATISM

	Kanan	Kiri		Particular	Kanan	Kiri	Hipermobilitas			
OPT			OTH1					Kanan	Kiri	
LCER			OTH2				Jempol			
TRPZ			OTH3				Jari			
SCAP			OTH4				Telapak tangan			
2CST			Lain-lain				Siku			
EPDL							Lutut			
GLUT							Ankle			
TRCR							Lainlain			
KNEE							Tulang belakang			
TA							Total skor			
CALF										
Bawah kaki										

TENOSYNOVITIS Tidak Ya, Jelaskan (bagian) _____

PEMERIKSAAN PASIEN : jelaskan pada skala nyeri, derajat nyeri yang anda rasakan saat ini karena arthritis anda



Skala Nyeri numerik..... (akan dihitung oleh peneliti)

PENILAIAN DOKTER TERHADAP KESELURUHAN PENYAKIT : (

5) Sangat berat 4) Berat 3) Sedang 2) Ringan 1) Tanpa gejala

DURASI KEKAKUAN PAGI HARI (MORNING STIFFNESS) : _____ menit

KETERANGAN _____

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

LED		BUN		As.Urat		UL: Proteinuria :
Hb		Cr		GDP		
TLC		SGOT		GD2JPP		
DLC	P	SGPT		Tromb		
	L	Alb		RF titer		Lain-lain : ANA test
	E	Glob		CRP titer		
	M	Bil TDI				

TLC : total lymphocyte count

PEMERIKSAAN RADIOLOGIS

Regio	Temuan (Erosi, dsb)
Lutut	
Sacroiliac	

TERAPI

Obat	Rute	Sediaan	Dosis	Keterangan

Bila ditemukan nyeri pinggang, dilanjutkan dengan pertanyaan dibawah ini.

- Apakah nyeri yang anda rasakan saat ini disertai : (beri tanda V) : Trauma Usia > 50 tahun Riwayat kanker Pucat Demam, mengigil dan berkeringat malam hari Sedang sakit Infeksi (Infeksi saluran kencing) Kehilangan Berat badan dalam 3 blm Kelumpuhan/ kesemutan, ngompol/nyeri kencing/ kencing darah Penggunaan obat intravena, pemakaian steroid lama, obat kemo Nyeri saat istirahat dan malam hari dan tidak membaik dengan istirahat Tidak ada sensasi pada bagian sekitar anus