

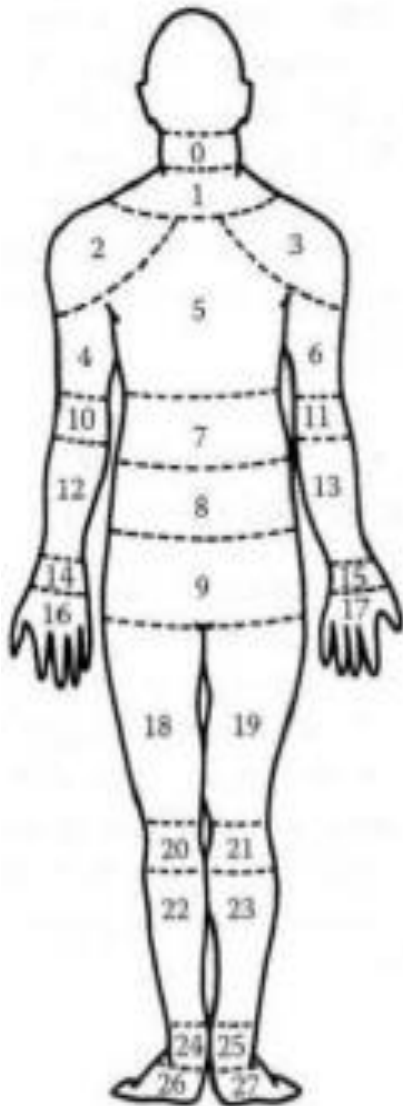
KUESIONER NORDIC BODY MAP

IDENTITAS DIRI

(Tuliskan identitas saudara atau coret yang tidak perlu)

1. Nama :
2. Umur/Tgl.Lahir : /
3. Jenis Kelamin : Pria / Wanita*
4. Status : Kawin / Belum Kawin*
5. Jenis Pekerjaan :
6. Pengalaman Kerja : Tahun Bulan

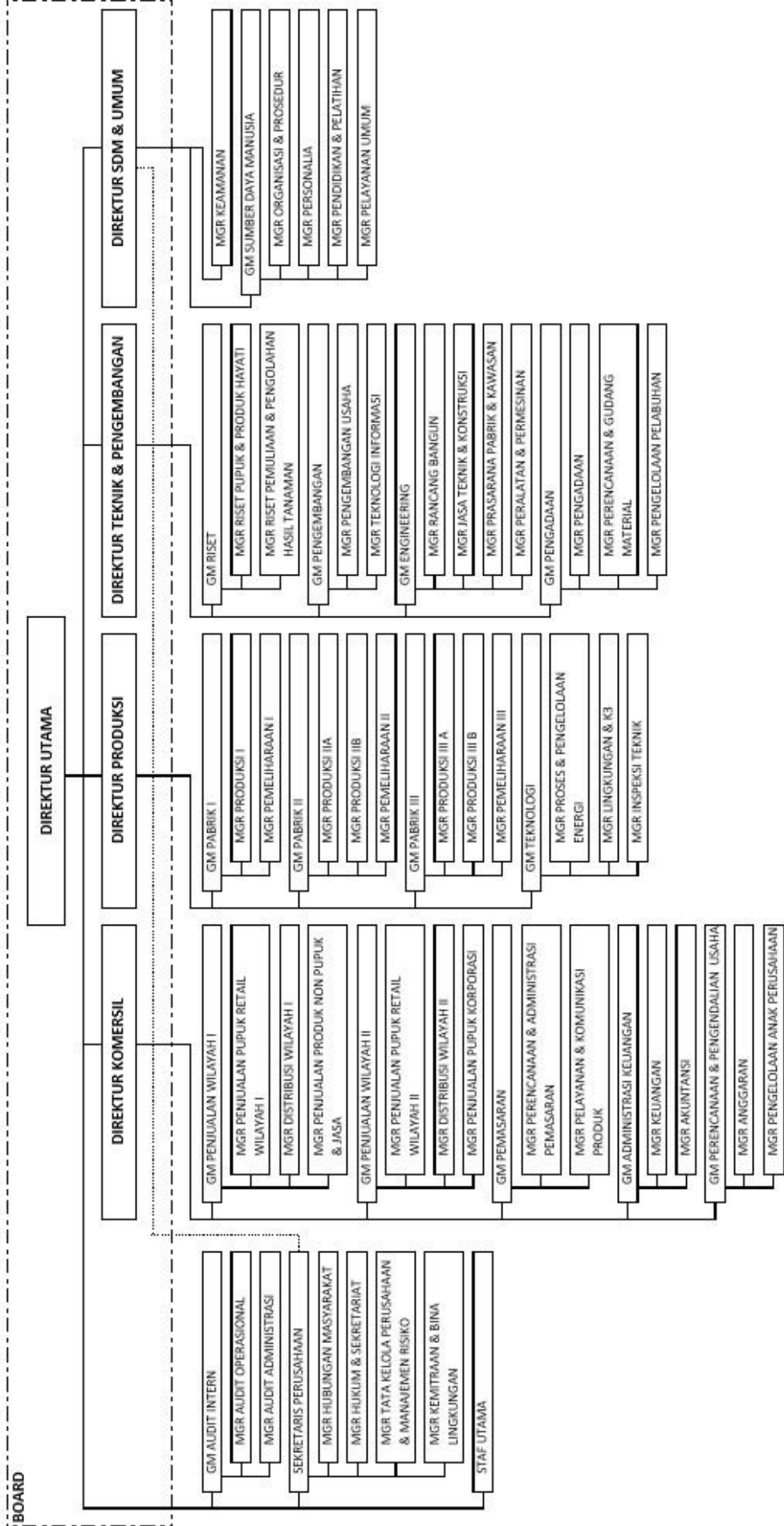
Jawablah pertanyaan berikut ini dengan memberikan tanda (√) pada kolom jawaban yang saudara pilih sesuai kondisi/perasaan saudara saat ini.



No.	Jenis Keluhan	Tingkat Keluhan			
		1	2	3	4
0	Sakit/kaku pada leher bagian atas				
1	Sakit/kaku pada leher bagian bawah				
2	Sakit pada bahu kiri				
3	Sakit pada bahu kanan				
4	Sakit pada lengan atas kiri				
5	Sakit pada punggung				
6	Sakit pada lengan atas kanan				
7	Sakit pada pinggang				
8	Sakit pada bokong				
9	Sakit pada pantat				
10	Sakit pada siku kiri				
11	Sakit pada siku kanan				
12	Sakit pada lengan bawah kiri				
13	Sakit pada lengan bawah kanan				
14	Sakit pada pergelangan tangan kiri				
15	Sakit pada pergelangan tangan kanan				
16	Sakit pada tangan kiri				
17	Sakit pada tangan kanan				
18	Sakit pada paha kiri				
19	Sakit pada paha kanan				
20	Sakit pada lutut kiri				
21	Sakit pada lutut kanan				
22	Sakit pada betis kiri				
23	Sakit pada betis kanan				
24	Sakit pada pergelangan kaki kiri				
25	Sakit pada pergelangan kaki kanan				
26	Sakit pada kaki kiri				
27	Sakit pada kaki kanan				

Keterangan : 1: Tidak sakit, 2: Agak sakit, 3: Sakit, 4: Sakit sekali

STRUKTUR ORGANISASI PT PETROKIMIA GRESIK



**KUESIONER PENYAKIT AKIBAT KERJA PADA PARA PEKERJA
DI BAGIAN PENGANTONGAN PUPUK ZA I/III
TAHUN 2017**

Keterangan Pengisian :

- Lingkari jawaban yang benar (O)
- Coret yang tidak perlu
- Isilah titik – titik yang tersedia atau beri tanda checklist/contreng pada salah satu kotak, pilihlah jawaban yang ada sesuai dengan yang anda alami

A. IDENTITAS RESPONDEN

- 1 Nama Responden :
- 2 Umur Responden : Tahun
- 3 Pekerjaan Responden :
- 4 Lama Bekerja :Tahun/.....Bulan/.....Minggu

B. AKTIFITAS KERJA

- 1 Berapa jarak antara rumah anda dan tempat kerja anda ?
.....Km
- 2 Kegiatan apa yang sering anda lakukan saat bekerja ?

Nomor	Kegiatan yang dilakukan saat bekerja

C. RIWAYAT SAKIT RESPONDEN

1. Apakah anda memiliki riwayat sakit ?
- a) Ya
- b) Tidak
2. Riwayat sakit apa saja yang anda miliki sebelum bekerja disini ?

Nomor	Riwayat sakit yang dimiliki

Nomor	Riwayat sakit yang dimiliki

3. Apakah aktivitas kerja yang anda lakukan berpengaruh terhadap sakit yang anda miliki?
 - a) Ya
 - b) Tidak

4. Bagaimana pengaruh aktivitas kerja terhadap penyakit yang anda miliki ?

.....

.....

.....

D. JENIS PENYAKIT KERJA YANG DIALAMI RESPONDEN

- 1 Apakah selama anda bekerja pernah mengalami sakit atau cedera ?
 - a) Pernah
 - b) Tidak pernah

(Jika pernah maka lanjut ke pertanyaan nomor 2, jika tidak pernah lanjut ke pertanyaan nomor 8)

- 2 Bagian tubuh mana yang mengalami sakit atau cedera ?

.....

.....

.....

- 3 Sudah berapa lama kah anda mengalami sakit atau cedera tersebut ?
 - a) 3 bulan yang lalu
 - b) 6 bulan yang lalu
 - c) 9 bulan yang lalu
 - d) 1 tahun yang lalu
 - e) Di atas 1 tahun

- 4 Apakah anda memeriksakan ke dokter ?
 - a) Ya
 - b) Tidak

(Jika ya maka lanjut ke pertanyaan nomor 5, jika tidak lanjut ke pertanyaan nomor 7)

- 5 Bagaimana hasil diagnosa dari dokter ?

.....

.....

.....

- 6 Apakah diagnosa penyakit yang anda alami diakibatkan dari pekerjaan ?
- a) Ya
 - b) Tidak
- 7 Kenapa anda tidak memeriksakan sakit atau cedera yang anda alami ke dokter ?
-
-
-
- 8 Apakah anda pernah mengalami kelelahan pada saat bekerja ?
- a) Ya
 - b) Tidak
- (Jika ya maka lanjut ke pertanyaan nomor 9, jika tidak lanjut ke pertanyaan nomor 10)
- 9 Apa yang menyebabkan anda lelah saat bekerja ?
-
-
-
- 10 Berapa lama kah jam kerja anda ?
- a) 4 jam
 - b) 8 jam
 - c) 12 jam
 - d) Di atas 12 jam
- 11 Selama anda bekerja apakah ada yang membuat anda tertekan ?
- a) Ya
 - b) Tidak
- (Jika ya maka lanjut ke pertanyaan nomor 12, jika tidak lanjut ke pertanyaan nomor 14)
- 12 Apa yang membuat anda tertekan ?
-
-
-
- 13 Apa saja yang anda alami ?
- a) Jenuh
 - b) Stress
 - c) Malas bergerak
 - d) Lainnya (sebutkan) . . .
- 14 Apakah ada keluhan terhadap pekerjaan yang anda lakukan ?
- a) Ya
 - b) Tidak

15 Jika ya, keluhan apa saja yang anda rasakan selama bekerja ?

Nomor	Keluhan

16 Sejak kapan anda mengalami keluhan tersebut keluhan tersebut ?

.....Tahun.....Bulan.....Minggu.....hari

17 Apakah keluhan tersebut anda dapatkan setelah bekerja ditempat kerja ini ?

- a) Ya
- b) Tidak

18 Jika ya, apa yang anda lakukan untuk lakukan untuk mengatasi keluhan/rasa sakit tersebut ?

- a) Istrahat
- b) Pergi ke puskesmas / rumah sakit
- c) Meminum suplemen/obat
- d) Meminum jamu – jamuan
- e) Dipijat
- f) Lainnya (sebutkan)

19 Apakah keluhan tersebut sering muncul pada saat anda bekerja ?

- a) Ya
- b) Tidak

20 Jika ya, sesering apa keluhan tersebut muncul ?

- a) Sekali saja
- b) Kadang – kadang
- c) Sesering kali
- d) Lainnya (sebutkan)