

**Kuisiner Pemeriksaan Kesehatan Khusus
Masyarakat Kedokteran Okupasi dan Ekologi Korea
(Korean Society of Occupational and Environmental Medicine)**

Nama Perusahaan : _____

Nama : _____

※ **Pertanyaan terkait riwayat kesehatan (riwayat pasien dan riwayat keluarga)**

※ Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan tanda [O] pada kolom yang sesuai.

1. Apakah Anda **pernah didiagnosis** atau **sedang menjalani pengobatan** penyakit-penyakit dibawah ini?

Penyakit	Stroke	Penyakit Jantung (Myocardial infarction/Angina pectoris)	Tekanan Darah Tinggi	Diabetes	Dyslipidemia	Tuberkulosis	Lainnya (termasuk kanker)
Diagnosis							
Perawatan Medis							

2. Apakah ada **keluarga, kakak laki-laki atau kakak perempuan** Anda yang **meninggal karena penyakit-penyakit** berikut?

Penyakit	Stroke	Penyakit Jantung (Myocardial infarction/Angina pectoris)	Tekanan Darah Tinggi	Diabetes	Lainnya (termasuk kanker)
Ya					

3. Apakah Anda adalah carrier **virus hepatitis B**? ① Ya ② Tidak ③ Tidak tahu

※ **Merokok**

4. Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan tanda [O] pada pilihan jawaban yang sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

4-1. Apakah Anda pernah merokok lebih dari lima bungkus (100 batang) rokok selama hidup Anda?

① Tidak (☞ Lanjut ke Pertanyaan 5)

② Ya, tetapi saya sudah berhenti merokok (☞ Lanjut ke Pertanyaan 4-2)

③ Ya, dan saya masih merokok (☞ Lanjut ke Pertanyaan 4-3)

4-2. Jika Anda pernah **merokok sebelumnya**, tetapi sudah berhenti:

Berapa lama Anda merokok sebelum akhirnya berhenti?	Total _____ tahun
Berapa banyak batang rokok yang Anda hisap setiap hari sebelum berhenti?	_____ batang rokok

4-3. Jika Anda **masih merokok**:

Sudah berapa lama Anda merokok?	Total _____ tahun
Berapa banyak rata-rata batang rokok yang Anda hisap setiap hari?	_____ batang rokok

※ Alkohol

5. Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan tanda [O] pada pilihan jawaban yang **sesuai dengan kondisi Anda saat ini**.

5-1. Berapa kali Anda minum alkohol dalam satu minggu?

- 0 1 kali 2 kali 3 kali 4 kali 5 kali 6 kali 7 kali

5-2. Saat Anda minum, **berapa banyak Anda minum dalam sehari?** (※Jenis alkohol apapun)
(gelas)

※ Aktivitas Fisik (Olahraga)

6. Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan data ceklis '√' pada pilihan jawaban yang **sesuai dengan kondisi Anda saat ini**.

6-1. Selama seminggu terakhir, berapa banyak hari dimana Anda melakukan aktivitas fisik berat yang membuat Anda bernafas lebih cepat dari biasanya selama lebih dari 20 menit (contoh: berlari, aerobik, bersepeda cepat, mendaki, dst.)?

- 0 1 hari 2 hari 3 hari 4 hari 5 hari 6 hari 7 hari

6-2. Selama seminggu terakhir, berapa banyak hari dimana Anda melakukan aktivitas fisik cukup berat yang membuat Anda bernafas sedikit lebih cepat dari biasanya selama lebih dari 30 menit (contoh: berjalan cepat, tenis, bersepeda santai, mengepel lantai)?

※ Tidak termasuk aktivitas fisik yang berhubungan dengan jawaban pada pertanyaan 6-1

- 0 1 hari 2 hari 3 hari 4 hari 5 hari 6 hari 7 hari

6-3. Selama seminggu terakhir, berapa banyak hari dimana Anda berjalan selama lebih dari 30 menit? (Paling tidak lebih dari 10 menit untuk sekali jalan) (contoh: olahraga ringan, termasuk berjalan ke dan dari kantor, atau untuk jalan-jalan)?

※ Tidak termasuk aktivitas fisik yang berhubungan dengan pertanyaan 6-1 dan 6-2

- 0 1 hari 2 hari 3 hari 4 hari 5 hari 6 hari 7 hari

※ **Petanyaan terkait gejala yang berhubungan dengan organ tubuh**

7. Isilah tabel dibawah ini berdasarkan gejala-gejala yang Anda alami selama enam bulan terakhir.

Bagian Tubuh	Gejala-gejala	Intensitas		
		Tinggi	Sedang	Tidak pernah
Umum	Kehilangan nafsu makan dan berat badan			
	Sering merasa lelah			
	Merasa ada benjolan di tubuh			
Kulit	Merasa gatal atau radang			
	Ruam kulit			
	Perubahan pada rambut, kuku tangan, atau kuku kaki			
	Kulit menjadi kasar dan pecah-pecah			
Mata	Mata iritasi dan sering mengeluarkan air mata			
	Penglihatan memburuk			
	Mata merah atau terluka			
Telinga	Tidak bisa mendengar dengan jelas			
	Telinga berdengung			
Hidung	Sering mimisan			
	Hidung gatal atau pilek			
	Kesulitan mencium bau			
Mulut	Gusi berdarah atau sariawan			
	Kesulitan mengecap rasa			
Pencernaan	Perut seperti ditusuk-tusuk			
	Rasa pahit di mulut			
	Konstipasi			
Kardiovaskular/ Pernafasan	Jantung berdebar-debar saat bekerja			
	Batuk dan nafas pendek saat bekerja			
	Sesak dada			
	Batuk berdahak saat bangun tidur			
	Batuk saat kembali bekerja setelah liburan			
Tulang/Tungkai	Sakit lengan, kaki, dan bahu			
	Tangan dan kaki bergetar atau lemas			
	Tangan dan kaki terasa kaku			
	Jari-jari tangan menjadi putih saat kedinginan			
	Sakit punggung			

Bagian Tubuh	Gejala-gejala	Intensitas		
		Tinggi	Sedang	Tidak pernah
Sistem Mental/Jaringan	Sakit kepala			
	Pusing			
	Ingatan memburuk dan sering lupa			
	Merasa cemas dan tidak tenang			
	Kepala terasa kaku atau terasa seperti mabuk			
	Kesulitan dalam berkonsentrasi			
Saluran Urin/Alat Reproduksi	Kesulitan saat kencing			
	Pembengkakan tubuh			
	Menstruasi tidak teratur			
	Mengalami keguguran			

Jika Anda mengalami gejala-gejala lain, deskripsikan gejala-gejala tersebut pada kotak di bawah ini.

* Apakah Anda pernah mengalami masalah kesehatan (masalah fisik) selama bekerja? Ya Tidak

* Menurut Anda, apakah Anda memiliki masalah kesehatan karena bahan-bahan/barang-barang yang Anda gunakan saat bekerja? Ya Tidak

Komentar Dokter	
-----------------	--

Kerja Shift Malam – Penilaian Eksposur

Nama Perusahaan :

Nama :

* Tuliskan riwayat penyakit yang pernah Anda derita.

* Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan cara mengisikan tanda ceklis (V) pada kolom yang telah tersedia.

1. Sudah berapa lamakah Anda bekerja pekerjaan sistem shift termasuk shift malam?
 Kurang dari 5 tahun 5-9 tahun 10-14 tahun 15-19 tahun 20 tahun atau lebih
 N/A

2. Bagaimana sistem shift pekerjaan Anda saat ini?
 3 shift 2 shift Selang satu hari (shift 24 jam) Hanya shift malam saja Lainnya (tidak tentu, dst.)

3. Apakah shift pekerjaan Anda berubah-ubah dalam periode waktu tertentu?
 Ya (☞ Lanjut ke pertanyaan 3-1) Tidak (☞ Lanjut ke pertanyaan 4)

3-1. Apakah shift pekerjaan Anda berurutan sebagai berikut: shift pagi → shift sore → shift malam?
 Ya Tidak

4. Berapa lama waktu yang Anda miliki untuk beristirahat mulai dari pulang kerja sampai kembali berangkat kerja?
 Lebih dari 11 jam Kurang dari 11 jam

5. Berapa hari Anda bekerja shift malam secara berturut-turut selama setahun terakhir?
 Tidak ada jadwal shift malam berturut-turut 2 hari 3 hari 4 hari 5 hari atau lebih

6. Bagaimana beban pekerjaan dan waktu istirahat untuk shift malam jika dibandingkan dengan shift siang?
1) Beban pekerjaan: Dibandingkan dengan shift siang Hampir sama Kurang Lebih
2) Waktu istirahat: Dibandingkan dengan shift siang Hampir sama Kurang Lebih

7. Apakah Anda bekerja shift malam sendirian?
 Ya Tidak

8. Apakah hal-hal berikut ini diperbolehkan selama Anda bekerja shift malam?

Tidur selama shift malam	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Beristirahat	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Makan berat/makan cemilan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Mengatur jadwal shift malam Anda	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

9. Berapa lama rata-rata Anda bekerja dalam seminggu?

Kurang dari 40 jam 40 jam 41-51 jam 52-59 jam 60 jam atau lebih

Kerja Shift Malam – Gangguan Tidur (Insomnia)

Nama Perusahaan :

Nama :

* Tuliskan riwayat penyakit yang pernah Anda derita.

--

* Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan cara mengisikan tanda ceklis (V) pada kolom yang telah tersedia.

1-3. Pilihlah tingkat keparahan gangguan-gangguan tidur dibawah ini yang Anda alami selama dua minggu terakhir.

	Tidak pernah	Rendah	Sedang	Tinggi	Sangat Tinggi
1. Sulit tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sulit tidur nyenyak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mudah terbangun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Puaskah Anda dengan pola tidur Anda saat ini?

 Sangat puas
 Puas
 Rata-rata
 Tidak Puas
 Sangat tidak puas

5. Menurut Anda, apakah gangguan tidur Anda mempengaruhi aktivitas sehari-hari Anda? (Seperti: lelah di siang hari, menurunnya kemampuan kerja, menurunnya daya konsentrasi dan daya ingat, perubahan mood, dll.)

 Tidak sama sekali
 Sedikit
 Ya, Agak
 Ya, Cukup
 Ya, Sangat

6. Apakah orang di sekitar Anda mengatakan bahwa kualitas hidup Anda menurun karena gangguan tidur Anda?

 Tidak sama sekali
 Sedikit
 Ya, Agak
 Ya, Cukup
 Ya, Sangat

7. Seberapa cemas Anda dengan permasalahan tidur Anda yang Anda alami saat ini?

 Tidak sama sekali
 Sedikit cemas
 Agak cemas
 Cukup cemas
 Sangat cemas

Kerja Shift Malam – Gangguan Tidur (Kantuk di Siang Hari)

Nama Perusahaan :

Nama :

* Tuliskan riwayat penyakit yang pernah Anda derita.

--

* Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan cara mengisikan tanda ceklis (V) pada kolom yang telah tersedia.

	Tidak mengantuk sama sekali	Sedikit mengantuk	Mengantuk	Sangat mengantuk
1. Saat duduk dan membaca buku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Saat menonton televisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Saat berada di tempat umum seperti bioskop atau sedang <i>meeting</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Saat berada dalam bis atau taksi selama satu jam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Saat bersantai dan tiduran selama jam istirahat siang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Saat duduk dan berbicara dengan seseorang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Saat duduk diam setelah makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Saat berkendara dan berhenti selama beberapa menit karena macet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kerja Shift Malam – Gangguan Tidur (Kualitas Tidur)

Nama Perusahaan :

Nama :

* Tuliskan riwayat penyakit yang pernah Anda derita.

* Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan mengisikan tanda ceklis (V) pada kolom yang telah tersedia.

1-4. Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini terkait waktu tidur Anda selama bekerja shift malam untuk sebulan terakhir.

- 1. Jam berapakah Anda tidur? Jam ()
()Menit
- 2. Berapa lamakah waktu yang Anda butuhkan untuk tertidur ()Jam
dari mulai berbaring? ()Menit
- 3. Jam berapakah Anda bangun pagi? ()Jam
()Menit
- 4. Berapa lamakah Anda biasanya bisa tidur dengan nyenyak? ()Jam
()Menit

5. Berapa kali biasanya Anda mengalami kesulitan tidur karena alasan-alasan sebagai berikut selama sebulan terakhir?

	Tidak pernah	Kurang dari sekali dalam seminggu	1-2 kali seminggu	3 kali seminggu atau lebih
Tidak dapat tidur dalam 30 menit setelah berbaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terbangun di tengah malam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terbangun untuk pergi ke kamar mandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kesulitan bernafas saat berbaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karena mendengkur terlalu keras atau batuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merasa kedinginan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merasa kepanasan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karena mimpi buruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karena kesakitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alasan lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

()				
---	---	--	--	--	--

6. Menurut Anda, bagaimana kualitas tidur Anda selama sebulan terakhir?

Sangat baik Cukup baik Tidak terlalu baik Sangat buruk

7. Berapa kali Anda minum obat tidur selama sebulan terakhir?

Tidak pernah Kurang dari sekali dalam seminggu 1-2 kali seminggu 3 kali seminggu atau lebih

8. Berapa kali Anda berusaha menahan kantuk saat sedang berkendara, makan, atau melakukan aktivitas sosial selama sebulan terakhir?

Tidak pernah Kurang dari sekali dalam seminggu 1-2 kali seminggu 3 kali seminggu atau lebih

9. Seberapa sulitkah Anda menyelesaikan pekerjaan Anda selama sebulan terakhir?

Tidak sulit sama sekali Tidak sulit Agak sulit Sangat sulit

Kerja Shift Malam – Penyakit Gastrointestinal

Nama Perusahaan :

Nama :

* Tuliskan riwayat penyakit yang pernah Anda derita.

* Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan cara mengisikan tanda ceklis (V) pada kolom yang telah tersedia.

1. Selama tiga bulan terakhir, berapa kali Anda merasakan rasa kenyang yang tidak nyaman setelah makan sebanyak satu porsi?

Tidak sama sekali Kurang dari sehari dalam sebulan Sehari dalam sebulan 2-3 hari dalam sebulan Seminggu sekali Lebih dari dua kali sehari Hampir setiap hari

2. Apakah gejala seperti pada pertanyaan No. 1 itu mulai Anda alami sejak enam bulan yang lalu?

Tidak Ya

3. Berapa kali Anda tidak bisa menghabiskan satu porsi makanan selama tiga bulan terakhir?

Tidak sama sekali Kurang dari sehari dalam sebulan
 Sehari dalam sebulan 2-3 hari dalam sebulan Seminggu sekali
 Lebih dari dua kali sehari Hampir setiap hari

4. Apakah gejala seperti pada pertanyaan No. 3 itu sudah Anda alami lebih dari enam bulan yang lalu?

Tidak Ya

5. Berapa kali Anda merasakan sakit atau sensasi terbakar di ulu hati selama tiga bulan terakhir?

Tidak sama sekali Kurang dari sehari dalam sebulan
 Sehari dalam sebulan 2-3 hari dalam sebulan Seminggu sekali
 Lebih dari dua kali sehari Hampir setiap hari

6. Apakah gejala seperti pada pertanyaan No. 5 itu sudah Anda alami lebih dari enam bulan yang lalu?

Tidak Ya

Kerja Shift Malam – Kanker Payudara

Nama Perusahaan :

Nama :

* Tuliskan riwayat penyakit yang pernah Anda derita.

* Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan cara mengisikan tanda ceklis (V) pada kolom yang telah tersedia.

1. Berapa kali Anda merasa bahwa Anda terjangkit kanker payudara selama setahun terakhir?

- Tidak pernah Kurang dari sekali setiap enam bulan
 Sekali setiap 3-6 bulan Sekali setiap 1-2 bulan Lebih dari dua kali sebulan

2. Pilihlah gejala-gejala di bawah ini yang Anda alami saat ini.

- Saya merasa ada benjolan di payudara saya.
 Ada cairan yang keluar dari puting payudara.
 Puting payudara saya terbelah atau masuk ke dalam.
 Tidak ada gejala.

3. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan X-ray atau sonogram payudara selama setahun terakhir?

- Tidak Ya