

# LAMPIRAN



## Kuesioner Penelitian

**TINJAUAN FAKTOR RISIKO DAN KELUHAN SUBJEKTIF  
TERHADAP TIMBULNYA MUSKULOSKELETAL DISORDERS  
PADA PENGEMUDI TRAVEL X-TRANS  
TRAYEK JAKARTA-BANDUNG  
TAHUN 2009**

Responden yang terhormat,

Sehubungan dengan banyaknya keluhan pada otot dan tulang pada survei awal terhadap pengemudi, kami bermaksud melakukan pengamatan mengenai “Tinjauan Faktor Risiko Ergonomi dan Keluhan subjektif pada otot dan tulang pada Pengemudi Jasa Travel X-Trans”. Survei ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko ergonomi yang ada serta keluhan/ketidaknyamanan Anda terkait dengan pekerjaan Anda di bidang jasa transportasi. Hasil pengolahan kuesioner ini dapat digunakan untuk perbaikan sistem kerja dan diharapkan berguna bagi peningkatan kualitas kehidupan kerja di perusahaan.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami meminta kesediaan Bapak untuk mengisi kuesioner ini dengan sebenar-benarnya.

Terima kasih atas kesediaan, informasi, dan kerja sama Bapak untuk membantu kelancaran pengamatan ini.

Hormat saya,  
Penulis,

(Karuniasih)

### **Data Responden**

**Nama** : \_\_\_\_\_  
**Usia** : \_\_\_\_\_ **tahun**  
**Jenis Kelamin** : **a. Laki-laki**  
**b. Wanita**  
**Berat Badan** : \_\_\_\_\_ **Kg**  
**Tinggi Badan** : \_\_\_\_\_ **cm**

### **Masa Kerja, Pengalaman Mengemudi, Durasi Mengemudi dan Pola Kerja**

1. Sudah berapa lama Anda bekerja menjadi pengemudi di X-Trans?
  - a. < 1 tahun
  - b. 1-2 tahun
  - c. 3-4 tahun
2. Sudah berapa lama Anda berpengalaman menjadi pengemudi?
  - a. < 5 tahun
  - b. 5-10 tahun
  - c. >10 tahun
3. Berapa jam rata-rata saudara mengemudi dalam satu hari? (silang salah satu jawaban)
4. Pola kerja yang mana yang paling sering Anda jalani
5. Dalam satu kali perjalanan berapa lama Anda beristirahat

### **Aktivitas Manual Handling**

6. Apakah Anda membantu menaikkan atau menurunkan barang bawaan penumpang pada saat penumpang turun/naik?
  - a. Ya
  - b. Tidak
7. Bila ya, berapa rata-rata berat barang bawaan yang saudara angkat/turunkan?
  - a. 1-5 kg
  - b. 6-10 kg
  - c. >10 kg

### **Kebiasaan Merokok**

8. Apakah saudara merokok dalam 1 tahun terakhir?
  - a. Ya
  - b. Tidak
9. Bila ya berapa batang rokok yang Anda hisap dalam 1 hari?
  - a. < 6 batang/hari
  - b. 6-12 batang/hari
  - c. > 12 batang/hari

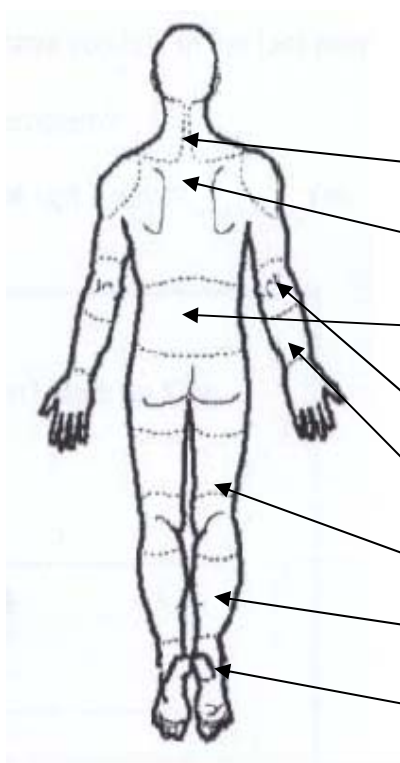
### **Kebiasaan Berolah Raga**

10. Apakah Anda memiliki kebiasaan berolah raga?
  - a. Ya
  - b. Tidak
11. Jika Ya, Bagaimana kebiasaan berolah raga Anda?
  - a. Jarang (1-3 kali/bulan)
  - b. Kadang-kadang (1-2 kali/Minggu)
  - c. Sering ( $\geq 3$  kali/minggu)

### **Keluhan Subjektif Muskuloskeletal Disorders**

12. Apakah Anda pernah merasa tidak nyaman pada otot dan tulang Anda?
  - a. Ya
  - b. Tidak
13. Apakah Anda Meminum obat untuk mengatasi rasa tersebut?
  - a. Ya
  - b. Tidak
14. Apakah Anda Ke dokter untuk megatasi rasa tersebut?
  - a. Ya
  - b. Tidak
15. Apakah yang Anda lakukan untuk menghilangkan keluhan tersebut? (jawaban boleh lebih dari 1)
  - a. Istirahat
  - b. Dipijat
  - c. Olah raga
  - d. Minum suplemen
  - e. Minum jamu-jamuan
  - f. Lainnya, sebutkan \_\_\_\_\_

Silahkan dilingkari jika Anda pernah merasakan keluhan pada tulang dan otot pada tubuh Anda.



Bagian Tubuh	Ada/Tidaknya Keluhan	Keluhan yang dirasakan (Jawaban boleh lebih dari 1)	Waktu timbulnya keluhan	Tingkat Keseringan	Waktu menghilangnya Keluhan
Leher	• Ada • Tidak	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Punggung Atas /Bahu	• Ada • Tidak	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Pinggang/Punggung Bawah	• Ada • Tidak	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Siku	• Ada • Tidak	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Tangan/Pergelangan Tangan	• Ada • Tidak	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Paha /Lutut	• Ada • Tidak	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Betis	• Ada • Tidak	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Pergelangan Kaki/ Telapak Kaki	• Ada • Tidak	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

↓

**Keluhan yang dirasakan:**

1. Sakit/ Nyeri
2. Panas
3. Kejang/kram
4. Mati rasa
5. Bengkak
6. Kaku
7. Pegal-pegal

↓

**Waktu timbulnya Keluhan:**

1. Pada saat mengemudi
2. Setelah mengemudi
3. Pada malam hari/ akhir minggu

↓

**Tingkat Keseringan**

1. 1-2 kali/tahun
2. 1-2 kali/bulan
3. 1-2 kali/minggu
4. Setiap hari

↓

**Waktu Menghilangnya Keluhan**

1. Dalam beberapa jam
2. Dalam beberapa hari
3. Dalam beberapa minggu
4. Dalam beberapa bulan