



LAMPIRAN

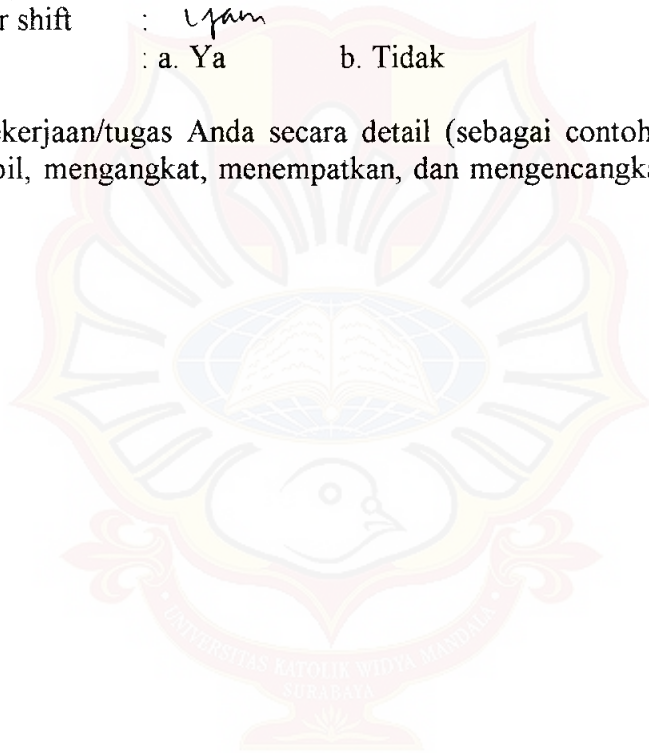
A. DATA RESPONDEN

Usia : 30
Jenis Kelamin : Laki-laki b. Perempuan
Berat Badan : 60 kg Tinggi Badan : 160 cm
Tangan dominan : Kanan b. Kiri (kidal)
Apakah Anda merokok : ya tidak
Apakah Anda sering melakukan olahraga : ya _____ jam/minggu tidak

B. DATA PEKERJAAN

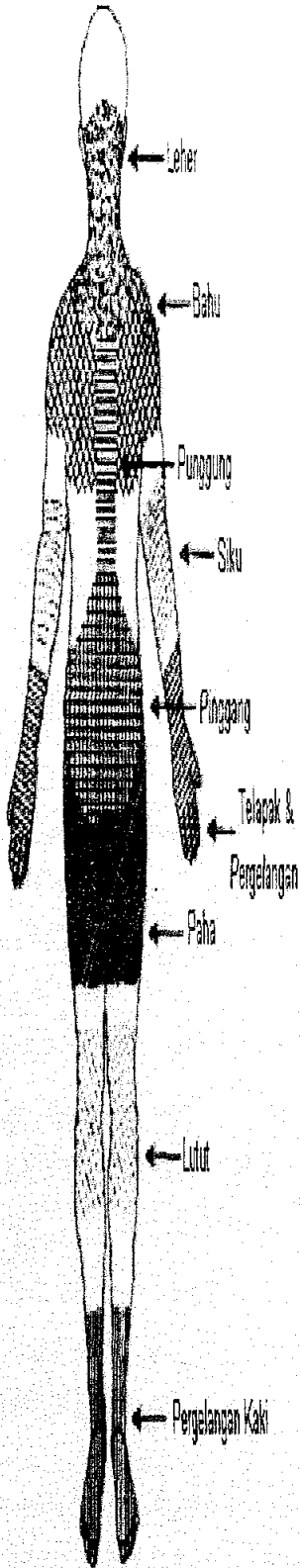
Nama Perusahaan : Sukses Expanet
Bagian di pabrik :
Jam kerja/hari : 8 Jam
Pengaturan Shift : a. Tetap Berubah-ubah
Jenis pekerjaan sekarang : - Lama :
Banyaknya istirahat per shift : 1 jam
Pernah bekerja lembur : a. Ya b. Tidak

Ceritakan deskripsi pekerjaan/tugas Anda secara detail (sebagai contoh : Anda merakit kursi (proses mengambil, mengangkat, menempatkan, dan mengencangkan bagian-bagian kursi) :



C.1. KUESIONER KELUHAN FISIK

Mohon jawab dengan memberikan tanda silang (X) pada kotak yang tersedia untuk masing-masing pertanyaan. Mohon jawab setiap pertanyaan meskipun Anda belum pernah mengalami masalah dengan bagian tubuh Anda.



Pernahkah Anda selama bekerja di pekerjaan sekarang ini mengalami masalah (sakit, tidak nyaman) pada:	Untuk dijawab hanya oleh yang pernah mengalami masalah	
	Pernahkan Anda selama bekerja di pekerjaan sekarang ini tidak dapat mengerjakan pekerjaan yang normal Anda lakukan akibat masalah tersebut?	Pernahkah Anda mengalami masalah selama 7 hari terakhir?
Leher <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Bahu Kanan <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Bahu Kiri <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Siku Kanan <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Siku Kiri <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Punggung Atas <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Punggung Bawah <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Tangan Kanan <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Tangan Kiri <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Paha <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Lutut <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Kaki <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak

C.2. DATA KELUHAN FISIK

1. Pernahkah Anda dirawat inap akibat masalah cedera otot diatas ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Pernahkah Anda harus berubah pekerjaan/tugas akibat masalah cedera otot di atas?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Berapakah total waktu Anda mengalami masalah cedera otot selama 1 bulan terakhir?
 - a. 0 hari
 - b. 1-5 hari
 - c. 6-15 hari
 - d. >15 hari

Jika jawaban Anda pada pertanyaan 3 adalah a(0 hari), lewati pertanyaan 4-7

4. Pernahkah masalah cedera otot tersebut membuat aktivitas Anda menjadi terbatas selama 1 bulan terakhir?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Berapakah total waktu masalah cedera otot yang Anda alami hingga membuat Anda tidak dapat mengerjakan pekerjaan normal Anda selama 1 bulan terakhir?
 - a. 0 hari
 - b. 1-5 hari
 - c. 6-15 hari
 - d. >15 hari
6. Apakah Anda pernah didiagnosa menderita penyakit otot-rangka (seperti : nyeri pinggang, nyeri otot punggung, rematik, dll) selama 1 bulan terakhir oleh seorang dokter/fisioterapis/ahli ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Jika Ya, sebutkan nama penyakit yang didiagnosa ?

- Terima kasih atas partisipasi Anda dalam survei ini -

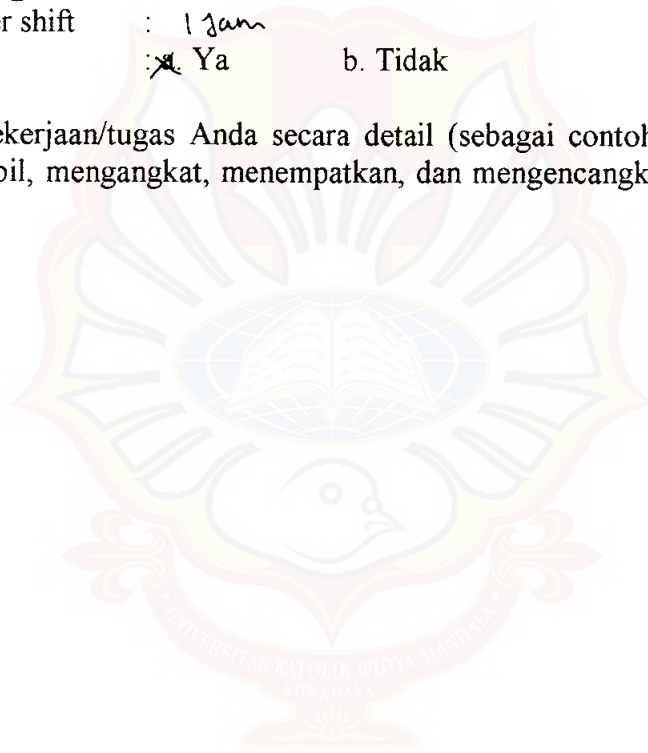
A. DATA RESPONDEN

Usia : 34
Jenis Kelamin : Laki-laki b. Perempuan
Berat Badan : 50 kg Tinggi Badan : 160 cm
Tangan dominan : Kanan b. Kiri (kidal)
Apakah Anda merokok : ya tidak
Apakah Anda sering melakukan olahraga : ya _____ jam/minggu tidak

B. DATA PEKERJAAN

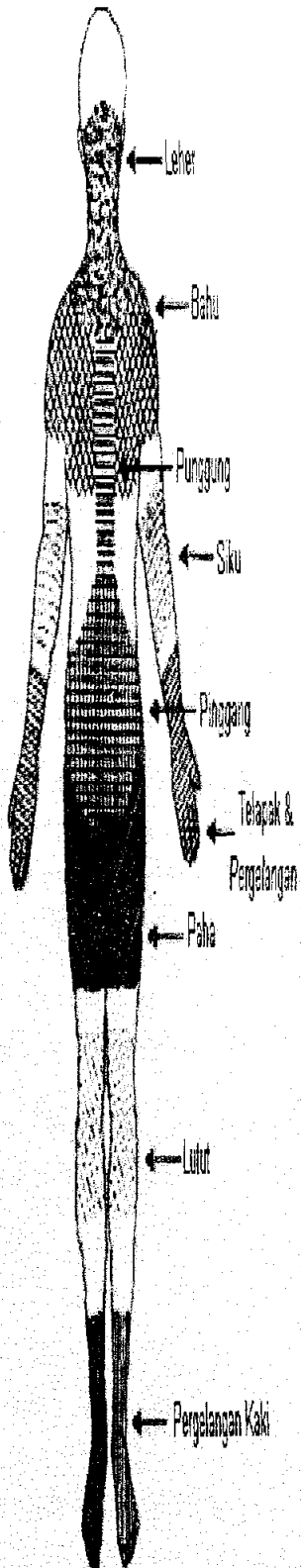
Nama Perusahaan : Sukses Expanet
Bagian di pabrik :
Jam kerja/hari : 8 Jam
Pengaturan Shift : Tetap b. Berubah-ubah
Jenis pekerjaan sekarang : - Lama : ...
Banyaknya istirahat per shift : 1 jam
Pernah bekerja lembur : Ya b. Tidak

Ceritakan deskripsi pekerjaan/tugas Anda secara detail (sebagai contoh : Anda merakit kursi (proses mengambil, mengangkat, menempatkan, dan mengencangkan bagian-bagian kursi) :



C.1. KUESIONER KELUHAN FISIK

Mohon jawab dengan memberikan tanda silang (X) pada kotak yang tersedia untuk masing-masing pertanyaan. Mohon jawab setiap pertanyaan meskipun Anda belum pernah mengalami masalah dengan bagian tubuh Anda.



Pernahkah Anda selama bekerja di pekerjaan sekarang ini mengalami masalah (sakit, tidak nyaman) pada:	Untuk dijawab hanya oleh yang pernah mengalami masalah	
	Pernahkan Anda selama bekerja di pekerjaan sekarang ini tidak dapat mengerjakan pekerjaan yang normal Anda lakukan akibat masalah tersebut?	Pernahkah Anda mengalami masalah selama 7 hari terakhir?
Leher <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Bahu Kanan <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Bahu Kiri <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Siku Kanan <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Siku Kiri <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Punggung Atas <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Punggung Bawah <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Tangan Kanan <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Tangan Kiri <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Paha <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Lutut <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Kaki <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak

C.2. DATA KELUHAN FISIK

1. Pernahkah Anda dirawat inap akibat masalah cedera otot diatas ?
 - a. Ya
 - Tidak
2. Pernahkah Anda harus berubah pekerjaan/tugas akibat masalah cedera otot di atas?
 - a. Ya
 - Tidak
3. Berapakah total waktu Anda mengalami masalah cedera otot selama 1 bulan terakhir?
 - a. 0 hari
 - 1-5 hari
 - c. 6-15 hari
 - d. >15 hari

Jika jawaban Anda pada pertanyaan 3 adalah a(0 hari), lewati pertanyaan 4-7

4. Pernahkah masalah cedera otot tersebut membuat aktivitas Anda menjadi terbatas selama 1 bulan terakhir?
 - a. Ya
 - Tidak
5. Berapakah total waktu masalah cedera otot yang Anda alami hingga membuat Anda tidak dapat mengerjakan pekerjaan normal Anda selama 1 bulan terakhir?
 - a. 0 hari
 - 1-5 hari
 - c. 6-15 hari
 - d. >15 hari
6. Apakah Anda pernah didiagnosa menderita penyakit otot-rangka (seperti : nyeri pinggang, nyeri otot punggung, rematik, dll) selama 1 bulan terakhir oleh seorang dokter/fisioterapis/ahli ?
 - a. Ya
 - Tidak
7. Jika Ya, sebutkan nama penyakit yang didiagnosa ?

- Terima kasih atas partisipasi Anda dalam survei ini -

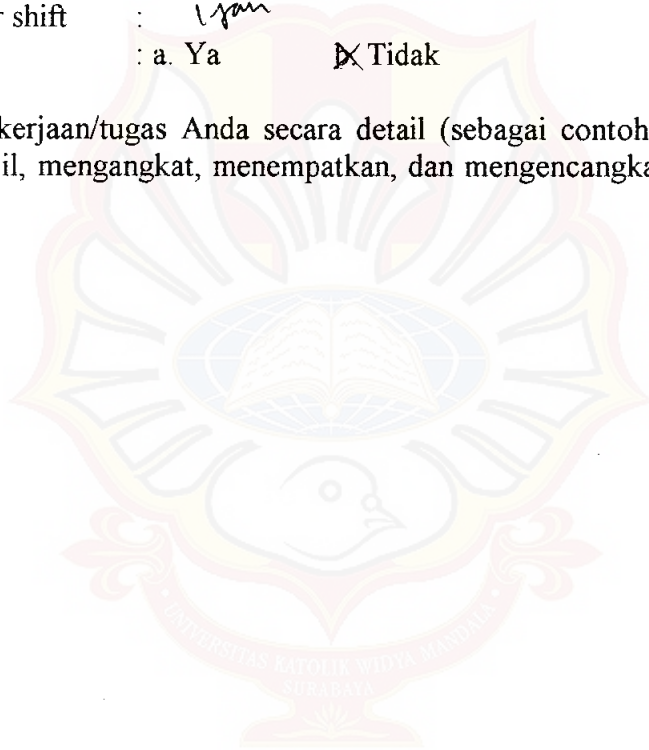
A. DATA RESPONDEN

Usia : 40
Jenis Kelamin : Laki-laki b. Perempuan
Berat Badan : 70 kg Tinggi Badan : 163 cm
Tangan dominan : Kanan b. Kiri (kidal)
Apakah Anda merokok : ya tidak
Apakah Anda sering melakukan olahraga : ya _____ jam/minggu tidak

B. DATA PEKERJAAN

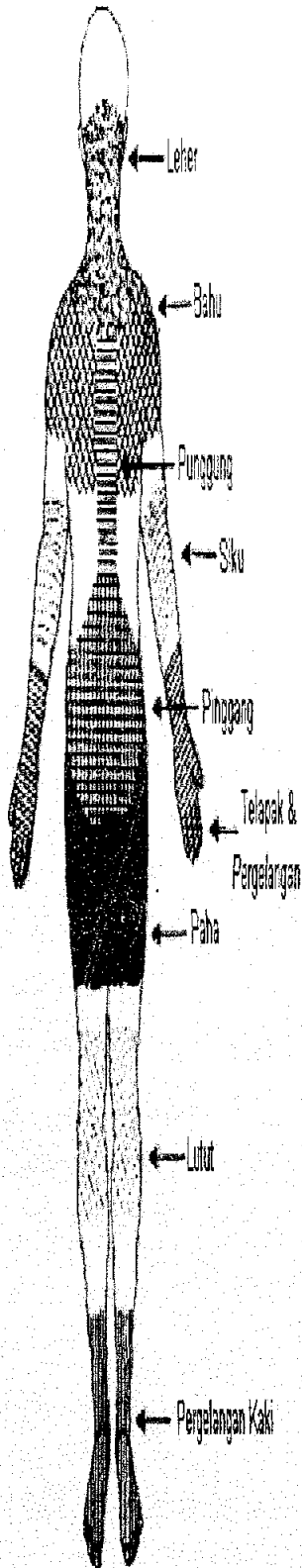
Nama Perusahaan : Sukses Expand
Bagian di pabrik :
Jam kerja/hari : 8 Jam
Pengaturan Shift : a. Tetap Berubah-ubah
Jenis pekerjaan sekarang : Lama :
Banyaknya istirahat per shift : 1 jam
Pernah bekerja lembur : a. Ya Tidak

Ceritakan deskripsi pekerjaan/tugas Anda secara detail (sebagai contoh : Anda merakit kursi (proses mengambil, mengangkat, menempatkan, dan mengencangkan bagian-bagian kursi) :



C.1. KUESIONER KELUHAN FISIK

Mohon jawab dengan memberikan tanda silang (X) pada kotak yang tersedia untuk masing-masing pertanyaan. Mohon jawab setiap pertanyaan meskipun Anda belum pernah mengalami masalah dengan bagian tubuh Anda.



Pernahkah Anda selama bekerja di pekerjaan sekarang ini mengalami masalah (sakit, tidak nyaman) pada:	Untuk dijawab hanya oleh yang pernah mengalami masalah	
	Pernahkan Anda selama bekerja di pekerjaan sekarang ini tidak dapat mengerjakan pekerjaan yang normal Anda lakukan akibat masalah tersebut?	Pernahkan Anda mengalami masalah selama 7 hari terakhir?
Leher <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Bahu Kanan <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Bahu Kiri <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Siku Kanan <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Siku Kiri <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Punggung Atas <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Punggung Bawah <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Tangan Kanan <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Tangan Kiri <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Paha <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Lutut <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Kaki <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak

C.2. DATA KELUHAN FISIK

1. Pernahkah Anda dirawat inap akibat masalah cedera otot diatas ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Pernahkah Anda harus berubah pekerjaan/tugas akibat masalah cedera otot di atas?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Berapakah total waktu Anda mengalami masalah cedera otot selama 1 bulan terakhir?
 - a. 0 hari
 - b. 1-5 hari
 - c. 6-15 hari
 - d. >15 hari

Jika jawaban Anda pada pertanyaan 3 adalah a(0 hari), lewati pertanyaan 4-7

4. Pernahkah masalah cedera otot tersebut membuat aktivitas Anda menjadi terbatas selama 1 bulan terakhir?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Berapakah total waktu masalah cedera otot yang Anda alami hingga membuat Anda tidak dapat mengerjakan pekerjaan normal Anda selama 1 bulan terakhir?
 - a. 0 hari
 - b. 1-5 hari
 - c. 6-15 hari
 - d. >15 hari
6. Apakah Anda pernah didiagnosa menderita penyakit otot-rangka (seperti : nyeri pinggang, nyeri otot punggung, rematik, dll) selama 1 bulan terakhir oleh seorang dokter/fisioterapis/ahli ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Jika Ya, sebutkan nama penyakit yang didiagnosa ?

- Terima kasih atas partisipasi Anda dalam survei ini -

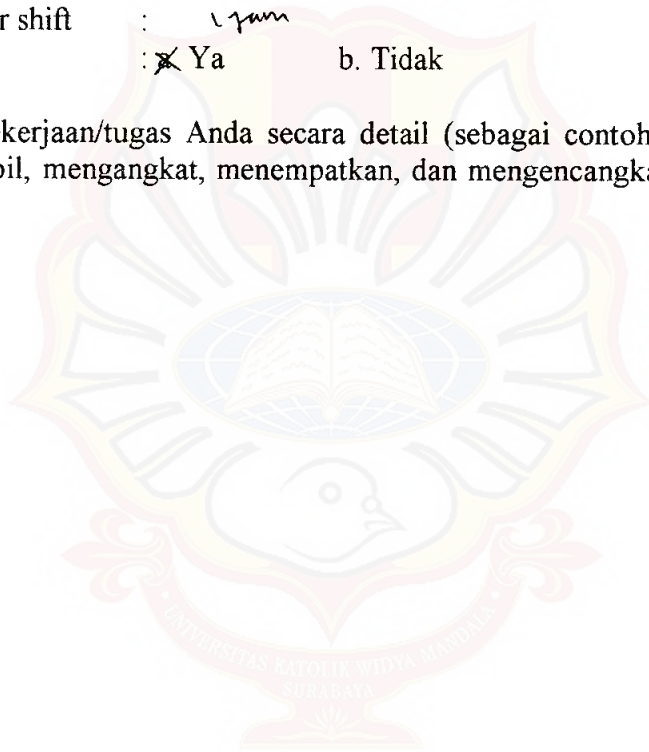
A. DATA RESPONDEN

Usia : 37
Jenis Kelamin : Laki-laki b. Perempuan
Berat Badan : 65 kg Tinggi Badan : 157 cm
Tangan dominan : Kanan b. Kiri (kidal)
Apakah Anda merokok : ya tidak
Apakah Anda sering melakukan olahraga : ya _____ jam/minggu tidak

B. DATA PEKERJAAN

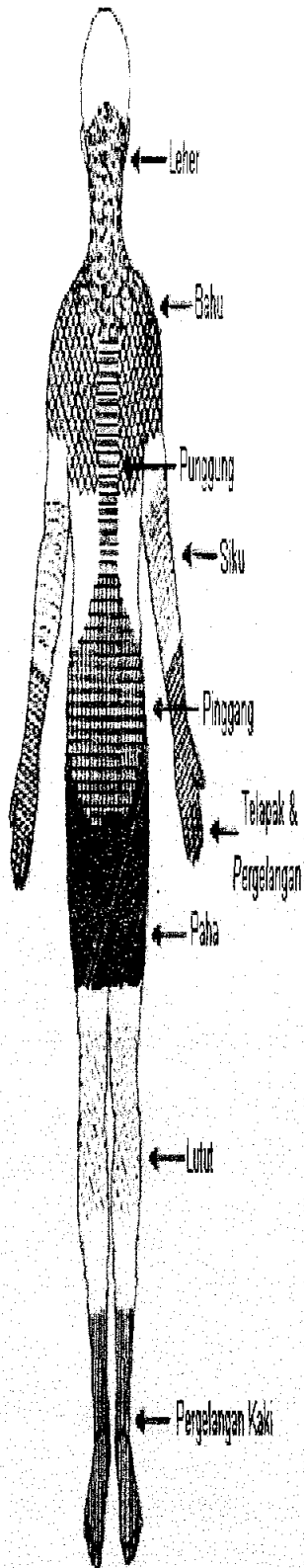
Nama Perusahaan : Subes Expamet
Bagian di pabrik :
Jam kerja/hari : 8 Jam
Pengaturan Shift : a. Tetap Berubah-ubah
Jenis pekerjaan sekarang : - Lama :
Banyaknya istirahat per shift : 1 jam
Pernah bekerja lembur : Ya b. Tidak

Ceritakan deskripsi pekerjaan/tugas Anda secara detail (sebagai contoh : Anda merakit kursi (proses mengambil, mengangkat, menempatkan, dan mengencangkan bagian-bagian kursi) :



C.1. KUESIONER KELUHAN FISIK

Mohon jawab dengan memberikan tanda silang (X) pada kotak yang tersedia untuk masing-masing pertanyaan. Mohon jawab setiap pertanyaan meskipun Anda belum pernah mengalami masalah dengan bagian tubuh Anda.



Pernakah Anda selama bekerja di pekerjaan sekarang ini mengalami masalah (sakit, tidak nyaman) pada:	Untuk dijawab hanya oleh yang pernah mengalami masalah	
	Pernahkan Anda selama bekerja di pekerjaan sekarang ini tidak dapat mengerjakan pekerjaan yang normal Anda lakukan akibat masalah tersebut?	Pernakah Anda mengalami masalah selama 7 hari terakhir?
Leher <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Bahu Kanan <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Bahu Kiri <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Siku Kanan <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Siku Kiri <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Punggung Atas <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Punggung Bawah <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Tangan Kanan <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Tangan Kiri <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Paha <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Lutut <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pergelangan Kaki <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak

C.2. DATA KELUHAN FISIK

1. Pernahkah Anda dirawat inap akibat masalah cedera otot diatas ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Pernahkah Anda harus berubah pekerjaan/tugas akibat masalah cedera otot di atas?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Berapakah total waktu Anda mengalami masalah cedera otot selama 1 bulan terakhir?
 - a. 0 hari
 - b. 1-5 hari
 - c. 6-15 hari
 - d. >15 hari

Jika jawaban Anda pada pertanyaan 3 adalah a(0 hari), lewati pertanyaan 4-7

4. Pernahkah masalah cedera otot tersebut membuat aktivitas Anda menjadi terbatas selama 1 bulan terakhir?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Berapakah total waktu masalah cedera otot yang Anda alami hingga membuat Anda tidak dapat mengerjakan pekerjaan normal Anda selama 1 bulan terakhir?
 - a. 0 hari
 - b. 1-5 hari
 - c. 6-15 hari
 - d. >15 hari
6. Apakah Anda pernah didiagnosa menderita penyakit otot-rangka (seperti : nyeri pinggang, nyeri otot punggung, rematik, dll) selama 1 bulan terakhir oleh seorang dokter/fisioterapis/ahli ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Jika Ya, sebutkan nama penyakit yang didiagnosa ?

- Terima kasih atas partisipasi Anda dalam survei ini -