

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.

Jika ini adalah penilaian sebelum penempatan shift malam, harap isi formulir sesuai dengan pekerjaan shift malam terakhir di tempat kerja Anda saat ini. Jika Anda belum pernah bekerja di malam hari, harap tanggap sesuai pengetahuan Anda tentang pekerjaan shift malam yang akan Anda lakukan di kemudian hari.

(Jika tidak pasti apakah subjek akan menjalani pemeriksaan fisik khusus karena shift malam yang tidak teratur, pemeriksaan fisik tidak boleh dilakukan sebelum penempatan shift malam. Jika kerja malam dianggap sebagai faktor yang merugikan setelah 6 bulan, pemeriksaan fisik harus dilakukan setelah penempatan shift malam)

1. Sudah berapa lamakah Anda bekerja pekerjaan sistem shift termasuk shift malam?		
<input type="checkbox"/> Kurang dari 5 tahun <input type="checkbox"/> 5-9 tahun <input type="checkbox"/> 10-14 tahun <input type="checkbox"/> 15-19 tahun <input type="checkbox"/> 20 tahun atau lebih <input type="checkbox"/> N/A		
2. Bagaimana sistem shift pekerjaan Anda saat ini?		
<input type="checkbox"/> 3 shift <input type="checkbox"/> 2 shift <input type="checkbox"/> Selang satu hari (shift 24 jam) <input type="checkbox"/> Hanya shift malam saja <input type="checkbox"/> Lainnya (tidak tentu, dst.)		
3. Apakah shift pekerjaan Anda berubah-ubah dalam periode waktu tertentu?		
<input type="checkbox"/> Ya (→ Lanjut ke pertanyaan 3-1) <input type="checkbox"/> Tidak (→ Lanjut ke pertanyaan 4)		
3-1. Apakah shift pekerjaan Anda berurutan sebagai berikut: shift pagi → shift sore → shift malam?		
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
4. Berapa lama waktu yang Anda miliki untuk beristirahat mulai dari pulang kerja sampai kembali berangkat kerja?		
<input type="checkbox"/> Lebih dari 11 jam <input type="checkbox"/> Kurang dari 11 jam		
5. Berapa hari Anda bekerja shift malam secara berturut-turut selama setahun terakhir?		
<input type="checkbox"/> Tidak ada jadwal shift malam berturut-turut <input type="checkbox"/> 2 hari <input type="checkbox"/> 3 hari <input type="checkbox"/> 4 hari <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Hampir sama <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Lebih		
2) Waktu istirahat: Dibandingkan dengan shift siang <input type="checkbox"/> Hampir sama <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Lebih		
7. Apakah Anda bekerja shift malam sendirian?		
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> Kurang dari 40 jam <input type="checkbox"/> 40 jam <input type="checkbox"/> 41-51 jam <input type="checkbox"/> 52-59 jam <input type="checkbox"/> 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 dari mulai berbaring? ()Jam ()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.

<p>1. Selama tiga bulan terakhir, berapa kali Anda merasakan rasa kenyang yang tidak nyaman setelah makan sebanyak satu porsi?</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak sama sekali <input type="checkbox"/> Kurang dari sehari dalam sebulan <input type="checkbox"/> Sehari dalam sebulan <input type="checkbox"/> 2-3 hari dalam sebulan <input type="checkbox"/> Seminggu sekali <input type="checkbox"/> Lebih dari dua kali sehari <input type="checkbox"/> Hampir setiap hari</p> <p>2. Apakah gejala seperti pada pertanyaan No. 1 itu mulai Anda alami sejak enam bulan yang lalu?</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</p> <p>3. Berapa kali Anda tidak bisa menghabiskan satu porsi makanan selama tiga bulan terakhir?</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak sama sekali <input type="checkbox"/> Kurang dari sehari dalam sebulan <input type="checkbox"/> Sehari dalam sebulan <input type="checkbox"/> 2-3 hari dalam sebulan <input type="checkbox"/> Seminggu sekali <input type="checkbox"/> Lebih dari dua kali sehari <input type="checkbox"/> Hampir setiap hari</p> <p>4. Apakah gejala seperti pada pertanyaan No. 3 itu sudah Anda alami lebih dari enam bulan yang lalu?</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</p> <p>5. Berapa kali Anda merasakan sakit atau sensasi terbakar di ulu hati selama tiga bulan terakhir?</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak sama sekali <input type="checkbox"/> Kurang dari sehari dalam sebulan <input type="checkbox"/> Sehari dalam sebulan <input type="checkbox"/> 2-3 hari dalam sebulan <input type="checkbox"/> Seminggu sekali <input type="checkbox"/> Lebih dari dua kali sehari <input type="checkbox"/> Hampir setiap hari</p> <p>6. Apakah gejala seperti pada pertanyaan No. 5 itu sudah Anda alami lebih dari enam bulan yang lalu?</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</p>
--

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. Siklus skrining kanker payudara yang direkomendasikan di Korea Selatan adalah sebagai berikut. Apakah sejauh ini Anda sudah menerima tes skrining yang sesuai dengan usia Anda?

- 30 tahun ke atas: Diagnosis mandiri setiap bulan - 35 tahun ke atas: Pemeriksaan kesehatan oleh dokter setiap 2 tahun - 40 tahun ke atas: Pemeriksaan kesehatan oleh dokter dan mamografi setiap 1 hingga 2 tahun

- ☐ Hampir tidak pernah
- ☐ Saya telah melakukan skrining beberapa kali
- ☐ Saya rutin melakukan skrining

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