

LEMBAR KUESIONER
KUESIONER KELELAHAN KERJA

I. PETUNJUK PENGISIAN

1. Bacalah baik-baik setiap butir pertanyaan
2. Berilah tanda (√) pada kolom yang telah di sediakan
3. Dimohon semua butir pertanyaan dapat diisi dan tidak ada yang terlewatkan
4. Jawaban pertanyaan sesuai dengan keadaan yang benar-benar anda rasakan

II. IDENTITAS RESPONDEN

Nama :

Umur : tahun

Status Kawin : a. Kawin b. Tidak Kawin

Masa Kerja : tahun

Shift Kerja : a. Pagi b. Siang c. Malam

III. Kuesioner Kelelahan Kerja Industrial Fatigue Research Committe (IFRC)

Keterangan

Skor 0 : Tidak pernah merasakan

Skor 1 : Kadang-kadang merasakan

Skor 2 : Sering merasakan

Skor 3 : Sering sekali merasakan

No	Daftar Pertanyaan	Skoring			
		0	1	2	3
1	Apakah saudara ada perasaan berat di kepala?				
2	Apakah saudara merasa lelah pada seluruh badan?				
3	Apakah saudara merasa berat di kaki?				
4	Apakah saudara merasa sering menguap pada saat berkerja?				
5	Apakah pikiran saudara kacau pada saat bekerja?				
6	Apakah saudara merasa mengantuk?				
7	Apakah saudara merasa ada beban pada bagian mata?				
8	Apakah gerakan saudara terasa canggung dan kaku?				
9	Apakah saudara merasakan pada saat berdiri tidak stabil?				
10	Apakah saudara merasa ingin berbaring?				
11	Apakah saudara merasa susah berfikir?				
12	Apakah saudara merasa malas untuk berbicara?				
13	Apakah saudara merasa gugup?				
14	Apakah saudara tidak dapat berkonsentrasi?				
15	Apakah saudara merasa sulit memusatkan perhatian?				
16	Apakah saudara merasa mudah melupakan sesuatu?				
17	Apakah saudara merasakan kepercayaan diri berkurang?				
18	Apakah saudara merasa cemas?				
19	Apakah saudara merasa sulit untuk mengontrol sikap?				
20	Apakah saudara merasa tidak tekun dalam pekerjaan?				
21	Apakah saudara merasakan sakit di bagian kepala?				
22	Apakah saudara merasakan kaku di bagian bahu?				

No	Daftar Pertanyaan	Skoring			
		0	1	2	3
23	Apakah saudara merasakan nyeri di bagian punggung?				
24	Apakah saudara merasa sesak nafas?				
25	Apakah saudara merasa haus?				
26	Apakah suara saudara terasa serak?				
27	Apakah saudara merasa pening?				
28	Apakah saudara merasa ada yang menganjai di kelopak mata?				
29	Apakah anggota badan saudara terasa gemetar?				
30	Apakah saudara merasa kurang sehat?				
Jumlah Skor pada masing-masing kolom:					
Total Skor Kelelahan Individu					