

**LEMBAR KUESIONER**  
**KUESIONER KELELAHAN KERJA**

**I. PETUNJUK PENGISIAN**

1. Bacalah baik-baik setiap butir pertanyaan
2. Berilah tanda (  $\checkmark$  ) 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 : Nur Hasanah  
Umur : 45 tahun  
Status Kawin :  a. Kawin b. Tidak Kawin  
Masa Kerja : 11 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 menganjat di kelopak mata?			✓	
29	Apakah anggota badan saudara terasa gemetar?	✓			
30	Apakah saudara merasa kurang sehat?			✓	
Jumlah Skor pada masing-masing kolom:		10	12	8	
Total Skor Kelelahan Individu					28

**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 : Irma Soliha  
Umur : 27 tahun  
Status Kawin : a. Kawin  b. Tidak Kawin   
Masa Kerja : 3 tahun 5 bulan  
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:		14	11	3	2
Total Skor Kelelahan Individu					24

**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 : *Kareika Widya Lestari*

Umur : *36* tahun

Status Kawin :  Kawin b. Tidak Kawin

Masa Kerja : *7* tahun

Shift Kerja : a. Pagi  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:		11	16		3
Total Skor Kelelahan Individu					25