

4. Apakah Anda pernah mengalami adanya penyakit atau infeksi atau cedera pada tulang belakang Anda ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah postur tubuh yang tidak asimetri/miring ini membuat penampilan Anda berbeda dan tidak percaya diri ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Apakah postur tubuh yang tidak asimetri/miring ini membuat Anda merasa tidak nyaman dalam bekerja ?
 - a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Sering
 - d. Sangat Sering
7. Apakah Anda merasakan nyeri pada punggung atau pinggang Anda ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Apakah Anda merasakan sesak nafas ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
9. Apakah Anda sering merasakan pegal pada punggung dan pinggang serta mudah kelelahan pada saat Anda beraktivitas bekerja, seperti duduk, membungkuk, dan berdiri ?
 - a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Sering
 - d. Sangat Sering
10. Apakah Anda pernah mengikuti program latihan sebelumnya dalam hal memperbaiki postur tubuh Anda ?
 - a. Ya, sebutkan
 - b. Tidak

TerimaKasih

LEMBAR ASSESMENT

1. Anamnesa :

2. Inspeksi :

3. Quick Test :

4. Pemeriksaan Fungsi Gerak Dasar :

5. Test Khusus :

Pemeriksaan Awal	Minggu I	Minggu I	Minggu III	Minggu IV	Minggu V	Minggu VI