

	<b>SURVEI KELUHAN GANGGUAN OTOT RANGKA (GOTRAK)</b>	No. Dokumen	: OPP-F-SHE-68
		Revisi	: 00
		Tgl. Efektif	: 01 Juli 2024
		Halaman	: Page 1 of 4

Nama : \_\_\_\_\_ NRP : \_\_\_\_\_  
 Jabatan : \_\_\_\_\_ Lama Bekerja : \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan  
 Perusahaan : \_\_\_\_\_ Petugas : \_\_\_\_\_  
 Hari, Tanggal : \_\_\_\_\_

Diskripsikan tugas-tugas yang Anda lakukan pada pekerjaan ini dan durasi waktu (untuk tiap shift kerja) yang Anda habiskan untuk melaksanakan setiap tugas.

No.	Tugas	Waktu
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

### Keterangan Pengisian

Isilah setiap pertanyaan dengan memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang menurut Anda paling sesuai dengan kondisi saat ini!

Tingkat Frekuensi (Seberapa Sering)	Tingkat Keparahan (Seberapa Parah)
<b>Tidak Pernah</b> : Tidak pernah terjadi	<b>Tidak Ada Masalah</b> : Tidak ada keluhan dan tidak mengganggu pekerjaan
<b>Terkadang</b> : Terjadi 1 – 3 kali dalam 1 tahun	<b>Tidak Nyaman</b> : Terdapat keluhan dan mulai mengganggu pekerjaan
<b>Sering</b> : Terjadi 1 – 3 kali dalam 1 bulan	<b>Sakit</b> : Nyeri yang mengganggu pekerjaan
<b>Selalu</b> : Terjadi hampir setiap hari	<b>Sakit Parah</b> : Sangat nyeri sehingga tidak dapat melakukan pekerjaan

1. Manakah yang merupakan tangan dominan anda?

Kanan                       Kiri                       Keduanya

2. Sudah berapa lama Anda bekerja pada posisi/jabatan saat ini?

Kurang dari 3 bulan                       5 – 10 tahun  
 3 bulan – 1 tahun                       Lebih dari 10 tahun  
 1 – 5 tahun

3. Seberapa sering Anda merasakan kelelahan mental setelah bekerja?

Tidak pernah                       Sering  
 Kadang - kadang                       Selalu

4. Seberapa sering Anda merasakan kelelahan fisik setelah bekerja?

	<b>SURVEI KELUHAN GANGGUAN OTOT RANGKA (GOTRAK)</b>	No. Dokumen	: OPP-F-SHE-68
		Revisi	: 00
		Tgl. Efektif	: 01 Juli 2024
		Halaman	: Page 2 of 4

<input type="checkbox"/>	Tidak pernah	<input type="checkbox"/>	Sering
<input type="checkbox"/>	Kadang - kadang	<input type="checkbox"/>	Selalu


5. Pernahkah Anda mengalami rasa sakit / nyeri atau ketidaknyamanan yang Anda anggap berhubungan dengan pekerjaan dalam satu tahun terakhir?

<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
--------------------------	----	--------------------------	-------

6. Jika “Ya”, silakan mengisi survei pada halaman selanjutnya; untuk setiap bagian tubuh yang disebutkan, dimohon untuk menjelaskan tentang :

- Seberapa sering Anda merasakan ketidaknyamanan pada setiap bagian tubuh
- Tingkat ketidaknyamanan
- Apakah rasa sakit itu mengganggu kemampuan Anda untuk melakukan pekerjaan Anda?
- Pada bagian tubuh mana ketidaknyamanan dirasakan

**Catatan :** “Sakit” dapat berupa nyeri, kaku, mati rasa, kesemutan, atau rasa terbakar



<b>LEHER</b> Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah	<b>BAHU</b> <input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah
<b>SIKU</b> <input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah	<b>PUNGGUNG ATAS</b> Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah
<b>LENGAN</b> <input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah	<b>PUNGGUNG BAWAH</b> Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah
<b>TANGAN</b> <input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah	<b>PINGGUL</b> <input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah
<b>PAHA</b> <input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah	<b>LUTUT</b> <input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah
<b>BETIS</b> <input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah	<b>KAKI</b> <input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Seberapa Sering?      Seberapa parah? <input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Terkadang <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Selalu <input type="checkbox"/> Sakit Parah

	<b>SURVEI KELUHAN GANGGUAN OTOT RANGKA (GOTRAK)</b>	No. Dokumen	: OPP-F-SHE-68
		Revisi	: 00
		Tgl. Efektif	: 01 Juli 2024
		Halaman	: Page 3 of 4

Pada setiap bagian tubuh dengan keterangan “sakit” atau “sakit parah”, atau “selalu” merasakan “tidak nyaman”, jelaskan pekerjaan yang menurut Anda menyebabkan masalah tersebut, dan apakah sebelum Anda pernah mengalami cedera di bagian tubuh tersebut.

Bagian Tubuh	Pernah Mengalami cedera sebelumnya		Kemungkinan Pekerjaan yang menyebabkan Masalah
	Ya	Tidak	
	Ya	Tidak	
	Ya	Tidak	
	Ya	Tidak	

#### Interpretasi Hasil Penilaian Identifikasi Hasil Survei Keluhan Gangguan Otot Rangka (GOTRAK)

Dari hasil kalkulasi penilaian berdasarkan anggota tubuh, diperoleh nilai pengamatan dan dibandingkan dengan standar GOTRAK, yaitu:

Bagian Tubuh	Nilai	Kategori
Leher	:	
Siku	:	
Lengan	:	
Tangan	:	
Paha	:	
Betis	:	
Bahu	:	
Punggung atas	:	
Punggung Bawah	:	
Pinggul	:	
Lutut	:	
Kaki	:	

Tabel 1. Tingkat Risiko Keluhan Gerak Otot Rangka (GOTRAK)

Frekuensi	Keparahan			
	Tidak ada masalah (1)	Tidak nyaman (2)	Sakit (3)	Sakit Parah (4)
Tidak pernah (1)	1	2	3	4
Terkadang (2)	2	4	6	8
Sering (3)	3	6	9	12
Selalu (4)	4	8	12	16

	<b>SURVEI KELUHAN GANGGUAN OTOT RANGKA (GOTRAK)</b>	No. Dokumen	: OPP-F-SHE-68
		Revisi	: 00
		Tgl. Efektif	: 01 Juli 2024
		Halaman	: Page 4 of 4

**Tabel. 2 Analisa Gerak Otot Rangka (GOTRAK)**

Kategori	Nilai	Resiko
Hijau	1 – 4	Rendah
Kuning	6	Sedang
Merah	8 – 16	Tinggi

**Kesimpulan Hasil :**