



PENYATAAN	JAWABAN
<b>Identitas</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nama</li> <li>Umur</li> <li>Jenis Kelamin</li> <li>Tempat Tinggal</li> </ol>	<p>.....</p> <p>.....Thn</p> <p style="text-align: center;">L / P</p> <p>.....</p>
<b>Pekerjaan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bagian Tempat Kerja</li> <li>Masa Kerja</li> <li>Lama Aktivitas Kerja</li> </ol>	<p>.....</p> <p>.....Bln/Thn</p> <p>.....Jam</p>
<b>Lingkungan di Tempat Kerja</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apakah kadar debu tinggi?</li> <li>Apakah saat bekerja menggunakan masker alat pelindung diri?</li> <li>Apakah jenis masker yang anda gunakan?</li> <li>Kapan anda menggunakan masker tersebut?</li> </ol>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>a.</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>Ya / Tidak</p> <p>Ya / Tidak</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>b.</p>  </div> </div> <p style="text-align: center;">Selalu/kadang-kadang/hanya ketika diminta.</p>
<b>Penyakit</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apakah pernah menderita sesak nafas / asma?</li> <li>Apakah pernah menderita sakit paru-paru dengan mendapatkan pengobatan jangka panjang?</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Pernah/Tidak</p> <p style="text-align: center;">Pernah/Tidak</p>
<b>Perasaan Pekerja</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apakah pernah merasakan sakit di dada Ketika benafas?</li> <li>Apakah sekarang sering merasa sesak nafas ringan atau berat?</li> <li>Apakah anda mudah capek ketika bekerja?</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Ya / Tidak</p> <p style="text-align: center;">Ya / Tidak</p> <p style="text-align: center;">Ya / Tidak</p>
<b>Kebiasaan Merokok</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apakah anda merokok?</li> <li>Sehari berapa batang?</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Ya / Tidak</p> <p>.....Batang</p>

3. Sudah berapa lama anda merokok?	.....Bln/Thn
<b>Kebiasaan Olahraga</b> 1. Apakah anda mempunyai kebiasaan olahraga? 2. Seminggu berapa kali? 3. Berapa durasi dalam satu kali beolahraga?	Ya / Tidak .....Kali .....Menit/Jam
<b>Hasil Pengukuran Fungsi Paru</b> 1. PVC 2. FEV 3. Kelainan	

