

*Kriteria Diagnostik Penyelidikan untuk Gangguan Temporomandibel  
KDP/GTM*

*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders  
Edited by : Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD*

Versi Bahasa Malaysia  
Malay Version

**Co-ordinators**

Dr. Suan Phaik Khoo, University of Malaya

Dr. Adrian U Jin Yap, National University of Singapore

**Collaborators**

Mr. Abdul Rahim bin Mat Yassin, University of Malaya

Mr. Krishnan Ramasamy, University of Malaya

Dr. Suan Chin Hu, University Brunei Darulssalam

**Accepted on:**

(see Language Translations at website : RDC-TMDinternational.org)

*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*  
**RDC/TMD**

*Translated by*  
**Mr. Abdul Rahim bin Mat Yassin**  
**Dr. Khoo Suan Phaik**  
***Universiti Malaya***

*Translated from*  
***Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders***  
*Edited by : Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD*  
*(see Language Translations at website : RDC-TMDinternational.org)*

***Back-translation by***  
**Mr. Krishnan Ramasamy**  
***Universiti Malaya***

***Accepted -----***

## **Malay Translation of RDC/TMD**

### **Contents of this document:**

1. Patient History Questionnaire	✓
2. RDC-TMD Clinical Examination Form	
3. Clinical Examination Specifications	
4. Verbal Instructions for Examiner	
5. Axis I Diagnostic Criteria	
6. Axis II: Disability & Psychological Status	
-Scoring Graded Chronic Pain	
-Scoring the Distress Scale Items	
-Addendum: Age-Sex Adjusted Norms for Distress Scale Items	
7. Summary of Patient Results	

Page 1 of 3  
Soal Selidik Sejarah

Sila baca setiap soalan dan berikan jawapan yang sesuai. Untuk setiap soalan di bawah, bulatkan hanya satu jawapan.

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. Adakah anda rasa bahawa secara umumnya, kesihatan anda adalah cemerlang, sangat baik, baik, memuaskan atau tidak memuaskan?</p> <p>Cemerlang.... 1<br/>Sangat baik... 2<br/>Baik..... 3<br/>Memuaskan... 4<br/>Tidak memuaskan... 5</p>  | <p>11. Dalam masa 6 bulan lepas, banyak manakah sakit di bahagian muka anda mengganggu aktiviti harian anda jika digambarkan pada skel 0 - 10 di mana 0 menunjukkan "tiada gangguan" dan 10 menunjukkan "tidak dapat menjalankan sebarang aktiviti"?</p> <p><i>tiada gangguan tak dapat menjalankan sebarang aktiviti</i><br/>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>  |
| <p>2. Adakah anda rasa bahawa secara umumnya, kesihatan mulut anda adalah cemerlang, sangat baik, baik, memuaskan atau tidak memuaskan?</p> <p>Cemerlang.... 1<br/>Sangat baik... 2<br/>Baik..... 3<br/>Memuaskan... 4<br/>Tidak memuaskan... 5</p>  | <p>12. Dalam masa 6 bulan lepas, banyak manakah sakit di bahagian muka anda mengubah kemampuan anda menyertai aktiviti rekreasi, sosial dan keluarga anda jika digambarkan pada skel 0 - 10, di mana 0 menunjukkan "tiada perubahan" dan 10 menunjukkan "perubahan yang sangat ketara"?</p> <p><i>tidak berubah berubah dengan sangat ketara</i><br/>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>   |
| <p>3. Adakah anda berasa sakit di bahagian muka, rahang, pelipis, di bahagian depan telinga atau di dalam telinga dalam beberapa bulan yang lepas?</p> <p>[Jika tidak sakit dalam beberapa bulan yang lepas LOMPAT TERUS ke soalan 14a]<br/>Jika ya, sila jawab soalan berikut;</p>                      | <p>13. Dalam masa 6 bulan lepas, banyak manakah sakit di bahagian muka anda mengubah kemampuan anda berkerja (termasuk kerja-kerja rumah) mengikut kadar skel 0 - 10, di mana 0 menunjukkan "tiada perubahan" dan 10 menunjukkan "perubahan yang sangat ketara"?</p> <p><i>tidak berubah berubah dengan sangat ketara</i><br/>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>  |
| <p>4a. Sudah berapa tahun sakit di bahagian muka anda bermula buat kali pertama? ____ tahun<br/>[Jika setahun yang lalu atau lebih LOMPAT TERUS ke soalan 5]<br/>[Jika kurang daripada setahun, tulis kod 00]</p>  | <p>14a. Adakah anda pernah mengalami masalah rahang terkunci atau tertangkap yang menyebabkan anda tidak dapat membukanya langsung?<br/><br/>[Jika tidak pernah terjadi, LOMPAT TERUS ke soalan 15a]<br/>Jika ya, jawab soalan 14b</p>  |
| <p>4b. Sudah berapa bulan sakit di bahagian muka anda bermula buat kali pertama? ____ bulan</p>  | <p>14b. Adakah kesukaran membuka rahang serius hingga mengganggu keselesaan anda untuk makan?<br/><br/>15a. Adakah rahang anda berbunyi "klik"/ "pop" semasa anda membuka atau menutup mulut atau semasa mengunyah?</p>   |
| <p>5. Adakah sakit di bahagian muka anda berterusan, berulang-ulang atau hanya sekali sahaja?</p>  | <p>Tidak..... 1<br/>Ya, dalam 6..<br/>bulan lepas.... 2<br/>Ya, lebih daripada 6 bulan lepas.... 3</p>  |
| <p>6. Adakah anda pernah berjumpa doktor, doktor gigi, atau profesional perubatan yang lain untuk masalah sakit di bahagian muka atau sakit?</p>   | <p>b. Adakah rahang anda berbunyi lebih kuat/ketap semasa anda membuka atau menutup mulut atau semasa mengunyah?<br/><br/>c. Adakah anda diberitahu, atau terperasan yang anda mengunyah gigi atau kejang rahang semasa tidur?<br/><br/>d. Semasa siang hari, adakah anda mengunyah gigi atau kejang rahang anda?<br/><br/>e. Adakah rahang anda sakit / rasa kejang semasa anda bangkit dari tidur pada waktu pagi?<br/><br/>f. Adakah telinga anda mendengar bunyi bising atau berdengung?<br/><br/>g. Adakah gigitan anda kurang selesa atau berasa luar biasa?</p>          |
| <p>7. Bagaimanakah anda boleh gambarkan kadar kesakitan di bahagian muka anda pada masa ini, digambarkan pada skel 0 ke 10, di mana 0 menunjukkan "tiada kesakitan" dan 10 menunjukkan "kesakitan yang paling teruk sekali"?</p> <p><i>Tiada sakit Sakit paling teruk</i><br/>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> | <p>15a. Adakah rahang anda berbunyi "klik"/ "pop" semasa anda membuka atau menutup mulut atau semasa mengunyah?<br/><br/>15b. Adakah anda diberitahu, atau terperasan yang anda mengunyah gigi atau kejang rahang semasa tidur?<br/><br/>15c. Semasa siang hari, adakah anda mengunyah gigi atau kejang rahang anda?<br/><br/>15d. Adakah rahang anda sakit / rasa kejang semasa anda bangkit dari tidur pada waktu pagi?<br/><br/>15e. Adakah telinga anda mendengar bunyi bising atau berdengung?<br/><br/>15f. Adakah gigitan anda kurang selesa atau berasa luar biasa?</p> |
| <p>8. Dalam 6 bulan lepas, berapa kuatkah kesakitan anda yang paling teruk dialami, digambarkan pada skel 0 - 10, di mana 0 menunjukkan "tiada kesakitan" dan 10 menunjukkan "kesakitan yang paling teruk sekali"?</p> <p><i>Tiada sakit Sakit paling kuat</i><br/>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>            | <p>16a. Adakah anda menghidapi penyakit arthritis rheumatoïd, lupus / sebarang penyakit arthritis sistemik?<br/><br/>16b. Adakah anda tahu samada terdapat ahli keluarga anda menghidapi penyakit yang tersebut di atas?</p>  |
| <p>9. Dalam 6 bulan lepas, secara purata berapa kuatkah kesakitan anda , digambarkan pada skel 0 - 10, di mana 0 menunjukkan "tiada kesakitan" dan 10 menunjukkan "kesakitan yang paling teruk sekali"?</p> <p><i>Tiada sakit Sakit paling kuat</i><br/>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>                       |   |
| <p>10. Kira-kira berapa harikah dalam masa 6 bulan lepas anda tidak melakukan aktiviti (kerja, belajar, atau kerja-kerja rumah) disebabkan sakit di bahagian muka anda?</p> <p>Hari _____</p>  |   |

		Tidak.....	0			Tiada langsung	Sedikit sahaja	Sederhana	Lebih sedikit	Teruk			
		Ya.....	1										
16c.	Adakah anda menghidapi / mengalami kebengkakan atau kesakitan di sendi-sendi selain daripada sendi yang dekat dengan telinga (TMJ)? [Jika tidak kebengkakan atau sakit sendi LOMPAT TERUS ke soalan 17a] Jika Ya,			g.	Kurang selera makan...	0	1	2	3	4			
16d.	Adakah kesakitan ini tetap dan anda alaminya sekurang-kurangnya setahun?	Tidak.....	0	h.	Mudah menangis...	0	1	2	3	4			
17a.	Adakah anda mengalami kecederaan terbaru pada bahagian muka atau rahang? [Jika tiada kecederaan terbaru LOMPAT TERUS ke soalan 18] Jika ya,	Tidak.....	0	i.	Menyalahkan diri sendiri untuk sesuatu hal...	0	1	2	3	4			
17b.	Adakah anda mengalami sakit rahang sebelum kecederaan?	Ya.....	1	j.	Sakit pada belakang bahagian bawah...	0	1	2	3	4			
18.	Dalam masa 6 bulan lepas, adakah anda mengalami sakit kepala atau migrains?	Tidak.....	0	k.	Terasa sunyi...	0	1	2	3	4			
		Ya.....	1	l.	Terasa muram...	0	1	2	3	4			
19.	Disebabkan masalah rahang ini, aktiviti manakah yang telah dihalang/dihadkan?			m.	Risau yang melampau terhadap sebarang hal...	0	1	2	3	4			
a.	Mengunyah	Tidak...	0	o.	Rasa loya / perut kurang selesa	0	1	2	3	4			
b.	Minum	Ya.....	1	p.	Rasa sakit pada otot-otot	0	1	2	3	4			
c.	Beriadah	Tidak...	0	q.	Susah untuk tidur...	0	1	2	3	4			
d.	Makan makanan keras	Ya.....	1	r.	Sukar untuk bernafas	0	1	2	3	4			
e.	Makan makanan lembut	Tidak...	0	s.	Perasaan panas / sejuk...	0	1	2	3	4			
f.	Senyum/ketawa	Ya.....	1	t.	Kebas atau ngilu di bahagian badan...	0	1	2	3	4			
g.	Aktiviti seks	Tidak...	0	u.	Rasa Bengkak di bahagian tekal	0	1	2	3	4			
h.	Menggosok gigi atau muka	Ya.....	1	v.	Rasa putus asa dengan masa depan	0	1	2	3	4			
i.	Menguap	Tidak...	0	w.	Rasa lemah di bahagian-bahagian badan.	0	1	2	3	4			
j.	Menelan	Ya.....	1	x.	Tangan dan kaki terasa berat...	0	1	2	3	4			
k.	Bercakap	Tidak...	0	y.	Terfikir untuk bunuh diri	0	1	2	3	4			
l.	Mengekalkan rupa wajah yang biasa	Ya.....	1	z.	Makan berlebihan...	0	1	2	3	4			
20.	Pada sebulan lepas, sejauh manakah anda rasa terganggu dengan perkara-perkara berikut:			aa.	Terjaga pada tengah malam...	0	1	2	3	4			
		Tiada langsung	Sedikit sahaja	Sederhana	Lebih sedikit	Teruk							
a.	Sakit kepala....	0	1	2	3	4	bb.	Tidur gelisah /terganggu...	0	1	2	3	4
b.	Hilang minat /keseronokan terhadap seks..	0	1	2	3	4	cc.	Rasa semuanya sukar...	0	1	2	3	4
c.	Pitam atau pening...	0	1	2	3	4	dd.	Rasa semuanya tidak berguna...	0	1	2	3	4
d.	Sakit pada jantung/ dada...	0	1	2	3	4	ee.	Rasa terperangkap	0	1	2	3	4
e.	Rasa kurang tenaga/ lemah	0	1	2	3	4	ff.	Rasa bersalah	0	1	2	3	4
f.	Terfikir tentang kematiian/hendak mati	0	1	2	3	4							

21.	Sebaik manakah anda rasa bahawa tindakan anda dalam menjaga kesihatan secara keseluruhannya	Cemerlang..... Sangat baik... Baik..... Memuaskan... Tidak memuaskan	1 2 3 4 5	28b.	Walaupun anda tidak bekerja pada 2 minggu yang lepas, adakah anda mempunyai kerja atau perniagaan?	[Jika ya LOMPAT TERUS ke soalan 29] Jika tidak,	Ya..... Tidak.....	1 2
22.	Sebaik manakah anda rasa bahawa tindakan anda dalam menjaga kesihatan mulut anda, secara keseluruhannya?	Cemerlang... Sangat baik... Baik..... Memuaskan... Tidak memuaskan	1 2 3 4 5	28c	Adakah anda mencari perkerjaan atau diberhentikan daripada kerja dalam masa minggu tersebut?		Ya, sedang mencari kerja... Ya, diberhentikan kerja.... Ya, kedua-duanya sekali, diberhentikan kerja dan sedang mencari pekerjaan Tidak.....	1 2 3 4
23.	Bilakah anda dilahirkan? Bulan _____ Haribulan _____ Tahun_____							
24.	Adakah anda lelaki atau perempuan?	Lelaki..... Perempuan...	1 2	29.	Apakah status perkahwinan anda?		Berkahwin-pasangan dalam isi rumah... Berkahwin-pasangan tidak dalam isi rumah... Duda/balu... Bercerai..... Berpisah..... Tak pernah kahwin.	1 2 3 4 5 6
25.	Manakah kumpulan berikut dapat mewakili bangsa anda?			30.	Manakah yang berikut yang terbaik dapat mewakili pendapatan bulanan anda?		Kurang daripada RM1200 Antara RM1200 hingga RM3000... Antara RM3000 hingga RM5000... Lebih daripada RM5000	0 1 2 3
		Cina..... Melayu..... India.....	1 2 3					
		(sila nyatakan)						
26.	Salah satu daripada di bawah ini yang manakah negara asal/ keturunan anda?			31.	Apakah nombor poskod anda? _____			
		Singapura..... Malaysia..... Indonesia..... Thailand.....	1 2 3 4					
		(sila nyatakan)						
27.	Apakah gred atau tahun tertinggi sekolah biasa yang anda tamatkan?							
		Tidak pernah bersekolah..... Sekolah rendah..... Sekolah menengah..... Institut Vokesional..... Pra-Universiti/Kolej..... Pusat Pengajian Tinggi (Politeknik/Universiti).....	0 1 2 3 4 5					
28a.	Dalam masa 2 minggu lepas, adakah anda bekerja atau bermiaga tidak mengambil kira kerja-kerja di rumah (termasuk kerja-kerja tanpa upah di ladang/perniagaan keluarga)?	Ya..... Tidak...	1 2					
		[Jika ya, LOMPAT TERUS ke soalan 29] Jika tidak,						