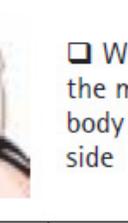


RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		
Client:	Date/time:	Assessor:

Right Side:						
Right Upper Arm						<input type="checkbox"/> Shoulder is raised <input type="checkbox"/> Upper arm is abducted <input type="checkbox"/> Leaning or supporting the weight of the arm
Right Lower Arm						<input type="checkbox"/> Working across the midline of the body or out to the side
Right Wrist						<input type="checkbox"/> Wrist is bent away from midline <small>Select if wrist is bent away from midline</small>
Right Wrist Twist			Force & Load for the Right handside SELECT ONLY ONE OF THESE: <input type="checkbox"/> No resistance • less than 2kg intermittent load or force <input type="checkbox"/> 2-10kg intermittent load or force <input type="checkbox"/> 2-10kg static load • 2-10kg repeated loads or forces • 10kg or more intermittent load or force <input type="checkbox"/> 10kg static load • 10kg repeated loads or forces • Shock or forces with rapid buildup			
Muscle Use	<input type="checkbox"/> Posture is mainly static, e.g. held for longer than 1 minute or repeated more than 4 times per minute					

Left Side:						
Left Upper Arm						<input type="checkbox"/> Shoulder is raised <input type="checkbox"/> Upper arm is abducted <input type="checkbox"/> Leaning or supporting the weight of the arm
Left Lower Arm						<input type="checkbox"/> Working across the midline of the body or out to the side
Left Wrist						<input type="checkbox"/> Wrist is bent away from midline <small>Select if wrist is bent away from midline</small>
Left Wrist Twist			Force & Load for the Right handside SELECT ONLY ONE OF THESE: <input type="checkbox"/> No resistance • less than 2kg intermittent load or force <input type="checkbox"/> 2-10kg intermittent load or force <input type="checkbox"/> 2-10kg static load • 2-10kg repeated loads or forces • 10kg or more intermittent load or force <input type="checkbox"/> 10kg static load • 10kg repeated loads or forces • Shock or forces with rapid buildup			
Muscle Use	<input type="checkbox"/> Posture is mainly static, e.g. held for longer than 1 minute or repeated more than 4 times per minute					
© 2001						

Neck					
Neck Twist					
Neck Side-bend					
Trunk					
Trunk Twist					
Trunk Side-bend					
Legs		Legs and feet are well supported and in an evenly balanced posture.		Legs and feet are NOT evenly balanced and supported.	
Force Et Load for the neck, trunk and legs	SELECT ONLY ONE OF THESE: <input type="checkbox"/> No resistance • less than 2kg intermittent load or force <input type="checkbox"/> 2-10kg intermittent load or force <input type="checkbox"/> 2-10kg static load • 2-10kg repeated loads or forces • 10kg or more intermittent load or force <input type="checkbox"/> 10kg static load • 10kg repeated loads or forces • Shock or forces with rapid buildup				
Muscle Use	<input type="checkbox"/> Posture is mainly static, e.g. held for longer than 1 minute or repeated more than 4 times per minute				

RULA Employee Assessment Worksheet

Complete this worksheet following the step-by-step procedure below. Keep a copy in the employee's personnel folder for future reference.

A. Arm & Wrist Analysis

Step 1: Locate Upper Arm Position

Step 1a: Adjust...
 If shoulder is raised +1;
 If upper arm is slanted +1;
 If arm is supported or person is leaning: -1

Step 2: Locate Lower Arm Position

Step 2a: Adjust...
 If arm is working across midline of the body: +1;
 If arm out to side of body: +1

Step 3: Locate Wrist Position

Step 3a: Adjust...
 If wrist is bent from the midline: -1

Step 4: Wrist Twist
 If wrist is twisted mainly in mid-range: -1;
 If twist at or near end of twisting range: -2

Step 5: Look-up Posture Score in Table A
 Use values from steps 1,2,3 & 4 to locate Posture Score in table A.

Step 6: Add Muscle Use Score
 If posture mainly static (i.e. hold for longer than 1 minute) or:
 If action repeatedly occurs 4 times per minute or more: +1

Step 7: Add Force/load Score
 If load less than 2 kg (intermittent): +0;
 If 2 kg to 10 kg (intermittent): +1;
 If 2 kg to 10 kg (static or repeated): +2;
 If more than 10 kg load or repeated or shock: +3

Step 8: Find Row in Table C
 The completed scores from the Arm/wrist analysis is used to find the row on Table C.

SCORES

B. Neck, Trunk & Leg Analysis

Step 9: Locate Neck Position

Step 9a: Adjust...
 If neck is twisted: +1; If neck is side-bending: +1

Step 10: Locate Trunk Position

Step 10a: Adjust...
 If trunk is twisted: +1; If trunk is side-bending: +1

Step 11: Legs
 If legs & feet supported and balanced: +1;
 If not: +2

Step 12: Look-up Posture Score in Table B
 Use values from steps 9,9a,10 & 10a to locate Posture Score in Table B.

Step 13: Add Muscle Use Score
 If posture mainly static or:
 If action 4/minutes or more: +1

Step 14: Add Force/load Score
 If load less than 2 kg (intermittent): +0;
 If 2 kg to 10 kg (intermittent): +1;
 If 2 kg to 10 kg (static or repeated): +2;
 If more than 10 kg load or repeated or shock: +3

Step 15: Find Column in Table C
 The completed scores from the Neck/Trunk & Leg analysis is used to find the column on Chart C.

Upper Arm	Lower Arm	Wrist							
		1	2	3	4				
1	1	1	2	2	3	3	3	3	3
1	2	2	2	2	3	3	3	3	3
1	3	3	3	3	3	3	4	4	4
2	1	3	3	3	3	4	4	4	4
2	2	3	3	3	3	4	4	4	4
2	3	4	4	4	4	4	5	5	5
3	1	3	3	4	4	4	4	5	5
3	2	3	4	4	4	4	4	5	5
3	3	4	4	4	4	4	5	5	5
4	1	4	4	4	4	5	5	5	5
4	2	4	4	4	4	5	5	5	5
4	3	4	4	4	5	5	5	5	5
5	1	5	5	5	5	5	5	6	6
5	2	5	5	5	5	6	6	6	6
5	3	5	5	5	6	6	6	6	6
6	1	6	6	6	6	6	6	6	6
6	2	6	6	6	6	6	6	6	6
6	3	6	6	6	6	6	6	6	6

Neck	Trunk Posture Score					
	1	2	3	4	5	6
1	1	1	2	2	3	3
2	2	2	3	3	4	4
3	3	3	4	4	5	5
4	4	4	5	5	6	6
5	5	5	6	6	7	7
6	6	6	7	7	8	8

Final Wrist & Arm Score	Final Neck, Trunk & Leg Score					
	1	2	3	4	5	6
1	1	1	2	2	3	3
2	2	2	3	3	4	4
3	3	3	4	4	5	5
4	4	4	5	5	6	6
5	5	5	6	6	7	7
6	6	6	7	7	8	8

Final Score =

Subject: _____
 Company: _____

Department: _____

Date: ___/___/___
 Scorer: _____

FINAL SCORE: 1 or 2 = Acceptable; 3 or 4 investigate further; 5 or 6 investigate further and change soon; 7 investigate and change immediately

KUESIONER

Tinjauan Gejala Dan Atau Keluhan Musculoskeletal Disorders (Msds) Pada
Pekerja Di Butik Lamode, Depok Lama, 2009

Selamat pagi/ siang/ sore/ malam,

Saya adalah mahasiswa **Fakultas Kesehatan Masyarakat UI** angkatan 2005 yang sedang menyusun skripsi mengenai keluhan pada otot rangka. Dalam rangka mengumpulkan informasi tersebut, saya meminta kesediaan Anda untuk mengisi kuisisioner ini. **Kuisisioner ini terdiri dari 4 halaman dan 16 pertanyaan.** Anda diminta untuk membaca dan mengisi pertanyaan-pertanyaan berikut dengan jujur sesuai kondisi Anda sebenarnya. Semua jawaban Anda akan sangat membantu penelitian saya. Semua data yang anda isikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan dalam penelitian ini. Atas bantuan dan kerjasama Anda saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

Sri Endah B. A.

Nama :
Umur :
Berat : Kg
Tinggi : Cm
Status : Belum Menikah Menikah

Berilah tanda (√) pada setiap pertanyaan berikut!

1. Spesifikasi pekerjaan:

- Menjahit dan menyetrika
- Menggunting pola
- Memasang payet & kancing

2. Sudah berapa lamakah Anda bekerja di bagian ini?

- Kurang dari 2 tahun
- 2-5 tahun
- 5-10 tahun
- Lebih dari 10 tahun

3. Berapa jam Anda bekerja dalam sehari?

- Kurang dari atau sama dengan 8 jam
- Lebih dari 8 jam

4. Berapa hari Anda bekerja dalam seminggu?

- Kurang dari atau sama dengan 5 hari
- Lebih dari 5 hari

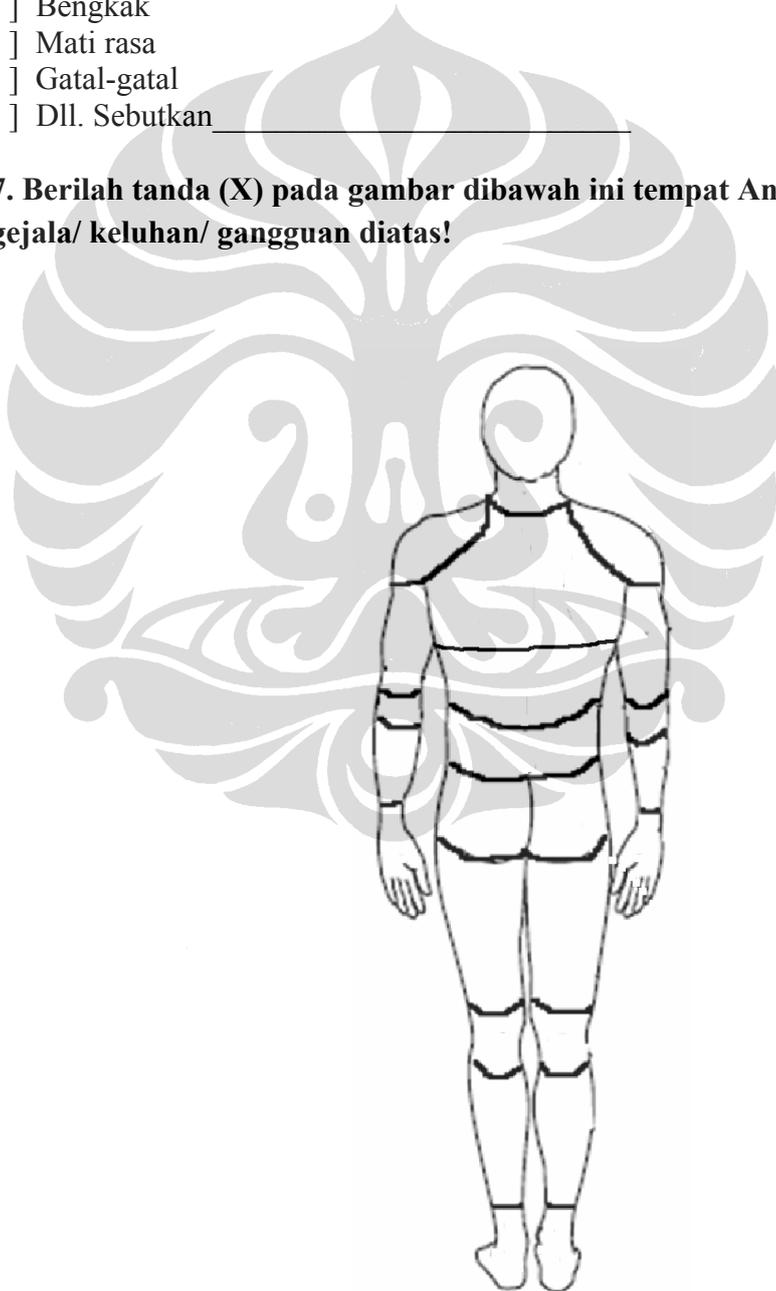
5. Apakah selama bekerja dibagian ini Anda pernah mengalami sakit/nyeri/kelelahan dengan otot atau rangka/ tulang Anda?

Ya Tidak

6. Gejala/ keluhan/ gangguan dengan otot atau rangka yang pernah Anda rasakan (*jawaban boleh lebih dari 1*) :

- Pegal-pegal, encok pada badan
- Nyeri/ sakit pada badan
- Lemah, letih, lesu
- Kesemutan/ Kram/ kejang
- Panas
- Kaku
- Bengkak
- Mati rasa
- Gatal-gatal
- Dll. Sebutkan _____

7. Berilah tanda (X) pada gambar dibawah ini tempat Anda merasakan gejala/ keluhan/ gangguan diatas!



Pertanyaan	Leher	Punggung & Pinggang	Bahu	Lengan Atas & Siku	Lengan Bawah	Pergelangan Tangan
8. Sisi mana yang Anda keluhkan mempunyai gejala ketidaknyamanan/gangguan/ nyeri/ sakit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri <input type="checkbox"/> Keduanya			
9. Bagaimanakah gejala/ keluhan/gangguan tersebut Anda rasakan? Ket: Biasa: gejala/keluhan ringan Sedang: gejala/ keluhan yang agak menyakitkan/ sesekali menyakitkan Berat: gejala/ keluhan yang sangat parah dan menyakitkan	<input type="checkbox"/> Biasa <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat					
10. Bagaimana gejala/ keluhan tersebut terjadi? Ket: A: Kadang-kadang terjadi hanya pada jam kerja B: Kadang-kadang terjadi pada jam kerja maupun ketika beristirahat/setelah pulang kerja C : terjadi terus menerus hanya pada jam kerja D: terjadi terus menerus pada jam kerja maupun ketika beristirahat/ setelah pulang kerja	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
11. Seberapa sering gejala/ keluhan tersebut terjadi? Ket: Jarang : 1-4 x dalam 1 bulan Sering : 2-3 x dalam 1 minggu Selalu : Hampir setiap hari	<input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Selalu					

12. Apakah pekerjaan/ aktivitas Anda sebelum bekerja di tempat ini?

penjahit juga

kursus/ les menjahit

pekerjaan/ aktivitas lainnya, sebutkan.....

13. Apakah sebelum bekerja di bagian ini Anda juga pernah merasakan gejala/ keluhan di atas?

Ya Tidak

14. Apakah gejala/ keluhan di atas mempengaruhi kegiatan Anda sehari-hari?

Ya Tidak

15. Apakah Anda pernah mendapatkan perawatan/ pengobatan dari dokter/ unit pelayanan kesehatan karena adanya gejala/ keluhan di atas?

Ya Tidak

16. Bagaimana Anda mengatasi gejala/ keluhan tersebut? (jawaban boleh lebih dari 1)

Beristirahat

Pemijatan biasa

Pemijatan menggunakan obat gosok/ balsem/ gel

Minum obat penahan rasa nyeri/ sakit

Berobat ke Dokter/ unit pelayanan kesehatan

**** Terimakasih atas partisipasi dan kerjasamanya ****