



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

## PERSONAL DATA

No. MCU : 3027/MCU-ISP/MCU/XII/2020  
No. Badge : -  
N a m a : **BERNARD NGANTUNG, Tn.**  
U m u r : 60 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : **Inspector**  
Tgl Pemeriksaan : **03 Desember 2020**  
Alamat : *Jl. Bahtera No. 77*

---

## Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

### F\_OH\_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)			
Nama Lengkap <b>BERNARD NGANTUNG, Tn.</b>	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) <b>06/08/1960</b>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Pekerjaan (Job Title) <b>Inspector</b>	Nama Perusahaan <b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b>	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore <span style="float: right;">All Area</span>	
Alamat Rumah : <b>Jl. Bahtera No. 77</b>	Nomor Telepone / HP <b>0813 7218 4123</b>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) <b>03/12/2020</b>	

BAGIAN B. Alasan Evaluasi (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor)
<b>Beri tanda pada kotak yang sesuai</b>

**Pemeriksaan sebelum bekerja (Pre-placement), untuk kategori posisi :**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker            | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti         | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team   | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang   | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat       |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal                       | <input type="checkbox"/> Pilot                    | <input type="checkbox"/> Food Handler              |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium |   |  |

**Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi :**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker            | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti         | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team   | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang   | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat                  |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal                       | <input type="checkbox"/> Pilot                    | <input type="checkbox"/> Food Handler                         |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium |   |   |

**Return to Work**

Tidak masuk kerja  $\geq 14$  hari kalender karena sakit atau cedera, atau  $< 14$  hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa on duty

**For Cause**

- Pasca Insiden                       Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja

**Job Transfer**

Dilakukan sebelum pemindahan tugas ke posisi lain.

**Komentar Supervisor** (sebutkan tambahan pekerjaan lain atau faktor risiko di tempat kerja bila ada) :

.....

.....

Tanda Tangan Supervisor	Tanggal (tgl - bln - thn)  <b>03/12/2020</b>
-------------------------	--

## F\_OH\_018\_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

Prosedur CFTW:  Pre-Placement  Periodic  Return to Work  For Cause  Job Transfer

<b>BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)</b>		
Nama Lengkap <i>Bernard Ngantung</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>6-8-1960</i>	Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>inspector</i>	Nama Perusahaan <i>PT. ISP.</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore <i>All Area</i>
Alamat Rumah <i>Jl. Bahana 77</i>	Nomor Telepon / HP <i>0813 7218 4122</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn)

**BAGIAN B. Riwayat Kesehatan Karyawan (diisi dengan benar oleh karyawan dan dituntun oleh petugas kesehatan)**

Sejak Medical Check Up terakhir, apakah Anda pernah atau sedang mengalami: T = Tidak, Y = Ya

		T	Y			T	Y			T	Y
1.	Mengalami gegar otak atau cedera kepala	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	Rasa lelah yang berlebihan tanpa alasan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	Sakit atau cedera leher dan atau tulang belakang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gangguan mata atau penurunan fungsi penglihatan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	Penyakit atau kelainan jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/rasa tertekan atau terbakar pada dada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<i>Epilepsy / ayan</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	Anemia/kurang darah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	Nyeri sendi, rematik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Gangguan pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	Penyakit maag atau gangguan pencernaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	Menggunakan alat bantu gerak/protesa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, vertigo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.	Hepatitis (sakit kuning)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	Masalah otot dan syaraf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Gangguan atau kelemahan/kelumpuhan pada anggota gerak (lengan dan atau tungkai)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.	Penurunan berat badan yang berlebih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.	Mati rasa, kesemutan, gemetar atau kejang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Penyakit kencing manis Jika ya, apakah menggunakan insulin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	Benjolan pada pembuluh getah bening (leher, ketiak dan pangkal paha)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	Menggunakan obat-obatan rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Suara serak menetap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	TBC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	Ruam kulit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Asma, gangguan pernafasan, sesak nafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	Buang air besar berwarna gelap/hitam	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	Pernah operasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Tekanan darah tinggi Pengobatan untuk tekanan darah tinggi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.	Gangguan system perkemihan: ginjal, kantung kemih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.	Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kejiwaan lain	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Stroke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	Hernia/burut/usus turun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.	Mengonsumsi alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Tumor atau kanker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.	Alergi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	Menggunakan narkoba	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan untuk setiap jawaban Ya: \_\_\_\_\_

Anda Merokok? <input checked="" type="checkbox"/> Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun) <input type="checkbox"/> Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun) <input type="checkbox"/> Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok > 10 tahun)	Aktivitas fisik anda? <input checked="" type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat
---	---

Hazard di tempat kerja:  Bising  Getaran  Benzene  Radiasi  Bahan Kimia:.....  Lainnya: .....

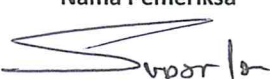

Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: \_\_\_\_\_

Apakah ada orangtua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 60 tahun karena penyakit jantung pembuluh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa: _____
---	---	--

Riwayat Perawatan di RS: \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Karyawan 	Tanggal (tgl - bln - thn)
---------------------------	---------------------------

Lampiran 4 - B7-004/KT1210/2019-S9

<b>BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh Petugas Kesehatan)</b>											
<b>ANTROPOMETRI &amp; TANDA-TANDA VITAL</b>											
<b>TINGGI BADAN</b>	<b>BERAT BADAN</b>	<b>IMT</b>	<b>LINGKAR PERUT</b>	<b>TEKANAN DARAH</b>	<b>DENYUT NADI</b> 135 x/mt						
172 cm	72 kg	24,3 cm	86 cm	160 / 100 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur						
<b>PEMERIKSAAN EKG</b>			<b>PEMERIKSAAN TREADMILL</b>								
HASIL : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan : Extreme Tachycardia, HR : 135, Premature Ventricular			Dilakukan pada usia > 40 thn atau ≤ 40 dengan Skor Kardiovaskuler Jakarta (SKJ) kategori Risiko tinggi (≥ 5). HASIL : <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya Catatan :								
<b>PEMERIKSAAN VO2 MAX, Hanya untuk Fireman dan Sekuriti</b>											
Hasil VO2 Max : mls/kg/min			Fireman : Target VO2 Max : 39 - 42 mls/kg/min								
Catatan :			Sekuriti : Target VO2 Max : 34 - 42 mls/kg/min								
<b>PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA</b>											
Hasil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :											
<b>PEMERIKSAAN SPIROMETRI</b>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek</li> <li>Fit to Work Fireman jika hasil spirometri FEV1 dan FVC &lt; 80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia*</li> </ul> <input checked="" type="checkbox"/> Tidak menderita TB			<b>Hasil Pemeriksaan</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FEV1</th> <th>FVC</th> <th>Rasio FEV1/FVC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Kesimpulan : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:			FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC			
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC									
Catatan : Hasil Evaluasi LLN :											
<b>Nama Pemeriksa</b>		<b>Tanda Tangan Pemeriksa</b>		<b>Tanggal Pemeriksaan</b>							
<b>PEMERIKSAAN MATA</b>											
<b>Standard:</b>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata</li> <li>Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata UNTUK Driver dan Crane Operator</li> <li>Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau)</li> <li>Buta satu mata TIDAK qualified untuk mengemudi</li> <li>Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan di dalam <i>Medical Clearance</i></li> </ul>											
	<b>Tanpa Koreksi</b>			<b>Dengan Koreksi</b>			<b>Tes Buta Warna</b>	<b>Lapang Pandang</b>			
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	Kanan : 85°			
Jarak Jauh	20/20	20/30	20/20	6/	6/	6/	<input type="checkbox"/> Buta warna Total	Kiri : 85°			
	6/	6/	6/	6/	6/	6/	<input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	<b>Visual Dept</b>			
Jarak Dekat	J#	J#	J#	J# J1	J#	J#		7-R/30			
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pakai Kacamata <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Normal (jelaskan)											
Catatan :											
<b>Nama Pemeriksa</b>			<b>Tanda Tangan Pemeriksa</b>			<b>Tanggal Pemeriksaan</b>					
						03/12/2020					

Lampiran 4 - B7-004/KT1210/2019-S9

**PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)**

**Standar:**

- Dapat mendengar suara bisikan dari jarak > 1.65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (hearing aid) ATAU
- Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik < 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar

Menggunakan alat bantu dengar?  Ya  Tidak

Tes Berbisik      Telinga Kanan      meter      Telinga Kiri      meter

**Audiometri (dB):**

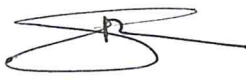
Telinga Kiri							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	25	20	25	25	25	25	

Telinga Kanan							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	25	20	15	20	20	20	

Ambang dengar rata-rata      Telinga Kiri : 25 dB      Telinga Kanan : 18,3 dB

Kesimpulan :  Normal       Tidak Normal, jelaskan :

**Catatan :**

Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan
Susi Rindayani, A.Md.Kep		03/12/2020

**PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

Pemeriksaan	Hasil
Panel Hitung Darah Lengkap : Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell, Indices (MCV, HCH, MCHC).	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal
Panel Kimia Darah : • Profil Lipid : Total Kolesterol, HDL, LDL dan Trigliserida • Fungsi Hati : Total Bilirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT dan SGPT • Fungsi Ginjal : Asam Urat, Ureum dan Kreatinin. • Gula Darah Puasa & Gula Darah 2 jam setelah makan	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal <i>Cholesterol : 289 mg/dL (↑), LDL : 201 mg/dL (↑), Trigliserida : 158 mg/dL (↗).</i>
Urine Analisa lengkap	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal
Kultur Feses (Khusus untuk Food Handler)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal

**BAGIAN D. Pemeriksa Pemeriksaan Dokter**

Garis bawahi setiap kelainan yang ditemukan. Jelaskan setiap temuan tersebut pada tempat yang telah disediakan. (Y=Ya, T= Tidak)

No.	Bagian Tubuh/Sistem	Pemeriksaan	Y	T	Penjelasan
1	Kepala	Ada tanda-tanda cedera?		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Mata	Pupil tidak normal, reaksi terhadap cahaya, akomodasi, gerakan mata, keseimbangan otot-otot mata, gerakan-gerakan ekstraokuler, Nystagmus, Exophthalmos, Retinopati, Katarak, Afakia, Glaucoma, Degenerasi Macular (kirim ke Spesialis jika diperlukan)		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Telinga	Pengerasan (scarring) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernapas), gigi.	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>Gigi : Radix, Missing.</i>
5	Dada dan sistem pernapasan	Benjolan abnormal, kelaian dinding dada, laju pernapasan, suara pernapasan, wheezing, gangguan fungsi pernapasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)		<input checked="" type="checkbox"/>	

Lampiran 4 - B7-004/KT1210/2019-S9

6	Sistem jantung dan pembuluh darah	Murmur, suara tambahan, pembesaran jantung, pemakaian alat pacu jantung, defibrillator implant, pulse abnormal, suara (bruit) arterial, dan vena verikosis	✓	
7	Abdomen dan organ di dalamnya	Pembesaran hati, limpa, adanya massa, dan kelemahan dinding abdomen yang bermakna	✓	
8	Tulang belakang dan muskuloskeletal	Ada riwayat operasi, cedera, kelaianan bentuk, keterbatasan pergerakan (ROM), keaktifan anggota tubuh	✓	
9	Sistem perkemihan	<i>Hernia</i>	✓	
10	Ekstremitas (tangan dan kaki)	Kehilangan atau cacat : tungkai, kaki, jari kaki, tangan, jari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah <b>Mohon test kekuatan otot dan reflek bagi Driver, Operator Alat Berat, Operator Crane, Awak Mobil Tanki.</b>	✓	Kekuatan Otot (5/5 ; 5/5)
11	Persyarafan	Gangguan : Keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimetris. Abnormal : Fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky. <b>Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh : Scaffolder, Inspector Lifting.</b>	✓	Romberg Test : Negative
12	Kulit dan kelenjar getah bening	Dermatitis : Scabies, Eksim, jerawat, benjolan pada leher, ketiak, pangkal paha.	✓	
13	Tumor dan keganasan	Adanya benjolan yang tidak normal, kelainan yang mengarah ke keganasan.	✓	
14	Penampilan Umum	Bersih/kotor, rapi/tidak rapi.	✓	Bersih, Rapi.
15	Lainnya, jelaskan			-

**Khusus untuk Food Handler**

16	Personal Hygiene	Penampilan kotor, kuku panjang, infeksi jamur, ada jerawat bernanah.	✓	
----	------------------	--	---	--

**Komentar Dokter : (Jelaskan penemuan signifikanyang tertera di atas).**

.....

.....

.....

.....

**BAGIAN E. REKOMENDASI KELOMPOK KERJA**

<p><b>Klasifikasi Kelaikan Kerja</b></p> <p><input type="checkbox"/> A. Laik Kerja, masa berlaku : <input type="checkbox"/> 6 bulan <input type="checkbox"/> 1 Tahun</p> <p><input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan :</p> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja</p> <p><input type="checkbox"/> Permanen <input checked="" type="checkbox"/> Sementara dievaluasi setelah.....!..... minggu/bulan</p> <p><input type="checkbox"/> D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan :</p> <p>.....</p>	<p><b>Rekomendasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.</li> <li>* Hentikan SEGERA kebiasaan merokok. Pelajari EFEK BURUK merokok jangka panjang.</li> <li>* Turunkan tekanan darah, berobat teratur. Rutin kontrol tekanan darah ke dokter. Diet RENDAH GARAM.</li> <li>* Diet RENDAH LEMAK ; Batasi makan GORENGAN ; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH 1 bulan kemudian.</li> <li>* Konsul ke dokter perusahaan / Internist untuk evaluasi hasil Laboratorium &amp; Tekanan Darah. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI.</li> <li>* Konsul ke dokter Spesialis Jantung (Cardiologist) untuk evaluasi hasil EKG.</li> </ul>
---	--

<p><b>Nama Dokter Pemeriksa</b></p> <p>dr. Hendra AZ.</p>	<p><b>Tanda Tangan</b></p> 	<p><b>Tanggal (tgl-bln-thn)</b></p> <p>03/12/2020</p>
---	---	---

<p><b>Nama Rumah Sakit / Klinik</b></p> <p><b>GRAND MEDICA CLINIC</b></p>	<p><b>Alamat Rumah Sakit / Klinik</b></p> <p>Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-7214553.</p>
---	---

### F\_OH\_021\_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Bernard Ngantung  
Tanggal Lahir : 06/08/1960  
Pekerjaan : Inspektur  
Perusahaan : PT. ISP Nomor Pegawai : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Nomor Telepon : 0812 7210 4123

Dengan akal yang sehat dan tanpa paksaan dari pihak manapun, maka dengan ini saya memberikan kuasa kepada:

Rumah Sakit/Klinik : GRAND MEDICA CLINIC  
Alamat : Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08 Gn. Bakaran, Balikpapan.  
Nomor Telepon : 0542-7214552

Untuk membuka informasi medis saya, yang meliputi informasi di bawah ini (bisa pilih lebih dari satu):

- Catatan medis lengkap     Pemeriksaan laboratorium     Pemeriksaan mata     Pemeriksaan Fisik  
 Spirometri     Informasi penyakit/cedera     Laporan X-Ray     Audiogram  
 EKG     Lainnya (mohon dijelaskan) \_\_\_\_\_

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:

Nama : \_\_\_\_\_ Perusahaan/Instansi : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_ Nomor Telepon : \_\_\_\_\_

---

Nama : \_\_\_\_\_ Perusahaan/Instansi : PHKT  
Alamat : \_\_\_\_\_ Nomor Telepon : \_\_\_\_\_

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : \_\_\_\_\_

Saya memahami kecuali saya menjelaskan secara spesifik informasi yang diungkapkan termasuk tapi tidak terbatas pada informasi riwayat, diagnosa dan atau pengobatan atas penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, penyakit yang berhubungan dengan mental/psikiatrik dan atau penyakit menular, termasuk *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*.

Saya mengajukan permintaan salinan dari lembar persetujuan ini :  Ya  Tidak

Tanda Tangan [Signature] Tanggal 12/12/2020  
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

[Signature] Sri H. Team Medical Check Up Tanggal 03/12/2020  
Tanda Tangan Saksi Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)

## F\_OH\_019\_Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN			No. REG : 3027/MCU-ISP/MCU/XII/2020
Nama Lengkap <b>BERNARD NGANTUNG, Tn.</b>	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) <b>06/08/1960</b>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja <b>All Area</b>
Nama Perusahaan <b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b>	CFTW Procedure <input type="checkbox"/> Pre-Placement <input checked="" type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause <input type="checkbox"/> Job Transfer		<input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama : <b>Inspector</b>			
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker	<input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang	<input type="checkbox"/> Operator Alat Berat
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot	<input type="checkbox"/> Food Handler
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium		

Posisi Tambahan : -

## REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

<input type="checkbox"/> A Laik Kerja, masa berlaku :	<input type="checkbox"/> 6 bulan <input type="checkbox"/> 1 tahun	Tanggal MCU :	03/12/2020
<input type="checkbox"/> B Laik Kerja Dengan Batasan			
1.			
2.			
3.			
4.			
<input checked="" type="checkbox"/> C Tidak Laik Kerja :	<input type="checkbox"/> Permanen	<input checked="" type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah .....	minggu/bulan.
<input type="checkbox"/> D Tidak dapat mematuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan :			
.....			
Rekomendasi (Jika diperlukan tindak lanjut) :			
* Diet RENDAH LEMAK ; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH 1 bulan kemudian.			
* Konsul ke dokter perusahaan / Internist untuk evaluasi hasil Laboratorium & Tekanan Darah.			
* Konsul ke dokter Spesialis Jantung (Cardiologist) untuk evaluasi hasil EKG.			
* -			

Catatan : <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa <b>dr. Hendra AZ.</b> No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KIKU/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) <b>07/12/2020</b>
Nama Rumah Sakit / Klinik <b>GRAND MEDICA CLINIC</b>	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit / Klinik Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-72 Email : grandmedica@gmail.com	

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&amp;M PHKT untuk :

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu : Tenaga Sekuriti, Fireman, bekerja diketinggian, (working at height), bekerja di ruang terbatas (Confined Space), Awak Mobil Tanki (AMT), Operator Alat Berat, Driver Mobil Penumpang dan Penyelam, Teknik Bawah Air (TBA).
- Penjamah Makanan (Food Handler) dan Tenaga Medis (Health Care Worker)

Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak)	Tanda Tangan	Tanggal (tgl/bln/thn)
.....	.....	..... / .....



## HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2020



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, 07/12/2020

PERIODIC

Nama : <b>BERNARD NGANTUNG, Tn.</b>	Umur : 60 tahun	No. Badge : -
Posisi : <b>Inspector</b>	MCU ID : 3027/MCU-ISP/MCU/XII/2020	Jabatan Tambahan : -

Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :  
03/12/2020

### TEMUAN :

- \* Berat Badan = 72 Kg (Normal), BMI = 24,34 ; BB Ideal = 53,25 - 73,96 Kg. LP = 86 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- \* Riwayat Kesehatan = Tidak ada masalah kesehatan. MEROKOK : YA. Aktivitas Fisik : RINGAN.
- \* Hazard di Tempat Kerja = N/A. Riwayat Kesehatan Keluarga = N/A.
- \* Fisik = TD : 160/100 mmHg (Hipertensi Grade 2). Gigi : Radix, Missing. Kekuatan Otot Extremitas (5/5 ; 5/5). Romberg Test : Negative.
- \* Fisik = Mata : VOD : 20/30 (Normal), VOS : 20/20 (Normal), Jaeger Test : J1 (KM), VD : 7-R/30, VF ODS : 85°(Normal). Test Buta Warna : Normal.
- \* Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- \* Lab = Kimia Darah : **Cholesterol : 289 mg/dL (↑), LDL : 201 mg/dL (↑), Trigliserida : 158 mg/dL (↑).**
- \* Rekam Jantung (EKG) = **Extreme Tachycardia, HR : 135 (Abnormal).**
- \* Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal. Audiometri = Dalam batas normal.
- \* **Skor Kardiovaskuler Jakarta = 12 -> RISIKO TINGGI (CV10 > 20 %)**

### STATUS KESEHATAN :

KATEGORI	CATATAN	Validity Period :
<input type="checkbox"/>	Fit For Duty (Fit untuk bekerja normal)	-
<input type="checkbox"/>	Fit with restriction (Fit dengan batasan tertentu)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Not Fit (Tidak dapat bekerja di area PHKT)	
<input type="checkbox"/>	Failed to comply with requested evaluations (Karyawan tidak di ijinakan untuk bekerja di area PHKT sampai evaluasi Fit For Duty diselesaikan)	

Sebagai : Inspector

Di : All Area Onshore & Offshore



### SARAN - SARAN :

- \* Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.
- \* Hentikan SEGERA kebiasaan merokok. Pelajari EFEK BURUK merokok jangka panjang.
- \* Turunkan tekanan darah, berobat teratur. Rutin kontrol tekanan darah ke dokter. Diet RENDAH GARAM.
- \* Diet RENDAH LEMAK ; Batasi makan GORENGAN ; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH 1 bulan kemudian.
- \* Konsul ke dokter perusahaan / Internist untuk evaluasi hasil Laboratorium & Tekanan Darah. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI.
- \* Konsul ke dokter Spesialis Jantung (Cardiologist) untuk evaluasi hasil EKG.

Bila masih ada hal yang perlu diperjelas, mohon segera menghubungi dokter pemeriksa di 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158.  
Terima kasih atas kerjasamanya.

### Catatan :

\* Status Medical Check Up ini berlaku sampai dengan tanggal : -

Mengetahui :

Hormat Kami,  
Dokter Pemeriksa,



**dr. Hendra AZ.**

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017



Jl. Marsma R. Iswahyudi No.19 RT.08  
Balikpapan. Kalimantan Timur

P: 0542-721-4552; 0823-6655-3030

F: 0542-721-4553 E: grandmedica@gmail.com





**JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE**

Name : **BERNARD NGANTUNG, Tn.** Age (Years) : **60**  
 MCU No. : **3027/MCU-ISP/MCU/XII/2020** Job : **Inspector**  
 Date : **03/12/2020** Company : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	60	3
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	Grade 2	3
	High Normal	1		
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m2)	13,79-25,99	0	24,3	0
	26,00-29,99	1		
	30,00-35,58	2		
Smoke	Never	0	Smoker	4
	Ex Smoker	3		
	Smoker	4		
Diabetes Mellitus	No	0	No	0
	Yes	2		
Physical Exercise/Activity	No	2	Low	1
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		
<b>TOTAL SCORE</b>				<b>12</b>
<b>CONCLUSION :</b>		➔	<b>HIGH RISK (CV10 &gt; 20%)</b>	

**NOTES :**

Blood Pressure : Normal (<130/<85), High - Normal (130-139/85-89), Grade 1 Hypertension (140-159/90-99), Grade 2 Hypertension (160-179/100-109), Grade 3 Hypertension (>180/>110)

**RISK LEVEL :**

▶ -7 to 1 → Low Risk (CV10 < 10%). ▶ 2 to 4 → Moderate Risk (CV10 = 10-20%). ▶ ≥ 5 → High Risk (CV10 > 20%)





**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

*Result of Laboratorium Analysis*

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 3027 /GMI-MCU/XII/2020

Dokter Konsulen  
dr. Novita Indayani, Sp. PK

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama</b> (Name)	: BERNARD NGANTUNG, Tn. / Laki-Laki	<b>Umur</b> (Age)	: 60 Tahun (Years old)
<b>Pekerjaan</b> (Job Position)	: INSPECTOR	<b>Dokter</b> (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
<b>Perusahaan</b> (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	<b>Tgl Pemeriksaan</b> (Date of Analysis)	: 3 Desember 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>HEMATOLOGI RUTIN</b>			
Hemoglobine ( Hgb )	15,4	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit ( Hct )	43,7	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,8	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup>
Leucocyt (WBC)	9,7	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 <sup>3</sup> /μL
<b>Differential Count</b>			
Basophile	0,1	0 - 2	%
Eosinophile	1,1	0 - 3	%
Neutrofil	64,9	50 - 70	%
Lymphocyte	26,1	20 - 40	%
Monocyte	4,6	3 - 12	%
MCV	90,5	80 - 100	fL
MCH	31,8	27 - 34	pg/cell
MCHC	35,2	32 - 36	g/dL
RDW- CV	14,9	11 - 16	%
RDW-SD	49,6	35 - 56	fL
Thrombocyt	439	140 - 440	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>KIMIA KLINIK</b>			
<b>METABOLISME GLUKOSA/DIABETES</b>			
Glucose Fasting	96	Normal : 70 - 110	mg/dL
Glucose 2h pp	102	Normal : < 140 Gangguan toleransi glukosa : 140 - 199 Diabetes melitus : > 200	mg/dL
<b>PROFIL LEMAK</b>			
Cholesterol total	<b>289</b>	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	<b>158</b>	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	56	Rendah : < 40 Tinggi : >= 60	mg/dL



## HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 3027 /GMI-MCU/XII/2020

Dokter Konsulen  
dr. Novita Indayani, Sp. PK

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama</b> (Name)	: BERNARD NGANTUNG, Tn. / Laki-Laki	<b>Umur</b> (Age)	: 60 Tahun (Years old)
<b>Pekerjaan</b> (Job Position)	: INSPECTOR	<b>Dokter</b> (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
<b>Perusahaan</b> (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	<b>Tgl Pemeriksaan</b> (Date of Analysis)	: 3 Desember 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	201	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	3,6	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
<b>FUNGSI HATI</b>			
SGOT / AST	19	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	37	0 - 40	U/L
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Uric Acid	4,6	Laki-laki dewasa :3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	0,8	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	44	10 - 50	mg/dL
<b>URINALISA</b>			
<b>MAKROSKOPIS URIN</b>			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
<b>KIMIA</b>			
Berat jenis	1,025	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	6,5	Normal : 4,5 - 8	
Protein	Negatif	Normal : < 7,5 (Negatif)	mg/dL
Glucose	Negatif	Normal : < 0,018 (Negatif)	mg/dL
Leukosit esterase	Negatif	Normal : < 9 (Negatif)	Leu/ $\mu$ L
Ketone	Negatif	Normal : < 2,5 (Negatif)	mg/dL
Urobilin	Negatif	Normal : < 0,2 (Negatif)	mg/dL
Bilirubin	Negatif	Normal : < 0,4 (Negatif)	mg/dL
Nitrite	Negatif	Normal : < 0,05 (Negatif)	mg/dL
Blood	Negatif	Normal : 1< 0,018 (Negatif)	mg/dL



**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

*Result of Laboratorium Analysis*

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 3027 /GMI-MCU/XII/2020

Dokter Konsulen  
dr. Novita Indayani, Sp. PK

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : BERNARD NGANTUNG, Tn. / Laki-Laki

**Umur**  
(Age) : 60 Tahun  
(Years old)

**Pekerjaan**  
(Job Position) : INSPECTOR

**Dokter**  
(Doctor) : Dr. Hendra AZ

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 3 Desember 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
<b>MIKROSKOPIS URIN</b>			
Epithel	-		
WBC	-		
RBC	-		
Cast	-		
Crystal	-		
Bacterie	-		
Others	-		

Tanggal pengambilan sampel : 3 Desember 2020

Penanggung Jawab  
Laboratorium



Dr. Hendra Agus Z

Laboratorium  
**GRAND Medica**

Analisis Laboratorium



Syamsiar Am. Ak





Nomor Pasien  
(Patient Number) :

Nomor Film  
(Film Number) : 3027

**Data Pasien (Patient Detail)**

<u>Nama</u> (Name) :	<b>BERNARD NGANTUNG, Tn.</b>	<u>Perusahaan</u> (Company) :	<b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b>
<u>Umur</u> (Age) :	<b>60</b> Tahun (years old)	<u>Pekerjaan</u> (Occupation) :	<b>INSPECTOR</b>
<u>Jenis Kelamin</u> (Gender) :	<b>Male</b>	<u>Tgl Pemeriksaan</u> (Date of Analysis) :	<b>03 Desember 2020</b>

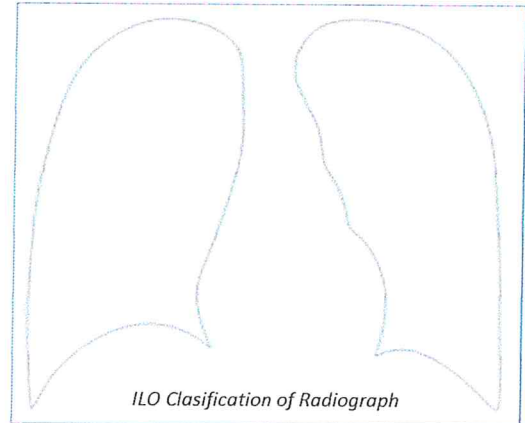
**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

Jenis Pemeriksaan  
(Type of Examination) : Thorax

Posisi Penyinaran  
(Exposure Position) : PA

Kondisi Penyinaran  
(Exposure Condition) : **kV : 66**

**mAs : 0,30**



**Interpretasi Foto Thorak oleh Spesialis Radiologi**  
(Chest X-ray Interpretation by the Radiologist)

**Penjelasan Keadaan Abnormal**  
(Comment on Abnormalities)

- Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?  
(Skeleton and/or Soft Tissue Abnormalities)
- Kelainan Bayangan Jantung?  
(Abnormal heart shadows)
- Kelainan Hilus dan/atau Kelenjar Limfa?  
(Abnormal hilar and/or lymphatic gland)
- Kelainan Diafragma dan Sudut Costophrenic?  
(Abnormal Diaphragms and Costophrenic angles)
- Kelainan Paru-paru?  
(Abnormal Lung Fields)
- Gambaran Lainnya dari Lesi TBC?  
(Any evidence of tubercular lesions)
- Gambaran Abnormal Lainnya?  
(Detail of Other Abnormalities)

No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto Thorax Normal

  
**dr. ABDUL HARIK, Sp.RAD**  
 (Radiologist signature)  
 Spesialis Radiologi





Patient Data

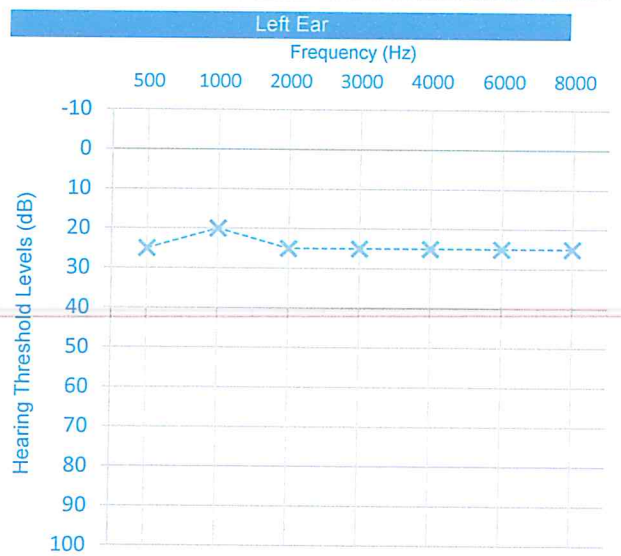
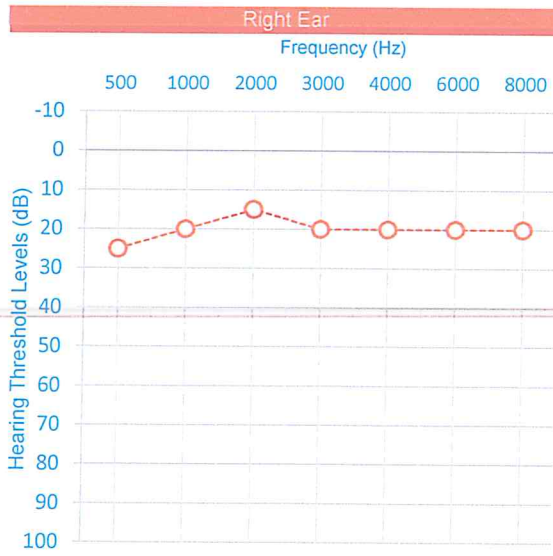
ID Number	3027	Gender	Laki-laki
First Name	BERNARD	Occupation	Inspector
Last Name	NGANTUNG	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	60 Yo.	Test Date	3 Desember 2020

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work: Inspector	Period of work: -	Hearing Protection Worn: No
Previous	1) -	-	-
	2) -	-	-
Military Services	-		

Otological History / Symptoms

<input type="checkbox"/> Serious Head Injury	<input type="checkbox"/> Bleeding	Detail:
<input type="checkbox"/> Broken Ear Drum	<input type="checkbox"/> Pressure/Fullness	
<input type="checkbox"/> Ear Surgery	<input type="checkbox"/> Pain	
<input type="checkbox"/> Ear Infection	<input type="checkbox"/> Tinnitus	
<input type="checkbox"/> Decrease Hearing	<input type="checkbox"/> Exposure to Loud Blast	
<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Medication	



O = Right Air Conduction; <= Right Bone Conduction      X = Left Air Conduction >= Left Bone Conduction

Test Detail

Test Location	<input checked="" type="checkbox"/> Sound Booth <input type="checkbox"/> Other	Hours Away from Noise	<input type="checkbox"/> < 14 hours <input type="checkbox"/> 14 - 24 hours <input type="checkbox"/> > 24 hours
Technician	Susi Rindayani, A.Md.Kep		

Right Ear Observation and Test Result

Left Ear Observation and Test Result

Canal	Normal							HTL RIGHT EAR	Canal	Normal							HTL LEFT EAR
	Ear Drum									Ear Drum							
Conduction	Frequency (Hz)							18,3	Conduction	Frequency (Hz)							25,0
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000			500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
Air	25	20	15	20	20	20	20	Air	25	20	25	25	25	25	25		
Bone								Bone									

Conclusion / Medical Report

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.  
 Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature **Grand Medica Indonesia**  
 dr. Hendra A.Z.

Instrument used: SIBELSOUND 400  
 Standard: OSHA





**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

**Patient Data**

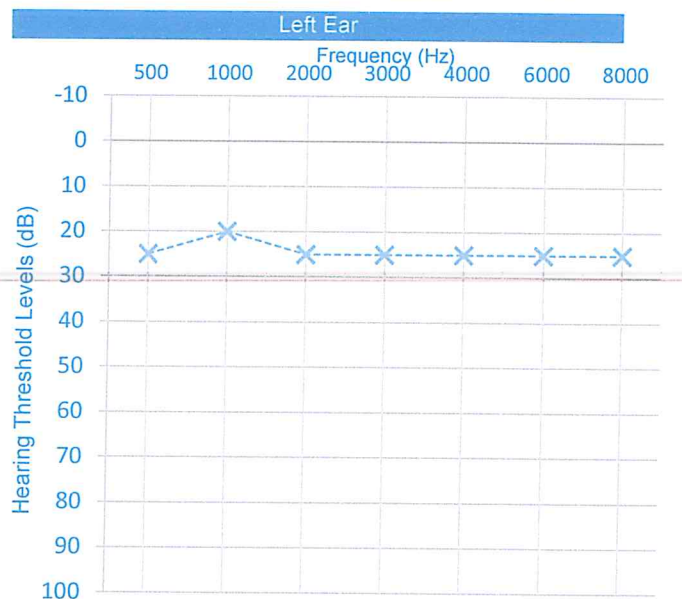
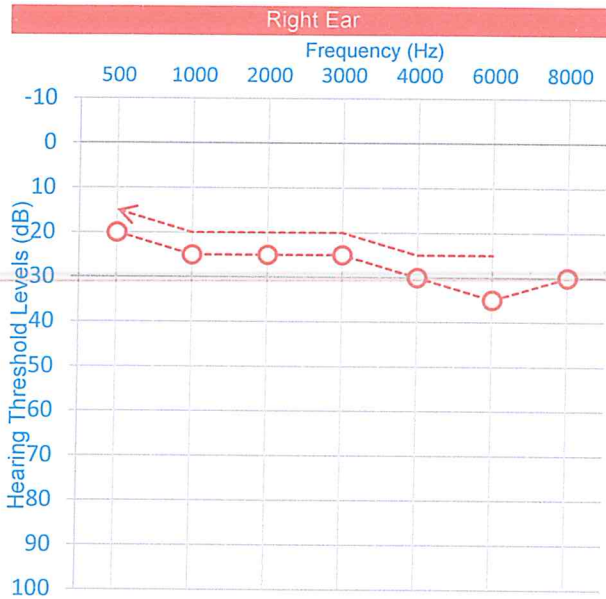
ID Number	29092102	Gender	Laki-laki
First Name	MOH. ASROUL	Occupation	Scaffolder
Last Name	YUSRO	Company	PT. Bukaka Teknik Utama
Age	33 Yo.	Test Date	29 September 2021

**Occupational Noise Exposure**

<b>Present</b>	Type of work:	Period of work:	Hearing Protection Worn:
	Scaffolder	-	No
<b>Previous</b>	1) -	-	-
	2) -	-	-
<b>Military Services</b>	-	-	-

**Otological History / Symptoms**

<input type="checkbox"/> Serious Head Injury	<input type="checkbox"/> Bleeding	Detail:
<input type="checkbox"/> Broken Ear Drum	<input type="checkbox"/> Pressure/Fullness	
<input type="checkbox"/> Ear Surgery	<input type="checkbox"/> Pain	
<input type="checkbox"/> Ear Infection	<input type="checkbox"/> Tinnitus	
<input type="checkbox"/> Decrease Hearing	<input type="checkbox"/> Exposure to Loud Blast	
<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Medication	



O = Right Air Conduction; <= Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction >= Left Bone Conduction

**Test Detail**

Test Location	<input checked="" type="checkbox"/> Sound Booth <input type="checkbox"/> Other	Hours Away from Noise
Technician	Susi Rindayani A.Md. Kep	<input type="checkbox"/> < 14 hours <input type="checkbox"/> 14 - 24 hours <input type="checkbox"/> > 24 hours

**Right Ear Observation and Test Result**

**Left Ear Observation and Test Result**

Canal	Normal								HTL	Canal	Normal								HTL
Ear Drum	Normal								RIGHT EAR	Ear Drum	Normal								LEFT EAR
Conduction	Frequency (Hz)								26,7	Conduction	Frequency (Hz)								25,0
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	500			1000	2000	3000	4000	6000	8000			
	Air	20	25	25	25	30	35	30			Air	25	20	25	25	25	25	25	
Bone	15	20	20	20	25	25	Bone												

**Conclusion / Medical Report**

Right Ear : Gangguan pendengaran tipe campuran derajat RINGAN

Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature

*dr. Hendra A.Z.*  
Grand MEDICA INDONESIA

Instrument used  
SIBELSOUND 400

Standard  
OSHA





ID : 3027  
Name : Bernard Ngantung  
Age : 60 Years  
Gender : Male  
Department: PT. Inspektindo

HR : 135 BPM  
P Dur : 113 ms  
PR int : 144 ms  
QRS Dur : 98 ms  
QT/QTc int : 294/442 ms  
P/QRS/T axis : 35/32/26 °  
RV5/SV1 amp : 1.867/1.288 mV  
RV5+SV1 amp : 3.155 mV  
RV6/SV2 amp : 1.720/2.366 mV

Technician : Rinda A.Md. Kep  
Report Confirmed by:

Diagnosis Information:  
815: Extreme Tachycardia  
842: Premature Ventricular Contraction

*Extreme Tachycardia*  
*Benar*  
*Benar*

dr. AGHMAD YUSRI, Sp.P

SPECIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

