



PERSONAL DATA

No. MCU : 2387/MCU-ISP/MCU/X/2020
No. Badge : -
N a m a : **NOVIED NAZAR, Tn.**
U m u r : 26 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : **Inspector**
Tgl Pemeriksaan : **10 Oktober 2020**
Alamat : *Jl. Cemara RT 34 No. 26 Balikpapan Tengah.*

Tgl. Skrining : 10/10/2020

No. : 2387

Bagian A. Identitas Pasien (diisi dengan lengkap oleh pasien yang berkunjung)

Nama Lengkap:	Tgl. Lahir:	Umur :	Jenis Kelamin :
NOVIED NAZAR, Tn.	24/07/1994	26 tahun	Laki-Laki
Nama Perusahaan:	Alamat Rumah:	Telp./HP :	
PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Jl. Cemara RT 34 No. 26 Balikpapan Tengah.	0822 5526 5164	

Bagian B. Informasi Riwayat Kesehatan (diisi oleh pasien)

Berilah tanda centrang (v) pada setiap kolom pertanyaan sesuai keadaan sebenarnya:

Gejala:	Ya	Tidak
1. Apakah anda pernah mengalami demam atau riwayat demam dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Apakah anda pernah mengalami batuk/pilek/nyeri tenggorokan dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Apakah anda pernah mengalami sesak atau kesulitan bernapas (pneumonia) dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Faktor Risiko :	Ya	Tidak
1. Apakah anda memiliki riwayat perjalanan ke wilayah/negara/kota yang termasuk kategori transmisi lokal dalam waktu 14 hari terakhir.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jakarta <input type="checkbox"/> Manado <input type="checkbox"/> Bandung <input type="checkbox"/> Pontianak <input type="checkbox"/> Yogyakarta <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Depok <input type="checkbox"/> Denpasar <input type="checkbox"/> Tangerang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bogor <input type="checkbox"/>		
2. Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih:		
a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bagian C. Pemeriksaan Tanda Vital (diisi oleh petugas pemeriksa)

Pengukuran Suhu Tubuh (°C)	Laju Pernapasan (x/menit)	Laju Nadi (x/menit)
36	20	63

Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)

Suara Napas	Ronchi	Wheezing
Vesikuler +/-	-/-	-/-

Bagian E. Kategori Penilaian

Kategori	Kesimpulan
<ul style="list-style-type: none"> Pasien Dalam Pengawasan (PDP) 	Gejala No. 1 + No. 2 + No. 3 DAN faktor risiko No. 1 ATAU Gejala No. 1 ATAU No. 2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 ATAU Gejala No.3 (Berat) <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Orang Dalam Pemantauan (ODP) 	Gejala No. 1 ATAU No.2 DAN Faktor Risiko No.1 ATAU Gejala No.2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Orang Tanpa Gejala (OTG) 	Tidak ada gejala DAN Memiliki faktor risiko No.2. <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Bukan Termasuk Salah Satunya. 	<input checked="" type="checkbox"/>

Saya menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan di atas adalah benar dan telah diisi sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Saya setuju hasil pemeriksaan saya disimpan dalam bentuk dokumen tertulis maupun elektronik dan jika diperlukan informasi medis yang berhubungan dengan pekerjaan saya, dapat diberikan kepada pimpinan perusahaan tempat saya bekerja.

Pasien/Karyawan	Petugas Skrining	Dokter Pemeriksa
	 Suparian	  dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap NOVIED NAZAR, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 24/07/1994	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Inspector	Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore All Area
Alamat Rumah : Jl. Cemara RT 34 No. 26 Balikpapan Tengah.	Nomor Telepone / HP 0822 5526 5164	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 10/10/2020

BAGIAN B. Alasan Evaluasi (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor)

Beri tanda pada kotak yang sesuai

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) 10/10/2020
-------------------------	--

F_OH_018_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

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

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)

Nama Lengkap NOVIED NAZAR	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 29/07/1994	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Inspection	Nama Perusahaan Pt. ISP	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah Jl. Cometa Rt 34 No 26 BALTENG	Nomor Telepon / HP 082255265164	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) All Arc

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.	Epilepsy / ayan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" 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 rufin baik yang diresepkan dokter maupun tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Suara serak menelap	<input checked="" 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, kantong 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.	Hemia/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? Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun) Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun) Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok > 10 tahun)

Aktivitas fisik anda? Ringan Sedang 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) Ya Tidak



Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:

Riwayat Perawatan di RS:

Tanda Tangan Karyawan: 

Tanggal (tgl - bln - thn): **10/10/2020**

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

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh Petugas Kesehatan)											
ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL											
TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI 63 x/mt						
170 cm	79 kg	27,3 cm	85 cm	120 / 79 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur						
PEMERIKSAAN EKG			PEMERIKSAAN TREADMILL								
HASIL : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan : Sinus Rhythm			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 :								
PEMERIKSAAN VO2 MAX, Hanya untuk Fireman dan Sekuriti											
Hasil VO2 Max : mls/kg/min			Fireman : Target VO2 Max : 39 - 42 mls/kg/min Sekuriti : Target VO2 Max : 34 - 42 mls/kg/min								
PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA											
Hasil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :											
PEMERIKSAAN SPIROMETRI											
<ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek Fit to Work Fireman jika hasil spirometri FEV1 dan FVC < 80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia* <input checked="" type="checkbox"/> Tidak menderita TB			Hasil Pemeriksaan <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 :											
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa		Tanggal Pemeriksaan							
PEMERIKSAAN MATA											
Standard: <ul style="list-style-type: none"> Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata UNTUK Driver dan Crane Operator Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau) Buta satu mata TIDAK qualified untuk mengemudi Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan di dalam <i>Medical Clearance</i> 											
	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang			
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	Kanan : 85°			
Jarak Jauh	20/50	20/20	20/20	6/	6/	6/	<input type="checkbox"/> Buta warna Total	Kiri : 85°			
Jarak Dekat	J# J1	J#	J#	J#	J#	J#	<input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Visual Dept			
								8-L/25			
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 :											
Nama Pemeriksa 		Tanda Tangan Pemeriksa 		Tanggal Pemeriksaan 10/10/2020							

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
	15	15	15	15	20	20	

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

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri : 16,7 dB Telinga Kanan : 20 dB

Kesimpulan : Normal Tidak Normal, jelaskan :

Catatan :

Nama Pemeriksa Susi Rindayani, A.Md.Kep	Tanda Tangan Pemeriksa 	Tanggal Pemeriksaan 10/10/2020
---	--	--

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan Hasil

Panel Hitung Darah Lengkap :
Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell, Indices (MCV, HCH, MCHC).
 Normal 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
 Normal Tidak Normal *Cholesterol : 235 mg/dL (Meningkat, N < 200 mg/dL), LDL : 159 mg/dL (Meningkat, N < 130 mg/dL).*

Urine Analisa lengkap Normal Tidak Normal

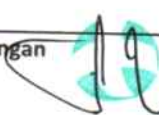
Kultur Feses (Khusus untuk Food Handler) Normal Tidak Normal

BAGIAN D. Pemeriksa Pemeriksaan Dokter

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

No.	Bagian Tubuh/Sistem	Pemeriksaan	Y		Penjelasan
			Y	T	
1	Kepala	Ada tanda-tanda cedera?		✓	
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)		✓	
3	Telinga	Pengerasan (scarring) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani		✓	
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernapas), gigi.		✓	
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)		✓	

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 varikosis	✓	
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, kelainan 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 cengkaman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah Mohon test kekuatan otot dan reflek bagi Driver, Operator Alat Berat, Operator Crane, Awak Mobil Tanki.	✓	
11	Persyarafan	Gangguan : Keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimetris. Abnormal : Fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky. Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh : Scaffolder, Inspector Lifting.	✓	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).				
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				
BAGIAN E. REKOMENDASI KELAIKAN KERJA				
Klasifikasi Kelaikan Kerja <input checked="" type="checkbox"/> A. Laik Kerja, masa berlaku : <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tahun <input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan : 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara dievaluasi setelah..... minggu/bulan <input type="checkbox"/> D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan :			Rekomendasi : <ul style="list-style-type: none"> • Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan pada DOKTER. • Diet RENDAH LEMAK ; Batasi makan GORENGAN ; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH 1 bulan kemudian. • Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. • OLAHRAGA secara teratur dan teratur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh. • - • - 	
Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ.		Tanda Tangan  Tanggal (tgl-bln-thn) 10/10/2020		
Nama Rumah Sakit / Klinik GRAND MEDICA CLINIC		Alamat 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 : 0542-7214553.		

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : NOMED NAZAR
 Tanggal Lahir : 24 / 07 / 1994
 Pekerjaan : INSPECTION
 Perusahaan : PT. ISP Nomor Pegawai : 19123
 Alamat : Jl. Cemara RF 34 NO 26
 Nomor Telepon : 082255265164

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 : PT. ISP
 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 _____ Tanggal 10 / 10 / 2020
 Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi _____ Tanggal _____
 Team Medical Check Up (Tgl - Bln - Thn)
 Hubungan Dengan Pemberi Wewenang

F_OH_019_Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN		No. REG : 2387/MCU-ISP/MCU/X/2020	
Nama Lengkap NOVIED NAZAR, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 24/07/1994	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja All Area
Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	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 : Inspector			
<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 checked="" type="checkbox"/> A Laik Kerja, masa berlaku :	<input type="checkbox"/> 6 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun	Berlaku s/d tanggal : 09/10/2021
<input type="checkbox"/> B Laik Kerja Dengan Batasan	1. 2. 3. 4.		
<input type="checkbox"/> C Tidak Laik Kerja :	<input type="checkbox"/> Permanen	<input 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 ; Batasi makan GORENGAN ; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH 1 bulan kemudian.			
* -			
* -			
* -			

Catatan : Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 10/10/2020
Nama Rumah Sakit / Klinik GRAND MEDICA CLINIC	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&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)
..... /



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2020

Balikpapan, 15/10/2020

PERIODIC

Nama : NOVIED NAZAR, Tn.	Umur : 26 tahun	No. Badge : -
Posisi : Inspector	MCU ID : 2387/MCU-ISP/MCU/X/2020	Jabatan Tambahan : -

 Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :
10/10/2020

TEMUAN :

- * Berat Badan = 79 Kg (Overweight), BMI = 27,34 ; BB Ideal = 52,02 - 72,25 Kg. LP = 93 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- * Riwayat Kesehatan = Tidak ada masalah kesehatan. MEROKOK : Sudah berhenti Merokok > 2 th. Aktivitas Fisik : SEDANG.
- * Hazard di Tempat Kerja = Bising, getaran, bahan kimia. Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.
- * Fisik = TD : 120/79 mmHg (Normal). Romberg Test : Negative. Mata : VODS : 20/20 (Normal), Jaeger Test : J1, VD : 8-L/25, VF ODS : 85°. Test Buta Warna : Normal.
- * Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- * Lab = Kimia Darah : Kolesterol : 235 mg/dL (Meningkat, N < 200 mg/dL), LDL : 159 mg/dL (Meningkat, N < 130 mg/dL).
- * Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal.
- * Audiometri = Dalam batas normal.
- * Skor Kardiovaskuler Jakarta = 1 → RISIKO RENDAH (CV10 < 10 %)

STATUS KESEHATAN :

KATEGORI	CATATAN
<input checked="" type="checkbox"/>	Fit For Duty (Fit untuk bekerja normal) Validity Period : 1 Tahun
<input type="checkbox"/>	Fit with restriction (Fit dengan batasan tertentu)
<input type="checkbox"/>	Not Fit (Tidak dapat bekerja di area PHKT)
<input type="checkbox"/>	Failed to comply with requested evaluations (Karyawan tidak di ijin untuk bekerja di area PHKT sampai evaluasi Fit For Duty diselesaikan)

 Sebagai : Inspector
 Di : All Area Onshore & Offshore

SARAN - SARAN :

- * Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan pada DOKTER.
- * Diet RENDAH LEMAK ; Batasi makan GORENGAN ; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH 1 bulan kemudian.
- * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari.
- * OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh.

 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 : 09/10/2021

Mengetahui :

 Hormat Kami,
 Dokter Pemeriksa,


dr. Hendra AZ

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3KK/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


HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 2387 /GMI-MCU/X/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : NOVIED NAZAR, Tn. / Laki-laki **Umur**
(Age) : 26 Tahun
(Years old)

Pekerjaan
(Job Position) : INSPECTION **Dokter**
(Doctor) : Dr. Hendra AZ

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan**
(Date of Analysis) : 10 Oktober 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobine (Hgb)	15,1	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit (Hct)	42,8	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,5	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 ⁶ sel/mm ³
Leucocyt (WBC)	6,1	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 ³ /μL
Differential Count			
Basophile	0,1	0 - 2	%
Eosinophile	1,1	0 - 3	%
Neutrofil	60,0	50 - 70	%
Lymphocyte	30,6	20 - 40	%
Monocyte	8,2	3 - 12	%
MCV	93	80 - 100	fL
MCH	32	27 - 34	pg/cell
MCHC	35	32 - 36	g/dL
RDW- CV	13,0	11 - 16	%
RDW-SD	44,1	35 - 56	fL
Thrombocyt	170	140 - 440	10 ³ /mm ³
KIMIA KLINIK			
METABOLISME GLUKOSA/DIABETES			
Glucose Fasting	107	Normal : 70 - 110	mg/dL
Glucose 2h pp	120	Normal : < 140 Gangguan toleransi glukosa : 140 - 199 Diabetes melitus : > 200	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	235	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	86	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199	

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 2387 /GMI-MCU/X/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : NOVIED NAZAR, Tn. / Laki-laki **Umur**
(Age) : 26 Tahun
(Years old)

Pekerjaan
(Job Position) : INSPECTION **Dokter**
(Doctor) : Dr. Hendra AZ

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan**
(Date of Analysis) : 10 Oktober 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
		Tinggi : 200 - 499	
		Sangat tinggi : ≥ 500	mg/dL
HDL Kolesterol	59	Rendah : < 40	mg/dL
		Tinggi : ≥ 60	
LDL Kolesterol	159	Optimal : < 100	
		Mendekati optimal : 100 - 129	
		Batas tinggi : 130 - 159	mg/dL
		Tinggi : 160 - 189	
		Sangat tinggi : > 190	
Rasio LDL/HDL	3	CARDIO RISK INDEX (CRI)	
		< 3 : Low risk	
		3 - 5 : Moderate risk	
		> 5 : High risk	
FUNGSI HATI			
SGOT / AST	30	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	37	0 - 40	U/L
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	5,2	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2	mg/dL
		Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	
Creatinine	1,0	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	32	10 - 50	mg/dL
URINALISA			
MAKROSKOPIS URIN			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
KIMIA			
Berat jenis	1,010	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/ μ L
Ketone	Negatif	Normal : $< 2,5$ (Negatif)	mg/dL
Urobilin	Negatif	Normal : $< 0,2$ (Negatif)	mg/dL



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 2387 /GMI-MCU/X/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name) :	NOVIED NAZAR, Tn. / Laki-laki	Umur (Age) :	26 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position) :	INSPECTION	Dokter (Doctor) :	Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company) :	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis) :	10 Oktober 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
Bilirubin	Negatif	Normal : < 0,4 (Negatif)	mg/dL
Nitrite	Negatif	Normal : < 0,05 (Negatif)	mg/dL
Blood	Negatif	Normal : I< 0,018 (Negatif)	mg/dL
MIKROSKOPIS URIN			
Epithel	2-3		
WBC	1-2		
RBC	2-4		
Cast	Negatif		
Crystal	Negatif		
Bacterie	Negatif		
Others	Negatif		

Tanggal pengambilan sampel : 10 Oktober 2020

Penanggung Jawab
Laboratorium,


Dr. Hendra Agus
GRAND Medica

Analisis Laboratorium


Syamsiar Am. Ak





Nomor Pasien
(Patient Number)

Nomor Film
(Film Number) : 2387

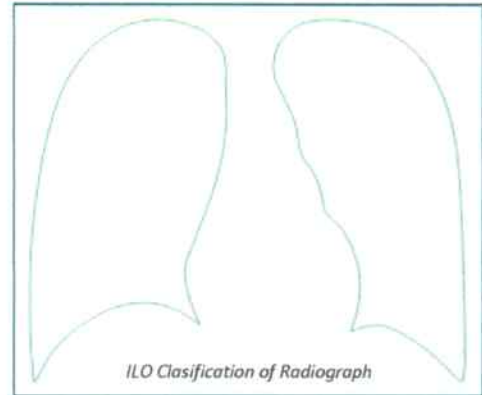
Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : **NOVIED NAZAR, Tn.**
Umur
(Age) : **26** **Tahun**
(years old)
Jenis Kelamin
(Gender) : **Male**

Perusahaan
(Company) : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Pekerjaan
(Occupation) : **INSPECTION**
Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : **10 Oktober 2020**

Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : **Thorax**
Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : **PA**
Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : **kV : 66**
mAs : 0,30



ILO Classification of Radiograph

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?**
(Skleton 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 HARI, Sp.Rad
Spesialis Radiologi
(Radiologist Signature)





Patient Data

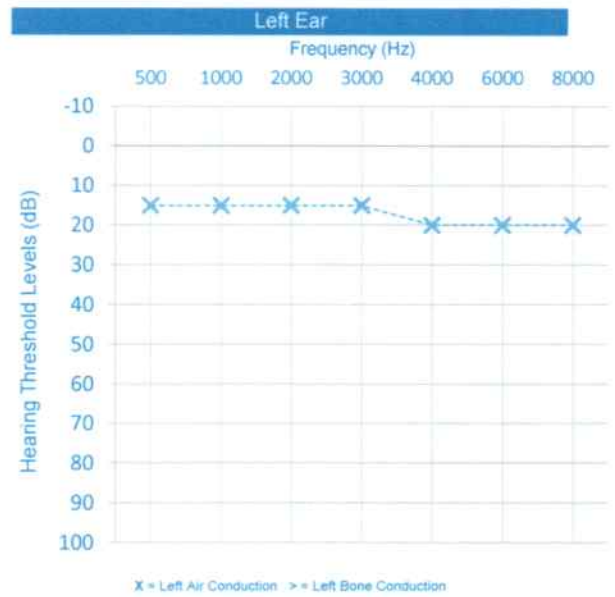
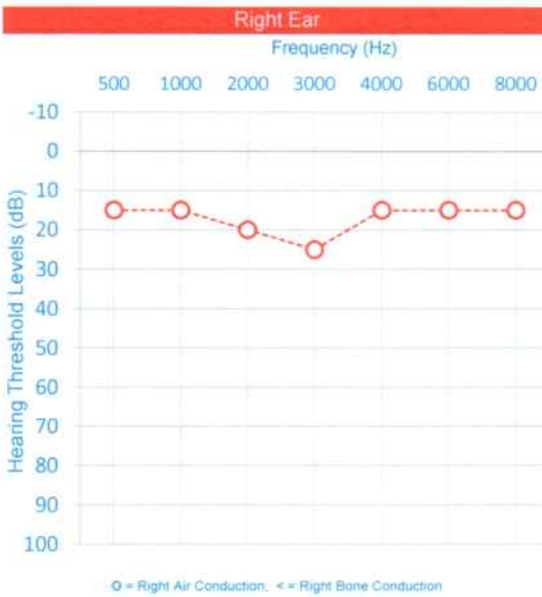
ID Number	2387	Gender	Laki-laki
First Name	NOVIED	Occupation	Inspector
Last Name	NAZAR	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	26 Yo.	Test Date	10 Oktober 2020

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work: Inspector	Period of work	-	Hearing Protection Worn	No
Previous	1) -	-	-	-	-
	2) -	-	-	-	-
Military Services	<input type="checkbox"/>				

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	



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 Obseration and Test Result

Left Ear Obseration and Test Result

Canal	Normal	HTL	Canal	Normal	HTL		
Ear Drum	Normal	RIGHT EAR	Ear Drum	Normal	LEFT EAR		
Conduction		Frequency (Hz)		Conduction		Frequency (Hz)	
Air	15 15 20 25 15 15 15	20,0	Air	15 15 15 15 20 20 20	16,7		
Bone		0,0	Bone		0,0		

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



ID : 2387
Name : Novied Nazar
Age : 26 Years
Gender : Male
Department: PT. Inspektindo Sinergi Persad

HR : 63 BPM
P Dur : 106 ms
PR int : 149 ms
QRS Dur : 83 ms
QT/QTc int : 389/400 ms
P/QRS/T axis : 21/49/14 °
RV5/SV1 amp : 1.894/0.385 mV
RV5+SV1 amp : 2.279 mV
RV6/SV2 amp : 1.468/1.324 mV

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
Normal ECG

NSR

Technician : Rinda AmdKep
Report Confirmed by:

dr. ACHMAD ROSRI, SGP
SEKSJALS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

