

RAHASIA / CONFIDENTIAL



MEDICAL ASSESSMENT REPORT



No. MCU : 1811270003

Nama : Tn. Achmad Fuad Kaltimuja

Umur : 26 Tahun 9 Bulan

Perusahaan : BIRO KLASIFIKASI INDONESIA, PT



00520181100443

AESCULAP MEDICAL CENTER
Medical Services Provider



1. INFORMASI PRIBADI / PERSONAL INFORMATION



00520181100443

Nama / Name of Employee : Tn. Achmad Fuad Kaltimuja
Tempat & tanggal lahir / Place & Date of Birth : Kediri, 10-02-1992
Umur / Age : 26 Tahun 9 Bulan
Jenis Kelamin / Gender : Laki - laki
No. Karyawan / Number of employees : -
Agama / Religion : Islam
Alamat / Address : Jl. M Hatta RT. 022 Balikpapan
No. Telepon / Phone Number : 082152294637

PERUSAHAAN / COMPANY

■ **Nama Perusahaan / Company name**
BIRO KLASIFIKASI INDONESIA, PT

■ **Jabatan / Position**
Asst. Inspector

■ **Departemen / Departement**
-

■ **Lokasi / Job Site**
PHKT

Paket MCU / MCU package : MCU Berkala
Tanggal Pemeriksaan / Date of examination : 27-11-2018
Masa berlaku / Valid until : 22-11-2019



1811270003

Tn. Achmad Fuad Kaltimuja / 26 Tahun 9 Bulan



2. RIWAYAT KESEHATAN / HEALTH QUESTIONARE

<input type="checkbox"/> Alergi / Allergies	<input type="checkbox"/> Asma / Asthma
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Nyeri dada / Chest Pain	<input type="checkbox"/> Sesak nafas / Breathless
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Penyakit Jantung / Hearth Disease	<input type="checkbox"/> Kencing Manis / Diabetes Mellitus
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Tekanan Darah Tinggi / Hypertension	<input type="checkbox"/> Kejang, Epilepsi / Convulsion, Epilepsy
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Nyeri Punggung / Low back pain	<input type="checkbox"/> Radang Paru - paru / Tuberculosis
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Sakit kuning / Hepatitis	<input type="checkbox"/> Malaria / Malaria
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Masalah mata / Eye Problem	<input type="checkbox"/> Masalah Telinga / Ear Problem
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Kelainan kulit / Skin Disorder	<input type="checkbox"/> Kelainan Saraf / Neurology Disorder
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Kelainan Mental / Mental Disorder	<input type="checkbox"/> Sakit kepala atau migrain / Headache or migraine
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Masalah kelenjar / Glandular Problem	<input type="checkbox"/> Hernia / Hernia
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Masalah perut / Abdominal Problem	<input type="checkbox"/> Masalah Ginjal & Kandung Kemih / Renal & urinary tract problem
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Penyakit akibat hubungan seks / Sexuality Transmitted Disease	<input type="checkbox"/> Diare berulang / Reccurent diarrhea
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Tumor / Tumor	<input type="checkbox"/> Ambeien / Haemorrhoid
Tidak	Tidak

<input type="checkbox"/> Pernahkah berkonsultasi dengan dokter 1 tahun terakhir / Have you consulted in a doctor in the past 1 year	: Tidak
<input type="checkbox"/> Pernahkah anda dirawat di Rumah Sakit 1 tahun terakhir / Have you been hospitalized in the past 1 year	: Tidak
<input type="checkbox"/> Pernahkah anda menjalani operasi bedah / Have You had any surgery operations	: Tidak
<input type="checkbox"/> Pernahkah anda mendapat cedera/kecelakaan serius / Have you had any serious injuries or accident	: Tidak
<input type="checkbox"/> Pernahkah anda mendapat imunisasi. Sebutkan waktu dan jenis / Have you been immunised . Please elaborate clearly (mention date and what kind of inoculation)	: Tidak



1811270003

Tn. Achmad Fuad Kaltimuja / 26 Tahun 9 Bulan



**POTENSI BAHAYA AKIBAT PEKERJAAN /
POTENSIAL HAZARD**

Kebisingan / *Noise* :- , Lama Pajanan jam/hari
 Panas / *Heat* :- , Lama Pajanan jam/hari
 Debu / *Dust* :- , Lama Pajanan jam/hari
 Radiasi / *Radiations* :- , Lama Pajanan jam/hari
 Kimia / *Chemical* :- , Lama Pajanan jam/hari
 Ergonomi (Posisi kerja) / *Ergonomic* :- , Lama Pajanan jam/hari

KEBIASAAN / HABITS

Olah raga / *Sport* : - , durasi jam/minggu
 Merokok / *Smoking* : -
 Perhari / *Amount day* : -
 Obat / *Drugs* : -
 Minuman Keras / *Alcohol* : -

RIWAYAT MENSTRUASI / MENSTRUATION HISTORY

■ Umur berapa anda mulai haid /
When was your first menstruation

■ Datang haid anda teratur atau tidak /
Is your menstruation regular

■ Sakitkah waktu haid /
Is your menstruation painful

■ Berapa lama anda haid /
How long do you menstruate

■ Sudah berapa kali hamil /
Is your menstruation painful

■ Apakah anda memakai alat kontrasepsi /
Are you currently using any kind of contraceptive

RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA / FAMILY MEDICAL HISTORY

Ayah / *Father* : -

Ibu / *Mother* : -

Saudara Kandung / *Brother or Sister* : -

3. RIWAYAT PEKERJAAN / CAREER HISTORY

No	Nama Perusahaan	Jabatan	Lama Kerja
1 -	-	-	-
2 -	-	-	-
3 -	-	-	-
4 -	-	-	-
5 -	-	-	-



1811270003



4. PEMERIKSAAN FISIK / PHYSICAL EXAMINATION

KONDISI UMUM / GENERAL CONDITION	ANTROPOMETRI / ANTHROPOMETRY
Tekanan darah / Blood Pressure : 110/80 mmHg	Tinggi badan / Height : 171 cm
Nadi / Pulse : 80 x/min	Berat badan / Weight : 79 kg
Pernafasan / Breathing rate : 22 x/min	BMI / Body Mass Index : 27.02 kg/m ²
Suhu Badan / Body Temperature : 36.1 °C	Lingkar Perut / Abdominal size : cm
	Lingkar Pinggang / Waist size : cm

PEMERIKSAAN FISIK MENYELURUH / HEAD TO TOE EXAMINATION

Kepala & Wajah / Head	Mata / Eyes
Normal, deformitas (-), luka (-), tumor (-)	Normal, ikterik (-), anemis (-) strabismus (-), katarak (-), pterygium (-), kecacatan (-)

VISUAL ACTIVITY / KEMAMPUAN PENGLIHATAN (Dengan atau tanpa kaca mata)			
1	Kemampuan Penglihatan / Visual Acuity	20/22	20/20
	Mata Kanan & Kiri / Right and Left Eyes		20/20
2	Visus Dekat / Reading Test (Near Visus)		20/25
3	Buta Warna / Colour Blindness	Tidak ditemukan	
4	Lapang Pandang / Field of Vision :	Right Eyes	Left Eyes
	Nasal	45 °	45 °
	Temporal	85 °	85 °
5	Kedalaman Penglihatan / Depth of vision	Abnormal	
6	Penglihatan Malam / Night vision	Abnormal	
7	Pemulihan Silau / Glare recovery	Abnormal	



1811270003



■ **Telinga / Ears**

Normal, cerumen (-), perforasi membran tympani (-), tanda infeksi (-), OMP (-)

■ **Hidung / Nose**

Normal (-), hiperemis (-), deviasi septum (-), sekret (-), oedema (-)

■ **Tenggorokan / Throat**

Normal, hiperemis (-), hipertrofi tonsil (-)

■ **Gigi & Mulut / Teeth & Mouth**

Stomatitis (-), caries (+), karang gigi (-), gigi tanggal (+), gigi berlubang (-), impaksi (-), gigi palsu (-), tambalan (-)

■ **Leher / Neck**

Normal, Pembesaran kel. getah bening (-), pembesaran kel. tiroid (-)

■ **Dada / Chest**

Normal, deformitas (-), pigeon chest (-), barrel chest (-)

■ **Paru / Lung**

Normal, rhonchi (-), wheezing (-)

■ **Jantung / Heart**

Normal, Murmur (-), Gallop (-)

■ **Perut / Abdomen**

Normal, nyeri tekan (-), pembesaran hati & limpa (-), nyeri ketok kosto vertebrae (-)

■ **Neurologi / Neurology**

Normal, tremor (-), paresis (-), roomberg test (-), reflek patologis (-)

■ **Muskuloskeletal / Musculoskeletal**

Normal, deformitas (-), tinel sign (-), phalen test (-), laseque test (-), patrick test (-), contra-patrick tes (-)

■ **Kulit / Skin**

Normal, dermatitis (-), tinea / mikosis (-), infeksi (-), tato (-)

■ **Urogenital / Genital**

Normal, hernia (-), hemoroid (-), varicocelle (-)

■ **Lain - lain / Others**

-





4. PEMERIKSAAN PENUNJANG / SUPPORTING EXAMINATION

■ Pemeriksaan Laboratorium / *Laboratory Examination*

Temuan utama / *Major findings* : -

■ Pemeriksaan Radiologi - Thoraks PA / *Radiological Examination - Thorax PA*

Kesimpulan / *Conclusion* : Normal Chest X-Ray

■ Pemeriksaan Radiologi - USG Abdomen / *Radiological Examination - USG Abdomen*

Kesimpulan / *Conclusion* : -

■ Pemeriksaan EKG Istirahat / *Resting EKG Examination*

Kesimpulan / *Conclusion* : Normal ECG

■ Pemeriksaan Treadmill Stress Test / *Treadmill Stress Test Examination*

Kesimpulan / *Conclusion* : -

■ Pemeriksaan Spirometri / *Spirometry Examination*

Kesimpulan / *Conclusion* : Normal Spirometry

■ Pemeriksaan Audiometri / *Audiometry Examination*

Kesimpulan / *Conclusion* : Normal Audiometri


■ Pemeriksaan Khusus / *Specific Examination*

Kesimpulan / *Conclusion* : -



1811270003



6. KESIMPULAN DAN SARAN / SUMMARY AND SUGGESSTION	
KESIMPULAN (SUMMARY)	SARAN (SUGGESTION)
Obesity Class I (Normal 18.5 - 22.9)	Diet rendah lemak dan olah raga aerobik secara teratur.
REKOMENDASI (RECOMENDATION)	
X	Fit for the job
	Fit with note
	Unfit
	Temporary Unfit
	Uncomplete Result
Dokter Pemeriksa <i>Examiner Doctor</i>	Alamat (Cap) <i>Address (Stamp)</i>
 AESCLAP MEDICAL CENTER AMC	Jl Indrakila No. 17 (Strat 3) Kel. Gunung Samarinda Telp. (0542)440404,444055 Fax. (0542) 415366 Balikpapan - Kalimantan Timur E-mail: amc_clinic@yahoo.com
Name of the doctor : dr. Sri Wahyuni SIP : 026/1183A/SIP-D/XII/2016 SK KEMENAKER : 2002/PK3/C-G/64/2017	Date of examination : 27-11-2018 Valid until : 22-11-2019



1811270003



Nama Pasien : Tn. Achmad Fuad Kaltimuja
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 10-02-1992 / 26 Tahun 9 Bulan
Alamat : Jl. M Hatta RT. 022 Balikpapan

No. Lab / Tgl : 1811270003 / 27-11-2018
Dokter : dr. Sri Wahyuni
Alamat : Jl. Indrakila (Straat 3) No 17 RT 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	15.7	13.0 - 18.0	g/dL
Leukosit	6.6	4.0 - 10.0	10 ³ /uL
Eritrosit	5.3	4.0 - 5.5	10 ⁶ /uL
Trombosit	205	150 - 400	10 ³ /uL
Hematokrit	49.9	40 - 54	%
LED 1 Jam	9	0 - 10	mm/jam
- LYM %	38	20 - 40	%
- MID %	12	3 - 15	%
- GRA %	50	50 - 70	%
MCV	94.3	80 - 100	fl
MCH	29.6	27 - 34	pg
MCHC	31.4 *	32 - 36	g/dL
RDW	15.3	11.0 - 16.0	%
KIMIA KLINIK			
FUNGSI HATI			
SGOT	28	< 37	U/L
SGPT	26	13 - 40	U/L
Albumin	3.5	3.4 - 4.8	g/dL
Globulin	2.1	1.9 - 3.7	g/dL
METABOLISME KARBOHIDRAT / DIABETES			
Glukosa Puasa	83	70 - 110	mg/dL
Glukosa 2 Jam Postprandial	119	< 140	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Kolesterol Total	185	< 200	mg/dL
Kolesterol LDL	101	< 130	mg/dL
Kolesterol HDL	49	30 - 60	mg/dL
Trigliserida	89	35 - 150	mg/dL
FUNGSI GINJAL			
Ureum	21	10 - 50	mg/dL
Kreatinin	1.28	0.8 - 1.4	mg/dL





Nama Pasien : Tn. Achmad Fuad Kaltimuja
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 10-02-1992 / 26 Tahun 9 Bulan
Alamat : Jl. M Hatta RT. 022 Balikpapan

No. Lab / Tgl : 1811270003 / 27-11-2018
Dokter : dr. Sri Wahyuni
Alamat : Jl. Indrakila (Strat 3) No 17 RT 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
Asam Urat	4.5	3.5 - 7.2	mg/dL

URINALISA

Urine Rutin

Kimia

- Berat Jenis	1030	1003 - 1030
- pH	5	4.5 - 8
- Leukosit Esterase	Negatif	Negatif
- Nitrit	Negatif	Negatif
- Albumin	Negatif	Negatif
- Glukosa	Negatif	Negatif
- Keton	Negatif	Negatif
- Urobilinogen	Normal	<= 1
- Bilirubin	Negatif	Negatif
- Darah	Negatif	Negatif

Sedimen Mikroskopis

- Eritrosit	0-1	0 - 1.00 / LPB	LPB
- Leukosit	1-2	1.00 - 5.00 / LPB	LPB
- Silinder	Negatif	Negatif	
- Epithel	2-5	< 10 / LPK	LPK
- Bakteri	Negatif	Negatif	
- Kristal	Negatif	Negatif	
- Lain-lain	Negatif	Negatif	

Makroskopis

- Warna	Kuning	Kuning
- Kejernihan	Jernih	Jernih

PENYALAHGUNAAN OBAT

Amfetamin (Sabu - sabu)	Negatif	Negatif
Ophium (Morfin , Heroin , Putaw)	Negatif	Negatif
Cocaine	Negatif	Negatif
Mariyuana (Cannabis , Ganja , THC)	Negatif	Negatif
Methamphetamine	Negatif	Negatif



Tn. Achmad Fuad Kaltimuja / 26 Tahun 9 Bulan

10

Serve with Trust. Quality & Excellence



Nama Pasien : Tn. Achmad Fuad Kaltimuja
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 10-02-1992 / 26 Tahun 9 Bulan
Alamat : Jl. M Hatta RT. 022 Balikpapan

No. Lab / Tgl : 1811270003 / 27-11-2018
Dokter : dr. Sri Wahyuni
Alamat : Jl. Indrakila (Straat 3) No 17 RT 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
IMUNOLOGI			
HBsAg (Kualitatif)	Non Reaktif	Non Reaktif	

*Hasil berupa angka menggunakan sistem desimal dengan separator titik.
Tanda ' menunjukkan nilai di atas atau di bawah nilai rujukan.*



1811270003

Tn. Achmad Fuad Kaltimuja / 26 Tahun 9 Bulan

11

Serve with Trust, Quality & Excellence



1811270003

ECG Report

PatID

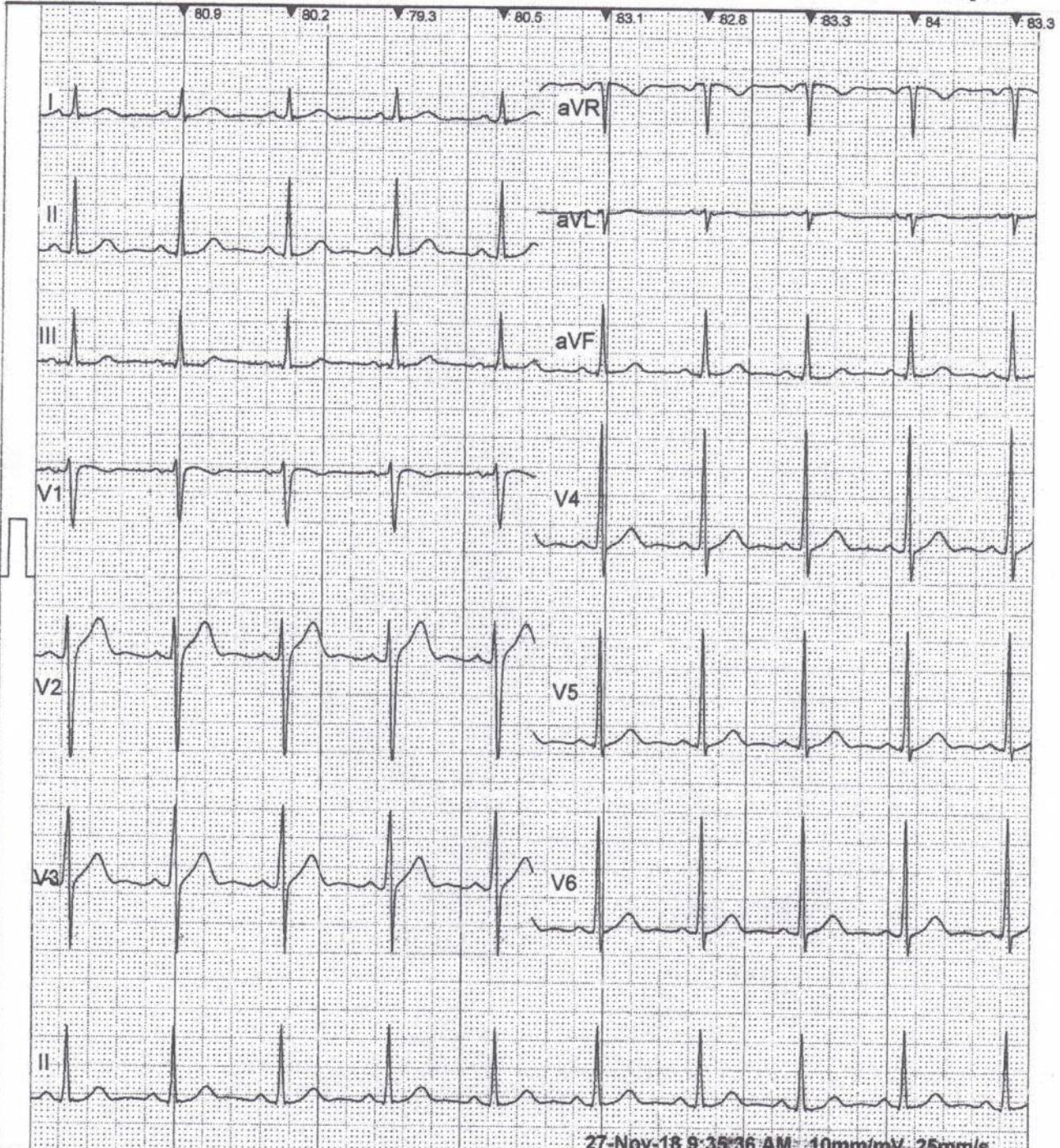
Tn. Achmad Fuad Kaltimuja / Laki
26 Tahun 8 Bulan
BIRO KLASIFIKASI INDONESIA, PT
Jl MT Haryono No 08 Ringroad

Name ACHMAD FU/Sex M

Age 26Y

Req.Dept.

Bed/Wards

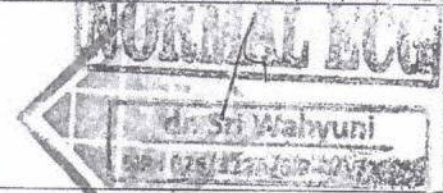


27-Nov-18 9:35:36 AM, 10mm/mV, 25mm/s

ECG Parameters :

HR =80 bmp
PR =154 ms
QRS=106 ms
QRS Axis=69(Deg.)
QT/QTc=348/404 ms
RV5/SV1=1.97/0.945 mV

ECG Diagnosis:



Rpt.Date: 27-Nov-18 1:48:12 PM

Exam/Dr.:

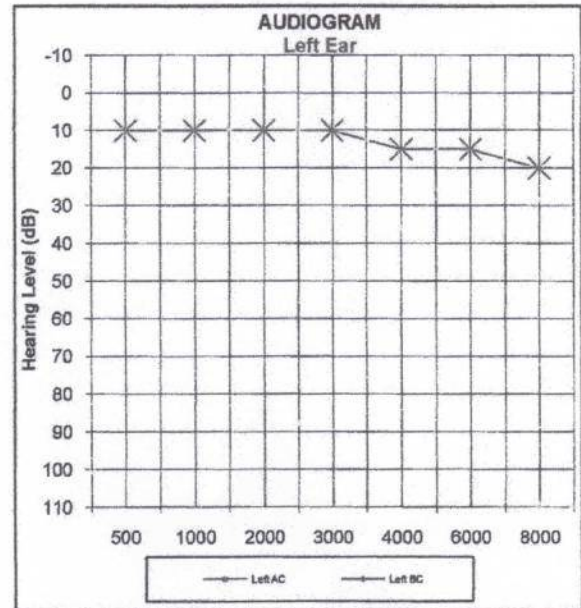
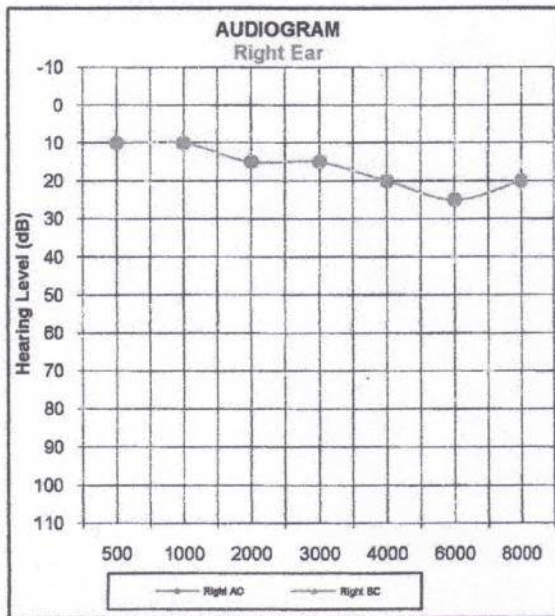


Serve with Trust, Quality & Excellence



PEMERIKSAAN AUDIOMETRI

No : 1811270003
 Nama : Tn. Achmad Fuad K
 Umur : 26 tahun
 Tgl. Periksa : 27 November 2018
 Perusahaan : PT. BKI



Hearing Level	Frequency in Hertz (Hz)							
	In dB	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Right AC	10	10	15	15	20	25	20	
Right BC								

Hearing Level	Frequency in Hertz (Hz)							
	In dB	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Left AC	10	10	10	10	15	15	20	
Left BC								

Telinga Kanan : Normal
 Telinga Kiri : Normal
 Kesimpulan : Normal Audiometri

AESCULAP MEDICAL CENTER

[Signature]
dr. Sri Wahyuni



STEREO OPTICAL INDUSTRIAL VISION TESTER RECORD FORM



No. MCU : 1811270003
 Nama : Tn. Achmad Fuad Kaltimuja / Laki
 Umur : 26 Tahun 9 Bulan
 Kacamata : Ya / Tidak
 Jabatan :
 Lokasi/Perusahaan : PT. KOMERBA
 Tanggal : 27/11 2018

		INTERMEDIATE DISTANCE TEST																			
TEST DISTANCE		INCHES	20	22	26	31	40														
		CM	50	57	66	80	100														
Demonstration		1 Slide Hitam (fokus ke dua mata)																			
Alternate																					
Far Point (20 Ft.) Tests	Test No.	Target	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14					
	2 Both Eyes		↑	→	→	←	↑	↓	←	→	←	↓	→	↓	↑	→					
	3 Right		↑	←	↑	↑	↓	↓	←	↓	→	↓	→	→	↓	↑	→				
	4 Left		←	→	←	↓	→	↑	↑	↓	→	↑	↓	→	←	↓	→				
	Snellen		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20				
	Equivalents		200	100	70	50	40	35	30	25	22	20	20	20	20	20	20				
	5 Stereo		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14					
	Depth		↓	←	↓	↑	↑	←	→	←	→	←	→	←	→	←					
	6 Color		A	B	C	D	E	F													
	7 Vertical		1	2	3	4	5	6	7												
8 Lateral		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
" 14 Other	Test No.	Target	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14					
	9 Both Eyes		→	←	↑	→	↓	→	↑	←	↑	←	↓	→	↓	←					
	10 Right		↑	↓	↑	↓	→	↑	←	←	↓	←	→	→	←	↑					
	11 Left		↓	←	↓	→	↑	←	↑	↓	→	→	←	→	↑	←					
12 Lateral		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					

13 Lapangan pandang (field of view)
 # Nasal / Medial : kanan (right) 45°, 85°, 70°, 55° / kiri (left) 45°, 85°, 70°, 55°
 # Temporal / Lateral :
 14 Penglihatan malam (night vision) : normal / abnormal (.....)
 15 Pemulihan silau (glare recovery) : normal / abnormal (.....)

Kesimpulan :
 Visus Jauh : 20/20 (N)
 Buta Warna : (N)

Pemeriksa :
 (.....) Kusuma



CHEST X-RAY

NO. ID / LAB : 00520181100443 / 1811270003

Jabatan : Asst. Inspector

Umur : 26 Tahun 9 Bulan

Tanggal Periksa : 27-11-2018

Nama : Tn. Achmad Fuad Kaltimuja

Perusahaan : BIRO KLASIFIKASI INDONESIA, PT

1.	Jantung / Cor Cardiac Shadow	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
2.	Sinus dan Diafragma (Sinus and Diaphragms)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
3.	Tulang dan Jaringan Lunak Skeleton and Soft Tissue	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
4.	Paru - paru (Pulmo) Lung Fields	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
5.	Kelenjar Hiller dan Limfatik Hillar and Lymphatic Glands	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
6.	Gambaran Lainnya Details of Other Abnormalities	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
	Kesan Conclusion	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"><i>tp dm</i></div>		

Balikpapan, 27-11-2018



dr. Susi Nurhayani M.Kes.Sp.Rad.
Radiologist

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap ACHMAD FUCAL KACTIMUJA	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 10-02-1992	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) NIST	Nama Perusahaan P. BEI	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah Jl. M. HARTA RT 022 HANDIL	Nomor Telepon / HP 082152294637	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 27-11-2018
BAGIAN B. Alasan Evaluasi (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor) Beri tanda pada kotak yang sesuai		
<input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan sebelum bekerja (<i>Pre-placement</i>), untuk kategori posisi:		
<input type="checkbox"/> Food Handler <input type="checkbox"/> Emergency Responder <input type="checkbox"/> Fire Brigade <input type="checkbox"/> Driver <input type="checkbox"/> Crane Operator <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker <input type="checkbox"/> Sedentary		
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan berkala (<i>Periodic</i>), untuk kategori posisi:		
<input type="checkbox"/> Food Handler <input type="checkbox"/> Emergency Responder <input type="checkbox"/> Fire Brigade <input type="checkbox"/> Driver <input type="checkbox"/> Crane Operator <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker <input type="checkbox"/> Sedentary		
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan setelah tidak masuk kerja dalam waktu yang lama (> 14 hari) karena sakit/kecelakaan (<i>Return to Work</i>)		
<input type="checkbox"/> For Cause:		
<input type="checkbox"/> Paska Insiden <input type="checkbox"/> Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja		
Komentar Supervisor:		
<hr/> <hr/> <hr/>		
Tanda Tangan Supervisor	Tanggal (tgl - bln - thn)	

F_OH_018_Formulir Evaluasi Medis Kelaikan Kerja Kontraktor

Prosedur FFD: Pre-Placement Periodic Return to Work For Cause

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

Nama Lengkap ACHMAD PUAD K	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 10 - 02 - 1992	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) NDT	Nama Perusahaan PT. BK1	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah Jl. M. HATA RT 022 HANDIL	Nomor Telepon / HP 082152294637	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 27 - 11 - 2018

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 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/kelempuhan 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 rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Suara serak menetap	<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, 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. 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: _____

Apakah Anda merokok? Ya Tidak Apakah Anda merolah raga secara rutin minimal 3x/minggu? Ya Tidak

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 (misa: 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) _____

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)

ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL

TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI	80	x/mt
171 cm	79 kg	27.02	cm	110/80 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur	<input type="checkbox"/> Tidak Teratur	

PEMERIKSAAN EKG (Dilakukan pada usia ≥ 40 thn atau jika ada indikasi gangguan jantung) HASIL: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan: _____	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika ada: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Merokok <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemia <input type="checkbox"/> EKG abnormal <input type="checkbox"/> Riwayat penyakit jantung dalam keluarga sebelum usia 60 tahun Jika FRS >10% atau, ada 2 atau lebih kategori diatas, LAKUKAN Treadmill	PEMERIKSAAN TREADMILL HASIL: <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya: Catatan: _____
--	--	---

PEMERIKSAAN VO2 MAX (Hanya untuk Emergency Responder dan Fire Brigade)

Hasil VO2 Max: ml/kg/min

Khusus Emergency Responder, target VO2 max: 39 – 42 ml/kg/min.

Catatan:

PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA (Diperiksa jika ada indikasi)

Hasil : Normal Tidak Normal, jelaskan: _____

PEMERIKSAAN HASIL PEMERIKSAAN SPIROMETRI

- Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek
- *Fit for Duty* sebagai *Emergency Responder/Fire Brigade* jika hasil spirometri FEV1 dan FVC minimal <80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia*
 Tidak menderita TB

Hasil Pemeriksaan		
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC
3.74	4.28	87.4

Kesimpulan:
 Normal Tidak Normal: Obstruktif / Restriktif /

Catatan: _____

*) Hasil evaluasi LLN: _____

Nama Pemeriksa H#	Tanda Tangan Pemeriksa 	Tanggal Pemeriksaan 27-11-2018
----------------------	----------------------------	-----------------------------------

PEMERIKSAAN MATA

Standard:

- Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata
- Lapangan pandang horizontal minimal 700 pada masing-masing mata
- 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 didalam *Medical Clearance*

	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri		
Jarak Jauh	20/ 70 6/	20/ 72 6/	20/ 20 6/	20/ 6/	20/ 6/	20/ 6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta Warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Kanan: Kiri: Visual Depth
Jarak Dekat	J#	J#	J#	J#	J#	J#		

Kesimpulan: Normal Pakai Kacamata Tidak Pakai Kacamata Tidak Normal (jelaskan)

Catatan:

Nama Pemeriksa Husni	Tanda Tangan Pemeriksa 	Tanggal Pemeriksaan 27-11-2018
-------------------------	----------------------------	-----------------------------------

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
	10	10	10	10	15	25	20

Telinga Kanan							
H z	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	10	10	15	15	20	25	20

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri dB

Telinga Kanan dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan: ...

Nama Pemeriksa

FK

Tanda Tangan Pemeriksa

[Signature]

Tanggal Pemeriksaan

27-11-2018

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan

Hasil

Darah rutin (HB, Sel darah putih, Hitung Jenis, LED)

Normal

Tidak Normal:

Kimia darah (Gula darah, Zhpp*, Kolesterol HDL)

*) jika ada riwayat DM

Normal

Tidak Normal:

Urine (Darah, Glukosa, protein, Sedimen)

Normal

Tidak Normal:

Kultur Stool (khusus untuk Food handler)

Normal

Tidak Normal:

BAGIAN D. 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	Pemeriksaan		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)		<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 bernafas)		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Dada dan sistem pernafasan	Benjolan abnormal, kelainan dinding dada, laju pernafasan, suara pernafasan, wheezing, gangguan fungsi pernafasan, siansis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)		<input checked="" type="checkbox"/>	

F_OH_019_ Resume Evaluasi Kelayakan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN

Nama Lengkap AHMAD Rudi K	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 10-02-1992	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja: PHKT
Nama Perusahaan Pt. Bki	FFD Procedure <input checked="" type="checkbox"/> Pre-placement <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause		<input checked="" type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama:	<input type="checkbox"/> Food Handler <input type="checkbox"/> Emergency Responder <input type="checkbox"/> Fire Brigade <input type="checkbox"/> Driver <input type="checkbox"/> Crane Operator <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker <input checked="" type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker <input type="checkbox"/> Sedentary		
Posisi Tambahan: _____			

REKOMENDASI KELAIKAN KERJA

A. Laik Kerja, masa berlaku: 6 bulan 1 tahun

B. Laik Kerja Dengan Batasan:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

C. Tidak Laik Kerja: Permanen Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan

D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan:

.....

Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut):

Catatan: Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa dr Sri Wahyuni	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-blh-thn) 27/11/2018
Nama Rumah Sakit/Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik	

Untuk kategori pekerjaan *critical jobs*: *FERT, diver (penyelam), working at height, confined space entry*, perlu dilakukan V&V oleh H&M PHKT

Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak)	Tanda Tangan	Tanggal (bb/hh/tttt)
_____	_____	____/____/____

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ACHMAD RUDIA K.
Tanggal Lahir : 10-02-1992
Pekerjaan : NDT
Perusahaan : PT. BKE Nomor Pegawai : _____
Alamat : Jl. MT HARIYAN
Nomor Telepon : 082152794637

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

Rumah Sakit/Klinik : AME
Alamat : Balikpapan
Nomor Telepon : 990909

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 : PT. BKE Perusahaan/Instansi : _____
Alamat : Balikpapan Nomor Telepon : _____

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : _____
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 Achmad Rudia
Karyawan atau wakil yang sah

Tanggal 27 / 11 / 2018
(Tgl - Bln - Thn)

ARUDA

Tanda Tangan Saksi

Permut
Hubungan Dengan Pemberi Wewenang

Tanggal 27 / 11 / 2018
(Tgl - Bln - Thn)