



**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Make SMILE and Be HEALTHY

PERSONAL DATA

No. MCU : 0397/GMI-MCU/II/2021
No. Badge : -
N a m a : **REZAL, Tn.**
U m u r : 24 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : **Helper**
Tgl Pemeriksaan : **27 Januari 2021**
Alamat : *Jl. Raden Sukma Penajam, PPU.*

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap REZAL, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 31/12/1996	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Helper	Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore All Area <input type="checkbox"/> Office
Alamat Rumah : <i>Jl. Raden Sukma Penajam, PPU.</i>	Nomor Telepone / HP 0812 5369 8655	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 27/01/2021

BAGIAN B. Alasan Evaluasi (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor) Berikan 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 | <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki | |

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 | <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki | |

Return to Work

Tidak masuk kerja ≥ 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) 27/01/2021
-------------------------	--

397

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 REZAL	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 31-12-1995	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) SURVISTA	Nama Perusahaan PT. INFRASTRUKTUR ISP	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore All hr.
Alamat Rumah RUMAH: JL. PADEN SUKMA	Nomor Telepon / HP 0812-5359-8655	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 01-27-2021


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		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 meag 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/kokumpuhan 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, keamutan, 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 pembukuh 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 gelaphitam	<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 pencernaan: ginjal, kantung empedu	<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. Hemis/buruktuas 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 type="checkbox"/> Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun) <input checked="" 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 type="checkbox"/> Ringan <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat											
Bahari di tempat kerja: <input type="checkbox"/> Bising <input type="checkbox"/> Getaran <input type="checkbox"/> Benzene <input type="checkbox"/> Radiasi <input type="checkbox"/> Bahan Kimia: <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:																	
Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: _____																	
Apakah ada orang tua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 60 tahun karena penyakit jantung pembukuh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll)						<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak											
Riwayat Perawatan di RS: _____																	

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


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 70 x/mt						
169 cm	76 kg	26,6 cm	86 cm	120 / 70 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								
Catatan :			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 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	20/20	20/20	20/20	6/	6/	6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	Kanan : 85°			
	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			
								9-R/20			
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							
Super In				27/01/2021							

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

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)																																																							
Standar:																																																							
<ul style="list-style-type: none"> 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? <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																																																							
Tes Berbisik Telinga Kanan meter				Telinga Kiri meter																																																			
Audiometri (dB):																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kiri</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>25</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>20</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kiri								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		25	20	20	15	15	20		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kanan</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>25</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kanan								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		25	20	20	20	15	15	
Telinga Kiri																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	25	20	20	15	15	20																																																	
Telinga Kanan																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	25	20	20	20	15	15																																																	
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri : 16,7 dB			Telinga Kanan : 18,3 dB																																																		
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :																																																							
Catatan :																																																							
Nama Pemeriksa			Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan																																																	
Susri Rindayani, A.Md.Kep						27/01/2021																																																	
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 : <ul style="list-style-type: none"> Profil Lipid : Total Kolesterol, HDL, LDL dan Trigliserida Fungsi Hati : Total Billirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT dan SGPT Fungsi Ginjal : Asam Urat, Ureum dan Kreatinin. Gula Darah Puasa & Gula Darah 2 jam setelah makan 				<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																	
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"/>		Gigi : Caries, Radix.																																																		
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	✓	Kekuatan Otot (5/5 ; 5/5)
		Mohon test kekuatan otot dan refleks bagi Driver, Operator Alat Berat, Operator Crane, Awak Mobil Tanki.		
11	Persyarafan	Gangguan : Keseimbangan, koordinasi, bicara, refleks tendon asimetris. Abnormal : Fungsi sensori/positional, ataksia/refleks patellar/Babinsky.	✓	Romberg Test : Negative
		Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh : Scaffolder, Inspector Lifting.		
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. Memenuhi Syarat, masa berl <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tahun <input type="checkbox"/> B. Memenuhi Syarat Dengan Catatan : 1. - 2. - 3. - <input type="checkbox"/> C. Tidak Memenuhi Syarat <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara dievaluasi setelah..... minggu/bulan			Rekomendasi : <ul style="list-style-type: none"> • Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan pada DOKTER. • Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI. • OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh. • - • - • - 	
Catatan Lain Jika ada : _____				
<input type="checkbox"/> Harus menggunakan kacamata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar				
Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ.		Tanda Tangan  Tanggal (tgl-bln-thn) MEDICA INDONESIA 27/01/2021		
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 : REZAL
Tanggal Lahir : 31-12-1996
Pekerjaan : SWASTA
Perusahaan : PT. ISP Nomor Pegawai : _____
Alamat : Perumahan. Jl. roden sukma
Nomor Telepon : 0812-5369-8555

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:

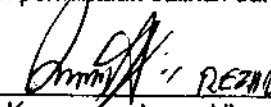
Nama : _____ Perusahaan/Instansi : PT. ISP
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

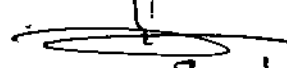
Nama : _____ Perusahaan/Instansi : PHKT
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

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/psikiatris 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  REZAL Tanggal 27 01 2021
Karyawan atau wakil yang sah 31 12 1996
(Tgl - Bln - Thn)

 Tanda Tangan Saksi Team Medical Check Up Tanggal 27 / 01 / 2021
Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)

F_OH_019_Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN		No. REG : 0397/GMI-MCU/I/2021	
Nama Lengkap REZAL, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 31/12/1996	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja All Area
Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PE	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 : Helper			
<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	<input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki	

Posisi Tambahan : -

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

<input checked="" type="checkbox"/> A Memenuhi Syarat, masa berlaku :	<input type="checkbox"/> 6 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun	Tanggal MCU : 27/01/2021
<input type="checkbox"/> B Memenuhi Syarat Dengan Catatan			
1. -			
2. -			
3. -			
4. -			
<input type="checkbox"/> C Tidak Memenuhi Syarat : <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan.			
Rekomendasi (Jika diperlukan tindak lanjut) :			
* -			
* -			
* -			
* -			

Catatan : Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan	Tanggal (tgl-bln-thn)
dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017		01/02/2021
Nama Rumah Sakit / Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit / Klinik	
GRAND MEDICA CLINIC	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)
..... / .. / ..

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2021

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, 01/02/2021

PERIODIC

Nama : REZAL, Tn.	Umur : 24 tahun	No. Badge : -
Posisi : Helper	MCU ID : 0397/GMI-MCU/I/2021	Jabatan Tambahan : -

 Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :
27/01/2021

TEMUAN :

- * Berat Badan = 76 Kg (Overweight), BMI = 26,61 ; BB Ideal = 51,41 - 71,40 Kg. LP = 86 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 = N/A. Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.
- * Fisik = TD : 120/70 mmHg (Normal). Gigi : Caries, Radix. Kekuatan Otot Extremitas (5/5 ; 5/5). Romberg Test : Negative
- * Fisik = Mata : VOD : 20/20 (Normal), VOS : 20/20 (Normal), Jaeger Test : J1, VD : 9-R/20, VF ODS : 85°(Normal). Test Buta Warna : Normal.
- * Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- * Lab Kimia Darah = Dalam batas normal.
- * 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	Validity Period :
<input checked="" type="checkbox"/>	Fit For Duty (Fit untuk bekerja normal)	1 Tahun
<input type="checkbox"/>	Fit with Notes (Fit dengan Catatan)	
<input type="checkbox"/>	Not Fit (Tidak dapat bekerja di area PHKT)	
<input type="checkbox"/>	Failed to comply with requested evaluations (Karyawan tidak di ijinan untuk bekerja di area PHKT sampai evaluasi Fit For Duty diselesaikan)	

Sebagai : Helper

Di : All Area Onshore & Offshore


SARAN - SARAN :

- * Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan pada DOKTER.
- * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI.
- * 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 : 27/01/2022

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


Patient Data

ID Number	: 0397/GMI-MCU/II/2021	Company	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Name	: REZAL, Tn.	Occupation	: Helper
Gender	: Male	Test Date	: 27/01/2021
DOB / Age	: 31/12/1996 / 24 Yo.	BMI	: 26,6
Height (cm)	: 169	Weight (kg)	: 76

Jakarta Cardiovascular Risk Table

Risk Factor	Score	Result	Poin
Sex	Female	Male	1
	Male		
Age	25-34	24	-4
	35-39		
	40-44		
	45-49		
	50-54		
	55-59		
	60-64		
Blood Pressure	Normal	Normal	0
	High Normal		
	Grade 1 Hypertension		
	Grade 2 Hypertension		
	Grade 3 Hypertension		
BMI (Kg/m ²)	13,79 - 25,99	26,61	1
	26,00 - 29,99		
	30,00 - 35,58		
Smoke	Never	Ex Smoker	3
	Ex Smoker		
	Smoker		
Diabetes Mellitus	No	No	0
	Yes		
Physical Exercise/Activity	No	Medium	0
	Low		
	Medium		
	High		
Total Point			1

Determine the 10-year CVD risk (%)

Total Points	10-year CVD risk (%)	
-4	Low Risk	1
-3	Low Risk	2,6
-2	Low Risk	4,2
-1	Low Risk	5,8
0	Low Risk	7,4
1	Low Risk	9
2	Moderate Risk	10,0
3	Moderate Risk	13,1
4	Moderate Risk	17,2
5	High Risk	20,0
6	High Risk	21,2
7	High Risk	22,5
8	High Risk	23,7
9	High Risk	25
10	High Risk	26,2
11	High Risk	27,5
12	High Risk	28,7
13	High Risk	>30

Result

Estimated 10-year CVD Risk

9,0%

Risk Category

Low Risk
Advice

Patients with **HIGH RISK** scores should be counseled aggressively about social factors contributing to their risk (smoking, exercise, weight, diet, etc) and also managed with blood pressure and lipid evaluation.

References

Kusmana, Dede. *The Jakarta Cardiovascular Score, A Modified Framingham Score, Is A Simple Method For Cardiovascular Risk Stratification In Developing Countries. 21st Scientific Meeting of the International Society of Hypertension, 2006; 201.*

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 0397 /GMI-MCU/I/2021

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: REZAL, Tn.	/ Laki-Laki	Umur (Age)	: 24 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: HELPER		Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 27 Januari 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobine (Hgb)	16,5	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit (Hct)	46,1	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	5,3	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 ⁶ sel/mm ³
Leucocyt (WBC)	10	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 ³ / μ L
Differential Count			
Basophile	0,6	0 - 2	%
Eosinophile	3,0	0 - 3	%
Neutrofil	68,2	50 - 70	%
Lymphocyte	21,2	20 - 40	%
Monocyte	5,7	3 - 12	%
MCV	85,5	80 - 100	fL
MCH	30,6	27 - 34	pg/cell
MCHC	35,8	32 - 36	g/dL
RDW- CV	14,4	11 - 16	%
RDW-SD	46,1	35 - 56	fL
Thrombocyt	417	140 - 440	10 ³ /mm ³
KIMIA KLINIK			
METABOLISME GLUKOSA/DIABETES			
Glucose Fasting	105	Normal : 70 - 110	mg/dL
Glucose 2h pp	-	Normal : < 140 Gangguan toleransi glukosa : 140 - 199 Diabetes melitus : > 200	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	164	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : \geq 240	mg/dL
Triglycerides	78	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : \geq 500	mg/dL
HDL Cholesterol	57	Rendah : < 40 Tinggi : \geq 60	mg/dL





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 0397 /GMI-MCU/1/2021
(Lab. Number)

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama : REZAL, Tn. / Laki-Laki **Umur** : 24 Tahun
(Name) *(Age)* *(Years old)*
Pekerjaan : HELPER **Dokter** : Dr. Hendra AZ
(Job Position) *(Doctor)*
Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan** : 27 Januari 2021
(Company) *(Date of Analysis)*

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	91	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	1,6	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
FUNGSI HATI			
SGOT / AST	18	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	15	0 - 40	U/L
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	6,0	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	19	10 - 50	mg/dL
URINALISA			
MAKROSKOPIS URIN			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
KIMIA			
Berat jenis	1,015	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	5,0	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/μL
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) : 0397 /GMI-MCU/I/2021

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: REZAL, Tn.	/ Laki-Laki	Umur (Age)	: 24 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: HELPER		Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 27 Januari 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
MIKROSKOPIS URIN			
Epithel	1-2		
WBC	2-4		
RBC	2-3		
Cast	Negatif		
Crystal	Negatif		
Bacterie	Negatif		
Others	Negatif		

Tanggal pengambilan sampel : 27 Januari 2021

Penanggung Jawab
Laboratorium,

Dr. Hendra Agus Z

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak





Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 397

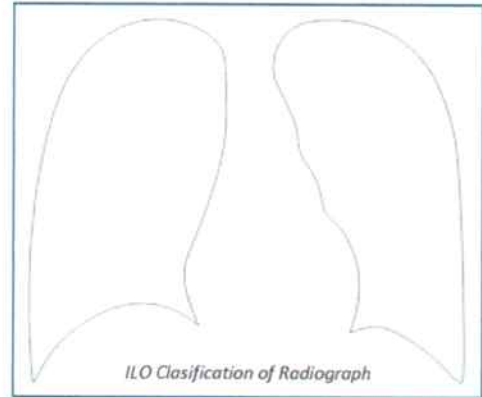
Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : REZAL, Tn.
Umur
(Age) : 24 Tahun
(years old)
Jenis Kelamin
(Gender) : Male

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Pekerjaan
(Occupation) : HELPER
Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 27 Januari 2021

Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Foto thorax
Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA
Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : 58
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 HARIS, Sp.Rad
(Radiologist signature)
Spesialis Radiologi



Patient Data

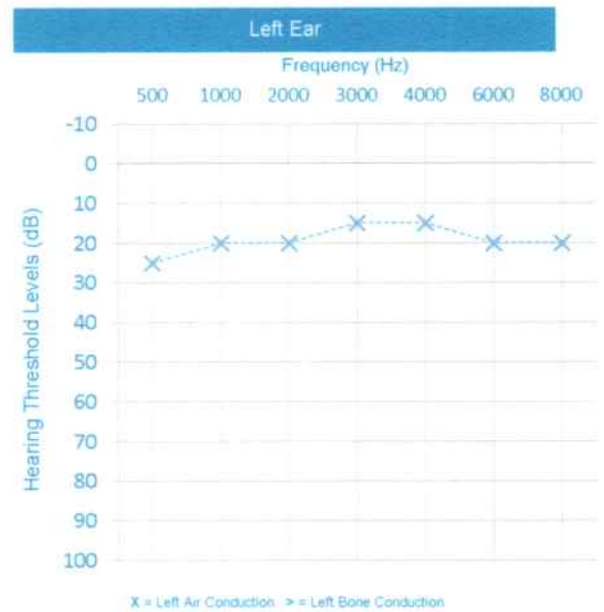
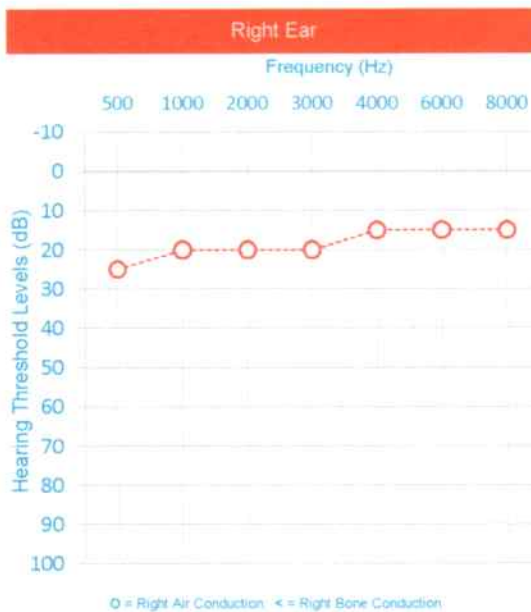
ID Number	397	Gender	Laki-laki
First Name	REZAL	Occupation	Helper
Last Name	-	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	24 Yo.	Test Date	27 Januari 2021

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work Helper	Period of work 1 Years	Hearing Protection Worn Yes
Previous	1) -	-	-
	2) -	-	-
Military Services	<input type="checkbox"/>		

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

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

Left Ear Observation and Test Result

Canal	Normal							HTL
Ear Drum	Normal							LEFT
Conduction	Frequency (Hz)							EAR
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
Air	25	20	20	15	15	20	20	16,7
Bone								0,0

Conclusion / Medical Report
Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

 Signature 
 dr. Mendra A.Z.

 Instrument used
SIBEL SOUND 400

 Standard
 OSHA


ID : 397
Name : Rezal
Age : 24 Years
Department: PT. Inspektindo
Gender : Male

HR : 70 BPM
P Dur : 98 ms
PR int : 143 ms
QRS Dur : 77 ms
QT/QTc axis : 377/407 ms
P/QRS/T axis : 61/55/45
RV5/SV1 amp : 2.215/2.463 mV
RV5+SV1 amp : 4.678 mV
RV6/SV2 amp : 1.653/2.012 mV

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
Normal ECG

YRK

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

dr. AGHMAD YUSRI, SpJP
SPECIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

