



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

*Make SMILE and Be HEALTHY*

## PERSONAL DATA

**No. MCU** : 0001/VAL-ISP/GMI-MCU/I/2022  
**No. Badge** : -  
**Nama** : SEPTAMON TANDI ASIK, Tn.  
**Umur** : 22 tahun  
**Perusahaan** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
**Jabatan** : Inspector  
**Tgl Pemeriksaan** : 28 Desember 2021  
**Alamat** : Jl. Pontianak 3 RT 26 Kel. Gunung Telihan Kec. Bontang Barat.

## Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor F\_OH\_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)			
Nama Lengkap <b>SEPTAMON TANDI ASIK, Tn.</b>	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 06/09/1999	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Pekerjaan (Job Title) Inspector	Nama Perusahaan <b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Offshore	All Area
Alamat Rumah : Jl. Pontianak 3 RT 26 Kel. Gunung Telihan Kec. Bontang Barat.	Nomor Telepone / HP 0812 5423 0549	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 28/12/2021	

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 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        |   |

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

**For Cause**

- Pasca Insiden                       Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja

**Job Transfer**

Dilakukan sebelum pemindahan tugas ke posisi lain.

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

.....  
.....

Tanda Tangan Supervisor	Tanggal (tgl - bln - thn)  <b>28/12/2021</b>
-------------------------	--

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

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

<b>BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)</b>			
Nama Lengkap <b>SEPTAMON TANDI ASIK</b>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <b>06 / 09 / 1999</b>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Pekerjaan (Job Title) <b>INSPECTOR</b>	Nama Perusahaan <b>PT. INSPEKTINDO SINERGI P.</b>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <b>ALL AREA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Offshore	
Alamat Rumah <b>JL. PONTIANAK 3 RT 2/6 Kel. Gn. Telihan, Kec. Bontang Barat</b>	Nomor Telepon / HP <b>0822</b>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) <b>28/12/2021</b>	

**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 kelaian jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/rasa tertekan atau terbakar pada dada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<i>Epilepsy / ayan</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	Anemia/kurang darah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	Nyeri sendi, rematik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Gangguan pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	Penyakit maag atau gangguan pencernaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	Menggunakan alat bantu gerak/protesa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, <i>vertigo</i>	<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 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 pefasasan, sesak nafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	Buang air besar berwarna gelap/hitam	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	Pemah 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: \_\_\_\_\_

Anda Merokok? <input type="checkbox"/> Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun) <input type="checkbox"/> Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun) <input checked="" 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
---	---

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

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

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

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

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

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

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						
174 cm	73 kg	24,1 cm	- cm	99 / 57 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 checked="" 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"> <li>Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek</li> <li>Fit to Work Fireman jika hasil spirometri FEV1 dan FVC &lt; 80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia*</li> </ul> <input checked="" type="checkbox"/> Tidak menderita TB			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"> <li>Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata</li> <li>Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata UNTUK Driver dan Crane Operator</li> <li>Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau)</li> <li>Buta satu mata TIDAK qualified untuk mengemudi</li> <li>Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan di dalam <i>Medical Clearance</i></li> </ul>											
	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				
Jarak Jauh	20/22	20/22	20/25	6/	6/	6/	<input type="checkbox"/> Buta warna Total				
	6/	6/	6/				<input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian				
Jarak Dekat	J# J1	J#	J#	J#	J#	J#	Kanan : 85°				
							Kiri : 85°				
							Visual Dept				
							-				
Kesimpulan : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pakai Kacamata <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Pakai Kacamata <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal (jelaskan)											
Catatan :											
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa		Tanggal Pemeriksaan							
				28/12/2021							

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

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)							
Standar:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dapat mendengar suara bisikan dari jarak &gt; 1.65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (hearing aid) ATAU</li> <li>Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik &lt; 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar</li> </ul>							
Menggunakan alat bantu dengar? <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak							
Tes Berbisik	Telinga Kanan meter			Telinga Kiri meter			
Audiometri (dB):							
Telinga Kiri				Telinga Kanan			
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	15	15	10	20	15		
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri : 15,0 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		
					28/12/2021		
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 : • Profil Lipid : Total Kolesterol, HDL, LDL dan Trigliserida • Fungsi Hati : Total Bilirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT dan SGPT • Fungsi Ginjal : Asam Urat, Ureum dan Kreatinin. • Gula Darah Puasa & Gula Darah 2 jam setelah makan		<input 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 bawah 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 (kirin 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"/>	
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 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	Hernia	✓	
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 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. Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh : Scaffold, 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).

.....

.....

.....

**BAGIAN E. REKOMENDASI KELAIKAN KERJA**

<p><b>Klasifikasi Kelaikan Kerja</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A. Memenuhi Syarat, masa berl <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tahun</p> <p><input type="checkbox"/> B. Memenuhi Syarat Dengan Catatan :</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><input type="checkbox"/> C. Tidak Memenuhi Syarat</p> <p><input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara dievaluasi setelah..... minggu/bulan</p> <p>Catatan Lain Jika ada : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Harus menggunakan kacamata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar</p>		<p><b>Rekomendasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.</li> <li>* Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari.</li> <li>* OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh.</li> <li>* -</li> <li>* -</li> <li>* -</li> </ul>
<p><b>Nama Dokter Pemeriksa</b></p> <p>dr. Hendra AZ.</p>	<p><b>Tanda Tangan</b></p> 	<p><b>Tanggal (tgl-bin-thn)</b></p> <p>06/01/2022</p>
<p><b>Nama Rumah Sakit / Klinik</b></p> <p><b>GRAND MEDICA CLINIC</b></p>	<p><b>Alamat Rumah Sakit / Klinik</b></p> <p>Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-7214553.</p>	

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : SEPTAMON TANDI ASIK  
Tanggal Lahir : 06 / 09 / 1999  
Pekerjaan : INSPECTOR  
Perusahaan : PT. INSPEKTINDO S.P. Nomor Pegawai : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Nomor Telepon : \_\_\_\_\_

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 / Audiometri     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 \_\_\_\_\_ Tanggal   /  /    
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

  
Tanda Tangan Saksi \_\_\_\_\_ Team Medical Check Up \_\_\_\_\_ Tanggal 06 / 09 / 2022  
Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)

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

IDENTITAS KARYAWAN		No. REG0001/VAL-ISP/GMI-MCU/II/2022	
Nama Lengkap	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)	Jenis Kelamin	Lokasi Kerja
SEPTAMON TANDI ASIK, Tn.	06/09/1999	<input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	All Area
Nama Perusahaan	CFTW Procedure		<input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore
PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	<input checked="" type="checkbox"/> Pre-Placement <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause <input type="checkbox"/> Job Transfer		<input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama : <b>Inspector</b>			
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker	<input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang	<input type="checkbox"/> Operator Alat Berat
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot	<input type="checkbox"/> Food Handler
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium	<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 :	28/12/2021
<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 (Jika diperlukan tindak lanjut) :				
* - * - * - * -				

Catatan : <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan	Tanggal (tgl-bln-thn)
dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/08/2017		06/01/2022
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, **06/01/2022**

 Prevalidasi by : *Grand Medica Clinic*
**PRE PLACEMENT**

<b>Nama</b> : SEPTAMON TANDI ASIK, Tn.	<b>Umur</b> : 22 tahun	<b>No. Badge</b> : -
<b>Posisi</b> : Inspector	<b>MCU ID</b> : 0001/VAL-ISP/GMI-MCU/2022	<b>Jabatan Tambahan</b> : -

Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :  
28/12/2021 di RS. PUPUK KALTIM, Bontang.

**TEMUAN :**

- \* Berat Badan = 73 Kg (Normal), BMI = 24,11 ; BB Ideal = 54,50 - 75,69 Kg.
- \* Riwayat Kesehatan = Tidak ada masalah kesehatan. MEROKOK : TIDAK. Aktivitas Fisik : SEDANG
- \* Hazard di Tempat Kerja = N/A. Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.
- \* Fisik = TD : 99/57 mmHg (Normal). Romberg Test : Negative. Mata : VOD : 20/22 (Normal), VOS : 20/25 (Normal). Test Buta Warna : Normal.
- \* Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal. Gol. Darah : O. Rh : +.
- \* Lab Kimia Darah = Dalam batas normal. Uji NAPZA (AMP, BENZO, MOP, THC, MET, COC) = Negative.
- \* Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Treadmill Test = Negative Ischemic Response, 12.69 Mets.
- \* Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal. Audiometri = Dalam batas normal.
- \* Skor Kardiovaskuler Jakarta = -3 → RISIKO RENDAH (CV10 < 10 %)
- \* -

**STATUS KESEHATAN :**

KATEGORI	CATATAN
<input checked="" type="checkbox"/>	Fit For Duty (Fit untuk bekerja normal) <span style="float: right;">Validity Period : 1 Tahun</span>
<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 : Inspector

 Di : All Area Onshore & Offshore
**SARAN - SARAN :**

- \* Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.
- \* 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 : 28/12/2022

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



**Patient Data**

ID Number	: 0001/VAL-ISP/GMI-MCU/II/	Company	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Name	: SEPTAMON TANDI ASIK, Tn.	Occupation	: Inspector
Gender	: Male	Test Date	: 28/12/2021
DOB / Age	: 6/09/1999 / 22 Yo.	BMI	: 24,1
Height (cm)	: 174	Weight (kg)	: 73

**Jakarta Cardiovascular Risk Table**

Risk Factor	Score	Result	Poin
Sex	Female	Male	1
	Male		
Age	25-34	22	-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 <sup>2</sup> )	13,79 - 25,99	24,11	0
	26,00 - 29,99		
	30,00 - 35,58		
Smoke	Never	Never	0
	Ex Smoker		
	Smoker		
Diabetes Mellitus	No	No	0
	Yes		
Physical Exercise/Activity	No	Medium	0
	Low		
	Medium		
	High		
<b>Total Point</b>			<b>-3</b>

**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

**2,6%**

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.*