

# MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Ade Rizky Darmawan  
SEX : Male  
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada  
MEDICAL RECORD : 01 97 43  
DATE OF VISIT : December 11, 2019  
NEXT VISIT : Desember 11, 2020



## KUESIONER PEMERIKSAAN KESEHATAN

Isilah formulir ini dengan sebenarnya dan selengkap-lengkapnyanya. Apabila ada hal-hal yang kurang dipahami segera hubungi dokter atau perawat.

### IDENTITAS PEGAWAI

Nama Lengkap : Ade Piszky Darmawan  
 Tempat Tanggal Lahir : Panajam, 05 Des, 1996  
 Jenis Kelamin : Laki-Laki  
 Agama : Islam  
 Jabatan / Pekerjaan : Helper  
 Status : (X) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai  
 Jumlah Anak : Anak laki-laki: ... orang, Anak perempuan: ... orang  
 Alamat sekarang : Jl. Karot RT.01 No.18 Gg. Setelang  
 Telepon / HP: 0856 5445 4953...  
 No. Ext Telp. : Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) : .....

### HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama Paparan dalam jam/hari					
				Bising	Kimia	Debu	Radiasi	Ergonomi	Lain-lain
1.	Helper		Pt. inspektindo sinergi pasanda						

### HANYA UNTUK KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

Tuliskan lama kerja pada masing-masing tempat kerja yang sesuai dengan posisi Anda. Jumlah jam harus sesuai dengan lama kerja Anda dalam sehari.

1. Office : \_\_\_\_\_ jam/hari
2. Warehouse : \_\_\_\_\_ jam/hari
3. Workshop : \_\_\_\_\_ jam/hari
4. Process area : \_\_\_\_\_ jam/hari
5. Well/Offshore : \_\_\_\_\_ jam/hari

### PETUNJUK PENGISIAN :

ISILAH NOMOR 1 ATAU 2 YANG SESUAI DENGAN JAWABAN ANDA PADA KOTAK JAWABAN YANG TELAH TERSEDIA DI SAMPING KANAN. JANGAN MELINGKARI (0) ATAU MENCORET (X) PADA PILIHAN JAWABAN

### RIWAYAT KESEHATAN

1. Selama 1 tahun terakhir ini, apakah Anda pernah sakit :

- |                         |       |          |                                |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| c. Jantung              | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |

d. Stroke	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
e. Kencing Manis	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
f. Timbul benjolan/tumor	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
g. Ayan/gangguan saraf lain	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
h. Asma	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
i. Batu Ginjal	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
j. Alergi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
k. Thyphus	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
n. Penyakit Kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
o. Kuning/Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
p. Gangguan Jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
u. Gigi/Mulut	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
y. Sendi-sendi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2

**RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT**

1. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja?
 

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
-------	----------	----------------------------

*Bila tidak langsung ke no. 6*
2. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan?
 

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------
3. Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut?
 

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------

4. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut?

--	--	--

5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh?

1. Ya                      2. Tidak     

6. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit?

1. Ya                      2. Tidak     

*Bila tidak langsung ke no. 8*

7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir?

--	--	--

8. Apakah Anda menderita penyakit yang harus dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir?

1. Ya                      2. Tidak     

### KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah Anda pernah merokok?

1. Ya                      2. Tidak     

*Bila tidak langsung ke pertanyaan alcohol*

2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya?

1	8
---	---

3. Apakah saat ini Anda merokok?

1. Ya, setiap hari                     

2. Ya, tidak setiap hari

3. Tidak — bila tidak langsung ke no. 14

4. Berapa banyak rokok yang Anda hisap setiap harinya?

1	5
---	---

5. Jenis rokok apa yang Anda hisap? (TULIS MEREK ROKOK)

1. Kretek                     

2. Filter

6. Seberapa sering Anda mengisap dalam-dalam asap rokok?

1. Tidak pernah                     

2. Kadang-kadang

3. Selalu

7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?

6	0	m
---	---	---

8. Apakah Anda lebih banyak merokok dalam 2 jam pertama di pagi hari?

1. Ya                      2. Tidak     

9. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang dilarang merokok?

1. Ya                      2. Tidak     

10. Apakah Anda tetap merokok di saat Anda sedang sakit?

1. Ya                      2. Tidak

11. Dalam 1 hari waktu merokok, manakah yang sulit dilewatkan? 1. Merokok pertama di pagi  2  
2. Merokok di waktu lainnya
12. Apakah Anda ingin berhenti merokok? 1. Ya 2. Tidak  /
13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti Program Berhenti Merokok? 1. Ya 2. Tidak  /  
*Bila tidak langsung ke pertanyaan alkohol*
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok? (tahun)

**KONSUMSI ALKOHOH**

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol? 1. Ya 2. Tidak  2
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak  2  
*Bila tidak langsung ke pertanyaan olah raga*
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak
4. Berapa hari Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan?
5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya? (diperkirakan dalam satuan ml)

**AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA**

1. Berapa banyak waktu yang Anda habiskan untuk duduk setiap harinya? (dalam menit dan termasuk waktu yang dihabiskan untuk duduk di tempat kerja maupun di waktu luang)
2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan?  4
3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya? (dalam menit)  6  0  m
4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan? 1. Ringan 4. Berat  2  
2. Sedang 5. Sangat berat  
3. Cukup berat

**POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN**

1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan?
2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran?
- 4 dari 6

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

1. Apakah ada di antara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut

- |                         |       |          |                            |
|-------------------------|-------|----------|----------------------------|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| f. alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 1 |
| g. asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

- |                         |       |          |                            |
|-------------------------|-------|----------|----------------------------|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| f. alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| g. asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |

3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 th untuk laki-laki dan 55 th untuk perempuan?

- |       |          |                            |
|-------|----------|----------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
|-------|----------|----------------------------|

**UNTUK KARYAWAN WANITA**

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil?

- |       |          |                          |
|-------|----------|--------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
|-------|----------|--------------------------|
- Bila tidak langsung ke no. 3*

2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini?

--	--

3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah dialami (termasuk kehamilan kali ini)?

--	--

4. Berapa jumlah keguguran yang pernah dialami?

--

5. Kapan hari pertama haid terakhir anda?

--	--	--	--	--	--	--	--

6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama?

--	--

7. Berapa banyak darah pada saat Anda haid?

- |           |            |                          |
|-----------|------------|--------------------------|
| 1. Banyak | 2. Sedikit | <input type="checkbox"/> |
|-----------|------------|--------------------------|

8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur?

- |       |          |                          |
|-------|----------|--------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
|-------|----------|--------------------------|

9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid?

- |       |          |                          |
|-------|----------|--------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
|-------|----------|--------------------------|

10. Apakah Anda sering menderita keputihan?

1. Ya                      2. Tidak     

**KELUARGA BERENCANA**

1. Apakah keluarga Anda mengikuti Keluarga Berencana?

1. Ya                      2. Tidak     

2. Bila YA, metode KB apa yang Anda gunakan?

1. Kondom              5. IUD                
2. Pil                      6. Vasektomi  
3. Suntik                7. Tubektomi  
4. Susuk                8. Lainnya

**RIWAYAT VAKSINASI**

1. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus?

1. Ya                      3. Tidak tahu        
2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis?

1. Ya                      3. Tidak tahu        
2. Tidak

**DONOR DARAH**

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan?

1. Ya                      2. Tidak     

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir?

/  /

Formulir tersebut di atas telah saya isi dengan benar dan sesungguhnya.

Balikpapan, 11, Desember ..... 2019.

  
( Ade Rizky Darmawan )



**MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM**

**A. GENERAL CONDITION**

Blood Pressure (supine)	104 / 60 mmHg
Pulse	80 x/min
Respiration	20 x/min
Temperature	36.5 °C

Weight (W)	44.3 kg
Height (H)	162 cm
BMI	16.88

LP = 63

\*BMI = W / H<sup>2</sup> (Underweight <18.5, Normal 18.5-24.9, Overweight 25-29.9, Obese ≥30)

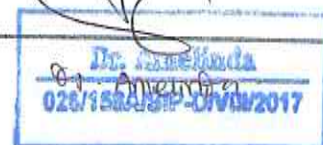
VISION	Unaided		With Spectacles		Colour Blindness	
	Left	Right	Left	Right	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Red - Green Absent
DISTANT	6/6	6/6			<input type="checkbox"/> Colour Blind	
NEAR						

**B. PHYSICAL**

NO	PHYSICAL	A- Abnormal N- Normal (circle word of importance and explain)		Describe abnormalities in detail	
		A	N		
1	General Appearance		/		
2	Head/Scalp		/		
3	Eyes		/		
4	Ears		/		
5	Nose/Sinuses		/		
6	Mouth/Throat		/		
7	Teeth			8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
				8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8	Neck		/		
9	Back/Spine		/		
10	Thorax		/		
11	Breast		/		
12	Heart		/		
13	Chest/Lung		/		
14	Abdomen		/		
15	Groin		/		
16	Genital		/		
	- Male		/		
	- Female		/		
17	Extremities		/		
18	Joints		/		
19	Skin		/		
20	Neurological		/		
21	Muscular System		/		
22	Rectal Examination		/		

Heuri tes lapang parasy : normal

Approved by GP :



## LABORATORY RESULTS

<b>Name</b>	: Ade Rizky Darmawan	<b>Date of Visit</b>	: December 11, 2019
<b>Sex</b>	: Male	<b>Medical Record</b>	: 01 97 43
<b>Date of Birth</b>	: December 5, 1996	<b>Company</b>	: PT. Inspektindo Sinergi Persada
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE	
<b>HEMATOLOGY</b>			
Automated Blood Count			
- WBC	6.4	4.5 - 10.0 K/ul	
- RBC	5.0	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul	
- Haemoglobine	14.9	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl	
- Haematocrite	43%	M : 42-52% F : 37-47%	
- MCV	87	80- 100 fL	
- MCH	30	26 - 34 pg	
- MCHC	34	32 - 36 g/dL	
- Thrombocyte	205	150 - 450 K/ul	
- ESR	15	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h	
- Diff. Count :			
Basophil	0%	0 - 1%	
Eosinophil	2%	2 - 4%	
Stab	3%	3 - 5%	
Segment	59%	55 - 65%	
Lymphocyte	33%	25 - 35%	
Monocyte	3%	3 - 6%	
<b>BLOOD CHEMISTRY</b>			
<b>LIPID PROFILE</b>			
- Total Cholesterol	185	<200 mg/dl	
- HDL Cholesterol	52	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl	
<b>DIABETES</b>			
- Glucose Fasting	92	70-110 mg/dl	

## LABORATORY RESULTS

<b>Name</b> : Ade Rizky Darmawan	<b>Date of Visit</b> : December 11, 2019	
<b>Sex</b> : Male	<b>Medical Record</b> : 01 97 43	
<b>Date of Birth</b> : December 5, 1996	<b>Company</b> : PT. Inspektindo Sinergi Persada	
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
<b>URINALYSIS</b>		
<b>MACROSCOPIC</b>		
- Color	Yellow	
- Turbidity	Clear	
- S. Gravity	1.015	1.010 - 1.030
- pH	6.0	4.8 - 7.4
- Leucocyte (Enzymatic)	Negative	Negative
- Glucose	Negative	Negative
- Nitrite	Negative	Negative
- Bilirubin	Negative	Negative
- Blood	Negative	Negative
- Urobilinogen	Negative	Negative
- Protein	Negative	Negative
- Keton	Negative	Negative
<b>MICROSCOPIC</b>		
- WBC	0 - 1	0 - 4
- RBC	0 - 1	0 - 1
- Ephitel	0 - 1	+ / Positive
- Cylinder	Negative	Negative
- Crystal Oxalat	Negative	Negative
- Bacteria	Negative	Negative
- Others	Negative	Negative

## LABORATORY RESULTS

<b>Name</b> : Ade Rizky Darmawan	<b>Date of Visit</b> : December 11, 2019
<b>Sex</b> : Male	<b>Medical Record</b> : 01 97 43
<b>Date of Birth</b> : December 5, 1996	<b>Company</b> : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
<b>DRUGS SCREENING TEST</b>		
- Cocain	Negative	Negative
- Amphetamine	Negative	Negative
- THC	Negative	Negative
- Morphine	Negative	Negative
- Benzodiazepine	Negative	Negative
- Methamphetamine	Negative	Negative

Technician of Laboratory



( \_\_\_\_\_ )

Head of Laboratory



Dr. Yussie Andeline

## RADIOLOGY RESULT

<b>Name</b> : ADE RISZKY DARMAWAN	<b>Date of Visit</b> : DECEMBER 11, 2019
<b>Sex</b> : MALE	<b>Rontgen Record</b> : 0 7 4 1
<b>Date of Birth</b> : DECEMBER 05, 1996	<b>Company</b> PT.INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

**TEST NAME** : RONTGEN THORAX

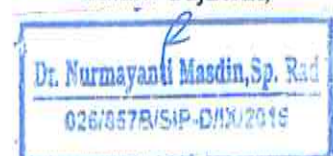
TS Yth.

Foto Thorax

- Corakan bronchovaskuler paru dalam batas normal.
- Tidak tampak proses spesifik pada kedua paru.
- Jantung tidak membesar.
- Kedua sinus dan diafragma normal.
- Tulang - tulang intak.

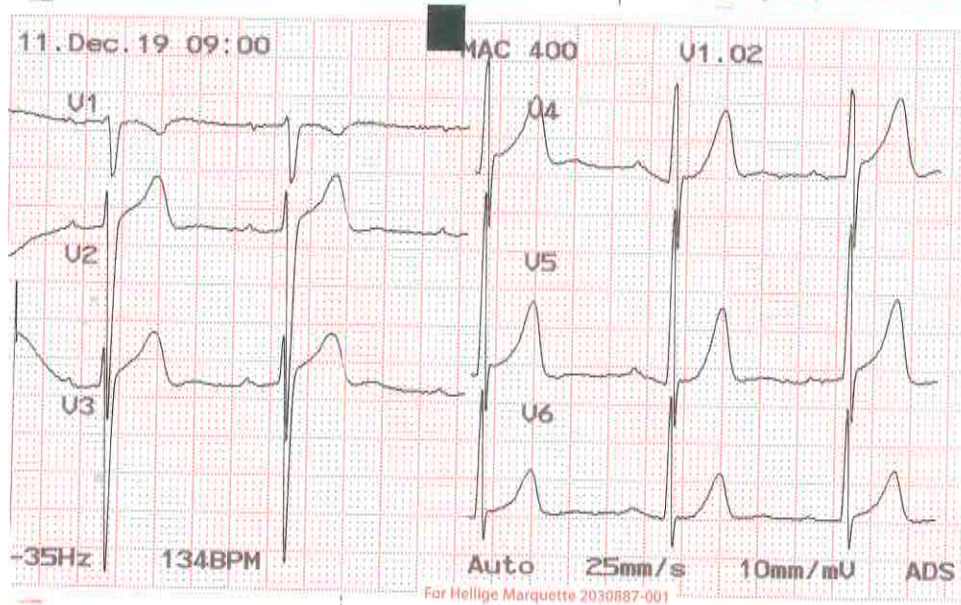
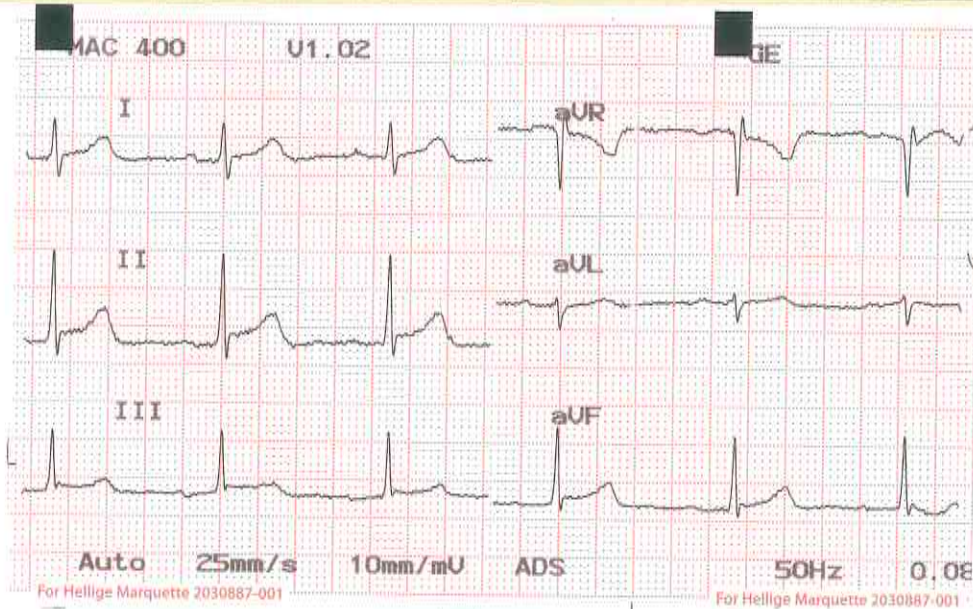
**Kesan** : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.

Salam Sejawat,



## ECG RESULT

Name	: Ade Rizky Darmawan	Date of Visit	: December 11, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 97 43
Date of Birth	: December 5, 1996	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Normal	<p>Dr. Lukman Hetta S., Sp.PD, Sp.KI, FINASIM</p> <p>026/1118C/SIP-DA/2017</p>

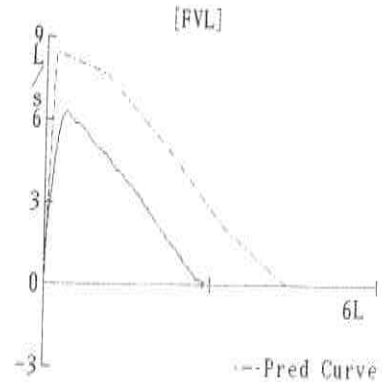
## SPIROMETRY RESULT

<b>Name</b> : Ade Rizky Darmawan	<b>Date of Visit</b> : December 11, 2019
<b>Sex</b> : Male	<b>Medical Record</b> : 01 97 43
<b>Date of Birth</b> : December 5, 1996	<b>Company</b> : PT. Inspektindo Sinergi Persada

### TEST REPORT

Name: ADE RISKY  
IDNo: 06065  
Date: 12/11/2019 10:47  
Sex: Male Age: 23  
HT: 162.0 cm WT: 44.3 kg  
BSA: 1.43 m<sup>2</sup> Race: Asian (100)  
PB: 1013.1 hPa  
Temp: 36.7 °C Humi: 50.0 %  
Pred. Formula: Knudson  
Cal. Date: 12/11/2019 08:27

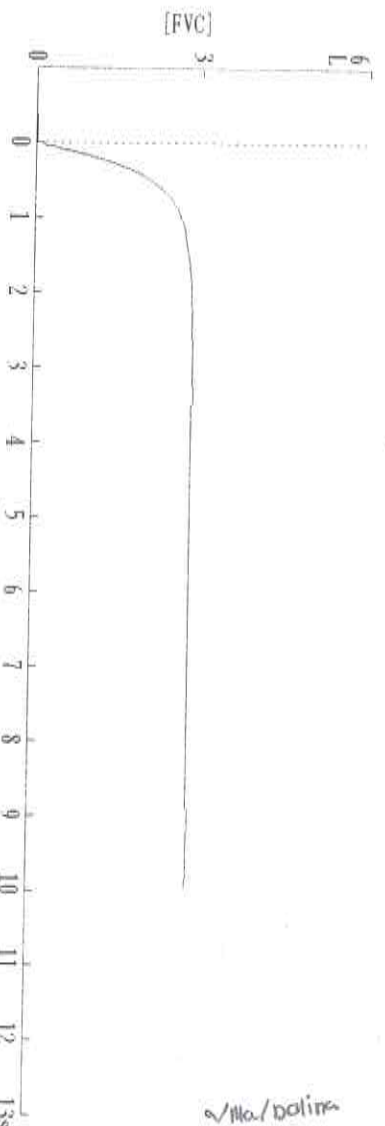
ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L 2.88	4.37	65.9
FEV0.5	L 2.10	2.78	75.5
FEV1.0	L 2.61	3.75	69.6
FEV1%(G)	% 90.63	86.32	105.0
FEV1%(T)	% *		
FEV1/VCpr	% 59.7		
PEF	L/s 6.60	8.39	78.7
PEF25	L/s 5.86	7.67	76.4
PEF50	L/s 3.95	5.06	78.1
PEF75	L/s 1.83	2.06	88.8



ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L 2.91	4.37	66.6
FEV0.5	L 2.09	2.78	75.2
FEV1.0	L 2.65	3.75	70.7
FEV1%(G)	% 91.07	86.32	105.5
FEV1%(T)	% *		
FEV1/VCpr	% 60.6		
PEF	L/s 6.28	8.39	74.9
PEF25	L/s 5.63	7.67	73.4
PEF50	L/s 3.95	5.06	78.1
PEF75	L/s 1.79	2.06	86.9

### [ CALIBRATION REPORT ]

Cal. Date: 12/11/2019 08:27  
Temp: 36.7 °C PB: 1013.1 hPa  
Humi: 50.0 %  
Syringe Cap.: 1L  
Volume EX/IN: 1.00 / 1.01 L  
Balance EX/IN: 0.0 / +1.0 %  
Factor EX/IN: 0.99 / 0.98



### [ EVALUATION ]

Diagnosis : Restrictive  
Staging : Mild  
BD Improvement : ---

### [ EVALUATION GRAPH ]

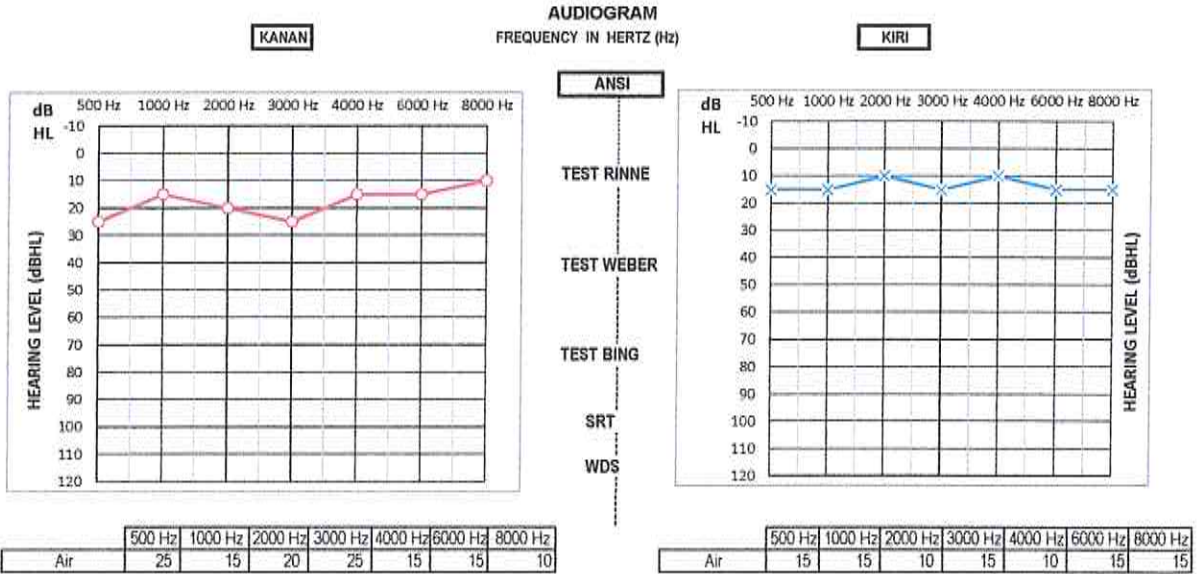


*Mild restriction*

*a/Max/Defina*

## AUDIOMETRY RESULT

Name : Ade Risky Darmawan	Date of Visit : December 11, 2019
Sex : Male	Medical Record : 019743
Date of Birth : December 5, 1996	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada



**ANSI**

- TEST RINNE
- TEST WEBER
- TEST BING
- SRT
- WDS

AUDIOGRAM CODE

Test oleh : Ahmad Junaldi  
Dokter : Dr. Erica Lukman Sp. THT MQH

		AC	
EAR	COL	UM	M
R	RED	O	Δ
L	BLUE	X	□
No Response ↓			

AC \_\_\_\_\_

Kesimpulan	Dokter Pemeriksa
<p>Terdapat kelainan kiri : dalam batas normal</p>	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <p><b>Dr. Erica Lukman, Sp. THT KL</b> 026/1125C/SIP-D/X/2016</p> </div>



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

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

Nama Lengkap <i>Ade Rizky Darmawan</i>	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) <i>Penajam, 05.12 - 1996</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Helper</i>	Nama Perusahaan <i>Pt. inspektindo sinergi persada</i>	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore <input type="checkbox"/> Office
Alamat Rumah <i>Jl. kerak rt.01. No18 Gg. Seteleng</i>	Nomor Telepon / HP <i>0856 5445 4953</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn) <i>11-Desember-2019</i>

**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"/> <i>Sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non-sedentary Worker</i>            | <input checked="" type="checkbox"/> <i>Onshore Oil &amp; Gas Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Offshore Oil &amp; Gas Worker</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Sekuriti</i>         | <input type="checkbox"/> <i>Fire Emergency Responder Team</i>   | <input type="checkbox"/> <i>Driver Mobil Penumpang</i>                  | <input type="checkbox"/> <i>Operator Alat Berat</i>           |
| <input type="checkbox"/> <i>Penyelam / Diver</i> | <input type="checkbox"/> <i>Kru Kapal</i>                       | <input type="checkbox"/> <i>Pilot</i>                                   | <input type="checkbox"/> <i>Food Handler</i>                  |
| <input type="checkbox"/> <i>Tenaga Kesehatan</i> | <input type="checkbox"/> <i>Petugas Sampling / Laboratorium</i> |   |   |
- 
- Pemeriksaan berkala (*Periodic*), untuk kategori posisi:
- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non-sedentary Worker</i>            | <input type="checkbox"/> <i>Onshore Oil &amp; Gas Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Offshore Oil &amp; Gas Worker</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Sekuriti</i>         | <input type="checkbox"/> <i>Fire Emergency Responder Team</i>   | <input type="checkbox"/> <i>Driver Mobil Penumpang</i>       | <input type="checkbox"/> <i>Operator Alat Berat</i>           |
| <input type="checkbox"/> <i>Penyelam / Diver</i> | <input type="checkbox"/> <i>Kru Kapal</i>                       | <input type="checkbox"/> <i>Pilot</i>                        | <input type="checkbox"/> <i>Food Handler</i>                  |
| <input type="checkbox"/> <i>Tenaga Kesehatan</i> | <input type="checkbox"/> <i>Petugas Sampling / Laboratorium</i> |  |   |
- 
- Return to Work*  
Tidak masuk kerja  $\geq$  14 hari kalendar karena sakit atau cedera, atau  $<$  14 hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa *on duty*.
- 
- For Cause*:
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Paska Insiden</i> | <input type="checkbox"/> <i>Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja</i> |
|---|--|
- 
- 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)

## 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 <i>Ade Rizky Darmawan</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>Denyam, 05, 12, 1996</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Helper</i>	Nama Perusahaan <i>Pt. Inspek-Tindo Sinergi Persada</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Rt. Kerok RT-01 No. 18 Gg. Seteleng</i>	Nomor Telepon / HP <i>0856 5995 4953</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) <i>11-Desember-2019</i>

**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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	<i>Epilepsy / ayun</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	Anemia/kurang darah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	Nyeri sendi, rematik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Gangguan pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	Penyakit maag atau gangguan pencernaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	Menggunakan alat bantu gerak/protesa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, vertigo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.	Hepatitis (sakit kuning)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	Masalah otot dan syaraf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Gangguan atau kelemahan/kelumpuhan pada anggota gerak (lengan dan atau tungkai)	<input 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.	Hernia/burut/usus turun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.	Mengonsumsi alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Tumor atau kanker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.	Alergi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	Menggunakan narkoba	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan untuk setiap jawaban Ya: *Pernah patah tulang*

Anda Merokok?  Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun)  
 Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun)  
 Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok > 10 tahun)

Aktivitas fisik anda?  Ringan  
 Sedang  
 Berat

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

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

Apakah ada orangtua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 60 tahun karena penyakit jantung pembuluh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll)  Ya  Tidak  
 Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa: \_\_\_\_\_

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

Tanda Tangan Karyawan



Tanggal (tgl - bln - thn)

*11 Desember 2019*

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

**Standar:**

- Dapat mendengar suara bisikan dari jarak > 1,65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (*hearing aid*) ATAU
- Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik < 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar

Menggunakan alat bantu dengar?  Ya  Tidak

Tes Berbisik Telinga Kanan ..... meter Telinga Kiri ..... meter

**Audiometri (dB):**

Telinga Kiri							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	15	15	10	15	10	15	15

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

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri ..... 13,57 ..... dB Telinga Kanan ..... 20 ..... dB

Kesimpulan:  Normal  Tidak Normal, jelaskan .....

**Catatan:**

Nama Pemeriksa <i>Junaedi</i>	Tanda Tangan Pemeriksa <i>[Signature]</i>	Tanggal Pemeriksaan <i>11-12-2019</i>
----------------------------------	--	--

**PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

Pemeriksaan	Hasil
<b>Panel hitung darah lengkap:</b> Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell Indices (MCV, HCH, MCHC)	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: <i>ESR . 15 mm/h.</i>
<b>Panel Kimia darah</b> • 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:
<b>Urine Analisa lengkap</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:
<b>Kultur Feses (khusus untuk food handler)</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:

**BAGIAN D. 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"/>	<i>[Stamp]</i>
3	Telinga	Pengerasan ( <i>scarring</i> ) 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, kelaian dinding dada, laju pernafasan, suara pernafasan, wheezing, gangguan fungsi pernafasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)		<input checked="" type="checkbox"/>	

## F\_OH\_019\_ Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

### IDENTITAS KARYAWAN

Nama Lengkap <b>Ade P152k5 Darmasari</b>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <b>05-12-1996</b>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja:
Nama Perusahaan <b>Pt Intik-sind sinergi</b>	CFTW Procedure <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 type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama:			
<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		

Posisi Tambahan: \_\_\_\_\_

### REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

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

**B. Laik Kerja Dengan Batasan**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**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 <b>Dr. Yusyia Andelina</b> 026/315/SIP-D/II/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) <b>11-12-19</b>
Nama Rumah Sakit/Klinik <b>Panacea Clinic</b>	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik <b>Kemp. Balikpapan Baru. AB2 No 17-20.25. Balikpapan Baru.</b>	

**Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&M PHKT untuk:**

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu: tenaga sekuriti, fireman, bekerja di ketinggian (*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 (bb/hh/tttt)
_____	_____	____/____/____



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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ade Piszky Darmawan  
 Tanggal Lahir : 05. Des 1996  
 Pekerjaan : Helper  
 Perusahaan : Pt. Inspektindo Sinergi Persada Nomor Pegawai : \_\_\_\_\_  
 Alamat : Jl. Karok Rt. 01. No. 18 Gg. Seteleng  
 Nomor Telepon : 0856 5745 4953

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

Rumah Sakit/Klinik : panacea clinic  
 Alamat : Komp Balikpapan Baru Ars 2 No 17-20.25 Balikpapan Baru  
 Nomor Telepon : (05-42) 877641

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

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Catatan medis lengkap | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan laboratorium         | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan mata | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik |
| <input type="checkbox"/> Spirometri            | <input type="checkbox"/> Informasi penyakit/cedera        | <input type="checkbox"/> Laporan X-Ray    | <input type="checkbox"/> Audiogram         |
| <input type="checkbox"/> EKG                   | <input type="checkbox"/> Lainnya (mohon dijelaskan) _____ |   |  |

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:


Nama : \_\_\_\_\_ Perusahaan/Instansi : pt inspektindo sinergi persada  
 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 11 / 12 / 2019  
 Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

 Tanda Tangan Saksi  
 Hubungan Dengan Pemberi Wewenang Tanggal 11 / 12 / 2019  
 (Tgl - Bln - Thn)

## SUPPORTIVE INVESTIGATION

<b>Name</b> : Ade Rizky Darmawan	<b>Date of Visit</b> : December 11, 2019
<b>Sex</b> : Male	<b>Medical Record</b> : 01 97 43
<b>Date of Birth</b> : December 5, 1996	<b>Company</b> : PT. Inspektindo Sinergi Persada

### I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	<b>COMMENT :</b> Blood : ESR 15 mm/h.
<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal	

### II. CHEST X-RAY

Pneumoconiosis	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
If Yes - ILO Classification		
Evidence of TB	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
Other Abnormalities		
<b>COMMENT</b>	Within normal limits	

### III. ECG

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal (specify)
--	---

### IV. SPIROMETRY

Test	Predicted	Observed	Percentage	
FVC	4.37	2.91	66.6	%
FEV 1	3.75	2.65	70.7	%
FEV / FVC			91.07	%

### RESULT

<input type="checkbox"/> Normal
<input checked="" type="checkbox"/> Restrictive (Mild)
<input type="checkbox"/> Mixed
<input type="checkbox"/> Obstructive

### VI. AUDIOMETRY

<b>CONCLUSION</b>	Change since last audiometric examination
<input checked="" type="checkbox"/> Normal	If Yes, what change :
<input type="checkbox"/> Abnormal	Recommended action :
	Refer to safety department : <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No