

PERSONAL DATA

No. MCU : 0001/GMI-MCU/XII/2021
No. Badge : -
N a m a : **EKO PURWANTO, Tn.**
U m u r : 27 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : **HSE Officer**
Tgl Pemeriksaan : **17 November 2021**
Alamat : *Kampung Lengkuas RT 004 RW 002 Kel. Kijang Kota Kec. Bintan Timur, Kab. Bintan, RIAU.*

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap EKO PURWANTO, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 27/11/1993	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) HSE Officer	Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore All Area
Alamat Rumah : Kampung Lengkuas RT 004 RW 002 Kel. Kijang Kota Kec. Bintan T	Nomor Telepone / HP -	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 17/11/2021

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 ≥ 14 hari kalender karena sakit atau cedera, atau < 14 hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa on duty

 For Cause

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pasca Insiden | <input type="checkbox"/> 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) 17/11/2021
-------------------------	---

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 EKO PURWANTO	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 27 . 11 . 1993	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) HSE OFFICER	Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO S.P.	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore <i>All Area</i>
Alamat Rumah <i>Kel. Lejang Kota, Buntar</i> Kampung Lengkuas RT 004 RIAU	Nomor Telepon / HP	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 17 / 11 / 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
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 Nyen/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.	Nyen 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 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.	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 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 checked="" 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 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 74 x/mt						
170 cm	91 kg	31,5 cm	- cm	120 / 80 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 Catatan :			Fireman : Target VO2 Max : 39 - 42 mls/kg/min Sekuriti : Target VO2 Max : 34 - 42 mls/kg/min								
PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA											
Hasil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :											
PEMERIKSAAN SPIROMETRI											
<ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek Fit to Work Fireman jika hasil spirometri FEV1 dan FVC < 80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia* <input checked="" type="checkbox"/> Tidak menderita TB			Hasil Pemeriksaan <table border="1"> <thead> <tr> <th>FEV1</th> <th>FVC</th> <th>Rasio FEV1/FVC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Kesimpulan : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:			FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC			
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC									
Catatan : Hasil Evaluasi LLN :											
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa		Tanggal Pemeriksaan							
PEMERIKSAAN MATA											
Standard:											
<ul style="list-style-type: none"> Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata UNTUK Driver dan Crane Operator Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau) Buta satu mata TIDAK qualified untuk mengemudi Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan di dalam Medical Clearance 											
	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang			
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	Kanan : 85°			
Jarak Jauh	6/	6/	6/	20/20	20/20	20/20	<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			
								-			
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							
				17/11/2021							

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):							
Telinga Kiri				Telinga Kanan			
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	20	25	20	20	15	10	
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri : 18,3 dB			Telinga Kanan : 15,0 dB		
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :							
Catatan :							
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan		
					24.11.2021		
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 Bilirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT dan SGPT Fungsi Ginjal : Asam Urat, Ureum dan Kreatinin. Gula Darah Puasa & Gula Darah 2 jam setelah makan 		<input type="checkbox"/> Normal		<input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal <i>Cholesterol : 226 mg/dL (Meningkat, N < 200 mg/dL), LDL : 156 mg/dL (Meningkat, N < 130 mg/dL) > Asam Urat 10.3 (Tinggi, N = 3,5-7,2 mg/dL).</i>			
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 (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"/>			
5	Dada dan sistem pernapasan	Benjolan abnormal, kelainan 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, kelaianan 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 reflek bagi Driver, Operator Alat Berat, Operator Crane, Awak Mobil Tanki.	✓	
11	Persyarafan	Gangguan : Keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimetris. Abnormal : Fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky. Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh : Scaffolder, Inspector Lifting.	✓	
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

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 ke Ahli Gizi untuk program menurunkan Berat Badan. • Hentikan SEGERA kebiasaan merokok. Pelajari EFEK BURUK merokok jangka panjang. • Diet RENDAH LEMAK ; Batasi Makan GORENGAN; Periksa utang Lab LEMAK DARAH 3 bulan kemudian. • 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  MEDICA INDONESIA	Tanggal (tgl-bln-thn) 01/12/2021
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 : EKO PURWANTO
Tanggal Lahir : 27 / 11 / 1993
Pekerjaan : HSE Officer
Perusahaan : Pt. Inspektindo 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 : _____
Alamat : _____
Nomor Telepon : _____

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 : _____
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

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

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : _____

Saya memahami kecuali saya menjelaskan secara spesifik informasi yang diungkapkan termasuk tapi tidak terbatas pada informasi riwayat, diagnosa dan atau pengobatan atas penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, penyakit yang berhubungan dengan mental/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)

_____ Tanggal / /
Tanda Tangan Saksi Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)

F_OH_019_Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN		No. REG : 0001/GMI-MCU/XII/2021	
Nama Lengkap EKO PURWANTO, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 27/11/1993	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja All Area
Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	CFTW Procedure <input 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 checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama : HSE Officer			
<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 CONTARCTOR 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 : 17/11/2021
<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) :	
* Jaga pola makan, Diet Rendah Lemak.	
* -	
* -	
* -	

Catatan : Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 01/12/2021
Nama Rumah Sakit / Klinik GRAND MEDICA CLINIC	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit / Klinik Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-72 Email : grandmedica@gmail.com	

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&M PHKT untuk :

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu : Tenaga Sekuriti, Fireman, bekerja diketinggian, (working at height), bekerja di ruang terbatas (Confined Space), Awak Mobil Tanki (AMT), Operator Alat Berat, Driver Mobil Penumpang dan Penyelam / Teknik Bawah Air (TBA).
- Penjamah Makanan (Food Handler) dan Tenaga Medis (Health Care Worker)

Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak)	Tanda Tangan	Tanggal (tgl/bln/thn)
..... /

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2021

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, 01/12/2021

Prevalidasi by : Grand Medica Clinic

PRE PLACEMENT

Nama : EKO PURWANTO, Tn.	Umur : 27 tahun	No. Badge : .
Posisi : HSE Officer	MCU ID : 0001/GMI-MCU/XII/2021	Jabatan Tambahan : .

 Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :
17/11/2021 di BINTANG MEDICAL CENTER

TEMUAN :

- * Berat Badan = 91 Kg (Obese Grade 1), BMI = 31,49 ; BB Ideal = 52,02 - 72,25 Kg.
- * Riwayat Kesehatan = Tidak ada masalah kesehatan. MEROKOK : YA. Aktivitas Fisik : SEDANG
- * Hazard di Tempat Kerja = Getaran. Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.
- * Fisik = TD : 120/80 mmHg (Normal). Mata : VOD : 20/20 (Normal), VOS : 20/20 (Normal). Test Buta Warna : Normal.
- * Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal. Uji NAPZA (AMP, BENZO, MOP, THC, MET, COC) = Negative.
- * Lab = Kimia Darah : Kolesterol : 226 mg/dL (Meningkat, N < 200 mg/dL), LDL : 156 mg/dL (Meningkat, N < 130 mg/dL), Asam Urat 10.3 (Tinggi, N = 3,5-7,2 mg/dL).
- * Rekam Jantung (EKG) = Dalam batas normal. Treadmill Test = Negative Ischemic Response, 13,50 Mets.
- * Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal. Audiometri = Dalam batas normal.
- * 28/11/2021 Periksa ulang Lab = Asam Urat : 3,6 mg/dL (Normal).
- * Skor Kardiovaskuler Jakarta = 3 → RISIKO SEDANG (CV10 = 10 - 20 %)

STATUS KESEHATAN :

KATEGORI	CATATAN
<input checked="" type="checkbox"/>	Fit For Duty (Fit untuk bekerja normal) Validity Period : 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 ijin untuk bekerja di area PHKT sampai evaluasi Fit For Duty diselesaikan)

Sebagai : HSE Officer

Di : All Area Onshore & Offshore

SARAN - SARAN :

- * Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan ke Ahli Gizi untuk program menurunkan Berat Badan.
- * Hentikan SEGERA kebiasaan merokok. Pelajari EFEK BURUK merokok jangka panjang.
- * Diet RENDAH LEMAK ; Batasi Makan GORENGAN; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH 3 bulan kemudian.
- * 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 : 17/11/2022

Mengetahui :

 Hormat Kami,
Dokter Pemeriksa,

**Grand
MEDICA INDONESIA**
dr. Hendra AZ.

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3KK/01/2017



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

dr.



Patient Data

ID Number	:	0001/GMI-MCU/XII/2021	Company	:	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Name	:	EKO PURWANTO, Tn.	Occupation	:	HSE Officer
Gender	:	Male	Test Date	:	17/11/2021
DOB / Age	:	27/11/1993 / 27 Yo.	BMI	:	31,5
Height (cm)	:	170	Weight (kg)	:	91

Jakarta Cardiovascular Risk Table

Risk Factor	Score	Result	Poin
Sex	Female	Male	0
	Male		1
Age	25-34	27	-4
	35-39		-3
	40-44		-2
	45-49		0
	50-54		1
	55-59		2
	60-64		3
Blood Pressure	Normal	Normal	0
	High Normal		1
	Grade 1 Hypertension		2
	Grade 2 Hypertension		3
	Grade 3 Hypertension		4
BMI (Kg/m2)	13,79 - 25,99	31,49	0
	26,00 - 29,99		1
	30,00 - 35,58		2
Smoke	Never	Smoker	0
	Ex Smoker		3
	Smoker		4
Diabetes Mellitus	No	No	0
	Yes		2
Physical Exercise/Activity	No	Medium	2
	Low		1
	Medium		0
	High		-3
Total Point			3

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

13,1%

Risk Category

Moderate 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) : - 071221005

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name) :	EKO PURWANTO, Tn. / Laki-Laki	Umur (Age) :	28 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position) :	HSE	Dokter (Doctor) :	Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company) :	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis) :	07 Desember 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
KIMIA KLINIK			
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	109	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	146	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	55	Rendah : < 40 Tinggi : >= 60	mg/dL
LDL Cholesterol	109	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL

Tanggal pengambilan sampel : 07 Desember 2021

Penanggung Jawab
Laboratorium
GRAND Medica
Dr. Hendra AZ

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak

