

## PERSONAL DATA

No. MCU : 0377/GMI-MCU/II/2021  
No. Badge : -  
N a m a : **DARSONO, Tn.**  
U m u r : 49 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : **Inspector**  
Tgl Pemeriksaan : **26 Januari 2021**  
Alamat : *Jl. Bina Bakti RT 11 Gunung Steleng, PPU.*

## Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

### F\_OH\_017

<b>BAGIAN A. Identitas Karyawan</b> (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap <b>DARSONO, Tn.</b>	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) <b>26/12/1971</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 PERSADA</b>	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Offshore <b>All Area</b>
Alamat Rumah : <b>Jl. Bina Bakti RT 11 Gunung Steleng, PPU.</b>	Nomor Telepone / HP <b>0822 5202 4096</b>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) <b>26/01/2021</b>
<b>BAGIAN B. Alasan Evaluasi</b> (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor) Beri tanda pada kotak yang sesuai		
<input type="checkbox"/> <b>Pemeriksaan sebelum bekerja (Pre-placement), untuk kategori posisi :</b>		
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium	<input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi :</b>		
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium	<input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki
<input type="checkbox"/> <b>Return to Work</b>		
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		
<input type="checkbox"/> <b>For Cause</b>		
<input type="checkbox"/> Pasca Insiden	<input type="checkbox"/> Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja	
<input type="checkbox"/> <b>Job Transfer</b>		
Dilakukan sebelum pemindahan tugas ke posisi lain.		
<b>Komentar Supervisor</b> (sebutkan tambahan pekerjaan lain atau faktor risiko di tempat kerja bila ada) :		
.....		
.....		
Tanda Tangan Supervisor	Tanggal (tgl - bln - thn) <b>26/01/2021</b>	

377

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

## 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>DARSONO</b>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <b>26.12.1971</b>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <b>INSPECTION / TESTING</b>	Nama Perusahaan <b>PT. ISP</b>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Office <b>Plenggan</b> <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <b>Jl. Bina Bakti RT11 BUNDUNG SETELENS</b>	Nomor Telepon / HP <b>082252024096</b>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) <b>26.01.2021</b>

<b>BAGIAN B. Riwayat Kesehatan Karyawan (diisi dengan benar oleh karyawan dan dituntun oleh petugas kesehatan)</b>												
Sejak Medical Check Up terakhir, apakah Anda pernah atau sedang mengalami: T = Tidak, Y = Ya												
		T	Y		T	Y		T	Y		T	Y
1.	Mengalami gegar otak atau cedera kepala	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	Rasa lelah yang berlebihan tanpa alasan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	Sakit atau cedera leher dan atau tulang belakang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Gangguan mata atau penurunan fungsi penglihatan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	Penyakit atau kelainan jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/ rasa tertekan atau terbakar pada dada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Epilepsy / ayan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	Anemia/kurang darah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	Nyeri sendi, rematik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Gangguan pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	Penyakit 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, keemutan, gemeter 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 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.	Astma, 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 pencernaan: 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/burungus tunun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.	Mengonsumsi alcohol	<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?  Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok  $\leq$  2 tahun)  
 Mantan/Bekas (jika berhenti merokok  $>$  2 tahun, tetapi  $\leq$  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 & sebab apa: \_\_\_\_\_


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

Tanda Tangan Karyawan 	Tanggal (tgl - bln - thn) <b>26-01-2021</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

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 103 x/mt						
169 cm	54 kg	18,9 cm	68 cm	135 / 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 Tachycardia, HR : 103			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 : 38,53 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			<b>Hasil Pemeriksaan</b> <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 <b>Medical Clearance</b></li> </ul>											
	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Lapang Pandang Kanan : 85° Kiri : 85° Visual Dept 7-R/30			
Jarak Jauh	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri					
Jarak Dekat	J#	J#	J#	J#	J#	J#					
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							
				26/01/2021							

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

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)																																																							
<b>Standar:</b>																																																							
<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																																																			
<b>Audiometri (dB):</b>																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kiri</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>50</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kiri								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		50	50	60	60	70	80		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kanan</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>25</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>20</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kanan								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		25	20	25	25	25	20	
Telinga Kiri																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	50	50	60	60	70	80																																																	
Telinga Kanan																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	25	20	25	25	25	20																																																	
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri : 63,3 dB			Telinga Kanan : 25,0 dB																																																		
Kesimpulan : <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan : AD : Kanan : Normal. AS : Gangguan pendengaran derajat BERAT, HTL : 63,3 dB.																																																							
<b>Catatan :</b>																																																							
Nama Pemeriksa			Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan																																																	
Susri Rindayani, A.Md.Kep						26/01/2021																																																	
PEMERIKSAAN LABORATORIUM																																																							
<b>Pemeriksaan</b>				<b>Hasil</b>																																																			
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 (kirim ke Spesialis jika diperlukan)		<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
3	Telinga	Pengerasan (scarring) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani		<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernapas), gigi.	<input checked="" type="checkbox"/>		Gigi : Caries, Missing.																																																		
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 verikosis	✓	
7	Abdomen dan organ di dalamnya	Pembesaran hati, limpa, adanya massa, dan kelemahan dinding abdomen yang bermakna	✓	
8	Tulang belakang dan muskuloskeletal	Ada riwayat operasi, cedera, kelaianan bentuk, keterbatasan pergerakan (ROM), keaktifan anggota tubuh	✓	
9	Sistem perkemihan	<i>Hernia</i>	✓	
10	Ekstremitas (tangan dan kaki)	Kehilangan atau cacat : tungkai, kaki, jemari kaki, tangan, jemari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah	✓	Kekuatan Otot (5/5 ; 5/5)
		<b>Mohon test kekuatan otot dan reflek bagi Driver, Operator Alat Berat, Operator Crane, Awak Mobil Tanki.</b>		
11	Persyarafan	Gangguan : Keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimetris. Abnormal : Fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky.	✓	Romberg Test : Negative
		<b>Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh : Scaffolder, Inspector Lifting.</b>		
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**

<b>Klasifikasi Kelaikan Kerja</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>A. Memenuhi Syarat, masa berl</b> <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tahun <input type="checkbox"/> <b>B. Memenuhi Syarat Dengan Catatan :</b> 1. .... 2. .... 3. .... <input type="checkbox"/> <b>C. Tidak Memenuhi Syarat</b> <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara dievaluasi setelah..... minggu/bulan		<b>Rekomendasi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.</li> <li>• Hentikan SEGERA kebiasaan merokok. Pelajari EFEK BURUK merokok jangka panjang.</li> <li>• Periksa tekanan darah secara rutin ke dokter. Diet RENDAH GARAM.</li> <li>• Konsul ke dokter THT untuk evaluasi hasil Audiometri. Gunakan EARPLUG / EAR MUFF di area bising. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI.</li> <li>• OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh.</li> <li>• -</li> </ul>
Catatan Lain Jika ada : _____ <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kacamata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ.	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 26/01/2021
Nama Rumah Sakit / Klinik GRAND MEDICA CLINIC	Alamat Rumah Sakit / Klinik Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-7214553.	

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : DARSONO  
Tanggal Lahir : 26-12-1971  
Pekerjaan : SWASTA  
Perusahaan : PT. ISP Nomor Pegawai : 19193  
Alamat : Jl. Bina Bakti RT11 Gunung Setu Kab  
Nomor Telepon : 082252024096

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

Rumah Sakit/Klinik : GRAND MEDICA CLINIC  
Alamat : Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08 Gn. Bakaran, Balikpapan.  
Nomor Telepon : 0542-7214552

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

- Catatan medis lengkap
- Pemeriksaan laboratorium
- Pemeriksaan mata
- Pemeriksaan Fisik
- Spirometri
- Informasi penyakit/cedera
- Laporan X-Ray
- Audiogram
- EKG
- Lainnya (mohon dijelaskan) \_\_\_\_\_

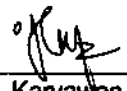
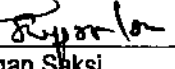
Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:

Nama : _____	Perusahaan/Instansi : <u>PT. ISP</u>
Alamat : _____	Nomor Telepon : _____
<hr/>	
Nama : _____	Perusahaan/Instansi : <u>PHKT</u>
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 <u>26 / 01 / 2021</u>
Karyawan atau wakil yang sah	(Tgl - Bln - Thn)
<hr/>	
Tanda Tangan Saksi 	Tanggal <u>26 / 01 / 2021</u>
Team Medical Check Up	(Tgl - Bln - Thn)
Hubungan Dengan Pemberi Wewenang	

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

IDENTITAS KARYAWAN		No. REG : 0377/GMI-MCU/II/2021	
Nama Lengkap <b>DARSONO, Tn.</b>	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) <b>26/12/1971</b>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja <b>All Area</b>
Nama Perusahaan <b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PE</b>	CFTW Procedure <input type="checkbox"/> Pre-Placement <input checked="" type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause <input type="checkbox"/> Job Transfer		<input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama : <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"/> <b>A Memenuhi Syarat</b> , masa berlaku : <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun	Tanggal MCU : 26/01/2021
<input type="checkbox"/> <b>B Memenuhi Syarat Dengan Catatan</b>	
1. -	
2. -	
3. -	
4. -	
<input type="checkbox"/> <b>C Tidak Memenuhi Syarat</b> : <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah ..... minggu/bulan.	
Rekomendasi (Jika diperlukan tindak lanjut) :	
* <i>Konsul ke dokter THT untuk evaluasi hasil Audiometri. Gunakan EARPLUG / EAR MUFF di area bising.</i>	
* -	
* -	
* -	

Catatan :  Harus menggunakan kaca mata  Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan	Tanggal (tgl-bln-thn)
<b>dr. Hendra AZ.</b> No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017		30/01/2021
Nama Rumah Sakit / Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit / Klinik	
<b>GRAND MEDICA CLINIC</b>	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&amp;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, 30/01/2021

PERIODIC

<b>Nama</b> : DARSONO, Tn.	<b>Umur</b> : 49 tahun	<b>No. Badge</b> : -
<b>Posisi</b> : Inspector	<b>MCU ID</b> : 0377/GMI-MCU/2021	<b>Jabatan Tambahan</b> : -

 Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :  
26/01/2021

**TEMUAN :**

- \* Berat Badan = 54 Kg (Normal), BMI = 18,91 ; BB Ideal = 51,41 - 71,40 Kg. LP = 68 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- \* Riwayat Kesehatan = Tidak ada masalah kesehatan. MEROKOK : YA. Aktivitas Fisik : SEDANG
- \* Hazard di Tempat Kerja = N/A. Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.
- \* Fisik = TD : 135/80 mmHg (Normal-Tinggi). Gigi : Caries. Kekuatan Otot Extremitas (5/5 ; 5/5). Romberg Test : Negative.
- \* Fisik = Mata : VOD : 20/30 (Normal), VOS : 20/30 (Normal), Jaeger Test : J1, VD : 7-R/30, VF ODS : 85%(Normal). Test Buta Warna : Normal.
- \* Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- \* Lab = Kimia Darah : Dalam batas normal.
- \* Rekam Jantung (EKG) = Sinus Tachycardia, HR : 103. Treadmill Test = Negative Ischemic Response, 12 Mets. VO2 Max : 38,53 ml/kg/min.
- \* Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal. Audiometri = Kanan : Normal. Kiri : Gangguan pendengaran derajat BERAT, HTL : 63,3 dB.
- \* **Skor Kardiovaskuler Jakarta = 6 → RISIKO TINGGI (CV10 > 20 %)**

**STATUS KESEHATAN :**

KATEGORI	CATATAN	Validity Period :
<input checked="" type="checkbox"/>	Fit For Duty (Fit untuk bekerja normal)	1 Tahun
<input type="checkbox"/>	Fit with Notes (Fit dengan Catatan)	
<input type="checkbox"/>	Not Fit (Tidak dapat bekerja di area PHKT)	
<input type="checkbox"/>	Failed to comply with requested evaluations (Karyawan tidak di ijin untuk bekerja di area PHKT sampai evaluasi Fit For Duty diselesaikan)	

Sebagai : Inspector

Di : All Area Onshore &amp; Offshore


**SARAN - SARAN :**

- \* Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.
- \* Hentikan SEGERA kebiasaan merokok. Pelajari EFEK BURUK merokok jangka panjang.
- \* Periksa tekanan darah secara rutin ke dokter. Diet RENDAH GARAM.
- \* Konsul ke dokter THT untuk evaluasi hasil Audiometri. Gunakan EARPLUG / EAR MUFF di area bising. 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 : 26/01/2022

Mengetahui :

dr. ....


 Hormat Kami,  
Dokter Pemeriksa,  
*Grand*  
MEDICA INDONESIA

**dr. Hendra AZ**

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK/3KK/X/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	: 0377/GMI-MCU//2021	Company	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Name	: DARSONO, Tn.	Occupation	: Inspector
Gender	: Male	Test Date	: 26/01/2021
DOB / Age	: 26/12/1971 / 49 Yo.	BMI	: 18,9
Height (cm)	: 169	Weight (kg)	: 54

**Jakarta Cardiovascular Risk Table**

Risk Factor	Score	Result	Poin
<b>Sex</b>	Female	Male	1
	Male		
<b>Age</b>	25-34	49	0
	35-39		
	40-44		
	45-49		
	50-54		
	55-59		
	60-64		
<b>Blood Pressure</b>	Normal	High Normal	1
	High Normal		
	Grade 1 Hypertension		
	Grade 2 Hypertension		
	Grade 3 Hypertension		
<b>BMI (Kg/m2)</b>	13,79 - 25,99	18,91	0
	26,00 - 29,99		
	30,00 - 35,58		
<b>Smoke</b>	Never	Smoker	4
	Ex Smoker		
	Smoker		
<b>Diabetes Mellitus</b>	No	No	0
	Yes		
<b>Physical Exercise/Activity</b>	No	Medium	0
	Low		
	Medium		
	High		
<b>Total Point</b>			<b>6</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

<b>Result</b>
Estimated 10-year CVD Risk
<b>21,2%</b>
Risk Category
<b>High Risk</b>

**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) : 0377 /GMI-MCU/I/2021

Dokter Konsulen  
dr. Novita Indayani, Sp. PK

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama</b> (Name) :	DARSONO, Tn.	/ Laki-Laki	<b>Umur</b> (Age) :	49 Tahun (Years old)
<b>Pekerjaan</b> (Job Position) :	INSPECTION/TESTING		<b>Dokter</b> (Doctor) :	Dr. Hendra AZ
<b>Perusahaan</b> (Company) :	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		<b>Tgl Pemeriksaan</b> (Date of Analysis) :	26 Januari 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>HEMATOLOGI RUTIN</b>			
Hemoglobine ( Hgb )	15,3	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit ( Hct )	43,3	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,9	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup>
Leucocyt (WBC)	6,4	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 <sup>3</sup> /μL
<b>Differential Count</b>			
Basophile	0,5	0 - 2	%
Eosinophile	3,0	0 - 3	%
Neutrofil	63,5	50 - 70	%
Lymphocyte	25,9	20 - 40	%
Monocyte	6,9	3 - 12	%
MCV	87,3	80 - 100	fL
MCH	30,9	27 - 34	pg/cell
MCHC	35,4	32 - 36	g/dL
RDW- CV	13,4	11 - 16	%
RDW-SD	44,8	35 - 56	fL
Thrombocyt	202	140 - 440	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>KIMIA KLINIK</b>			
<b>METABOLISME GLUKOSA/DIABETES</b>			
Glucose Fasting	110	Normal : 70 - 110	mg/dL
Glucose 2h pp	-	Normal : < 140 Gangguan toleransi glukosa : 140 - 199 Diabetes melitus : > 200	mg/dL
<b>PROFIL LEMAK</b>			
Cholesterol total	181	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	77	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	59	Rendah : < 40 Tinggi : >= 60	mg/dL



## HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 0377 /GMI-MCU/I/2021

Dokter Konsulen  
dr. Novita Indayani, Sp. PK

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama</b> (Name)	: DARSONO, Tn.	/ Laki-Laki	<b>Umur</b> (Age)	: 49 Tahun (Years old)
<b>Pekerjaan</b> (Job Position)	: INSPECTION/TESTING		<b>Dokter</b> (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
<b>Perusahaan</b> (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		<b>Tgl Pemeriksaan</b> (Date of Analysis)	: 26 Januari 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	107	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	1,8	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
<b>FUNGSI HATI</b>			
SGOT / AST	23	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	15	0 - 40	U/L
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Uric Acid	5,6	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	0,9	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	20	10 - 50	mg/dL
<b>URINALISA</b>			
<b>MAKROSKOPIS URIN</b>			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
<b>KIMIA</b>			
Berat jenis	1,015	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	6,5	Normal : 4,5 - 8	
Protein	Negatif	Normal : < 7,5 (Negatif)	mg/dL
Glucose	Negatif	Normal : < 0,018 (Negatif)	mg/dL
Leukosit esterase	Negatif	Normal : < 9 (Negatif)	Leu/ $\mu$ L
Ketone	Negatif	Normal : < 2,5 (Negatif)	mg/dL
Urobilin	Negatif	Normal : < 0,2 (Negatif)	mg/dL
Bilirubin	Negatif	Normal : < 0,4 (Negatif)	mg/dL
Nitrite	Negatif	Normal : < 0,05 (Negatif)	mg/dL
Blood	Negatif	Normal : 1 < 0,018 (Negatif)	mg/dL



**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

*Result of Laboratorium Analysis*

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 0377 /GMI-MCU/I/2021

Dokter Konsulen  
dr. Novita Indayani, Sp. PK

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : DARSONO, Tn. / Laki-Laki

**Umur**  
(Age) : 49 Tahun  
(Years old)

**Pekerjaan**  
(Job Position) : INSPECTION/TESTING

**Dokter**  
(Doctor) : Dr. Hendra AZ

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 26 Januari 2021

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

Tanggal pengambilan sampel : 26 Januari 2021

Penanggung Jawab  
Laboratorium,  
  
**GRAND Medica**  
Dr. Hendra Agus Z

Analisis Laboratorium  
  
Syamsiar Am. Ak





**Nomor Pasien**  
(Patient Number)

**Nomor Film**  
(Film Number) : 377

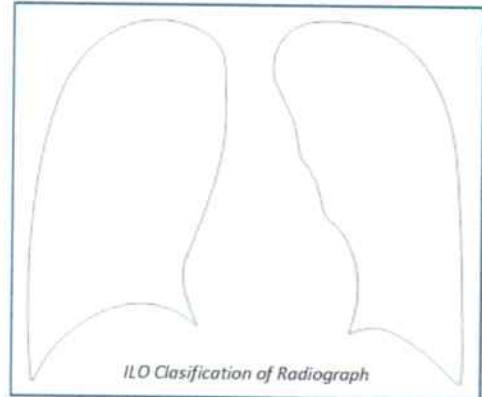
**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : **DARSONO, Tn.**  
**Umur**  
(Age) : **49** Tahun  
(years old)  
**Jenis Kelamin**  
(Gender) : **Male**

**Perusahaan**  
(Company) : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
**Pekerjaan**  
(Occupation) : **INSPECTION/TESTING**  
**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : **26 Januari 2021**

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

**Jenis Pemeriksaan**  
(Type of Examination) : **Foto thorax**  
**Posisi Penyinaran**  
(Exposure Position) : **PA**  
**Kondisi Penyinaran**  
(Exposure Condition) : **kV : 58**  
**mAs : 0,30**



**Interpretasi Foto Thorak oleh Spesialis Radiologi**  
(Chest X-ray Interpretation by the Radiologist)

**Penjelasan Keadaan Abnormal**  
(Comment on Abnormalities)

- Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?**  
(Skeleton and/or Soft Tissue Abnormalities)
- Kelainan Bayangan Jantung?**  
(Abnormal heart shadows)
- Kelainan Hilus dan/atau Kelenjar Limfa?**  
(Abnormal hilar and/or lymphatic gland)
- Kelainan Diafragma dan Sudut Costophrenic?**  
(Abnormal Diaphragms and Costophrenic angles)
- Kelainan Paru-paru?**  
(Abnormal Lung Fields)
- Gambaran Lainnya dari Lesi TBC?**  
(Any evidence of tubercular lesions)
- Gambaran Abnormal Lainnya?**  
(Detail of Other Abnormalities)

<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto thorax normal

**dr. ABDUL HANIS, Sp.Rad**  
(Radiologist signature)  
Spesialis Radiolog





**Patient Data**

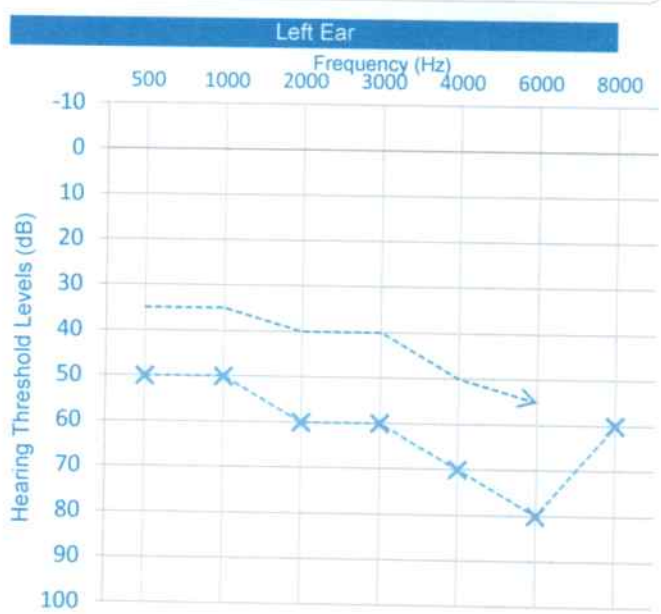
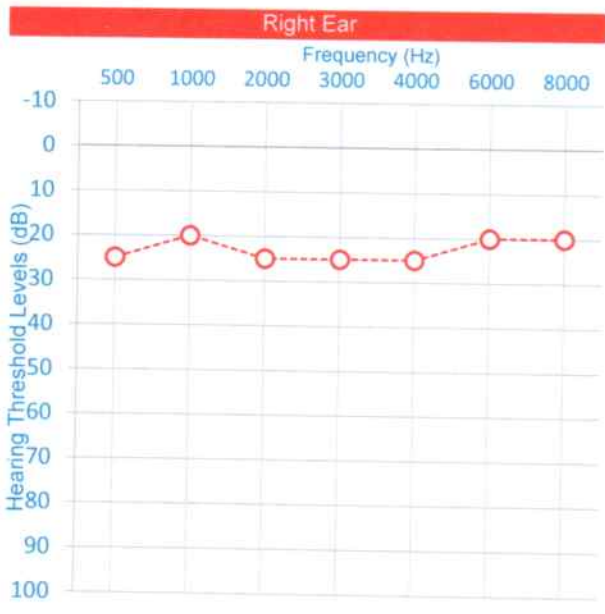
ID Number	377	Gender	Laki-laki
First Name	DARSONO	Occupation	Inspector/Testing
Last Name	-	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	49 Yo.	Test Date	26 Januari 2021

**Occupational Noise Exposure**

<b>Present</b>	Type of work:	Inspector/Testing	Period of work:	-	Hearing Protection Worn:	No
<b>Previous</b>	1)	-	-	-	-	-
	2)	-	-	-	-	-
<b>Military Services</b>	<input type="checkbox"/>					

**Otological History / Symptoms**

<input type="checkbox"/> Serious Head Injury	<input type="checkbox"/> Bleeding	Detail:
<input type="checkbox"/> Broken Ear Drum	<input type="checkbox"/> Pressure/Fullness	
<input type="checkbox"/> Ear Surgery	<input type="checkbox"/> Pain	
<input type="checkbox"/> Ear Infection	<input type="checkbox"/> Tinnitus	
<input type="checkbox"/> Decrease Hearing	<input type="checkbox"/> Exposure to Loud Blast	
<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Medication	



O = Right Air Conduction <= Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction >= Left Bone Conduction

**Test Detail**

Test Location:  Sound Booth  Other

Technician: Susi Rindayani A.Md. Kep

Hours Away from Noise:  < 14 hours  14 - 24 hours  > 24 hours

**Right Ear Observation and Test Result**

Canal	Normal							
Ear Drum	Normal							
Conduction	Frequency (Hz)							
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	HTL RIGHT EAR
	Air	25	20	25	25	25	20	20
Bone								30,0

**Left Ear Observation and Test Result**

Canal	Normal							
Ear Drum	Normal							
Conduction	Frequency (Hz)							
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	HTL LEFT EAR
	Air	50	50	60	60	70	80	60
Bone	35	35	40	40	50	55		43,3

**Conclusion / Medical Report**

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Left Ear : Gangguan pendengaran derajat BERAT.

Signature: Grand Medica Indonesia

dr. Hendra A.Z.

Instrument used: SIBELSOUND 400

Standard: OSHA

