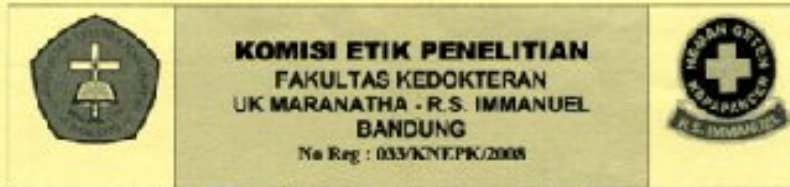


## LAMPIRAN I



Email: [etik\\_fakursi@med.maranatha.edu](mailto:etik_fakursi@med.maranatha.edu)

### SURAT KEPUTUSAN

NO: 033/KEP FK UKM-RS/III/2010

- Menimbang:
- a) Bahwa dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian kesehatan harus mendapat penilaian dan rekomendasi etik penelitian kesehatan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan
  - b) bahwa sehubungan dengan butir (a) tersebut diatas telah diajukan permohonan penilaian dan rekomendasi etik penelitian kesehatan berjudul **Pengaruh Kebisingan Terhadap Peningkatan Ambang Dengar Pada Karyawan Pabrik** oleh Wina Shaulia selaku penanggung jawab penelitian
  - c) bahwa terhadap permohonan tersebut pada butir (b) telah dilakukan pengkajian yang mendalam oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan
  - d) bahwa sehubungan dengan butir (a), (b) dan (c) perlu dikeluarkan surat keputusan hasil penilaian dan rekomendasi kelayakan etik penelitian (*ethical approval*)
- Mengingat:
- Surat Keputusan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha No 285/MS Kep./FK-UKM/2008, tentang PEMBENTUKAN DAN PENGANGKATAN PENGURUS KOMISI ETIK PENELITIAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS KRISTEN MARANATHA - RUMAH SAKIT IMMANUEL (KEP FK UKM-RSI), periode 2008-2010, tanggal 15 Mei 2008.

### MEMUTUSKAN

- Menetapkan
- Pertama Menyetujui dan mengizinkan pelaksanaan penelitian berjudul **Pengaruh Kebisingan Terhadap Peningkatan Ambang Dengar Pada Karyawan Pabrik** dengan penanggung jawab: **Wina Shaulia**
  - Kedua Surat keputusan ini berlaku sejak diterapkan dengan ketentuan akan ditinjau kembali apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan

Ditetapkan di : Bandung  
Pada tanggal : 31 Maret 2010

Ketua

Prof. DR. H.R. Nuchan Sujatno, dr., SpFK(K)



Sekretaris

Dr. Diane Krisanti Jasaputra, dr., M Kes

## LAMPIRAN II

### KUESIONER PENELITIAN

#### “PENGARUH TINGKAT KEBISINGAN TERHADAP AMBANG DENGAR”

Usia :  
Jenis Kelamin :  
Berat Badan :  
Tinggi Badan :  
Pendidikan Terakhir :  
Lama bekerja : bulan/ tahun

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Keterangan
1.	Apakah anda memiliki gangguan pendengaran sejak lahir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Apakah di keluarga anda ada yang mengalami gangguan telinga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Apakah anda saat ini sedang mengkonsumsi obat-obatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika Ya,(sebutkan obatnya)
4.	Apakah anda memiliki keluhan gangguan telinga pada saat sebelum bekerja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Apakah anda memiliki keluhan gangguan telinga pada saat setelah bekerja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Apakah anda memiliki keluhan organ lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika Ya, (sebutkan)
7.	Apakah anda pernah mengalami gangguan telinga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika Ya, (kapan dan berapa lama)
8.	Jika pernah, apa sudah diperiksakan dan pulih?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Apakah perusahaan telah menyediakan alat untuk melindungi telinga anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika Ya, (sebutkan alatnya)

10.	Apakah anda selalu menggunakan alat pelindung tersebut dengan benar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Apakah ada hukuman dari perusahaan apabila anda tidak menggunakan alat pelindung tersebut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Apakah anda rutin melakukan pemeriksaan kesehatan anda secara keseluruhan, termasuk telinga anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika Ya, dilakukan setiap berapa bulan/tahun?
13.	Jika tidak, pernahkah anda memeriksakan kesehatan telinga anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Kapan anda terakhir anda melakukan pemeriksaan telinga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Apakah orang di sekitar anda mengeluh bahwa anda tidak mendengar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Apakah orang di sekitar anda mengeluh bahwa anda menyalakan TV dengan suara yang begitu keras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Apakah anda dapat membedakan suara wanita dan pria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Apakah anda mengalami kesulitan mendengar suara-suara burung atau angin yang berhembus pada pepohonan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	Apakah suara-suara di sekitar anda terdengar kabur/tidak jelas seperti orang bergumam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	Apakah anda meminta seseorang untuk mengulangi perkataannya meskipun dalam suasana yang sepi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21.	Apakah anda memerlukan seseorang untuk mengulangi perkataan teman anda atau anda perlu membentuk corong dengan tangan anda yang diletakkan pada telinga anda untuk dapat mengerti apa yang telah dikatakan teman anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22.	Apakah anda pernah merasa diri anda bingung dalam berbahasa atau membuat kesalahan bodoh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23.	Apakah anda tidak dapat mendengar suara umum seperti dering telepon/bel rumah anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24.	Apakah anda mengalami kesulitan mendengar di tempat umum seperti ruang teater/ruang konser dimana sumber suara jauh dari pendengar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

25.	Apakah anda mengalami kesulitan mendengar suara televisi dan atau suara telepon/pembicaraan dalam telepon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26.	Apakah anda mengalami kesulitan untuk mengerti percakapan dalam kelompok anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27.	Apakah anda menghindar dari kelompok pertemuan, acara sosial, atau acara keluarga dimana akan terjadi kesulitan untuk mendengar/malu akan tidak mengerti dengan apa yang dibicarakan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28.	Pernahkah teman atau keluarga anda mengatakan bahwa anda memiliki masalah pendengaran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sumber : [www.uwhealth.org/audiology-hearing/hearing-loss-questionnaire/11423](http://www.uwhealth.org/audiology-hearing/hearing-loss-questionnaire/11423)

LAMPIRAN III

Form No. 01 - 004/1

CATATAN HASIL PENGLUKURAN KEBISINGAN DI TEMPAT KERJA  
 OCCUPATIONAL HEALTH - HSE



UNIT OPERASI: 201111

SULAI: OKTOBER 2010

016

Bagian/Unit : GDU#11

Tanggal : 20 Oktober 2010

LAMPIRAN III

NO	UNT KERJA	Waktu	Titik	Jumlah Memb	Overall dB	Keterangan
		Pengukuran	Pengukuran			
1	Wah	1.10.10	11A-101A	Pompa	-	Kondisi ok
2			11A-101B	Pompa	-	Kondisi ok
3			11A-101C	Pompa	-	Kondisi ok
4	Wah	1.10.10	11A-102A	Pompa	88	Kondisi ok
5			11A-102B	Pompa	88	Kondisi ok
6			11A-104A	Pompa	88	Kondisi ok
7			11A-104B	Pompa	86	Kondisi ok
8			11A-105A	Pompa	80	Kondisi ok
9			11A-105B	Pompa	88	Kondisi ok
10			11A-105A	Pompa	80	Kondisi ok
11			11A-105B	Pompa	-	Kondisi ok
12	Wah	1.10.10	11A-106A	Exchanger	81	Kondisi ok
13			11A-106B	Exchanger	81	Kondisi ok
14			11A-106C	Exchanger	82	Kondisi ok
15			11A-106	Exchanger	82	Kondisi ok
16			11A-106A	Exchanger	86	Kondisi ok
17			11A-106B	Exchanger	88	Kondisi ok
18	Wah	1.10.10	11A-107A	Pompa	-	Kondisi ok
19			11A-107B	Pompa	-	Kondisi ok
20	Wah	1.10.10	11A-108A	Pompa	88	Kondisi ok
21			11A-108B	Pompa	88	Kondisi ok
22	Wah	1.10.10	11A-111A	Pompa	80	Kondisi ok

NO	UNIT MEJLA	WAKTU PENGUKURAN	TIPE PENGUKURAN	SUMBER DATA	OVERALL GRA	KETERANGAN
23			15-P-111 B	Pompa	80	Kondisi on
24	Mesh	8 20 Wtd	15-P-112 A	Pompa	87	Kondisi on
25			15-P-112 B	Pompa	-	Kondisi off
26	Mesh	8 25 Wtd	15-P-801 A	Pompa	-	Kondisi off
27			15-P-801 B	Pompa	-	Kondisi off
28	Mesh	8 25 Wtd	15-P-801	Valve	82	Kondisi on
29			15-P-101 A	Valve	81	Kondisi on
30			15-P-101 B	Valve	81	Kondisi on
31	Mesh	8 25 Wtd	15-P-113 A	Pompa	87	Kondisi on
32			15-P-113 B	Pompa	-	Kondisi off
33			15-P-102 A	Pompa	-	Kondisi off
34			15-P-102 B	Pompa	85	Kondisi on
35			15-P-115 A	Pompa	85	Kondisi on
36			15-P-115 B	Pompa	85	Kondisi on
37			15-P-103 A	Pompa	-	Kondisi off
38			15-P-103 B	Pompa	-	Kondisi off
39			15-P-103 C	Pompa	-	Kondisi off
40			15-P-107 A	Pompa	87	Kondisi on
41			15-P-107 B	Pompa	-	Kondisi off
42			15-P-108 A	Pompa	85	Kondisi on
43			15-P-108 B	Pompa	-	Kondisi off
44			15-P-108 A	Pompa	89	Kondisi on
45			15-P-108 B	Pompa	-	Kondisi off
46			15-P-109 A	Pompa	-	Kondisi off
48			15-P-119 B	Pompa	85	Kondisi on
49			15-P-118 A	Pompa	-	Kondisi off
50			15-P-118 B	Pompa	85	Kondisi on
51			15-P-117 A	Pompa	85	Kondisi on

NO	UNIT KERJA	YAKTI PENGUKURAN	TITIK PENGUKURAN	SUMBER SUARA	OVERALL dBA	KETERANGAN
52			11-P-117 B	Pompa	80	Kontak di
53			11-P-118 A	Pompa	-	Kontak di
54			11-P-118 B	Pompa	-	Kontak di
55			11-P-121	Pompa	80	Kontak di
56			11-P-124 A	Pompa	-	Kontak di
57			11-P-124 B	Pompa	88	Kontak di
58			11-P-122	Pompa	87	Kontak di
59			11-P-121 A	Pompa	-	Kontak di
60			11-P-121 B	Pompa	84	Kontak di
61			11-P-116 A	Pompa	-	Kontak di
62			11-P-116 B	Pompa	88	Kontak di
63	Wash	9.63 Wb	11-C-101	Dulor	81	Kontak di
64			11-C-102	Dulor	81	Kontak di
65			11-C-103	Dulor	82	Kontak di
66	Kompressor	10.10 Wb	11-K-102	Kompressor	81	Kontak di
67			11-K-101	Kompressor	82	Kontak di
68	Rumaga	10.30 Wb	11-U-101	Rumaga	88	Kontak di

Jat yang diukur: 1. Bawah Lantai Meja (BLU) LRT 2 Lantai Denda  
3. Tri Post

Mengesah,  
Occupational Health Section Head

Budiono, P. S

Beangas, 20 October 2010  
Industri Migas Muntong  
Sr. Supervisor

M. Asih

## LAMPIRAN IV

### SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

N a m a :  
U s i a :  
Alamat :  
Pekerjaan :  
No. KTP/lainnya:

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa:  
setelah mendapat keterangan sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami  
tentang tujuan, manfaat dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta  
sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaannya, maka saya setuju ikut  
serta dalam penelitian yang berjudul: PENGARUH KEBISINGAN TERHADAP GANGGUAN  
PENDENGARAN PADA PEKERJA KAPAL TUG BOAT PERTAMINA RU VI BALONGAN BAGIAN  
MESIN DENGAN MASA KERJA 11-30 TAHUN.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan.

Mengetahui,  
menyatakan  
Penanggung jawab penelitian,

Bandung,  
Yang  
Peserta penelitian,

( Wina Shaulla )  
)

(

Saksi-saksi:

1. .... ( )  
2. .... ( )

\*) Surat pernyataan persetujuan penelitian/uji klinik



## **RIWAYAT HIDUP**

Nama : Wina Shaulla  
Nomor Pokok Mahasiswa : 0710022  
Tempat dan tanggal lahir : Bandung, 3 Oktober 1988  
Alamat : Jl. Kecubung 19, Buah Batu Dalam  
Bandung

Riwayat Pendidikan :

- SD Bina Bakti 3 Bandung. Tahun 2000
- SLTPN 13 Bandung. Tahun 2000-2003
- SMUN 1 Bandung. Tahun 2003-2004
- SMU 1 Sindang Indramayu. Tahun 2004-2006
- Mahasiswa Fakultas Teknik Elektro Universitas Kristen Maranatha. Tahun 2006-2007
- Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha Bandung. Tahun 2007-sekarang