



SURAT REFERENSI

037/Ref/SRR-PGA/VI/2001

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : NOVITA FATIASIH
FAK. : HUKUM UNISSULA
NIM : 03.97.4445
NIRM : 97.6.101.01000.50055

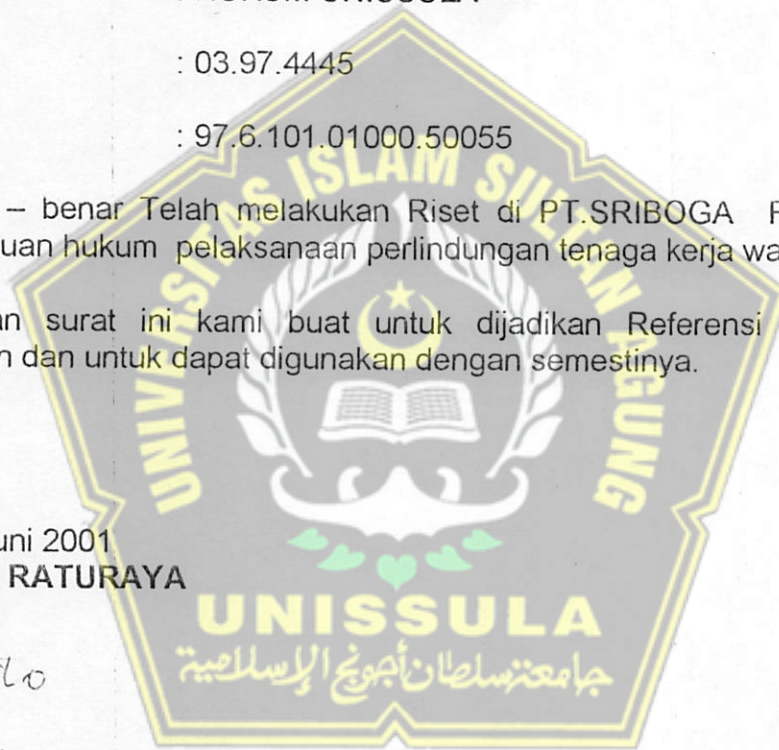
Adalah benar -- benar Telah melakukan Riset di PT.SRIBOGA RATURAYA mengenai tinjauan hukum pelaksanaan perlindungan tenaga kerja wanita.

Demikian surat ini kami buat untuk dijadikan Referensi bagi yang berkepentingan dan untuk dapat digunakan dengan semestinya.

Semarang, Juni 2001
PT. SRIBOGA RATURAYA




RIZKI HILMAN
PGA.Manager



lamin 3

LAPORAN KECELAKAAN

<p>LAPORAN KECELAKAAN TAHAP I</p> <p>Wajib dilaporkan dalam 2 x 24 jam setelah terjadinya kecelakaan</p>	<p>BENTUK K.K. 2 Formulir Jamsostek 3</p>	<p>Diisi oleh Potugas Kandep Tenaga Kerja : Nomor KLUI : No. Kecelakaan : Diterima Tanggal :</p>
<p>1. Nama Perusahaan Alamat dan No. Telepon Jenis Usaha Nomor Pendaftaran (Bentuk KK.1) Nomor Akte Pengawasan</p>		
<p>2. Nama Tenaga Kerja Alamat dan No. Telepon Tanggal lahir/Umur Jenis pekerjaan/jabatan Unit/Bagian Perusahaan</p>	(Laki-laki/perempuan) *	
<p>3. Upah Tenaga Kerja sehari/sebulan/ borongan a. Upah berupa uang (pokok dan tunjangan) b. Penerimaan lain-lain</p>	<p>Rp. _____ Rp. _____ Rp.</p>	
<p>4. a. Tempat Kecelakaan b. Tanggal Kecelakaan</p>	Jam :	
<p>5. a. Uraian kejadian kecelakaan : 1) Bagaimana terjadinya kecelakaan? Jika perlu dapat ditambah kertas/lembaran lain. 2) Sebutan bagian mesin, instalasi, bahan atau lingkungan yang menyebabkan cedera atau meninggal dunia: b. Penyakit yang timbul karena hubungan kerja : 1) Sebutkan jenis penyakit yang timbul karena hubungan kerja : - jabatan/pekerjaan yang bersangkutan - berapa lama bekerja 2) Sebutkan bahan, proses, lingkungan atau cara bekerja yang menyebabkan penyakit yang timbul karena hubungan kerja. Jika perlu ditambah kertas/lembaran lain.</p>		
<p>6. a. Akibat yang diderita korban : Meninggal dunia/Sakit/Luka-luka *) b. Jelaskan bagian tubuh yang sakit/luka :</p>		
<p>7. Nama dan Alamat Dokter/Tenaga Medik yang memberikan pertolongan pertama (dalam hal penyakit yang timbul karena hubungan kerja, nama dokter yang pertama kali mendiagnosis):</p>		
<p>8. Keadaan penderita setelah pemeriksaan Pertama: a. Berobat jalan : Sambil bekerja/tidak bekerja *) b. Dirawat di : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik *) Alamat :</p>		
<p>9. Kecelakaan dicatat dalam buku kecelakaan pada No. Urut :</p>		
<p>10. Perkiraan kerugian : a. Waktu Hari/Orang. b. Material Rp.</p>		
<p>11. Keterangan lain-lain yang perlu :</p>		

*) Coret yang tidak perlu

Dibuat dengan sesungguhnya di :
pada tanggal :

UNTUK DIPERHATIKAN

- Dalam waktu 2 x 24 jam setelah tenaga kerja meninggal dunia, atau sembuh baik cacat atau tidak (setelah menjalani perawatan), perusahaan wajib memasukkan LAPORAN KECELAKAAN KERJA Bentuk KK3.
- Laporan Kecelakaan ini dikirim :
 - Warna Putih, Merah dan Merah Jambu ke Kandep Tenaga Kerja setempat.
 - Warna Kuning untuk arsip Perusahaan.
 - Warna Hijau dan Biru untuk Badan Penyelenggara.

Pimpinan Perusahaan,

(_____)

LAPORAN KECELAKAAN

LAPORAN KECELAKAAN TAHAP II Wajib dilaporkan dalam 2 x 24 jam setelah dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia	BENTUK K.K. 3 Formulir Jamsostek 3a	Diisi oleh Petugas Kandep Tenaga Kerja : Nomor KLUi : No. Kecelakaan : Diterima Tanggal :
1. Nama Perusahaan : Alamat dan No. Telepon : Jenis Usaha : Nomor Pendaftaran (Bentuk KK.1) : Nomor Akte Pengawasan :		
2. Nama Tenaga Kerja : Alamat dan No. Telepon : Tempat dan Tanggal lahir/Umur : (Laki-laki/perempuan *) Jenis pekerjaan : Alanat :		
3. Tempat dan Tanggal Kecelakaan :		
4. Laporan Kecelakaan Kerja Bentuk KK.2 (Jamsostek 3a) telah dikirimkan ke : Kantor Departemen Tenaga KerjaTgl		
5. Biaya yang telah dibayarkan oleh Perusahaan : a. Biaya pengangkutan dari tempat kecelakaan ke Rumah Sakit atau ke Rumah Penderita : Rp. b. Biaya Pengobatan dan Perawatan : Rp. c. Biaya Pemakaman : Rp. d. Biaya Prothese/Orthese : Rp.		
6. Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja yang telah dibayar oleh Perusahaan, setiap hari sebesar : a. b. c.		
7. Nama dan alamat penerima santunan keluarga (Melampirkan Daftar Keluarga Yang Sah) :		
8. Berdasarkan Bentuk KK.4 atau KK.5 tenaga kerja ditetapkan : - Keadaan sementara tidak mampu bekerja telah berakhir : Tgl. - Keadaan cacat sebagian untuk selama-lamanya : Tgl. - Keadaan cacat total untuk selama-lamanya baik fisik maupun mental : Tgl. - Meninggal dunia : Tgl.		
9. Uraian tentang cacat untuk selama-lamanya yang diderita tenaga kerja tersebut dengan melampirkan Surat Keterangan Dokter atau Bentuk KK. 4 dan KK. 5 :		
10. Besarnya jaminan cacat untuk selama-lamanya yang diderita tenaga kerja yang menderita cacat atau keluarganya : Rp.		
11. Keterangan lain-lain yang perlu :		

*) Coret yang tidak perlu

Dibuat dengan sesungguhnya di :
 pada tanggal :

Pimpinan Perusahaan,

UNTUK DIPERHATIKAN

- Laporan Kecelakaan ini dikirim :
- Warna Putih, Merah dan Merah Jambu ke Kandep Tenaga Kerja setempat.
 - Warna Kuning untuk arsip Perusahaan.
 - Warna Hijau dan Biru untuk Badan Penyelenggara

(_____)

SURAT KETERANGAN DOKTER

Dengan ini saya, dokter.....; Jabatan
Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Nama tenaga kerja penderita : Alamat dan No. Telepon : Tempat dan Tanggal lahir : Jenis pekerjaan/Jabatan : Jenis pekerjaan/Jabatan : Unit/Bagian Perusahaan :	Laki-laki/Perempuan *)
2. Nama perusahaan : Alamat dan No. Telepon : Jenis Usaha : No. Pendaftaran (Bentuk KK.1) : Nomor Akte Pengawasan :	
3. Kecelakaan pada tanggal :	
4. Pemeriksaan pada tanggal :	
5. Dari hasil pemeriksaan didapatkan : a. Keadaan, tempat dan ukuran, luka-lukanya : b. Diagnosis : c. Perlu dirawat/berobat jalan sambil bekerja/berobat jalan/ tidak bekerja *) :	<p>GAMBAR</p>
6. Tindakan medis yang dilakukan :	
7. Setelah selesai pengobatan : a. Sembuh tanpa cacat. : b. Cacat Anatomis akibat kehilangan anggota badan, jelaskan. (Tunjukkan juga pada gambar). : c. Apabila terdapat cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota badan, berapa persen berkurangnya fungsi daripada anggota badan yang cacat tersebut % terbilang (.....) : d. Memerlukan prothese/orthese. :	
8. Setelah sembuh ia dapat melakukan pekerjaan: biasa/ringan/tidak dapat bekerja sama sekali *) terhitung tanggal :	
9. Lamanya perawatan/pengobatan : dari tanggal s/d tanggal	
10. Diberikan istirahat : dari tanggal s/d tanggal	
11. Tanggal meninggal dunia :	

Dibuat oleh dokter : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta *)
Alamat :

Dibuat dengan sesungguhnya di :
pada tanggal :

*) Coret yang tidak perlu

Dokter Pemeriksa,

Keterangan tambahan :
- Warna Putih, Merah dan Merah Jambu ke Kandung Tenaga Kerja setempat/terdekat.
- Warna Kuning untuk arsip Perusahaan.
- Warna hijau dan biru untuk Badan Penyelenggara

(_____)

BENTUK K.K.5
FORMULIR JAMSOSTEK 3c

SURAT KETERANGAN DOKTER

Dengan ini saya, dokter.....; Jabatan
Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Nama tenaga kerja penderita Alamat dan No. Telepon Tempat dan Tanggal lahir Jenis pekerjaan/Jabatan Unit/Bagian Perusahaan	:	Laki-laki/Perempuan *)
2. Nama perusahaan Alamat dan No. Telepon Jenis Usaha No. Pendaftaran (Bentuk KK.1) Nomor Akte Pengawasan	:	
3. Tanggal diagnosis penyakit akibat kerja	:	
4. a. Resume **)	:	
b. Diagnosis	:	
5. Tindakan medis yang dilakukan	:	
6. Setelah selesai pengobatan a. Sembuh tanpa cacad b. Penilaian cacad penyakit akibat kerja **) c. Memerlukan prothese/orthese	:	
7. Setelah sembuh ia dapat melakukan pekerjaan: biasa/tingan/tidak dapat bekerja sama sekali *) terhitung tanggal	:	
8. Lainnya perawatan/pengobatan	:	dari tanggal s/d tanggal
9. Diberikan istirahat	:	dari tanggal s/d tanggal
10. Tanggal meninggal dunia	:	
11. Keterangan lain-lain yang perlu	:	

Dibuat oleh dokter : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta *)
Alamat :

Dibuat dengan sesungguhnya di :
pada tanggal :


Dokter Pemeriksa,

*) Coret yang tidak perlu

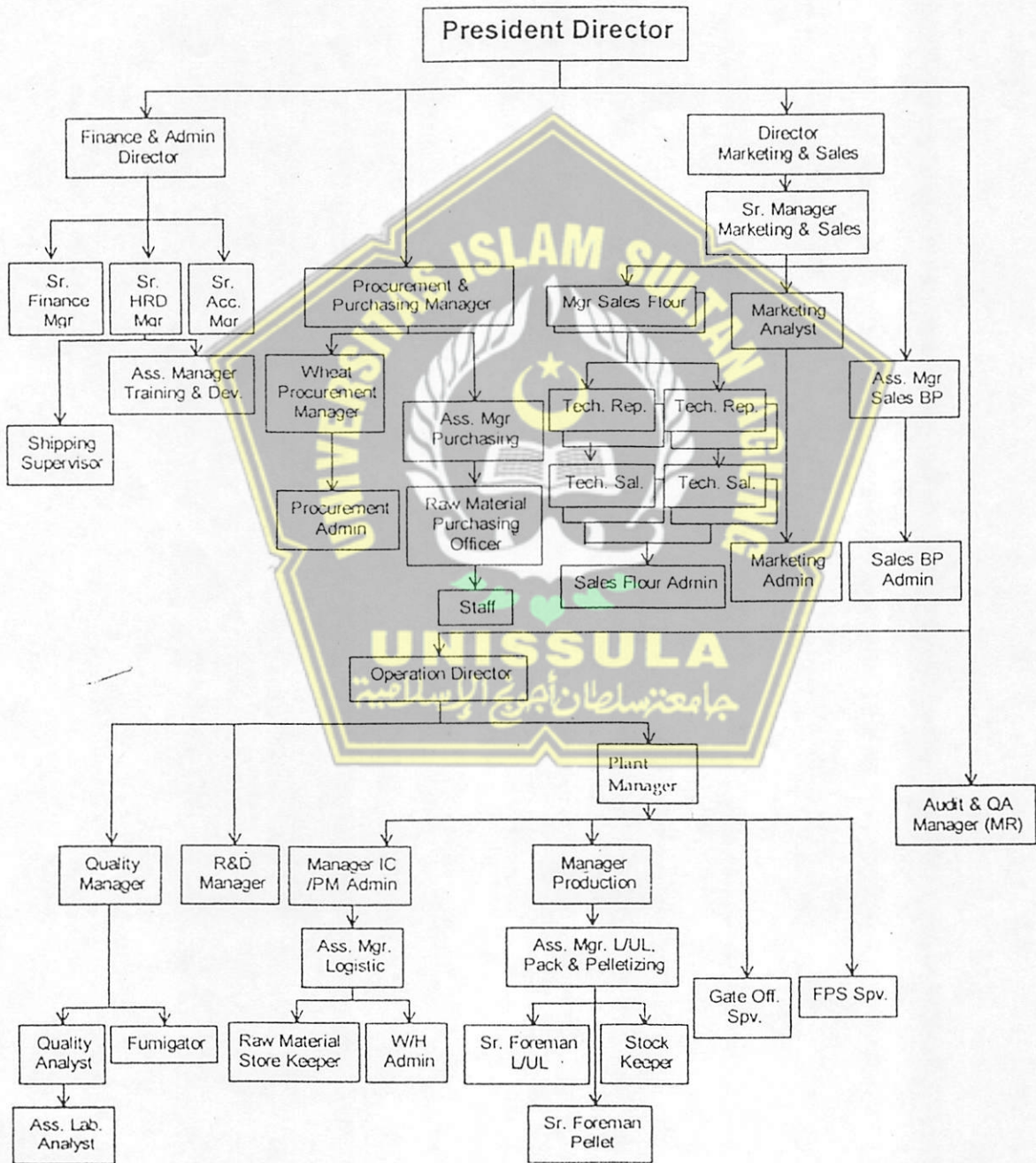
**) Berpedoman kepada Kepmen No. 333/MEN/1999 dan Kepmen No. 62A/MEN/1992

Keterangan tambahan :

- Warna Putih, Merah dan Merah Jambu ke Kandung Tenaga Kerja setempat.
- Warna Kuning untuk arsip Perusahaan.
- Warna Hijau dan Biru untuk Badan Penyelenggara

	PT. SRIBOGA RATURAYA Daniprisma Plaza 3 rd floor Jl. Sultan Hasanudin No:47-48 Jakarta 12160 Indonesia Tel: (62-21)7250240, Fax: (62-21)720-6008, 7252879	Management Responsibility		
		No.Dok: SRR-GP-QMR-001	Rev. : 0	
	Jl. Deli No: 10, Tanjung Mas, Semarang 50174 Tel: (62-24) 558373, Fax: (62-24) 553800	No. File: SRR-mgmt+resp+reviewh3.doc	vers. : 0	
		Tanggal: 07/06/00	Hal. : 17 / 47	

Lampiran 3.8.1. Struktur Organisasi PT SRIBOGA RATURAYA



MANFAAT ASURANSI KESEHATAN PREVENSI
PT SRIBOGA RATURAYA

Jaminan Rawat Inap (Pengecualan 10 %)

NO.	BENEFIT	C0050	C0075	C0100	C0150	C0200
1	Biaya Kamar per hari	50,000	75,000	100,000	150,000	200,000
2	Biaya Kamar ICU per hari	100,000	150,000	200,000	300,000	400,000
3	Biaya Kunjungan Dokter per hari	20,000	30,000	40,000	50,000	75,000
4	Biaya Konsultasi Dokter Ahli per hari	60,000	75,000	100,000	150,000	250,000
5	Biaya Obat-obatan, Lab, Test, dll	1,000,000	1,500,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000
6	Biaya Dokter Bedah					
	* Pembedahan Khusus (100 %)	4,000,000	6,000,000	8,000,000	10,000,000	15,000,000
	* Pembedahan Besar (50 %)	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	7,500,000
	* Pembedahan Sedang (22.5 %)	900,000	1,350,000	1,800,000	2,250,000	3,375,000
	* Pembedahan Kecil (10 %)	400,000	600,000	800,000	1,000,000	1,500,000
7	Anastesi (40 % dari Biaya Dokter Bedah yg dibayar)					
8	Kamar Bedah (40 % dari Biaya Dokter Bedah yg dibayar)					
9	Biaya Rawat Jalan Darurat (Kecelakaan)	300,000	400,000	700,000	1,000,000	1,500,000
10	Biaya Rawat Gigi Darurat (Kecelakaan)	150,000	250,000	350,000	450,000	700,000
11	Perawat Pribadi per hari	25,000	40,000	50,000	75,000	100,000
12	Tunjangan Kematian	10,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000
	Batas Maksimum per Tahun per Orang	Tdk Terbatas	Tdk Terbatas	Tdk Terbatas	Tdk Terbatas	Tdk Terbatas
	Premi per Tahun :					
	* Karyawan / Suami	120,000	156,900	196,500	258,600	345,900
	* Karyawati / Istri	138,900	185,700	235,200	312,600	421,500
	* Anak	88,500	114,700	142,600	185,800	247,000

349.400 - 459.300 - 574.300 797.000

1532
 146.000
 210.000
 400.500
 AB
 Gana

PT. SRIBOGA RATURAYA
Rawat Jalan (Penggantian 80 %)

No.	MANFAAT	A0015	A0020	A0025	A0030	A0040
A. Tanpa Gigi						
1	Biaya Pemeriksaan Dokter (1 kali / hari)	15,000	20,000	25,000	30,000	40,000
2	Biaya Pemeriksaan Dokter Spesialis (dengan surat Pengantar dari Dokter Umum)	45,000	60,000	75,000	90,000	120,000
3	Biaya Pemeriksaan Dokter + Obat (1 kali / hari)	30,000	40,000	50,000	60,000	80,000
4	Biaya Pembelian Obat-obatan sesuai resep Dokter / tahun	350,000	400,000	500,000	600,000	800,000
5	Biaya Laboratorium atas rujukan Dokter / tahun	250,000	300,000	375,000	450,000	600,000
B. Dengan Gigi						
6	Pembersihan karang gigi / kunjungan (mak. 2 kali / tahun)	15,000	20,000	25,000	30,000	40,000
7	Cabut/ Tambal gigi / kunjungan	15,000	20,000	25,000	30,000	40,000
8	Perawatan akar gigi / kunjungan (mak. 4 kali / gigi)	15,000	20,000	25,000	30,000	40,000
9	Gigi Palsu : a. Gigi Palsu pertama	45,000	60,000	75,000	90,000	120,000
	b. Gigi Palsu kedua, dan seterusnya	15,000	20,000	25,000	30,000	40,000
10	Batas maksimum untuk Gigi Palsu / tahun	250,000	300,000	375,000	450,000	600,000
	Batas maksimum penggantian / tahun (termasuk gigi)	1,100,000	1,600,000	1,900,000	2,300,000	3,000,000
Premium per tahun :						
Tanpa GiGi						
	Per Laki-laki Dewasa	128,000	175,000	213,000	250,000	300,000
	Per Wanita Dewasa	166,000	228,000	284,000	325,000	390,000
	Per Anak	102,000	140,000	172,000	200,000	240,000
Dengan GiGi						
	Per Laki-laki Dewasa	153,600	210,000	263,600	300,000	360,000
	Per Wanita Dewasa	199,200	273,600	336,400	390,000	468,000
	Per Anak	122,400	168,000	204,400	240,000	288,000

**CAR**

PT A.J. CENTRAL ASIA RAYA

PT SPTROGA RATURAYA

Perihal : Ilustrasi perhitungan premi Asuransi Kesehatan

Rawat Inap (Penggantian 100 %)

Golongan I (C0200)

	Jumlah	Premi	Total
Laki-laki	3	345,900	1,037,700
Wanita	2	421,500	843,000
Anak	3	247,000	741,000

2,621,700

Golongan II (C0150)

	Jumlah	Premi	Total
Laki-laki	5	258,600	1,293,000
Wanita	5	312,600	1,563,000
Anak	7	185,800	1,300,600

4,156,600

Golongan III (C0100)

	Jumlah	Premi	Total
Laki-laki	10	196,500	1,965,000
Wanita	7	235,200	1,646,400
Anak	1	142,600	142,600

3,754,000

Golongan IV (C0075)

	Jumlah	Premi	Total
Laki-laki	19	156,900	2,981,100
Wanita	6	185,700	1,114,200
Anak	9	114,700	1,032,300

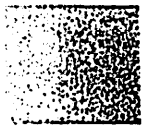
5,127,600

Golongan V (C0050)

	Jumlah	Premi	Total
Laki-laki	75	120,000	9,000,000
Wanita	57	138,900	7,917,300
Anak	77	88,500	6,814,500

23,731,800

Total Premi Rawat Inap**39,391,700**

**CAR**

PT A.J. CENTRAL ASIA RAYA

Rawat Jalan (Penggantian 80 %)

Golongan I (A0040)

	Jumlah	Premi	Total	
Laki-laki	2	300,000	600,000	
Wanita	1	390,000	390,000	
Anak	2	240,000	480,000	1,470,000

Golongan II (A0030)

	Jumlah	Premi	Total	
Laki-laki	1	250,000	250,000	
Wanita	2	325,000	650,000	
Anak	3	200,000	600,000	1,500,000

Golongan III (A0025)

	Jumlah	Premi	Total	
Laki-laki	8	203,000	1,624,000	
Wanita	2	264,000	528,000	
Anak	1	162,000	162,000	2,314,000

Golongan IV (A0020)

	Jumlah	Premi	Total	
Laki-laki	15	175,000	2,625,000	
Wanita	3	228,000	684,000	
Anak	7	140,000	980,000	4,289,000

Golongan V (A0015)

	Jumlah	Premi	Total	
Laki-laki	24	128,000	3,072,000	
Wanita	13	166,000	2,158,000	
Anak	21	102,000	2,142,000	7,372,000

Total Premi Rawat Jalan Tanpa Gigi

16,945,000

CA
2/3
R

**CAR**

PT A.J. CENTRAL ASIA RAYA

Rawat Gigi (Penggantian 60 %)

Golongan I (D0025)

	Jumlah	Premi	Total
Laki-laki	4	40,600	162,400
Wanita	1	52,800	52,801
Anak	0	32,400	0

215,201

Golongan II (D0020)

	Jumlah	Premi	Total
Laki-laki	11	35,000	385,000
Wanita	2	45,600	91,200
Anak	5	28,000	140,000

616,200

Golongan III (D0015)

	Jumlah	Premi	Total
Laki-laki	2	25,600	51,200
Wanita	2	33,200	66,400
Anak	4	20,400	81,600

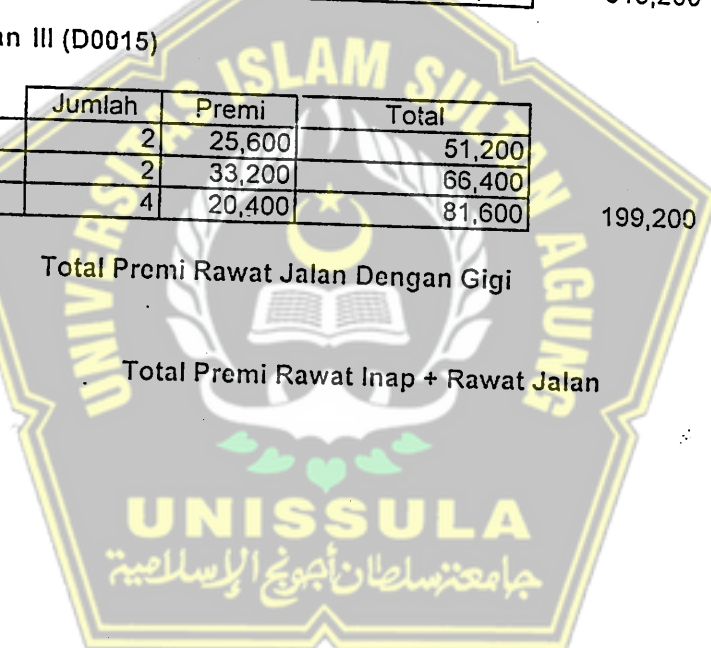
199,200

Total Premi Rawat Jalan Dengan Gigi

1,030,601

Total Premi Rawat Inap + Rawat Jalan

57,367,301



Handwritten signature and initials.