

RAHASIA / CONFIDENTIAL



MEDICAL ASSESSMENT REPORT

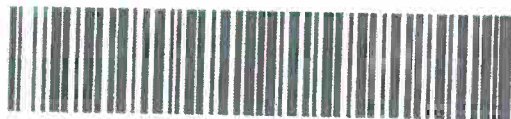


No. MCU : 1811280001

Nama : Tn. Suwandi

Umur : 35 Tahun 0 Bulan

Perusahaan : BIRO KLASIFIKASI INDONESIA, PT



00520171001413

AESCULAP MEDICAL CENTER
Medical Services Provider



1. INFORMASI PRIBADI / PERSONAL INFORMATION



Nama / Name of Employee : Tn. Suwandi
Tempat & tanggal lahir / Place & Date of Birth: Muara Jawa, 27-11-1983
Umur / Age : 35 Tahun 0 Bulan
Jenis Kelamin / Gender : Laki - laki
No. Karyawan / Number of employees : -
Agama / Religion : Islam
Alamat / Address : Jl. Jamrud IX Blok H3 No. 74 RT. 107
No. Telepon / Phone Number : 081350491783



00520171001413

PERUSAHAAN / COMPANY

■ Nama Perusahaan / Company name BIRO KLASIFIKASI INDONESIA, PT	■ Jabatan / Position Inspector
■ Departemen / Departement -	■ Lokasi / Job Site PHKT

Paket MCU / MCU package	: MCU Berkala
Tanggal Pemeriksaan / Date of examination	: 28-11-2018
Masa berlaku / Valid until	: 23-11-2019



2. RIWAYAT KESEHATAN / HEALTH QUESTIONARE

<input type="checkbox"/> Alergi / <i>Allergies</i>	<input type="checkbox"/> Asma / <i>Asthma</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Nyeri dada / <i>Chest Pain</i>	<input type="checkbox"/> Sesak nafas / <i>Breathless</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Penyakit Jantung / <i>Hearth Disease</i>	<input type="checkbox"/> Kencing Manis / <i>Diabetes Mellitus</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Tekanan Darah Tinggi / <i>Hypertension</i>	<input type="checkbox"/> Kejang, Epilepsi / <i>Convulsion, Epilepsy</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Nyeri Punggung / <i>Low back pain</i>	<input type="checkbox"/> Radang-Paru - paru / <i>Tuberculosis</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Sakit kuning / <i>Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/> Malaria / <i>Malaria</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Masalah mata / <i>Eye Problem</i>	<input type="checkbox"/> Masalah Telinga / <i>Ear Problem</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Kelainan kulit / <i>Skin Disorder</i>	<input type="checkbox"/> Kelainan Saraf / <i>Neurology Disorder</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Kelainan Mental / <i>Mental Disorder</i>	<input type="checkbox"/> Sakit kepala atau migrain / <i>Headache or migraine</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Masalah kelenjar / <i>Glandular Problem</i>	<input type="checkbox"/> Hernia / <i>Hernia</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Masalah perut / <i>Abdominal Problem</i>	<input type="checkbox"/> Masalah Ginjal & Kandung Kemih / <i>Renal & urinary tract problem</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Penyakit akibat hubungan seks / <i>Sexuality Transmitted Disease</i>	<input type="checkbox"/> Diare berulang / <i>Reccurent diarrhea</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Tumor / <i>Tumor</i>	<input type="checkbox"/> Ambeien / <i>Haemorrhoid</i>
Tidak	Tidak
<input type="checkbox"/> Pernahkah berkonsultasi dengan dokter 1 tahun terakhir / <i>Have you consulted in a doctor in the past 1 year</i>	Tidak
<input type="checkbox"/> Pernahkah anda dirawat di Rumah Sakit 1 tahun terakhir / <i>Have you been hospitalized in the past 1 year</i>	Tidak
<input type="checkbox"/> Pernahkah anda menjalani operasi bedah / <i>Have You had any surgery operations</i>	Tidak
<input type="checkbox"/> Pernahkah anda mendapat cedera/kecelakaan serius / <i>Have you had any serious injuries or accident</i>	Tidak
<input type="checkbox"/> Pernahkah anda mendapat imunisasi. Sebutkan waktu dan jenis / <i>Have you been immunised Please elaborate clearly (mention date and what kind of inoculation)</i>	Tidak





**POTENSI BAHAYA AKIBAT PEKERJAAN /
POTENSIAL HAZARD**

Kebisingan / *Noise* : Ya , Lama Pajanan 8 jam/hari
 Panas / *Heat* : Ya , Lama Pajanan 8 jam/hari
 Debu / *Dust* : Ya , Lama Pajanan 8 jam/hari
 Radiasi / *Radiations* :- , Lama Pajanan jam/hari
 Kimia / *Chemical* : Ya , Lama Pajanan 2 jam/hari
 Ergonomi (Posisi kerja) / *Ergonomic* : Ya , Lama Pajanan 8 jam/hari

KEBIASAAN / HABITS

Olah raga / *Sport* : Ya , durasi 1,5 jam/minggu
 Merokok / *Smoking* : -
 Perhari / *Amount day* : -
 Obat / *Drugs* : -
 Minuman Keras / *Alcohol* : -

RIWAYAT MENSTRUASI / MENSTRUATION HISTORY

■ Umur berapa anda mulai haid /
When was your first menstruation

-

■ Datang haid anda teratur atau tidak /
Is your menstruation regular

-

■ Sakitkah waktu haid /
Is your menstruation painful

-

■ Berapa lama anda haid /
How long do you menstruate

-

■ Sudah berapa kali hamil /
Is your menstruation painful

-

■ Apakah anda memakai alat kontrasepsi /
Are you currently using any kind of contraceptive

-

RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA / FAMILY MEDICAL HISTORY

Ayah / *Father* : -

Ibu / *Mother* : -

Saudara Kandung / *Brother or Sister* : -

3. RIWAYAT PEKERJAAN / CAREER HISTORY

No	Nama Perusahaan	Jabatan	Lama Kerja
1 -	-	-	-
2 -	-	-	-
3 -	-	-	-
4 -	-	-	-
5 -	-	-	-



4. PEMERIKSAAN FISIK / PHYSICAL EXAMINATION

KONDISI UMUM / GENERAL CONDITION

Tekanan darah / *Blood Pressure* : 110/70 mmHg
 Nadi / *Pulse* : 57 x/min
 Pernafasan / *Breathing rate* : 20 x/min
 Suhu Badan / *Body Temperature* : 36,7 ° C

ANTROPOMETRI / ANTHROPOMETRY

Tinggi badan / *Height* : 162 cm
 Berat badan / *Weight* : 67 kg
 BMI / *Body Mass index* : 25.53 kg/m²
 Lingkar Perut / *Abdominal size* : cm
 Lingkar Pinggang / *Waist size* : cm

PEMERIKSAAN FISIK MENYELURUH / HEAD TO TOE EXAMINATION

■ Kepala & Wajah / Head

Normal, deformitas (-), luka (-), tumor (-)

■ Mata / Eyes

Normal, ikterik (-), anemis (-) strabismus (-), katarak (-), pterygium (-), kecacatan (-)

VISUAL ACTIVITY / KEMAMPUAN PENGLIHATAN (Dengan atau tanpa kaca mata)

1	Kemampuan Penglihatan / <i>Visual Actuity</i>	20/25	20/22
	Mata Kanan & Kiri / <i>Right and Left Eyes</i>	20/22	
2	Visus Dekat / <i>Reading Test (Near Visus)</i>	-	
3	Buta Warna / <i>Colour Blindness</i>	Tidak ditemukan	
4	Lapang Pandang / <i>Field of Vision :</i>	Right Eyes	Left Eyes
	Nasal	-	-
	Temporal	-	-
5	Kedalaman Penglihatan / <i>Depth of vision</i>	-	
6	Penglihatan Malam / <i>Night vision</i>	-	
7	Pemulihan Silau / <i>Glare recovery</i>	-	





■ **Telinga / Ears**

Normal, cerumen (-), perforasi membran tympani (-), tanda infeksi (-), OMP (-)

■ **Hidung / Nose**

Normal (-), hiperemis (-), deviasi septum (-), sekret (-), oedema (-)

■ **Tenggorokan / Throat**

Normal, hiperemis (-), hipertrofi tonsil (-)

■ **Gigi & Mulut / Teeth & Mouth**

Stomatitis (-), caries (-), karang gigi (-), gigi tanggal (-), gigi berlubang (-), impaksi (-), gigi palsu (-), tambalan (-)

■ **Leher / Neck**

Normal, Pembesaran kel. getah bening (-), pembesaran kel. tiroid (-)

■ **Dada / Chest**

Normal, deformitas (-), pigeon chest (-), barrel chest (-)

■ **Paru / Lung**

Normal, rhonchi (-), wheezing (-)

■ **Jantung / Heart**

Normal, Murmur (-), Gallop (-)

■ **Perut / Abdomen**

Normal, nyeri tekan (-), pembesaran hati & limpa (-), nyeri ketok kosto vertebrae (-)

■ **Neurologi / Neurology**

Normal, tremor (-), paresis (-), roomberg test (-), reflek patologis (-)

■ **Muskuloskeletal / Musculoskeletal**

Normal, deformitas (-), tinel sign (-), phalen test (-), laseque test (-), patrick test (-), contra-patrick tes (-)

■ **Kulit / Skin**

Normal, dermatitis (-), tinea / mikosis (-), infeksi (-), tato (-)

■ **Urogenital / Genital**

Normal, hernia (-), hemoroid (-), varicocelle (-)

■ **Lain - lain / Others**





4. PEMERIKSAAN PENUNJANG / SUPPORTING EXAMINATION

■ **Pemeriksaan Laboratorium / Laboratory Examination**

Temuan utama / Major findings : Trigliserida : 245 mg/dl

■ **Pemeriksaan Radiologi - Thoraks PA / Radiological Examination - Thorax PA**

Kesimpulan / Conclusion : Normal Chest X-Ray

■ **Pemeriksaan Radiologi - USG Abdomen / Radiological Examination - USG Abdomen**

Kesimpulan / Conclusion : -

■ **Pemeriksaan EKG Istirahat / Resting EKG Examination**

Kesimpulan / Conclusion : Normal ECG

■ **Pemeriksaan Treadmill Stress Test / Treadmill Stress Test Examination**

Kesimpulan / Conclusion : Response Ischemik Negative, kapasitas aerobik 12 mets

■ **Pemeriksaan Spirometri / Spirometry Examination**

Kesimpulan / Conclusion : Normal Spirometry

■ **Pemeriksaan Audiometri / Audiometry Examination**

Kesimpulan / Conclusion : Normal Audiometry

■ **Pemeriksaan Khusus / Specific Examination**

Kesimpulan / Conclusion : -





6. KESIMPULAN DAN SARAN / SUMMARY AND SUGGESSTION

KESIMPULAN (SUMMARY)

Obesity Class I (Normal 18.5 - 22.9) &
Hypertriglisericidemia (Tg > 150 mg/dl)

SARAN (SUGGESTION)

Konsul ke dokter untuk pengobatan profil lemak
(triglisericida) disertai diet rendah lemak dan olah
raga aerobik secara teratur.

REKOMENDASI (RECOMENDATION)

Fit for the job

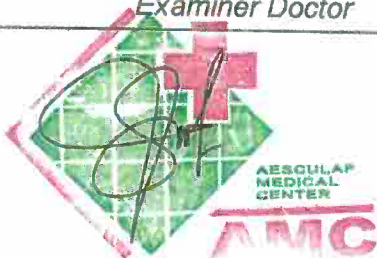
X Fit with note

Unfit

Temporary Unfit

Uncomplete Result

Dokter Pemeriksa
Examiner Doctor



Alamat (Cap)
Address (Stamp)

Jl Indrakila No. 17 (Strat 3) Kel. Gunung Samarinda
Telp. (0542)440404,444055 Fax. (0542) 415366
Ballkpapan - Kalimantan Timur

E-mail: amc_clinic@yahoo.com

Name of the doctor :

dr. Sri Wahyuni

SIP : 026/1183A/SIP-D/XII/2016

SK KEMENAKER : 2002/PK3/C-G/64/2017

Date of examination : 28-11-2018

Valid until : 23-11-2019





Nama Pasien : Tn. Suwandi
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 27-11-1983 / 35 Tahun 0 Bulan
Alamat : Jl. Jamrud IX Blok H3 No. 74 RT. 107
Balikpapan

No. Lab / Tgl : 1811280001 / 28-11-2018
Dokter : dr. Sri Wahyuni
Alamat : JL. Indrakila (Straat 3) No 17 RT 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	15.2	13.0 - 18.0	g/dL
Leukosit	5.9	4.0 - 10.0	10 ³ /uL
Eritrosit	4.2	4.0 - 5.5	10 ⁶ /uL
Trombosit	198	150 - 400	10 ³ /uL
Hematokrit	48	40 - 54	%
LED 1 Jam	9	0 - 10	mm/jam
- LYM %	29	20 - 40	%
- MID %	5	3 - 15	%
- GRA %	66	50 - 70	%
MCV	89	80 - 100	fL
MCH	29	27 - 34	pg
MCHC	33	32 - 36	g/dL
RDW	12.3	11.0 - 16.0	%
KIMIA KLINIK			
FUNGSI HATI			
SGOT	34	< 37	U/L
SGPT	40	13 - 40	U/L
Albumin	3.5	3.4 - 4.8	g/dL
Globulin	2.1	1.9 - 3.7	g/dL
METABOLISME KARBOHIDRAT / DIABETES			
Glukosa Puasa	77	70 - 110	mg/dL
Glukosa 2 Jam Postprandial	118	< 140	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Kolesterol Total	198	< 200	mg/dL
Kolesterol LDL	102	< 130	mg/dL
Kolesterol HDL	49	30 - 60	mg/dL
Trigliserida	245 *	35 - 150	mg/dL
FUNGSI GINJAL			
Ureum	21	10 - 50	mg/dL
Kreatinin	1.08	0.8 - 1.4	mg/dL





Nama Pasien : Tn. Suwandi
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 27-11-1983 / 35 Tahun 0 Bulan
Alamat : Jl. Jamrud IX Blok H3 No. 74 RT. 107
Balikpapan

No. Lab / Tgl : 1811280001 / 28-11-2018
Dokter : dr. Sri Wahyuni
Alamat : Jl. Indraklia (Straat 3) No 17 RT 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
Asam Urat	7.0	3.5 - 7.2	mg/dL

URINALISA

Urine Rutin

Kimia

- Berat Jenis	1030	1003 - 1030	
- pH	5	4.5 - 8	
- Leukosit Esterase	Negatif	Negatif	
- Nitrit	Negatif	Negatif	
- Albumin	Negatif	Negatif	
- Glukosa	Negatif	Negatif	
- Keton	Negatif	Negatif	
- Urobilinogen	Normal	<= 1	
- Bilirubin	Negatif	Negatif	
- Darah	Negatif	Negatif	

Sedimen Mikroskopis

- Eritrosit	0-1	0 - 1.00 / LPB	LPB
- Leukosit	2-3	1.00 - 5.00 / LPB	LPB
- Silinder	Negatif	Negatif	
- Epithel	4-6	< 10 / LPK	LPK
- Bakteri	Negatif	Negatif	
- Kristal	Negatif	Negatif	
- Lain-lain	Negatif	Negatif	

Makroskopis

- Warna	Kuning	Kuning	
- Kejernihan	Jernih	Jernih	

PENYALAHGUNAAN OBAT

Amfetamin (Sabu - sabu)	Negatif	Negatif	
Ophium (Morfin , Heroin , Putaw)	Negatif	Negatif	
Cocaine	Negatif	Negatif	
Mariyuana (Canabis, Ganja, THC)	Negatif	Negatif	
Methamphetamine	Negatif	Negatif	





Nama Pasien : Tn. Suwandi
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 27-11-1983 / 35 Tahun 0 Bulan
Alamat : Jl. Jamrud IX Blok H3 No. 74 RT, 107
Balikpapan

No. Lab / Tgl : 1811280001 / 28-11-2018
Dokter : dr. Sri Wahyuni
Alamat : JL. Indrakila (Straat 3) No 17 RT 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
IMUNOLOGI			
HBsAg (Kualitatif)	Non Reaktif	Non Reaktif	

*Hasil berupa angka menggunakan sistem desimal dengan separator titik.
Tanda * menunjukkan nilai di atas atau di bawah nilai rujukan.*



ECG Report

PatID

ECG No. 1811280001

Name SUWANDI

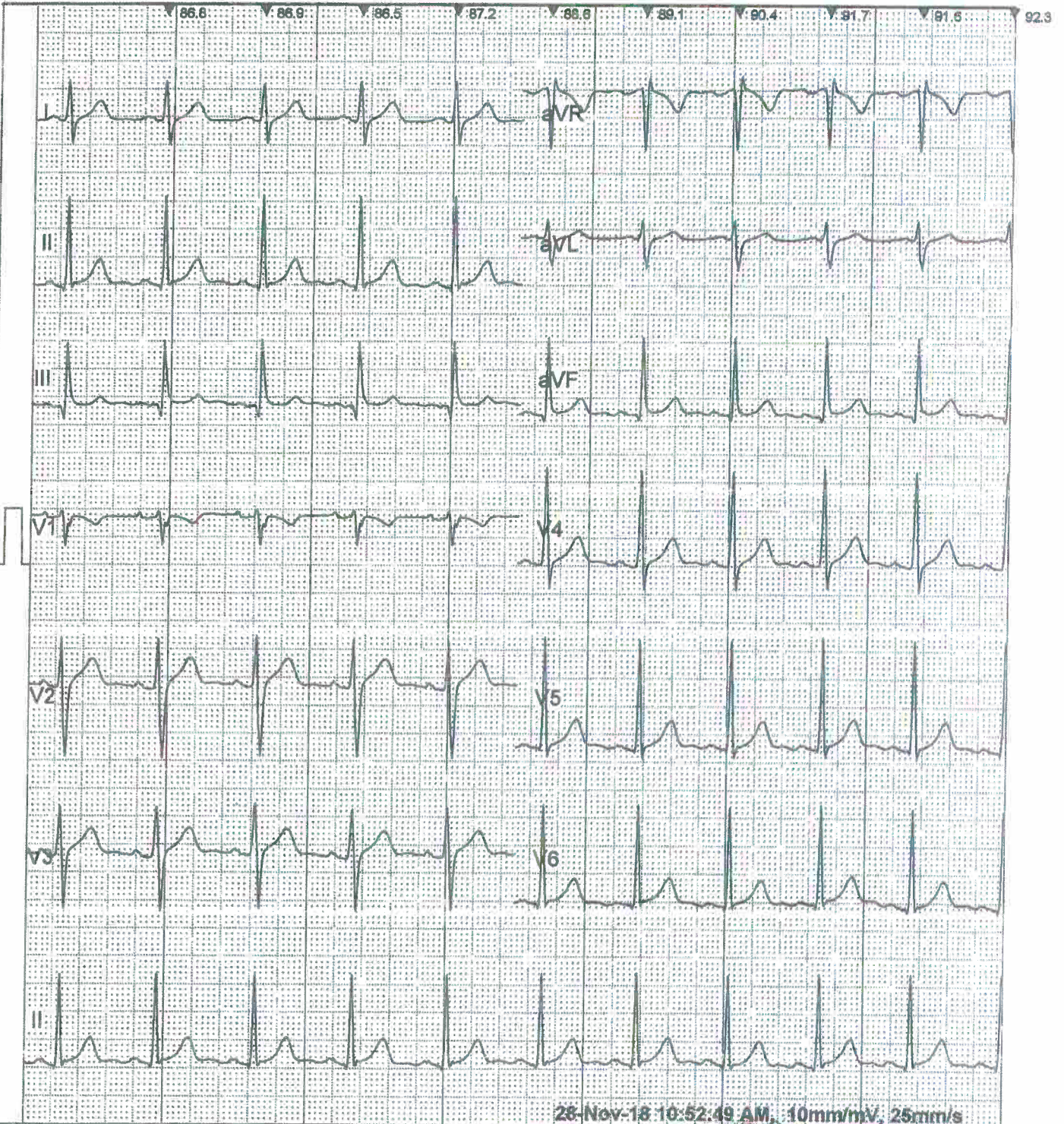
Sex M

Age 35Y

Req.Dept.

Bed/Wards

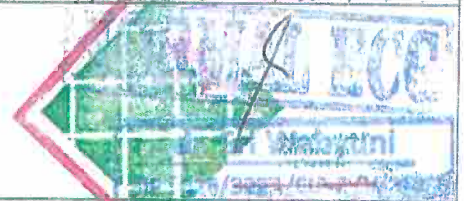
InPatNo PT.BKI



ECG Parameters :

HR =89 bmp
PR =155 ms
QRS=111 ms
QRS Axis=79(Deg.)
QT/QTc=350/428 ms
RV5/SV1=1.915/0.475 mV

ECG Diagnosis:

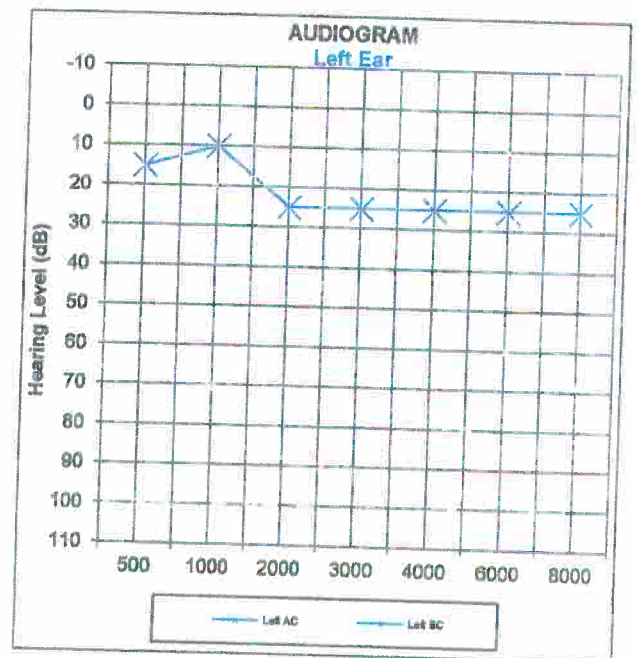
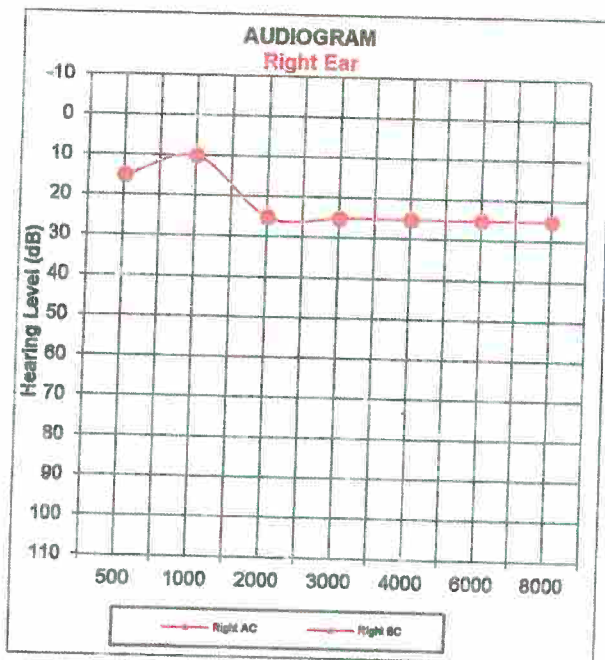


Rpt.Date: 28-Nov-18 10:19:52 AM



PEMERIKSAAN AUDIOMETRI

No : 1811280001
 Nama : Tn. Suwandi
 Umur : 35 Tahun
 Tgl. Periksa : 28 November 2018
 Perusahaan : PT. BKI



Hearing Level	Frequency In Hertz (Hz)							
	In dB	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Right AC	15	10	25	25	25	25	25	25
Right BC								

Hearing Level	Frequency In Hertz (Hz)							
	In dB	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Left AC	15	10	25	25	25	25	25	25
Left BC								

Telinga Kanan : Normal
 Telinga Kiri : Normal
 Kesimpulan : Normal Audiometri

AESCULAP MEDICAL CENTER

dr. Sri Wahyuni



Visit date 28-Nov-18

Patient code 1811280001 Age 35
 Surname Suwandi Gender Male
 Name Suwandi Height, cm 162
 Date of birth 27-Nov-83 Weight, kg 67
 Ethnic group Polynesian BMI 25.53
 Smoke No smoker Pack-Year
 Patient group

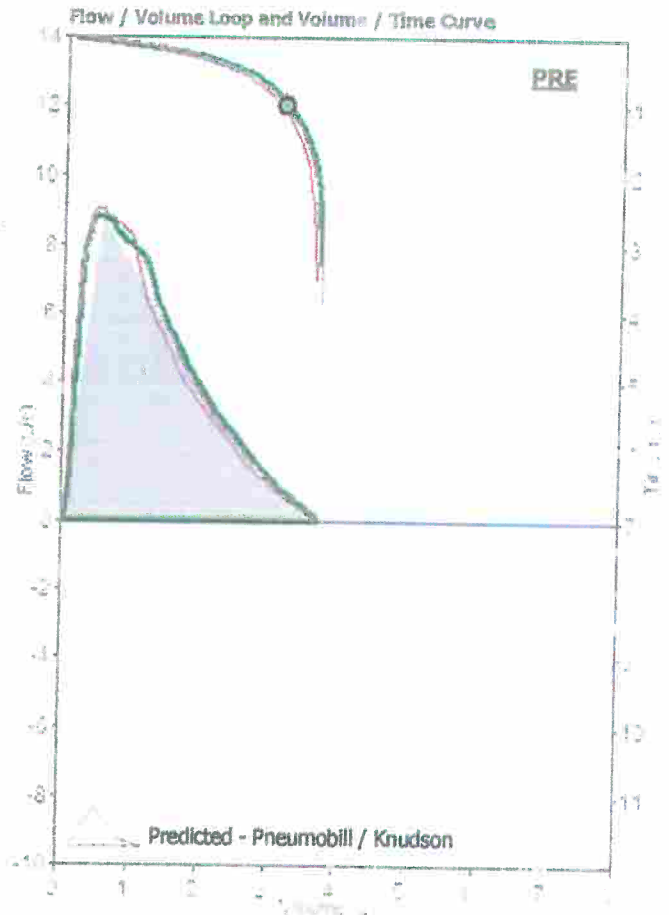
Interpretation



Normal Spirometry

Best values from all loops

Parameters	Pred	PRE	%Pred	Z-score	POST	%Chg
FVC L	3.77	3.72	99			
FEV1 L	3.18	3.21	101			
FEV1% %	83.8	86.30	103			
PEF L/s	8.77	9.08	104			



PRE Trial date 28-Nov-18 8:43:01 AM

Parameters	LLN	ULN	Pred	PRE # 1	%Pred	Z-score	PRE # 2	PRE # 3	POST #1	%Pred	%Chg
FVC L			3.77	3.70	98		3.72	3.65			
FEV1 L			3.18	3.21	101		3.18	3.12			
FEV1/VC %			83.8								
FEV1/FVC %			83.8	86.8	104		85.5	85.5			
PEF L/s			8.77	8.85	101		8.95	9.08			
FEF2575 L/s			3.96	3.85	97		3.65	3.45			
ELA Years			35	35	100		35	37			
FET s			6.00	3.28	55		3.92	3.53			
EVol mL				110			110	100			
FIVC L			3.77								

BTPS 1.078 28 °C 82.4 °F

Conclusion / Medical report

Quality Report

A

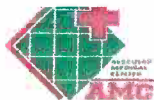
Repeatable FVC, Repeatable FEV1, Repeatable PEF

Signature



Instrument used
Spirobank II S/N R00015





STEREO OPTICAL INDUSTRIAL VISION TESTER RECORD FORM



No. MCU : 1811280001 Jabatan : *inspector*
 Nama : *Tn. Suwandi / Laki - laki* Lokasi/Perusahaan : *PT. BK1*
 Umur : *35 Tahun 0 Bulan* Tanggal : *23-11-2018*
 : *BIRO KLASIFIKASI INDONESIA PT*
 : *Jl MT Haryono No 08 Ringroad*
 Kacamata : *Ya / Tidak*

TEST DISTANCE	INTERMEDIATE DISTANCE TEST					
	INCHES	20	22	26	31	40
	CM	50	57	66	80	100

Demonstration																
1	Slide	<i>Hilom C Focus kedua mata</i>														
Alternate																
Test No.	Target	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
2	Both Eyes	↑	→	→	←	↑	↓	←	→	↓	→	↓	↑	→		
3	Right	↑	←	↑	↑	↓	↓	←	↓	↑	→	←	↓	→		
4	Left	←	→	←	↓	→	↑	↑	↓	↑	↓	→	↑	←		
Snellen		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
Equivalent		200	100	70	50	40	35	30	25	22	20	18	17	15	13	
Stereo		1	2	3	4	5	6	7	8	9						
5	Depth	↓	←	↓	↑	↑	←	↓	→	←	→					
Color		A		B		C		D		E		F				
6	Color	12	5	26	6	16	0									
7	Vertical	1	2	3	4	5	6	7								
8	Lateral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Test No.	Target	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
9	Both Eyes	→	←	↑	→	↓	→	↑	←	↑	←	↓	→	↓	←	
10	Right	↑	↓	↑	↓	→	↑	→	←	↓	←	→	→	←	↑	
11	Left	↓	←	↓	→	↑	←	↑	↓	→	→	←	→	↑	←	
12	Lateral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Far Point (20 Ft.) Tests

"14 Other

13 Lapangan pandang (field of view) :
 # Nasal / Medial :
 # Temporal / Lateral :
 14 Penglihatan malam (night vision) :
 15 Pemulihan silau (glare recovery) :

kanan (right) kiri (left)
45° 85° 70° 55° *45° 85° 70° 55°*
 normal/ abnormal (.....)
 normal/ abnormal (.....)

Kesimpulan
 Visus Jauh : *20/22 (N)*
 Buta Warna : *N*

Pemeriksa :

 (.....)



CHEST X-RAY

NO. ID / LAB : 00520171001413 / 1811280001

Umur : 35 Tahun 0 Bulan

Nama : Tn. Suwandi

Jabatan : Inspector

Tanggal Periksa : 28-11-2018

Perusahaan : BIRO KLASIFIKASI INDONESIA, PT

1.	Jantung / Cor Cardiac Shadow	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	
2.	Sinus dan Diafragma (Sinus and Diaphragms)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	
3.	Tulang dan Jaringan Lunak Skeleton and Soft Tissue	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	
4.	Paru - paru (Pulmo) Lung Fields	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	
5.	Kelenjar Hiller dan Limfatik Hillar and Lymphatic Glands	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	
6.	Gambaran Lainnya Details of Other Abnormalities	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	
	Kesan Conclusion	<i>tp km</i>		

Balikpapan, 28-11-2018


dr. Susi Nurhayani M.Kes.Sp.Rad.
Radiologist



**PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMERIKSAAN KESEHATAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Suwandani
Tempat/ Tanggal Lahir : Muara Jawa / 27-11-1983
Jabatan : INSPEKTOR
Lokasi : Balikpapan
Perusahaan : PT. B.K.I

Dengan ini menyatakan :

1. Setuju untuk diperiksa dan diketahui hasilnya baik fisik maupun laboratorium (termasuk pemeriksaan Narkoba dan HIV / AIDS, jika diperlukan) oleh perusahaan dalam rangka pemeriksaan kesehatan;
2. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan berikut kesimpulannya akan dilaporkan oleh Perusahaan langsung kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan dalam menetapkan masalah kesehatan;
3. Setuju bahwa berkas lengkap catatan medik hasil pemeriksaan kesehatan saya tetap disimpan oleh perusahaan;
4. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Perusahaan bersifat final, dan hasil pemeriksaan ini tidak dipertentangkan dengan hasil pemeriksaan lain diluar yang dilakukan oleh Perusahaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan benar dan sukarela.

28 November 2018

Yang Menyatakan,


Suwandani

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan <i>(diisi dengan lengkap oleh karyawan)</i>		
Nama Lengkap SUWANDI	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 27-11-1983	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) INSPECTION	Nama Perusahaan PT. BKI	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah Jl. PEMUDA RT 10 BLOK P-16 PESONA BUKIT BATAKAN	Nomor Telepon / HP 0813 9049 1783	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 28 / 11 / 2018

BAGIAN B. Alasan Evaluasi <i>(diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor)</i> Beri tanda pada kotak yang sesuai
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan sebelum bekerja (<i>Pre-placement</i>), untuk kategori posisi: <input type="checkbox"/> Food Handler <input type="checkbox"/> Emergency Responder <input type="checkbox"/> Fire Brigade <input type="checkbox"/> Driver <input type="checkbox"/> Crane Operator <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker <input type="checkbox"/> Sedentary
<input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan berkala (<i>Periodic</i>), untuk kategori posisi: <input type="checkbox"/> Food Handler <input type="checkbox"/> Emergency Responder <input type="checkbox"/> Fire Brigade <input type="checkbox"/> Driver <input type="checkbox"/> Crane Operator <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker <input type="checkbox"/> Sedentary
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan setelah tidak masuk kerja dalam waktu yang lama (> 14 hari) karena sakit/kecelakaan (<i>Return to Work</i>)
<input type="checkbox"/> For Cause: <input type="checkbox"/> Paska Insiden <input type="checkbox"/> Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja

Komentar Supervisor:

Tanda Tangan Supervisor	Tanggal (tgl - bln - thn)
-------------------------	---------------------------

F_OH_018 Formlir Evaluasi Medis Kelaikan Kerja Kontraktor

Prosedur FFD: Pre-Placement Periodic Return to Work For Cause

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

Nama Lengkap SUWARDI	Tanggal Lahir (tgi - bin - thn) 27-11-1983	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) INSPECTION	Nama Perusahaan PT BKI	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah Jl. Pemuda RT 10 Blok P No 16 Desa BUKIT BATEKON	Nomor Telepon / HP 0813 5049 1783	Tanggal Pemeriksaan (tgi - bin - thn)

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 kelelahan 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, kesemutan, gemetar atau kejang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Penyakit kencing manis Jika ya, apakah menggunakan insulin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Benjolan pada pembuluh getah bening (leher, ketiak dan pangkal paha)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Menggunakan obat-obatan rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Suara serak menetap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. TBC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Ruam kulit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Asma, gangguan pernafasan, sesak nafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Buang air besar berwarna gelap/hitam	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Pernah operasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tekanan darah tinggi Pengobatan untuk tekanan darah tinggi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Gangguan system perkemihan: ginjal, kantung kemih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kejiwaan lain	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Stroke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Hernia/burut/usus turun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Mengonsumsi alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tumor atau kanker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Alergi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Menggunakan narkoba	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan untuk setiap jawaban Ya:

Apakah Anda merokok? Ya Tidak

Apakah Anda merolah raga secara rutin minimal 3x/minggu? Ya Tidak

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

Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:

Tidak

Riwayat Perawatan di RS: TIDAK CIPA.

Tanda Tangan Karyawan



Tanggal (tgi - bin - thn)

28-11-2018

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)

ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL

TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI
162 cm	67 kg	25.53	cm	110/70 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur

PEMERIKSAAN EKG (Dilakukan pada usia ≥ 40 thn atau jika ada indikasi gangguan jantung) HASIL: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan: _____	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika ada: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Merokok <input type="checkbox"/> Hyperkolesterolemia <input type="checkbox"/> EKG abnormal <input type="checkbox"/> Riwayat penyakit jantung dalam keluarga sebelum usia 60 tahun Jika FRS >10% atau, ada 2 atau lebih kategori diatas, LAKUKAN Treadmill	PEMERIKSAAN TREADMILL HASIL: <input checked="" type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya: Catatan: _____
---	---	--

PEMERIKSAAN VO2 MAX (Hanya untuk *Emergency Responder* dan *Fire Brigade*)

Hasil VO2 Max: ml/kg/min

Khusus *Emergency Responder*, target VO2 max: 39 – 42 ml/kg/min.
 Catatan:

PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA (Diperiksa jika ada indikasi)

Hasil : Normal Tidak Normal, jelaskan: _____

PEMERIKSAAN HASIL PEMERIKSAAN SPIROMETRI

- Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek
- Fit for Duty* sebagai *Emergency Responder/Fire Brigade* jika hasil spirometri FEV1 dan FVC minimal <80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia*
 Tidak menderita TB

Hasil Pemeriksaan		
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC
3.18	3.77	83.8

Kesimpulan:
 Normal Tidak Normal: Obstruktif / Restriktif /

Catatan: _____
 *) Hasil evaluasi LLN: _____

Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan
----------------	------------------------	---------------------

PEMERIKSAAN MATA

Standard:

- Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata
- Lapangan pandang horizontal minimal 700 pada masing-masing mata
- 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 didalam *Medical Clearance*

	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri		
Jarak Jauh	20/ 28 6/	20/ 25 6/	20/ 22 6/	20/ 6/	20/ 6/	20/ 6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta Warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Kanan: Kiri: Visual Depth
Jarak Dekat	J# 20/ 27	J# 20/ 22	J# 20/ 20	J#	J#	J#		

Kesimpulan: Normal Pakai Kacamata Tidak Pakai Kacamata Tidak Normal (jelaskan)

Catatan:

Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan
----------------	------------------------	---------------------

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)

Standar:

- Dapat mendengar suara bisikan dari jarak > 1.65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (*hearing aid*) ATAU
- Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik < 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar

Menggunakan alat bantu dengar? Ya Tidak

Tes Berbisik Telinga Kanan meter Telinga Kiri meter

Audiometri (dB):

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

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

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri dB Telinga Kanan dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan: ...

Nama Pemeriksa Tanda Tangan Pemeriksa Tanggal Pemeriksaan

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan	Hasil
Darah rutin (HB, Sel darah putih, Hitung Jenis, LED)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:
Kimia darah (Gula darah, 2hpp*, Kolesterol HDL) *) jika ada riwayat DM	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: <i>Tinggi Sel. Darah (TG : 245 mg/dl)</i>
Urine (Darah, Glukosa, protein, Sedimen)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:
Kultur Stool (khusus untuk Food handler)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:

BAGIAN D. Pemeriksaan Dokter

Garis bawahi setiap kelainan yang ditemukan. Jelaskan setiap temuan tersebut pada tempat yang telah disediakan. (Y=Ya, T= Tidak)

No	Bagian Tubuh/Sistem	Pemeriksaan	Y	T	Penjelasan
1	Kepala	Ada tanda-tanda cedera?			
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 bernafas)		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Dada dan sistem pernafasan	Benjolan abnormal, kelainan dinding dada, laju pernafasan, suara pernafasan, wheezing, gangguan fungsi pernafasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)		<input checked="" type="checkbox"/>	

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 didalamnya	Pembesaran hati, limpa, adanya massa, dan kelemahan dinding abdomen yang bermakna	✓
8	Tulang belakang dan muskuloskeletal	Ada riwayat operasi, cedera, kelainan 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	✓
11	Persyarafan	Gangguan: keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimetris Abnormal: fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky	✓
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	
15	Lainnya, jelaskan		

Khusus untuk Food Handler

16	Personal Hygiene	Penampilan kotor, kuku panjang, ada jerawat bernanah	
----	------------------	--	--

Komentar Dokter: (jelaskan pemahaman signifikan yang tertera di atas)

Dalam batas normal

BAGIAN D. REKOMENDASI KELAIKAN KERJA

F.1 Klasifikasi Kelainan Kerja:
 A. Laih Kerja, masa berlaku: 6 bulan 1 tahun
 B. Laih Kerja Dengan Batasan:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

C. Tidak Laih Kerja:
 Permanen Sementara, dievaluasi setelahminggu/bulan

D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan:

F.2 Rekomendasi:

F.3 Catatan:

- Harus menggunakan kaca mata
- Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa

Tanda Tangan



Tanggal (tgl-bln-thn)
 (tanggal rekomendasi diberikan - dokter menandatangani clearance)

Nama Rumah Sakit/Klinik

Alamat Rumah Sakit/Klinik

F_OH_019_ Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN

Nama Lengkap Suwardi	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 27-11-1983	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja: <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Nama Perusahaan PT BKI	FFD Procedure <input type="checkbox"/> Pre-placement <input checked="" type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause		
Posisi Utama:	<input type="checkbox"/> Food Handler <input type="checkbox"/> Emergency Responder <input type="checkbox"/> Fire Brigade <input type="checkbox"/> Driver <input type="checkbox"/> Crane Operator <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker <input type="checkbox"/> Sedentary		
Posisi Tambahan: _____			

REKOMENDASI KELAIKAN KERJA

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

B. Laik Kerja Dengan Batasan:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

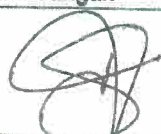
C. Tidak Laik Kerja: Permanen Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan

D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan:

.....

Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut):

Catatan: Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan	Tanggal (tgl-blh-thn)
dr Sri Wahyuni		30/11/2018
Nama Rumah Sakit/Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik	

Untuk kategori pekerjaan *critical jobs*: FERT, diver(penyelam), working at height, confined space entry, perlu dilakukan V&V oleh H&M PHKT

Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak)	Tanda Tangan	Tanggal (bb/hh/tttt)
_____	_____	/ /

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : suwandi
Tanggal Lahir : 27-11-1982
Pekerjaan : INSPECTION
Perusahaan : PT BIRO KLASIFIKASI INDONESIA Nomor Pegawai :
Alamat : Jl. MT HARYONO No. 8 RING ROAD.
Nomor Telepon : 0942-876639

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

Rumah Sakit/Klinik : Klinik AMC
Alamat : Balikpapan
Nomor Telepon : 440409

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 : PT. Bki Perusahaan/Instansi : _____
Alamat : Balikpapan 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 
Karyawan atau wakil yang sah

Tanggal 28 / 4 / 2018
(Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi 


Hubungan Dengan Pemberi Wewenang

Tanggal 28 / 4 / 2018
(Tgl - Bln - Thn)



LAPORAN TREADMILL EXERCISE TEST (PROTOKOL BRUCE)

NO. ID / LAB : 00520171001413 / 1811280001

Jabatan : Inspector

Umur : 35 Tahun 0 Bulan

Tanggal Periksa : 28-11-2018

Nama : Tn. Suwandi

Perusahaan : BIRO KLASIFIKASI INDONESIA, PT

Tinggi Badan : 162 cm

Berat Badan : 67 Kg

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

- Lama Test : 10 Menit 17 Detik
- Denyut Jantung Maksimal : 182 X / Menit (185 Dari target maksimal)
- Tekanan Darah Maksimal : 190/100 mm/Hg
- Tes dihentikan karena :

- Fatigue
- Dyspnoe
- Angina
- Pusing
- Terdapat perubahan segmen ST-T
- Target denyut jantung tercapai
- Respon hipertensif

- Perubahan segmen ST-T

- Upsloping
- ST Depresi 0.5 - 1 mm
- Bermakna (ST Depresi > 1 mm)
- Tidak dapat perubahan

- Kapasitas Aerobik 12 mets

- Tingkat kebugaran jasmani

- Rendah
- Kurang
- Sedang
- Baik
- Sangat Baik

- Response tekanan darah

- Normal
- Response Hipertensif

KESIMPULAN

- Response Ischemic Positive
- Response Ischemic Negative
- Borderline Stres Test
- Indeterminate (Target denyut jantung tidak tercapai)
- Fit Untuk Berkerja di Lokasi / Remote Area
- Unfit Untuk Bekerja di Lokasi / Remote Area

Balikpapan, 28-11-2018

dr. Muhammad Iqbal, Sp.JP, FIHA
Cardiologist

AESCULAP MEDICAL CENTER Summary Report

Iwandi Male 35 Years ID:281120180003 OutpatientID: Request Department:PT. BIRO KLASIFIKASI INDONESIA Room No.:

Summary Information

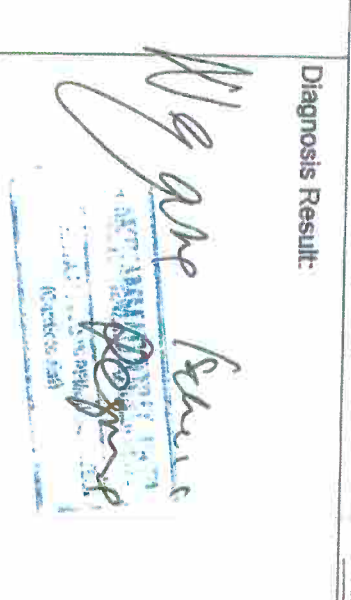
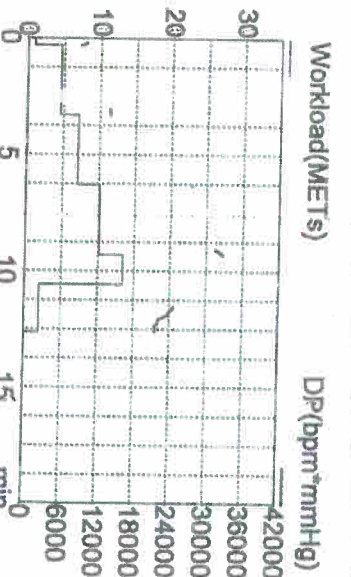
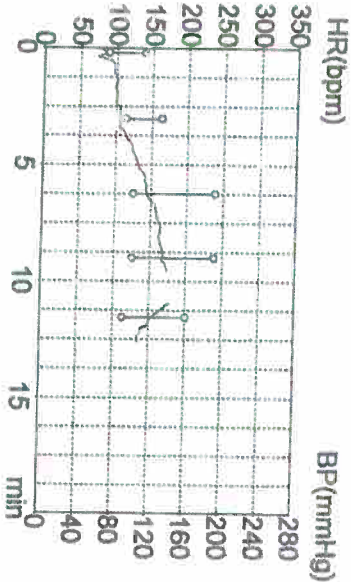
Protocol : Bruce
 Total Time : 12:39(min: sec)
 Exercise Time : 10:17(min: sec)
 Rest HR : 80 bpm
 Max HR : 182 bpm[98% of Target HR185]

Rest BP : 110/70 mmHg
 Max Sys. BP : 190 mmHg
 Max Dia. BP : 100 mmHg
 Max DP : 32680 bpm*mmHg
 Termination Reason : Fatigue

Max Asc. : 4.32 mV @ III Exercise09:45
 Max Desc. : -5.31 mV @ V2 Exercise09:45
 Max STc : 3.93 mV @ III Exercise09:45
 Max Workload : 13.5 METS
 Max VO2 : 47.3 ml/(kg.min)

Stage Information

Phase	Stage	Stage Time (min: sec)	Speed (mph)	Slope (%)	HR (bpm)	BP (mmHg)	DP (bpm*mmHg)	Workload (METs)	Max Asc. (mV)	Max Desc. (mV)	PVC (number)	Comment
Exercise	Supine	00:19	0.0	0.0	80	110/70	8800	1.0	0.40(V5)	-0.14(aVR)	3	
	Stage1	03:00	1.7	10.0	106	130/90	13780	4.6	0.37(V5)	-1.74(I)	0	
	Stage2	03:00	2.5	12.0	145	190/100	27550	7.1	0.15(V5)	-0.10(III)	0	
	Stage3	03:00	3.4	14.0	172	190/100	32680	10.2	1.10(I)	-0.22(III)	0	
Recovery	Stage4	01:17	4.2	16.0	0	-/-	-/-	13.5	4.32(III)	-5.31(V2)	20	
	Recovery1	02:00	1.5	0.0	135	160/90	21600	2.1	0.50(V3)	-0.86(II)	0	
	Recovery2	02:03	1.5	0.0	133	-/-	-/-	2.1	0.00(I)	0.00(I)	0	



Diagnosis Result:

Signature: *W. G. S.*
 Stamp:
 Signature: *[Signature]*

AESCULAP MEDICAL CENTER Pretest Report

uwandi Male 35Years ID:281120180003

OutpatientID: Request Department:PT. BIRO KLASIFIKASI INDONESIA

Room No.:

R :83bpm
 R :106ms
 RS :142ms
 :107ms
 T/QTc :364/430ms
 /QRS/T :49/106/57deg.
 VS/SV1 :2.443/0.133mV

Diagnosis Result:
 Sinus Arrhythmia
 QS Wave in lead V1
 Right Axis Deviation

Bruce 00:09 Pretest(Supine) 00:09 ~ 00:17

83 bpm
 110/70 mmHg

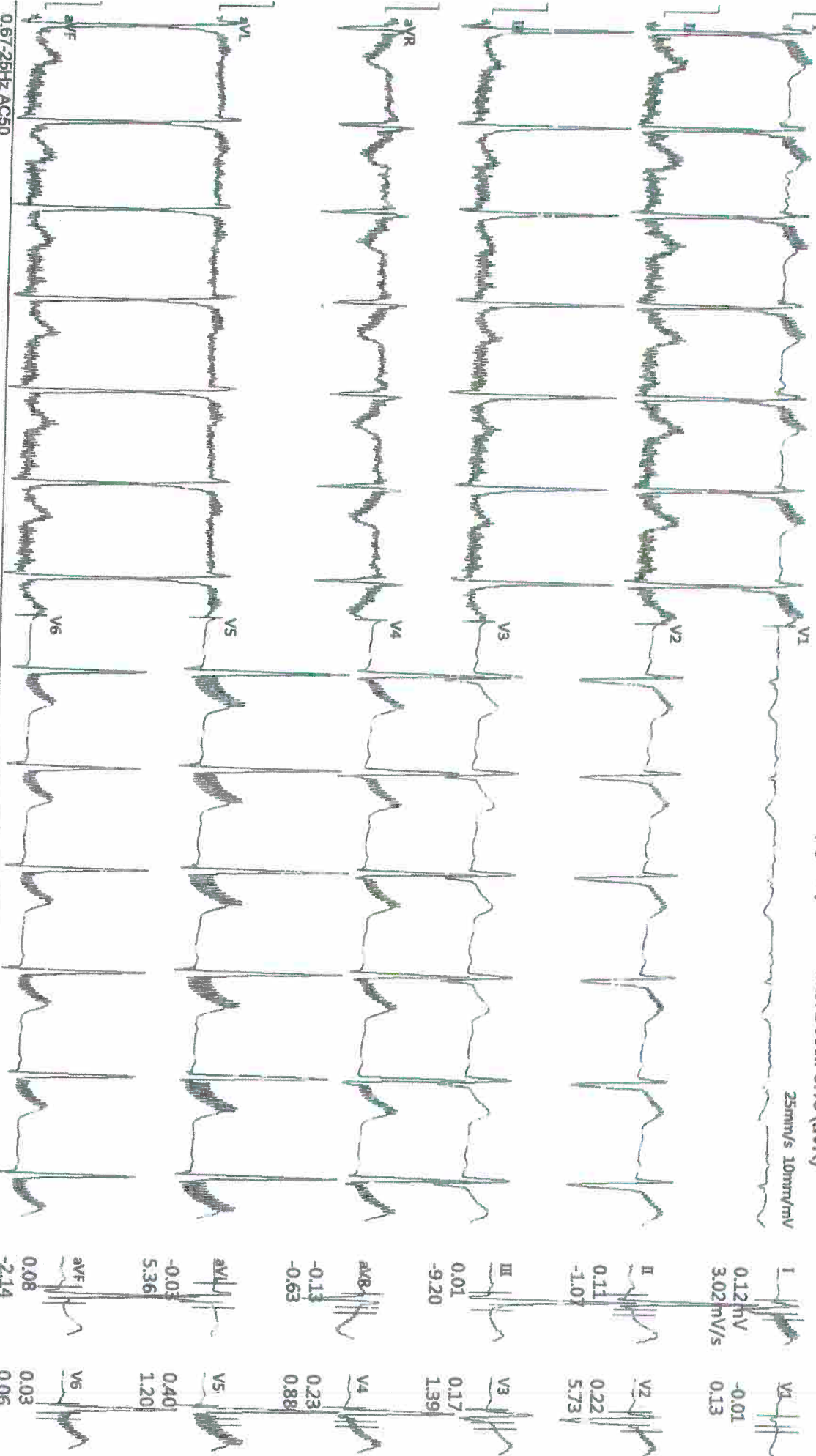
0.0 mph
 0.0 %

1.0 METs
 3.5 ml/(kg.min)

Max Asc.:0.40 (V5)
 Max Desc.: -0.13 (aVR)

Report Confirmed By:dr. M IQBAL S

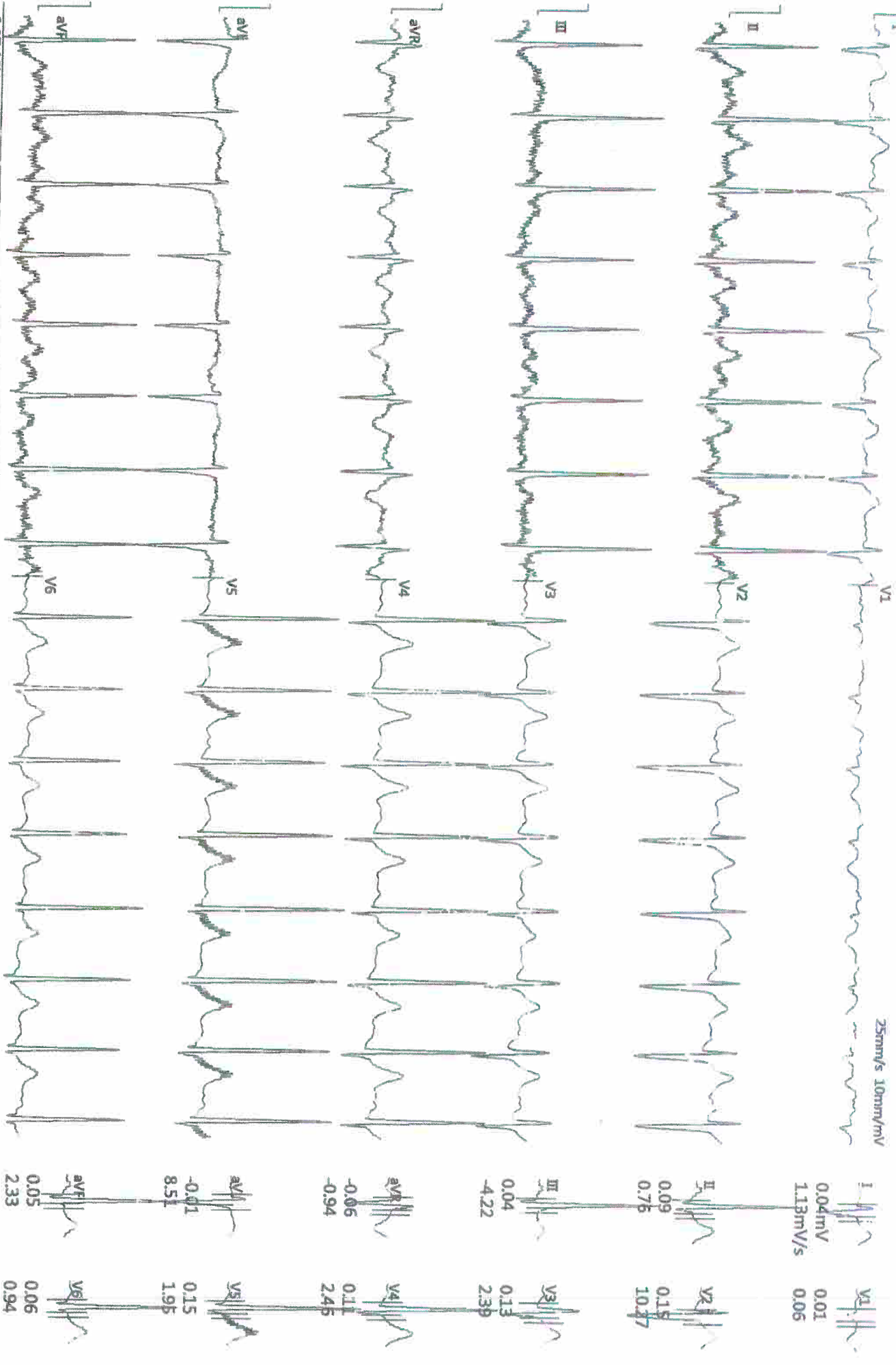
Posif:4



0.67-25Hz AC50

AESCULAP MEDICAL CENTER 12-Lead ECG Report

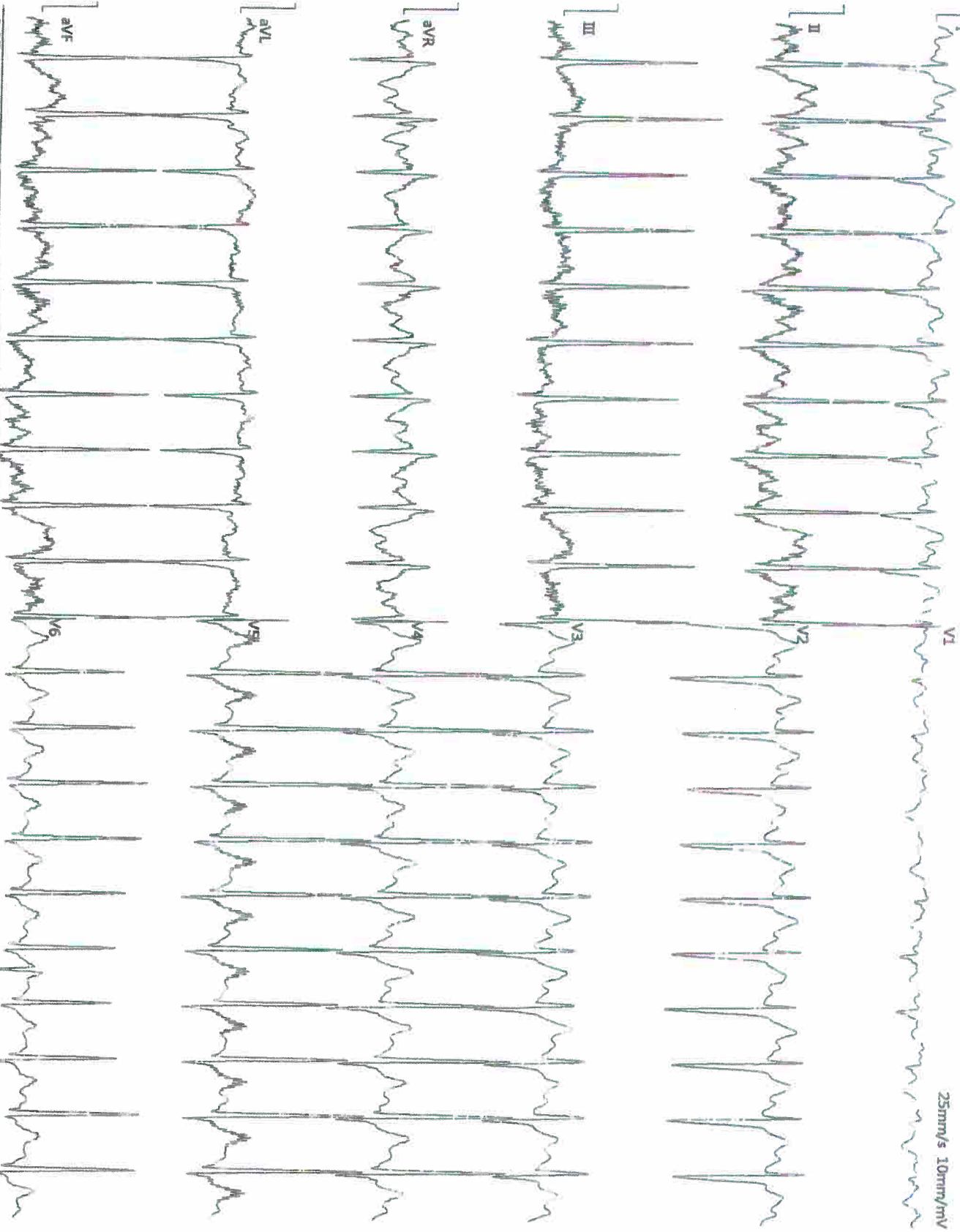
Jwandi Male 35Years ID:281120180003 OutpatientID: Request Department:PT. BIRO KLASIFIKASI INDONESIA Room No.:
 Bruce 03:08 **Exercise(Stage1)** 104 bpm 130/90 mmHg 1.7 mph 4.6 METs Max Asc.:0.15 (V2)
 02:49 ~ 02:57 10.0 % 16.1 ml/(kg.min) Max Desc.: -0.06 (aVR)



0.67-25Hz ACG50

AESCULAP MEDICAL CENTER 12-Lead ECG Report

Jwandi Male 35years ID:281120180003 OutpatientID: Request Department:PT. BIRO KLASIFIKASI INDONESIA Room No.:
Bruce 06:08 **Exercise(Stage2)** 144 bpm 190/100 mmHg 2.5 mph 7.1 METs Max Asc.:0.11 (V3)
02:49 ~ 02:57 12.0 % 24.8 ml/(kg.min) Max Desc.:0.05 (I) **Postf:4**

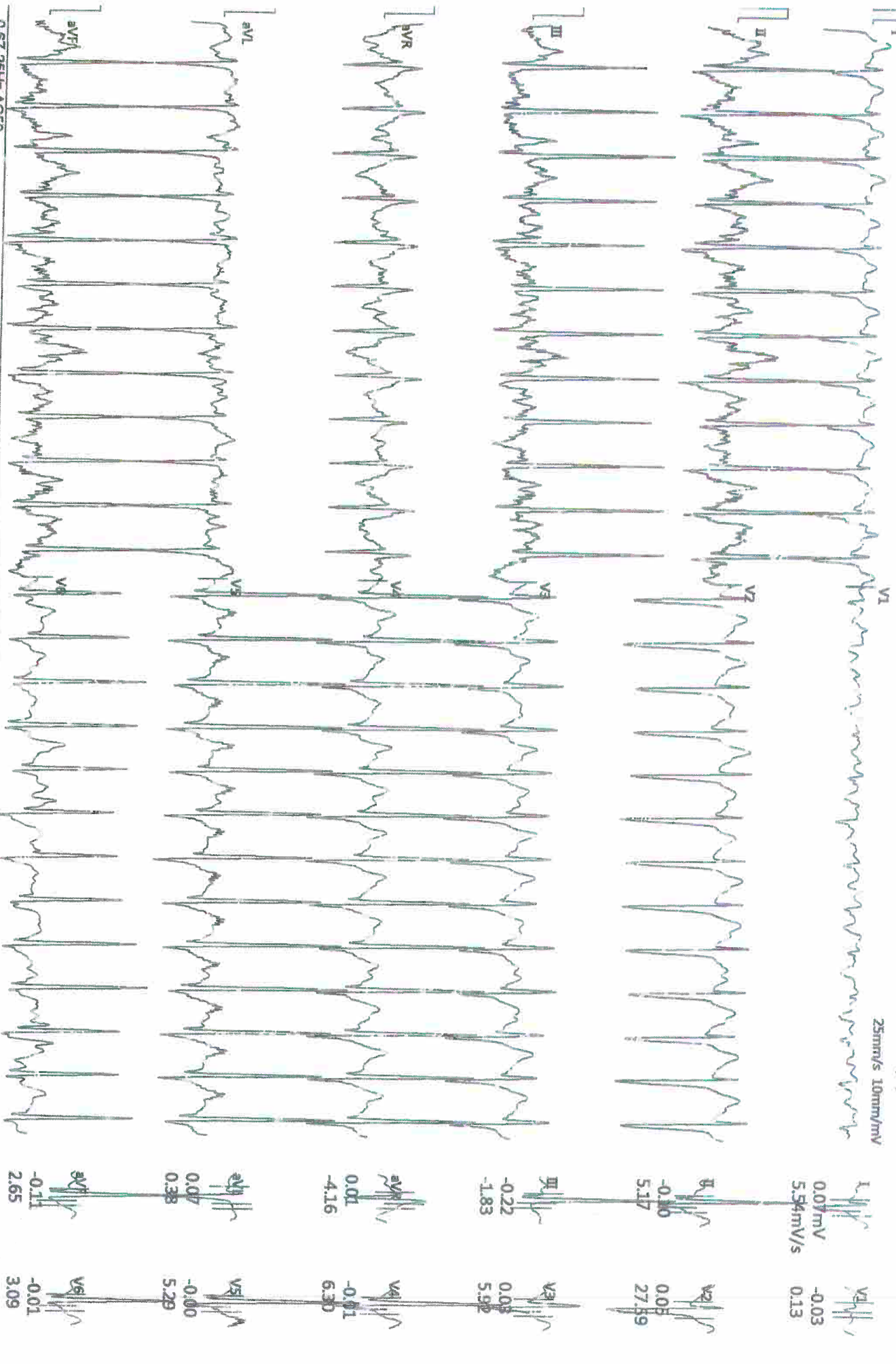


25mm/s 10mm/mV

Lead	Max Asc. (mV)	Max Desc. (mV)
I	0.05	-0.03
II	0.02	-0.01
III	0.01	-0.01
aVR	-0.02	-0.01
aVL	-0.01	-0.01
aVF	0.01	0.01
V1	0.08	0.01
V2	0.11	0.01
V3	0.11	0.01
V4	0.04	0.01
V5	0.02	0.01
V6	0.01	0.01

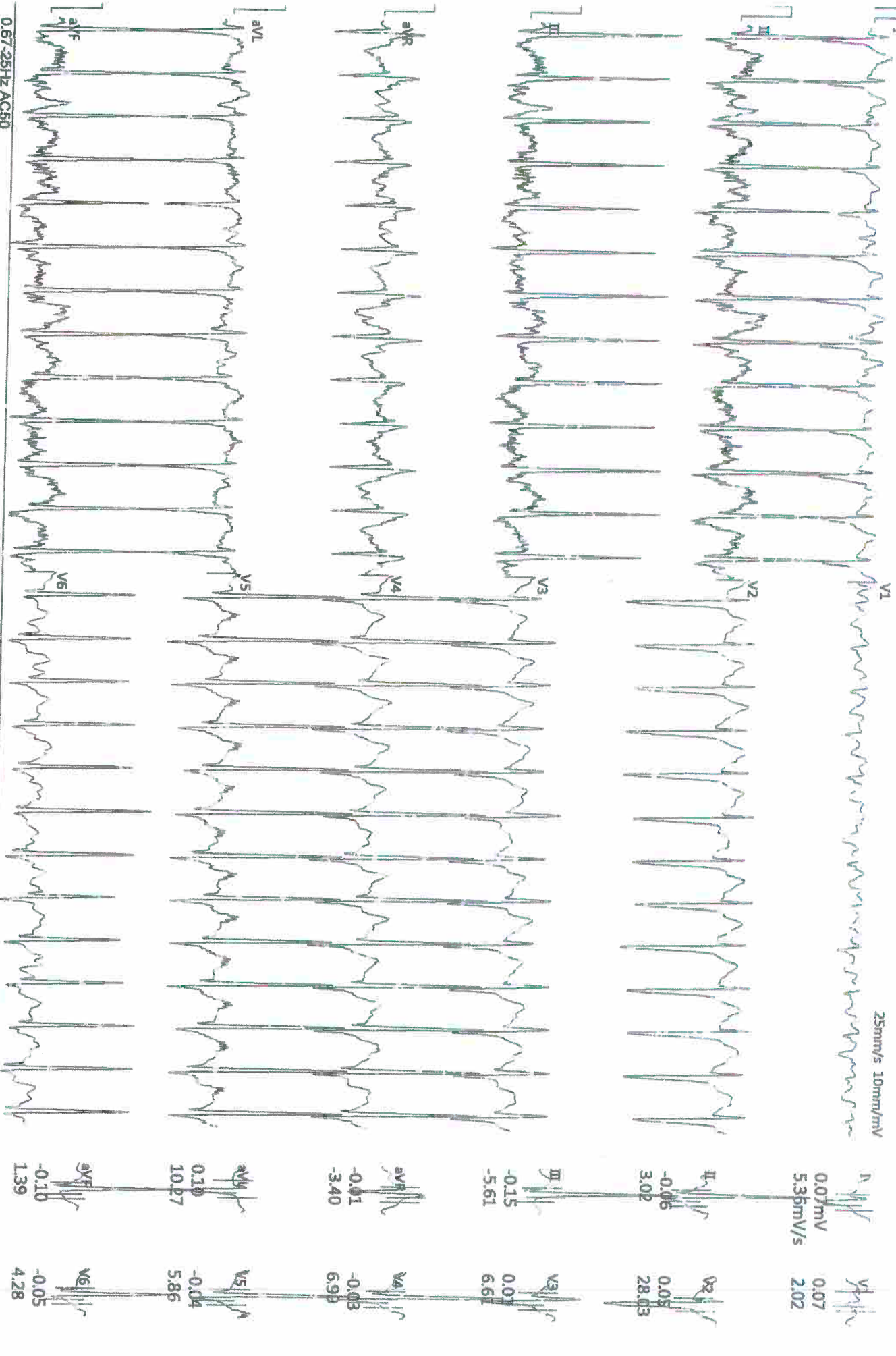
AESCULAP MEDICAL CENTER 12-Lead ECG Report

Uwandi Male 35Years ID:281120180003 OutpatientID: Request Department:PT. BIRO KLASIFIKASI INDONESIA Room No.:
Bruce 09:08 **Exercise(Stage3)** 168 bpm 190/100 mmHg 3.4 mph 14.0 % 10.2 METs 35.7 ml/(kg.min) Max Asc.:0.07 (I) Max Desc.: -0.22 (III) Postj:4



AESCULAP MEDICAL CENTER 12-Lead ECG Report

Uwandu Male 35 Years ID:281120180003 OutpatientID: Request Department:PT. BIRO KLASIFIKASI INDONESIA Room No.:
 Bruce 09:14 Exercise(Stage4) 170 bpm 4.2 mph 13.5 METS Max Asc.:0.10 (aVL)
 00:00 ~ 00:03 16.0 % 47.3 ml/(kg.min) Max Desc.:0.15 (III) Post:4



AESCULAP MEDICAL CENTER 12-Lead ECG Report

Uwandi Male 35 Years ID:281120180003 OutpatientID: Request Department:PT. BIRO KLASIFIKASI INDONESIA Room No.:

IR :136bpm
 R :92ms
 IRS :120ms
 I/OTC :117ms
 /ORST :301/453ms
 V5/SV1 :58/109/48deg.
 :2.75/0.198mV

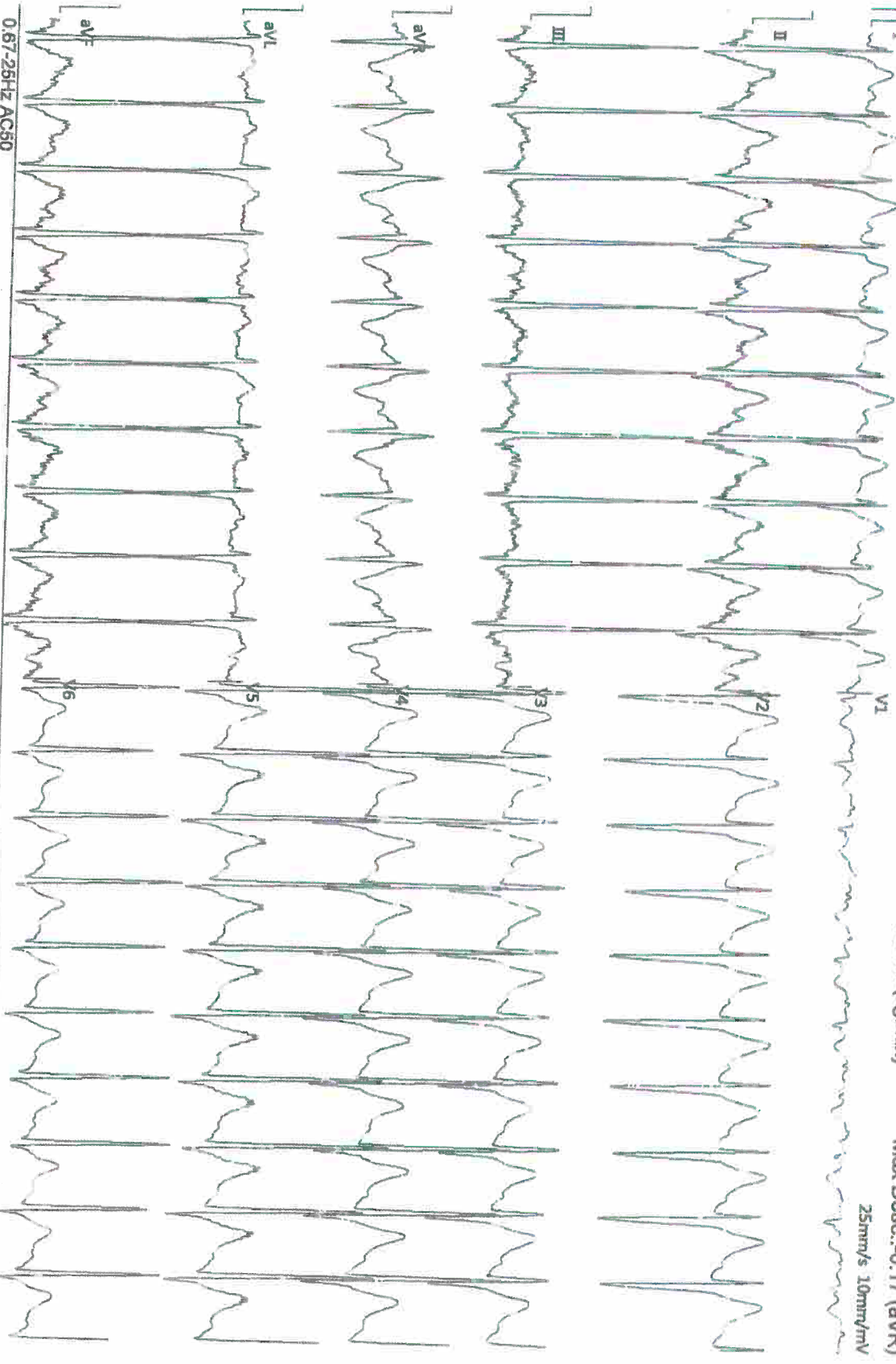
Diagnosis Result:
 Sinus Tachycardia
 QS Wave in lead V1
 Right Axis Deviation

Brucce 12.25
 Recovery(Recovery1) 01:49 ~ 01:57

136 bpm
 160/90 mmHg
 1.5 mph
 0.0 %
 2.1 METS
 7.3 ml/(kg.min)

Max Asc.:0.24 (V3)
 Max Desc.: -0.17 (aVR)

Report Confirmed By:dr. MIOBAL S Post:4



Lead	Max Asc. (mV)	Max Desc. (mV)
I	0.13	-0.04
II	0.21	0.14
III	0.06	0.24
aVR	-0.17	-4.60
aVL	0.05	0.16
aVF	0.13	0.14
V1	5.04	1.51
V2	5.92	20.22
V3	2.46	6.61
V4	0.06	0.24
V5	0.05	0.16
V6	0.13	0.14