

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Chasan Musthopa
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECORD : 01 97 96
DATE OF VISIT : January 23, 2020
NEXT VISIT : January 23, 2021

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN KARYAWAN BARU 2020

Nama : Chasan Musthopa

Berikut ini adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan tanggal : 23 Januari 2020

Temuan

- Riwayat Kesehatan 1 Tahun terakhir tidak ditemukan masalah.
- Riwayat Penyakit keluarga tidak ditemukan masalah.
- Riwayat Vaksinasi : - Tetanus (Ya).
- Hepatitis (Tidak Diketahui).
- Kebiasaan Merokok : Tidak
- Konsumsi Alkohol : Tidak.
- Aktivitas Olahraga : Ya (2x/bulan).
- Hasil pemeriksaan Fisik : Gigi : Terdapat Gigi Missing.
- Hasil pemeriksaan X - Ray dalam batas normal.
- Hasil pemeriksaan EKG dalam batas normal (Sinus Rhythm).
- Hasil pemeriksaan Treadmill : Negative Ischemic Response.
- Hasil pemeriksaan Audiometri dalam batas normal.
- Hasil pemeriksaan Spirometri dalam batas normal.
- Hasil pemeriksaan Laboratorium : Darah : RBC 4.48 M/ul, Haematocrite 41%, ESR 18 mm/h, Total Cholesterol 257 mg/dl, LDL Cholesterol 161 mg/dl, Bilirubin Direk 0.29 mg/dl.

STATUS KESEHATAN

Kategori	CATATAN
<input type="checkbox"/> 1A	Tidak ditemukan masalah kesehatan
<input type="checkbox"/> 1B	Ditemukan masalah kesehatan yang tidak serius
<input checked="" type="checkbox"/> 2	Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko rendah
<input type="checkbox"/> 3A	Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko sedang
<input type="checkbox"/> 3B	Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko tinggi
<input type="checkbox"/> 4	Ditemukan keterbatasan fisik untuk melakukan pekerjaan secara normal, hanya cocok untuk pekerjaan ringan
<input type="checkbox"/> 5	Dalam perawatan di rumah sakit atau dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan pekerjaan (status ijin sakit)

KESIMPULAN

FIT
 UNFIT
 TEMPORARY UNFIT

Sebagai : Inspector
 Di : Remote Area

Saran - saran

- Disarankan konsul ke Dokter sehubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium.
- Diet rendah lemak dan tinggi serat.
- Lakukan olahraga minimal 3x/minggu.

Kembali Kontrol : 23 Januari 2021

Bila masih ada yang perlu diperjelas, dapat menghubungi Dokter Pemeriksa di (0542) 877898.
 Terima kasih atas kerjasama yang baik.

Direktur,

Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL, MQIH, Sp. KL



Dokter Penanggung Jawab MCU,

Dr. Yusie Andeline

KUESIONER PEMERIKSAAN KESEHATAN

Isilah formulir ini dengan sebenarnya dan selengkap-lengkapnyanya. Apabila ada hal-hal yang kurang dipahami segera hubungi dokter atau perawat.

IDENTITAS PEGAWAI

Nama Lengkap : Chasan Musthopa
 Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan 16-2-1978
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Agama : Islam
 Jabatan / Pekerjaan : Inspector
 Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
 Jumlah Anak : Anak laki-laki: ... orang, Anak perempuan: 3 orang
 Alamat sekarang : Jl. Guntur Damai No. 167 RT. 38
 Telepon / HP: 0812 539688 22
 No. Ext Telp. : Kantor : Kamar (untuk lapangan) :

HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama Paparan dalam jam/hari					
				Bising	Kimia	Debu	Radiasi	Ergonomi	Lain-lain
1	Inspector	1	PT. LDS	—	—	—	—	—	—

HANYA UNTUK KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

Tuliskan lama kerja pada masing-masing tempat kerja yang sesuai dengan posisi Anda. Jumlah jam harus sesuai dengan lama kerja Anda dalam sehari.

1. Office : _____ jam/hari
2. Warehouse : _____ jam/hari
3. Workshop : _____ jam/hari
4. Process area : _____ jam/hari
5. Well/Offshore : _____ jam/hari

PETUNJUK PENGISIAN :

ISILAH NOMOR 1 ATAU 2 YANG SESUAI DENGAN JAWABAN ANDA PADA KOTAK JAWABAN YANG TELAH TERSEDIA DI SAMPING KANAN. JANGAN MELINGKARI (0) ATAU MENCORET (X) PADA PILIHAN JAWABAN

RIWAYAT KESEHATAN

1. Selama 1 tahun terakhir ini, apakah Anda pernah sakit :

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|---|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| c. Jantung | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |

d. Stroke	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
e. Kencing Manis	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
f. Timbul benjolan/tumor	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
g. Ayan/gangguan saraf lain	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
h. Asma	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
i. Batu Ginjal	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
j. Alergi	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
k. Thypus	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
n. Penyakit Kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
o. Kuning/Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
p. Gangguan Jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
u. Gigi/Mulut	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
y. Sendi-sendii	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

1. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja?

1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="2"/>
-------	----------	--------------------------------

Bila tidak langsung ke no. 6
2. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan?

--	--
3. Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut?

1. Ya	2. Tidak	<input type="text"/>
-------	----------	----------------------

4. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut?

5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh?

1. Ya 2. Tidak

6. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak langsung ke no. 8

7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir?

8. Apakah Anda menderita penyakit yang harus dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir?

1. Ya 2. Tidak

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah Anda pernah merokok?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak langsung ke pertanyaan alcohol

2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya?

3. Apakah saat ini Anda merokok?

1. Ya, setiap hari
2. Ya, tidak setiap hari
3. Tidak – *bila tidak langsung ke no. 14*

4. Berapa banyak rokok yang Anda hisap setiap harinya?

5. Jenis rokok apa yang Anda hisap? (TULIS MEREK ROKOK)

1. Kretek
2. Filter

6. Seberapa sering Anda mengisap dalam-dalam asap rokok?

1. Tidak pernah
2. Kadang-kadang
3. Selalu

7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?

8. Apakah Anda lebih banyak merokok dalam 2 jam pertama di pagi hari?

1. Ya 2. Tidak

9. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang dilarang merokok?

1. Ya 2. Tidak

10. Apakah Anda tetap merokok di saat Anda sedang sakit?

1. Ya 2. Tidak

11. Dalam 1 hari waktu merokok, manakah yang sulit dilewatkan? 1. Merokok pertama di pagi
2. Merokok diwaktu lainnya
12. Apakah Anda ingin berhenti merokok? 1. Ya 2. Tidak
Bila tidak langsung ke pertanyaan alkohol
13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti Program Berhenti Merokok? 1. Ya 2. Tidak
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok? (tahun)

KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol? 1. Ya 2. Tidak 2
Bila tidak langsung ke pertanyaan olah raga
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak
4. Berapa hari Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan?
5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya? (diperkirakan dalam satuan ml)

AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA

1. Berapa banyak waktu yang Anda habiskan untuk duduk setiap harinya? (dalam menit dan termasuk waktu yang dihabiskan untuk duduk di tempat kerja maupun di waktu luang)
2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan? 0 2
3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya? (dalam menit) 6 0
4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan? 1. Ringan 4. Berat 2
2. Sedang 5. Sangat berat
3. Cukup berat

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan? 3
2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran? 5

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Apakah ada di antara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|----------------------------|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| f. alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| g. asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|----------------------------|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| f. alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| g. asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |

3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 th untuk laki-laki dan 55 th untuk perempuan?

- | | | |
|-------|----------|----------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
|-------|----------|----------------------------|

UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil?

- | | | |
|-------|----------|--------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
|-------|----------|--------------------------|
- Bila tidak langsung ke no. 3*

2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah dialami (termasuk kehamilan kali ini)?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

4. Berapa jumlah keguguran yang pernah dialami?

<input type="text"/>

5. Kapan hari pertama haid terakhir anda?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

7. Berapa banyak darah pada saat Anda haid?

- | | | |
|-----------|------------|--------------------------|
| 1. Banyak | 2. Sedikit | <input type="checkbox"/> |
|-----------|------------|--------------------------|

8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur?

- | | | |
|-------|----------|--------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
|-------|----------|--------------------------|

9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid?

- | | | |
|-------|----------|--------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
|-------|----------|--------------------------|

10. Apakah Anda sering menderita keputihan?

1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikuti Keluarga Berencana?

1. Ya 2. Tidak

2. Bila YA, metode KB apa yang Anda gunakan?

1. Kondom 5. IUD
2. Pil 6. Vasektomi
3. Suntik 7. Tubektomi
4. Susuk 8. Lainnya

RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus?

1. Ya 3. Tidak tahu
2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis?

1. Ya 3. Tidak tahu
2. Tidak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan?

1. Ya 2. Tidak

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir?

/ /

Formulir tersebut di atas telah saya isi dengan benar dan sesungguhnya.

Balikpapan, 23 January 2020

Chasan Musthafa
(..... Chasan Musthafa)

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (supine)	114 / 75 mmHg
Pulse	71 x /mn
Respiration	20 x /mn
Temperature	36.5 °C

Weight (W)	57.6 kg
Height (H)	172 cm
BMI	19.47

lp. 87

*BMI = W / H² (Underweight <18,5, Normal 18,5-24,9, Overweight 25-29,9, Obese ≥30)

VISION	Unaided		With Spectacles		Colour Blindness	
	Left	Right	Left	Right	<input checked="" type="checkbox"/>	Normal
DISTANT	6/6	6/6			<input type="checkbox"/>	Red - Green Absent
NEAR	J1+	J1+			<input type="checkbox"/>	Colour Blind

B. PHYSICAL

NO	PHYSICAL	A- Abnormal N- Normal (circle word of importance and explain)		A	N	Describe abnormalities in detail
1	General Appearance	Appearance age/Nutritional/Development/Mental & Emotional status/Posture/Gait/Speech			✓	
2	Head/Scalp	Size/Shape/Tender over sinuses/Hair/Eruption Masses/Bruit			✓	
3	Eyes	Conjungtiva/Sclera/Cornea/Pupils/Ptosis/Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/Range of Movement			✓	lapang pandang : normal.
4	Ears	Ext. Canal/Membran perforation/Discharge/Tophi Hearing problem/Mastoids/Cerumen			✓	
5	Nose/Sinuses	Septum/Obstruction/Turbinates/Discharges			✓	
6	Mouth/Throat	Odor/Lips/Tounge/Tonsils/Gums/Pharynx			✓	
7	Teeth	Caries (O), Filling (F), Missing (X), Radix (v)				8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8	Neck	Adenopathi/Thyroid/Carotids/Trachea/Veins/ Mass Spain/Motion/Bruit			✓	
9	Back/Spain	Kyphosis/Scoliosis/Lordosis/Mobility/CVA/Bone/ Tenderness/Other deformities			✓	
10	Thorax	Symmetry/Movement/Contour/Tender			✓	
11	Breast	Size/Consistency/Nipples/Areolar/Discharge/Pal- pable mass/Tenderness/Nodes/Scars			✓	
12	Heart	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/Quality of Sound/ Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs			✓	
13	Chest/Lung	Excursion/Dullness of Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/Rales/Wheezing/Ronchi/Bruit			✓	
14	Abdomen	Bowel sounds/Appearance/Liver/Spleen/Masses/ Hernias/Murmur/Contour/Tenderness/Bruit/Nodes			✓	
15	Groin	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses			✓	
16	Genital					
	- Male	Penis/Testis/Scrotum epididymis/Varicocele/Scars/ Discharge/Circumcised/Piercing			✓	
	- Female	Vulva/Vagina/Cervix/Uterus/Adnexae/Rectocele/ Bartholini gland/Urethra/Discharge			✗	
17	Extermities	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/Peripheral pulses/Calf tenderness/Joints for swelling/ROM			✓	
18	Joints	ROM/Sweeling/Inflammation/Deformity			✓	
19	Skin	Color/Birth Mark/Scars/Tatoos/Texture/Rash/Eczeme/ Ulcers/Piercing			✓	
20	Neurological	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/Sen- sorie (touch, prick, vibrate) / Coordination/Romberg			✓	
21	Muscular System	Strength/Wasting/Development			✓	
22	Rectal Examination	Sphincter tone/Hemorrhoids/Fissure/Masses/Prostate			✓	

lapang pandang dbn /normal.
tes romberg ⊖ /normal.

Approved by GP :

Dr. Tiara Scryching Arum
026/239C/SIP-D/VI/2018

LABORATORY RESULTS

Name : Chasan Musthopa	Date of Visit : January 23, 2020	
Sex : Male	Medical Record : 01 97 96	
Date of Birth : February 16, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada	
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HEMATOLOGY		
Automated Blood Count		
- WBC	5.3	4.5 - 10.0 K/ul
- RBC	4.49	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul
- Haemoglobine	14.0	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl
- Haematocrite	41%	M : 42-52% F : 37-47%
- MCV	92	80- 100 fL
- MCH	31	26 - 34 pg
- MCHC	34	32 - 36 g/dL
- Thrombocyte	245	150 - 450 K/ul
- ESR	18	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h
- Diff. Count :		
Basophil	0%	0 - 1%
Eosinophil	1%	2 - 4%
Stab	2%	3 - 5%
Segment	60%	55 - 65%
Lymphocyte	35%	25 - 35%
Monocyte	2%	3 - 6%
- Blood Group	A	
- Rhesus	Positive (+)	
BLOOD CHEMISTRY		
LIPID PROFILE		
- Total Cholesterol	257	<200 mg/dl
- HDL Cholesterol	67	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl
- LDL Cholesterol	161	<150 mg/dl
- Trygliceride	146	30 - 200 mg/dl
RENAL FUNCTION		
- Ureum	13	10 - 50 mg/dl
- Creatinine	0.79	M : 0.6-1.1 mg/dl F : 0.5-1.0 mg/dl
- Uric Acid	6.8	M : <7 mg/dl F : <5.7 mg/dl
LIVER FUNCTION		
- Total Bilirubin	1.01	0-1.1 mg/dl
- Bilirubin Direk	0.29	0-0.25 mg/dl
- Bilirubin Indirek	0.72	0-0.75 mg/dl
- SGOT	21	M : 0-37 IU/L F : 0-31 IU/L
- SGPT	12	M : 0-42 IU/L F : 0-32 IU/L
DIABETES		
- Glucose Fasting	93	70-110 mg/dl
- Glucose 2 HPP	109	<140 mg/dl

LABORATORY RESULTS

Name	: Chasan Musthopa	Date of Visit	: January 23, 2020
Sex	: Male	Medical Record	: 01 97 96
Date of Birth	: February 16, 1978	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE	
URINALYSIS			
MACROSCOPIC			
- Color	Yellow		
- Turbidity	Clear		
- S. Gravity	1.010	1.010 - 1.030	
- pH	6.5	4.8 - 7.4	
- Leucocyte (Enzymatic)	Negative	Negative	
- Glucose	Negative	Negative	
- Nitrite	Negative	Negative	
- Bilirubin	Negative	Negative	
- Blood	Negative	Negative	
- Urobilinogen	Negative	Negative	
- Protein	Negative	Negative	
- Keton	Negative	Negative	
MICROSCOPIC			
- WBC	0 - 1	0 - 4	
- RBC	0 - 1	0 - 1	
- Ephitel	0 - 1	+ / Positive	
- Cylinder	Negative	Negative	
- Crystal Oxalat	Negative	Negative	
- Bacteria	Negative	Negative	
- Others	Negative	Negative	

LABORATORY RESULTS

Name : Chasan Musthopa	Date of Visit : January 23, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 97 96
Date of Birth : February 16, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
DRUGS SCREENING TEST		
- Cocain	Negative	Negative
- Amphetamine	Negative	Negative
- THC	Negative	Negative
- Morphine	Negative	Negative
- Benzodiazepine	Negative	Negative
- Methamphetamine	Negative	Negative

Technician of Laboratory

()

Head of Laboratory


Dr. Yussie Andeline

RADIOLOGY RESULT

Name : CHASAN MUSTHOPA	Date of Visit : JANUARY 23, 2020
Sex : MALE	Rontgen Record : 0 7 1 6
Date of Birth : FEBRUARY 16, 1978	Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

TEST NAME : RONTGEN THORAX

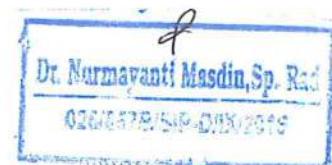
TS Yth.

Foto Thorax

- Corakan bronchovaskuler paru dalam batas normal.
- Tidak tampak proses spesifik pada kedua paru.
- Jantung tidak membesar.
- Kedua sinus dan diafragma normal.
- Tulang - tulang intak.

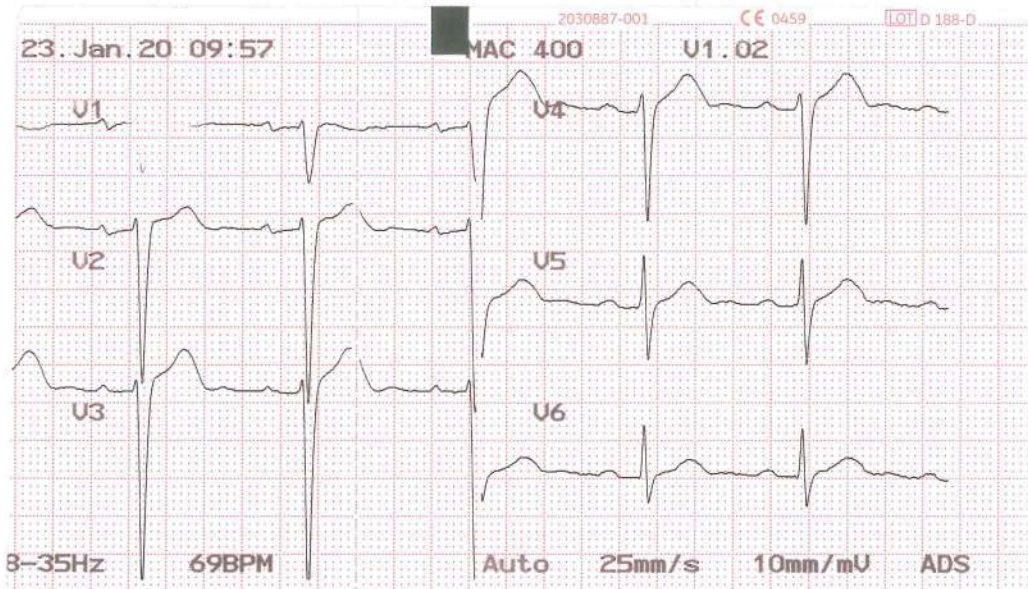
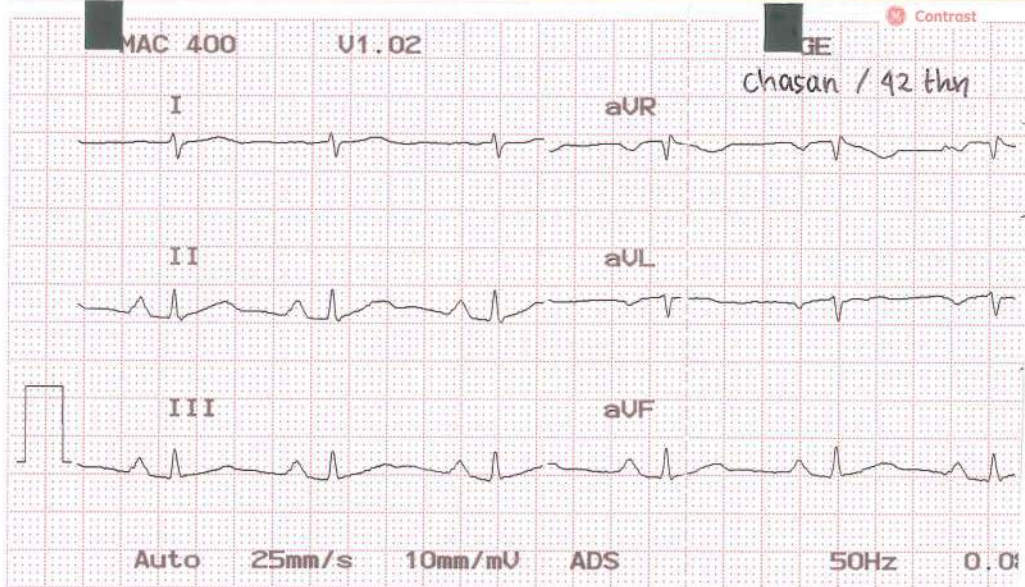
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.

Salam Sejahter,



ECG RESULT

Name : Chasan Musthopa	Date of Visit : January 23, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 9796
Date of Birth : February 16, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Normal	Dr. Lukman Hatta S, Sp.PD, Sp.KL, FINASIM 026/11180031/D/2017

SPIROMETRY RESULT

Name : Chasan Musthopa	Date of Visit : January 23, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 97 96
Date of Birth : February 16, 1978	Company : PT. Inspektindo Sincergi Persada

TEST REPORT

Name: CHASAN M
IDNo: 690
Date: 01/23/2020 11:42
Sex: Male Age: 42
HT: 172.0 cm WT: 57.6 kg
BSA: 1.67 m² Race: Asian(100)
PB: 1013.1 hPa
Temp: 36.5 °C Humi: 50.0 %
Pred. Formula: Knudson
Cal. Date: 01/23/2020 07:47

Physi: _____
Com: _____

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L 4.36	4.48	97.3
FEV0.5	L 2.60	2.91	89.3
FEV1.0	L 3.71	3.70	91.1
FEV1%(G)	% 77.29	82.79	93.4
FEV1%(T)	% *		
FEV1/VCpr	% 75.2		
PEF	L/s 7.09	8.70	81.5
FEF25	L/s 6.78	8.01	84.6
FEF50	L/s 3.92	4.69	83.6
FEF75	L/s 1.12	1.88	59.6

ITEM MEAS PRED %PRED

FVC	L 4.19	4.48	93.5
FEV0.5	L 2.64	2.91	90.7
FEV1.0	L 3.41	3.70	92.2
FEV1%(G)	% 81.38	82.79	98.3
FEV1%(T)	% *		
FEV1/VCpr	% 76.1		
PEF	L/s 7.83	8.70	90.0
FEF25	L/s 7.28	8.01	90.9
FEF50	L/s 4.15	4.69	88.5
FEF75	L/s 1.45	1.88	77.1

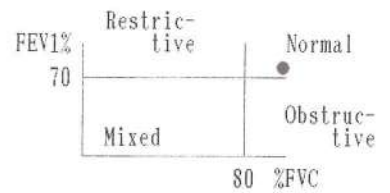
ITEM MEAS PRED %PRED

FVC	L 4.45	4.48	99.3
FEV0.5	L 2.76	2.91	94.8
FEV1.0	L 3.52	3.70	95.1
FEV1%(G)	% 79.10	82.79	95.5
FEV1%(T)	% *		
FEV1/VCpr	% 78.6		
PEF	L/s 8.03	8.70	92.3
FEF25	L/s 6.99	8.01	87.3
FEF50	L/s 4.20	4.69	89.6
FEF75	L/s 1.24	1.88	66.0

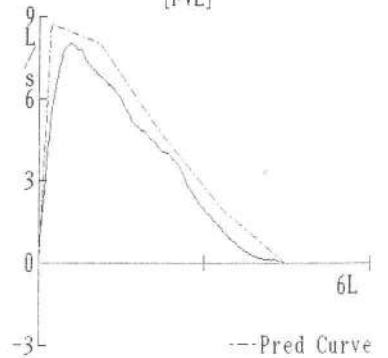
[EVALUATION]

Diagnosis : Normal
Staging : ---
BD Improvement : ---

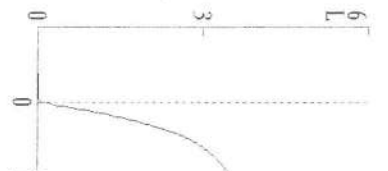
[EVALUATION GRAPH]



[FVL]



[FVC]



[CALIBRATION REPORT]

Cal. Date: 01/23/2020 07:47
Temp : 22.0 °C PB : 1013.1 hPa
Humi : 50.0 %
Syringe Cap. : 1L
Volume EX/IN : 1.01 / 1.01 L
Balance EX/IN : +1.0 / +1.0 %
Factor EX/IN : 0.99 / 0.99

KESIMPL

Normal Spirometry

Dr. Subagyo, Sp. R
026/1118/SIP-S/18/2017

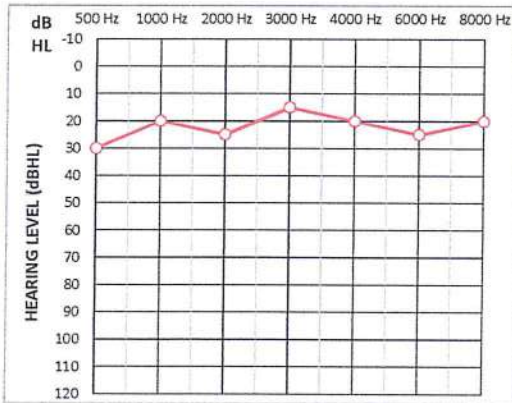
AUDIOMETRY RESULT

Name	: Chasan Musthopa	Date of Visit	: January 23, 2020
Sex	: Male	Medical Record	: 01 97 96
Date of Birth	: February 16, 1978	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada

KANAN

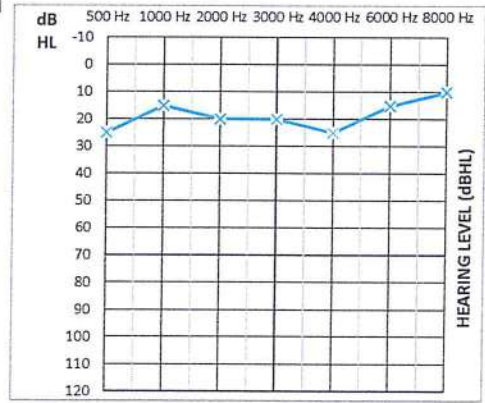
AUDIOGRAM
FREQUENCY IN HERTZ (Hz)

KIRI



ANSI

TEST RINNE
TEST WEBER
TEST BING
SRT
WDS



	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Air	30	20	25	15	20	25	20

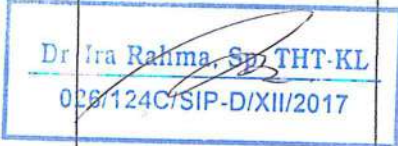
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Air	25	15	20	20	25	15	10

AUDIOGRAM CODE

Test oleh : Ahmad Junaidi
Dokter : Dr. Ira Rahma Sp.THT

AC			
EAR	COL	UM	M
R	RED	O	Δ
L	BLUE	X	□
No Response ↓			

AC _____

Kesimpulan	Dokter Pemeriksa
Normal	 Dr. Ira Rahma, Sp.THT-KL 026/124C/SIP-D/XII/2017

SUPPORTIVE INVESTIGATION

Name : Chasan Musthopa	Date of Visit : January 23, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 97 96
Date of Birth : February 16, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT : Blood : RBC 4.49 M/ul, Haematocrite 41%, ESR 18 mm/h, Total Cholesterol 257 mg/dl, LDL Cholesterol 161 mg/dl, Bilirubin Direk 0.29 mg/dl.
<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal	

II. CHEST X-RAY

Pneumoconiosis	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
If Yes - ILO Classification		
Evidence of TB	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
Other Abnormalities		
COMMENT	Within normal limits	

III. ECG

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal (specify)
--	---

IV. TREADMILL

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal (specify)
--	---

V. SPIROMETRY

Test	Predicted	Observed	Percentage	
FVC	4.48	4.36	97.3	%
FEV 1	3.70	3.37	91.1	%
FEV / FVC			77.29	%

RESULT

<input checked="" type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Restrictive
<input type="checkbox"/> Mixed
<input type="checkbox"/> Obstructive

VI. AUDIOMETRY

CONCLUSION	Change since last audiometric examination
<input checked="" type="checkbox"/> Normal	If Yes, what change :
<input type="checkbox"/> Abnormal	Recommended action :
	Refer to safety department : <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor F_OH_017

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

Nama Lengkap <i>Chasan musthopa.</i>	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) <i>16 - 2 - 1978</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Inspector.</i>	Nama Perusahaan <i>PT. Inspectindo Sinergi Persada</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. Guntur Damai No. 167 RT. 38.</i>	Nomor Telepon / HP <i>081253968822</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn) <i>23 - 1 - 2020</i>

**BAGIAN B. Alasan Evaluasi (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor)
Beri tanda pada kotak yang sesuai**

- Pemeriksaan sebelum bekerja (*Pre-placement*), untuk kategori posisi:
- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non-sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Onshore Oil & Gas Worker</i> | <input checked="" type="checkbox"/> <i>Offshore Oil & Gas Worker</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Sekuriti</i> | <input type="checkbox"/> <i>Fire Emergency Responder Team</i> | <input type="checkbox"/> <i>Driver Mobil Penumpang</i> | <input type="checkbox"/> <i>Operator Alat Berat</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Penyelam / Diver</i> | <input type="checkbox"/> <i>Kru Kapal</i> | <input type="checkbox"/> <i>Pilot</i> | <input type="checkbox"/> <i>Food Handler</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Tenaga Kesehatan</i> | <input type="checkbox"/> <i>Petugas Sampling / Laboratorium</i> | | |
-
- Pemeriksaan berkala (*Periodic*), untuk kategori posisi:
- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non-sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Onshore Oil & Gas Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Offshore Oil & Gas Worker</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Sekuriti</i> | <input type="checkbox"/> <i>Fire Emergency Responder Team</i> | <input type="checkbox"/> <i>Driver Mobil Penumpang</i> | <input type="checkbox"/> <i>Operator Alat Berat</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Penyelam / Diver</i> | <input type="checkbox"/> <i>Kru Kapal</i> | <input type="checkbox"/> <i>Pilot</i> | <input type="checkbox"/> <i>Food Handler</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Tenaga Kesehatan</i> | <input type="checkbox"/> <i>Petugas Sampling / Laboratorium</i> | | |
-
- Return to Work*
Tidak masuk kerja \geq 14 hari kalendar karena sakit atau cedera, atau $<$ 14 hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa *on duty*.
-
- For Cause:*
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Paska Insiden</i> | <input type="checkbox"/> <i>Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja</i> |
|---|--|
-
- Job Transfer*
Dilakukan sebelum pemindahan tugas ke posisi lain.

Komentar Supervisor (sebutkan tambahan pekerjaan lain atau faktor risiko di tempat kerja bila ada):

--	--

Tanda Tangan Supervisor <i>Konfirmasi Mba Sarni via telpon & email. tgl 23/01/2020</i>	Tanggal (tgl – bln – thn) <i>23/01 '2020</i>
---	---

F_OH_018_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

Prosedur CFTW: Pre-Placement Periodic Return to Work For Cause Job Transfer

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap <i>Chasan musthopa.</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>16 - 2 - 2010 1978</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Inspector</i>	Nama Perusahaan <i>PT. Inspectindo Sinergi Persada</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. Guntur Damai No. 167 RT. 38</i>	Nomor Telepon / HP <i>081253968822</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) <i>23 - 1 - 2020</i>

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	Penyakit atau kelaian 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.	<i>Epilepsy / ayan</i>	<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, <i>vertigo</i>	<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: _____

Anda Merokok? <input type="checkbox"/> Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun) <input type="checkbox"/> Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun) <input checked="" type="checkbox"/> Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok > 10 tahun)	Aktivitas fisik anda? <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat
---	--

Hazard di tempat kerja: Bising Getaran Benzene Radiasi Bahan Kimia:..... Lainnya:

Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: _____

Apakah ada orangtua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 60 tahun karena penyakit jantung pembuluh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll)	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:
---	--	--

Riwayat Perawatan di RS: _____

Tanda Tangan Karyawan 	Tanggal (tgl - bln - thn) 23 - 1 - 2020
---------------------------	--

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)

ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL

TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI
172 cm	57.6 kg	19.47	87 cm	114 / 75 mmHg	71 x/mt

PEMERIKSAAN EKG

HASIL: Normal Tidak Normal

Jelaskan:

PEMERIKSAAN TREADMILL

Dilakukan pada usia > 40 thn atau ≤ 40 thn dengan Skor Kardiovaskular Jakarta (SKJ) kategori risiko tinggi (≥ 5)

HASIL: Negatif Positif

Lainnya:

Catatan:

PEMERIKSAAN VO2 MAX, Hanya untuk Fireman dan Sekuriti

Hasil VO2 Max: mls/kg/min

Catatan:

Fireman: target VO2 max: 39 – 42 mls/kg/min.

Sekuriti: target VO2 max: 34 – 42 mls/kg/min.

PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA

Hasil: Normal Tidak Normal, jelaskan:

PEMERIKSAAN SPIROMETRI

- Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek
- *Fit to Work Fireman* jika hasil spirometri FEV1 dan FVC < 80%, harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia*
- Tidak menderita TB

Hasil Pemeriksaan

FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC
91,1	97,3	77,29

Kesimpulan:

Normal Tidak Normal: Obstruktif / Restriktif /

Catatan:

Hasil evaluasi LLN:

Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan
Fenty Ratih		23 Januari 2020

PEMERIKSAAN MATA

Standard:

- Minimal visus 20/40 untuk *Driver* dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata
- Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata untuk *Driver* dan *Crane Operator*
- Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau)
- Buta satu mata **TIDAK qualified** untuk mengemudi
- Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan 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	20/20 6/6	20/20 6/6	20/20 6/6	20/ 6/	20/ 6/	20/ 6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta Warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Kanan: > 70° Kiri: > 70° Visual Depth
Jarak Dekat	J# 1 +	J# 1 +	J# 1 +	J#	J#	J#		

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

Catatan:

Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan
Sri		23 Januari 2020

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbising)

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 Berbising Telinga Kanan meter Telinga Kiri meter

Audiometri (dB):

Telinga Kiri							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	25	15	20	20	25	15	10

Telinga Kanan							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	30	20	25	15	20	25	20

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri ... 21, 25 dB Telinga Kanan ... 23, 75 dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan:

Nama Pemeriksa Ahmad Junaidi	Tanda Tangan Pemeriksa 	Tanggal Pemeriksaan 23-1-2020
--	-----------------------------------	---

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan	Hasil
Panel hitung darah lengkap: Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell Indices (MCV, HCH, MCHC)	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: RBC ... A, AB ... M/W, ... Haematocrite 41%, ESR 18 mm/h
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 type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: Total kolesterol 257 mg/dl, LDL kolesterol 161 mg/dl, Bilirubin Direk 0,29 mg/dl
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. Pemeriksaan Dokter

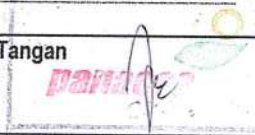
Garis bawahi setiap kelainan yang ditemukan. Jelaskan setiap temuan tersebut pada tempat yang telah disediakan. (Y=Ya, T= Tidak)

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)		✓	
3	Telinga	Pengerasan (<i>scarring</i>) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani		✓	
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernafas)		✓	
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)		✓	

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

6	Sistem jantung dan pembuluh darah	Murmur, suara tambahan, pembesaran jantung, pemakaian alat pacu jantung, defibrillator implant, pulse abnormal, suara (bruit) arterial, dan vena varikosis		✓	
7	Abdomen dan organ 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	<i>Hernia</i>		✓	
10	Ekstremitas (tangan dan kaki)	Kehilangan atau cacat: tungkai, kaki, jari kaki, tangan, jari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah Mohon tes kekuatan otot dan reflex bagi driver, operator alat berat, operator crane, awak mobil tanki		✓	
11	Persyarafan	Gangguan: keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimtris Abnormal: fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh: scaffolder, inspector lifting		✓	
12	Kulit dan kelenjar getah bening	Dermatitis: scabies, eksim, jerawat Benjolan pada leher, ketiak, pangkal paha		✓	
13	Tumor dan keganasan	Adanya benjolan yang tidak normal, kelainan yang mengarah ke keganasan		✓	
14	Penampilan umum	Bersih/kotor, rapi/tidak rapi		✓	<i>Bed. dgn</i>
15	Lainnya, jelaskan				
Khusus untuk Food Handler					
16	<i>Personal Hygiene</i>	Penampilan kotor, kuku panjang, infeksi jamur, ada jerawat bernanah,		✓	
Komentar Dokter : (jelaskan penemuan signifikan yang tertera di atas)					
- Rbc 4.49, Hc: 41%, Esp 18, Tc: 257, Ldl 161, Bil der 0.29.					

BAGIAN E. REKOMENDASI KELOMPOK KERJA

Klasifikasi Kelaikan Kerja: <input checked="" type="checkbox"/> A. Laik Kerja, masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun <input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan: 1. _____ 2. _____ 3. _____		Rekomendasi: diet rendah lemak
<input type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan <input type="checkbox"/> D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan:		
Nama Dokter Pemeriksa Dr. Fusi Andeline dr026/10101-DA/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 27/01/2020
Nama Rumah Sakit/Klinik Panacea Clinic	Alamat Rumah Sakit/Klinik Komp. Mai Balikpapan Baru Blok AB 2 No. 17 - 20	

F_OH_019_ Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN

Nama Lengkap Chasan Musthopa	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 16 - 02 - 1978	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja:
Nama Perusahaan Pt. Inspektindo Energi Persada	CFTW Procedure <input checked="" type="checkbox"/> Pre-placement <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause <input type="checkbox"/> Job Transfer		<input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama:			
<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		

Posisi Tambahan:

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

A. Laik Kerja masa berlaku: 6 bulan 1 tahun

B. Laik Kerja Dengan Batasan

- 1.
- 2.
- 3.

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

D. Tidak Dapat Memenuhi Evaluasi Yang Diminta, dengan alasan:

Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut): Diikuti re-evaluasi

Catatan: Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa Dr. Yussie Andeline <i>026/318/SIP-D/II/2017</i>	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 27/01' 2020
Nama Rumah Sakit/Klinik Panacea clinic		Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik Komp. Mal Bankpapan Baru Blok AB 2 No. 17-20 (0542 - 877808)

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&M PHKT untuk:

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu: tenaga sekuriti, *fireman*, bekerja di ketinggian (*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 (bb/hh/tttt)
_____	_____	_ / _ / _

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Chasan Musthopa
 Tanggal Lahir : 16-2-1978
 Pekerjaan : Inspector
 Perusahaan : PT. Inspectindo Sinergi Persada Nomor Pegawai : _____
 Alamat : Jl. Guntur Damai No. 167 RT. 38
 Nomor Telepon : 081253968822

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

Rumah Sakit/Klinik : PANACEA CUNIC
 Alamat : Komp. Mai Baikpapan Baru Blok AB 2 NO. 17-20
 Nomor Telepon : (0542 - 877898)

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 : PT. Inspectindo Sinergi Persada
 Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : PHKT
 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 Mu/c Tanggal 23 / 1 / 2020
 Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi Mu/c Hubungan Dengan Pemberi Wewenang Tanggal 23 / 1 / 2020
 (Tgl - Bln - Thn)

TREADMILL TEST RESULT

Name : Chasan Musthopa	Date of Visit : January 23, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 97 96
Date of Birth : February 16, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

LAPORAN TREADMILL EXERCISE TEST (PROTOKOL BRUCE)

EKG Pretest : Smrit hwn hwn g2 br - RAD, omis curus aptu'
 Lama Test : 10 Menit 3 Detik
 Tekanan Darah Awal : 110/70 mmHg Tekanan Darah Maksimal : 150/90 mmHg
 Denyut Jantung Tercapai : 172 x/menit Denyut Jantung Maksimal : 172 x/menit

Test dihentikan karena

- Fatigue
- Dipsneu
- Angina
- Pusing
- Terdapat perubahan segmen ST-T
- Target denyut jantung tercapai
- Respon Hipersensitif

Perubahan segmen ST-T

- Tidak terdapat perubahan
- Upsloping
- ST depresi 0,5 - 1mm
- Bermakna (ST Depresi > 1 mm)

Tingkat kebugaran jasmani


- Rendah
- Kurang
- Sedang
- Baik
- Sangat baik

Kapasitas aerobik : 11 mets

Kesimpulan

- ~~Negative Ischemic Response~~
- Positive Ischemic Response
- Boderline stress test
- Target denyut jantung tidak tercapai
- ~~Fit untuk bekerja dilokasi/Remote Area~~
- Unfit untuk bekerja dilokasi/Remote area

Balikpapan, 24 / 1 / 20
Dokter Pemeriksa,


Dr. Dewi Ayu P, Sp. JP
 026/128B/SiP-D/IV/2018

Q-Stress Final Report

23/01/2020

1:45:36 PM

Attending
Referring

Patient **Chasan Muthopa**
MRN **23/01/2020 13:40:13**
DOB **16/02/1978** Age **41** Ht **172** cm
Sex **MALE** Wt **57** kg

Medication

Resting HR	101	Target HR	152	Max HR	179	Protocol	Bruce
Resting SBP	110	Max Predicted HR	179	Max SBP	150	HRxBP	26850
Resting DBP	70	% Max HR	100	Max DBP	90	Billing Code	
		Worst-case ST Level	-1.0 III	Total Exercise Time	10:03		
		Worst-case ST Slope	4 III	METS(a)	12.8		


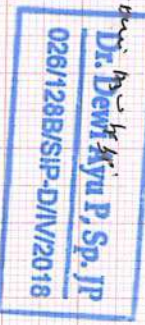
Reason for Test

Reason for Ending Test

Observation

Conclusion

Negative Echocardiogram

Dr. Dewei Kyu P, Sp, JP



Lapular Summary

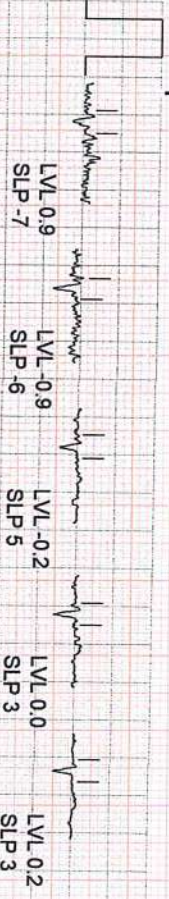
Chasan Musthopa

Stage	Total Stage Time	HR	Current ER	BP	HRxBP	TM Speed km/h	TM Grade %	LVL II	LVL V2	LVL V5
REST	01:40	101	0	110/70	11110	1.9	0.0	1.6	2.0	1.0
Stage 1	01:00	114	0	110/70	12540	2.7	10.0	-0.3	1.9	0.5
	02:00	115	0	110/70	12650	2.7	10.0	0.1	2.1	0.6
	03:00	112	0	120/70	13440	2.7	10.0	0.6	2.6	0.9
Stage 2	01:00	127	0	120/70	15240	4.0	12.0	0.2	2.5	0.5
	02:00	136	0	120/70	16320	4.0	12.0	0.0	3.0	0.8
	03:00	136	0	140/90	19040	4.0	12.0	0.4	3.1	0.7
Stage 3	01:00	155	0	150/90	23250	5.4	14.0	-0.5	3.0	0.6
	02:00	164	0	150/90	24600	5.4	14.0	0.1	3.6	0.6
	03:00	170	0	150/90	25500	5.4	14.0	0.1	3.9	0.6
Stage 4	01:00	178	0	150/90	26700	6.7	16.0	-0.3	3.5	-0.1
	01:03	178	0	150/90	26700	6.7	16.0	-0.3	3.5	-0.1
Stop exercise at 10:03										
RECOVERY	01:00	156	1	150/90	23400	1.9	0.0	1.9	5.8	2.1
	02:00	140	0	140/80	19600	1.9	0.0	2.5	5.9	2.2
	03:00	123	0	140/80	17220	1.9	0.0	2.1	4.3	1.5
	03:19	124	0	140/80	17360	0.0	0.0	1.6	4.0	1.2

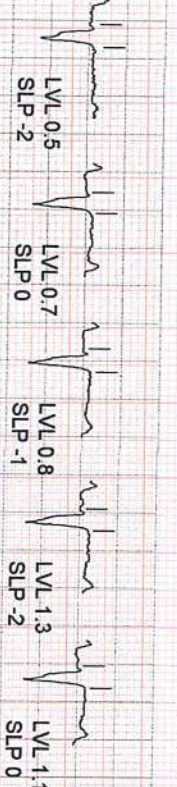
Average Beat Summary

Chasan Muthopra

Rest Stage: 1 Time 00:59 Stage: 1 Time 01:59 Stage: 1 Time 02:59 Stage: 2 Time 00:59



Rest Stage: 1 Time 00:59 Stage: 1 Time 01:59 Stage: 1 Time 02:59 Stage: 2 Time 00:59



23/01/2020 13:40:13

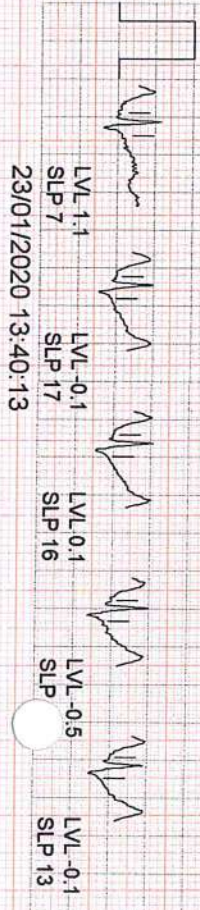
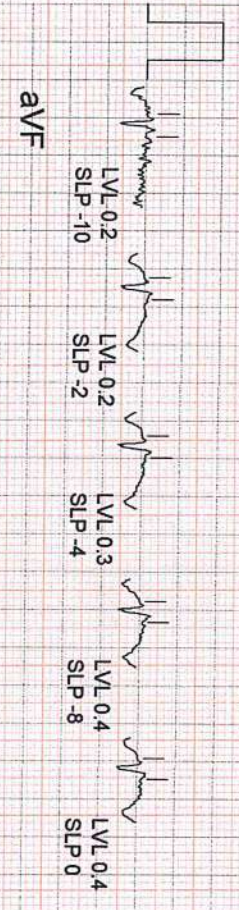
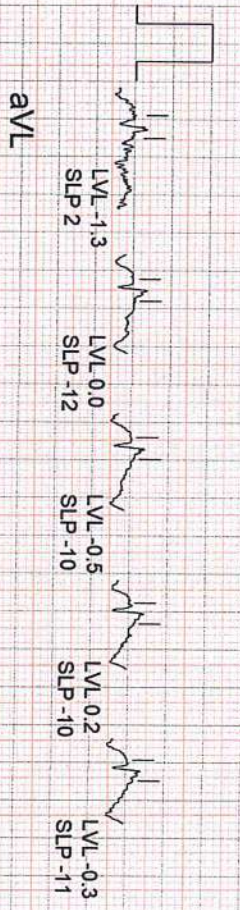
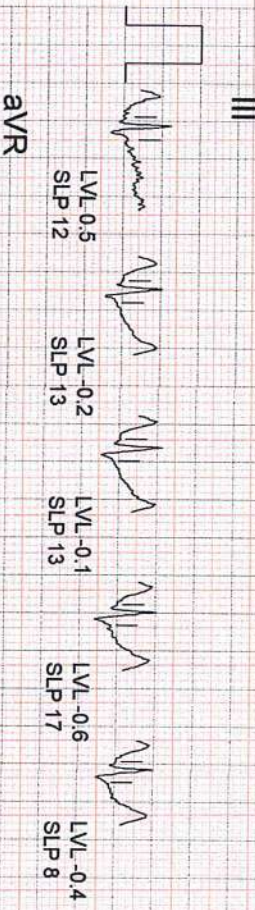
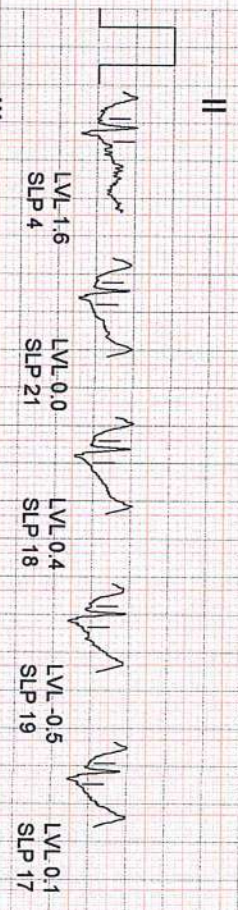
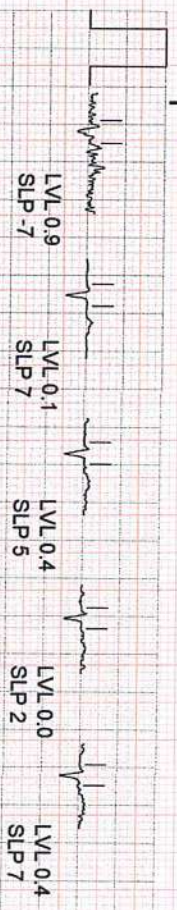
23/01/2020

1:45:36 PM

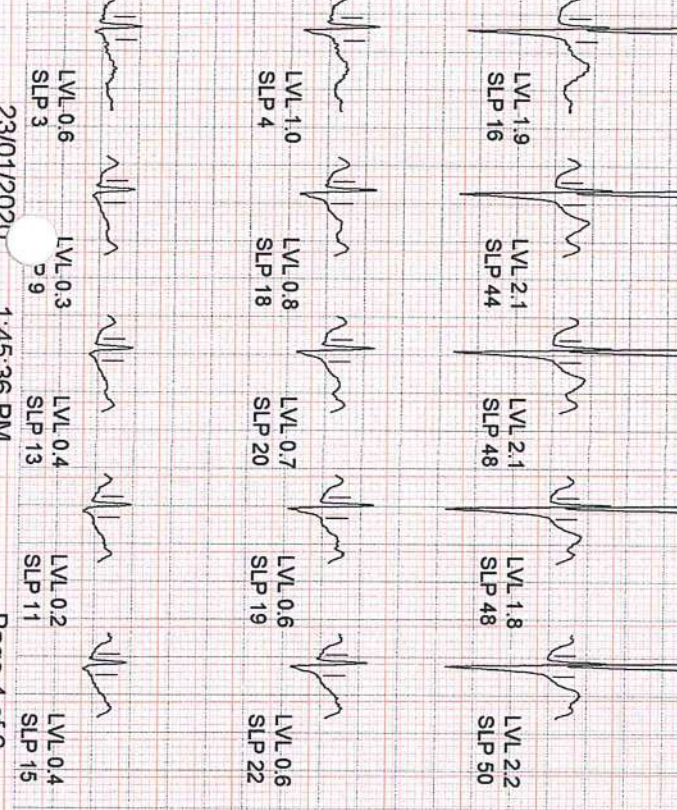
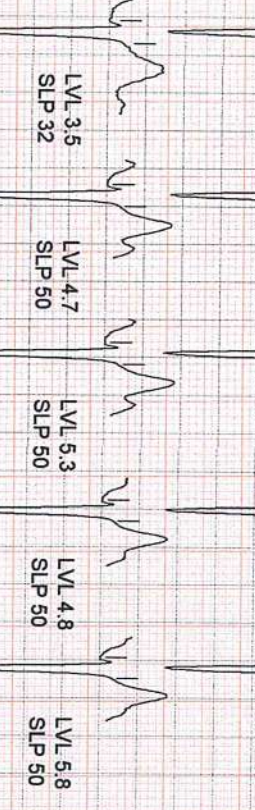
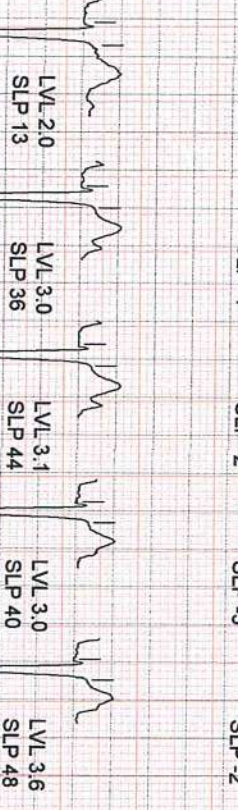
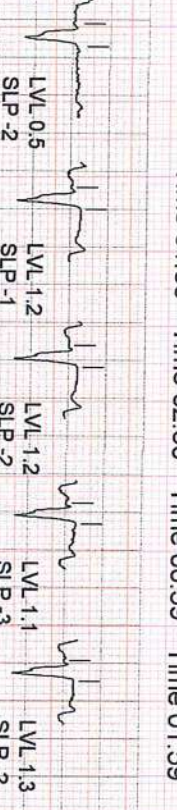
Average Beat Summary

Chasan Muthhopa

Rest Stage: 2 Time 01:59 Stage: 2 Time 02:59 Stage: 3 Time 00:59 Stage: 3 Time 01:59



Rest Stage: 2 Time 01:59 Stage: 2 Time 02:59 Stage: 3 Time 00:59 Stage: 3 Time 01:59



23/01/2020 13:40:13

23/01/2020

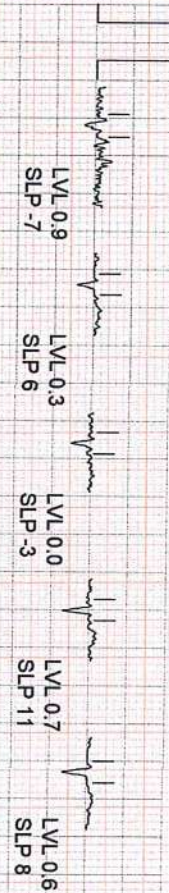
1:45:36 PM

Page 4 of 6

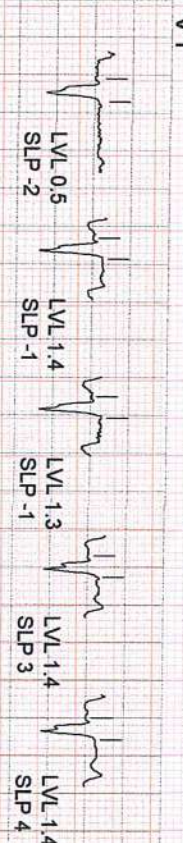
Average Beat Summary

Chasan Mlusthopa

Rest Stage: 3 Time 02:59 Stage: 4 Time 00:59 Recovery Time 00:56 Recovery Time 01:56



Rest Stage: 3 Time 02:59 Stage: 4 Time 00:59 Recovery Time 00:56 Recovery Time 01:56



23/01/2020 13:40:13

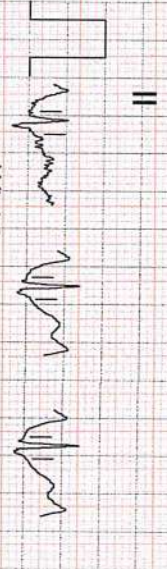
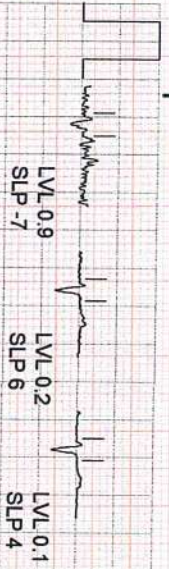
23/01/2020

1:45:36 PM

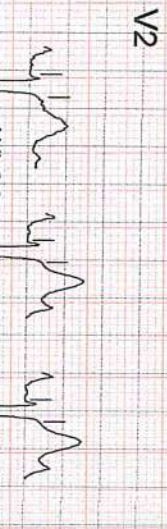
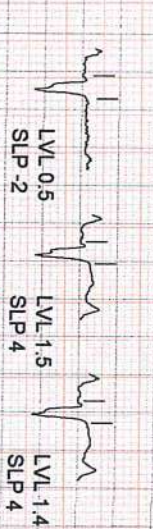
Average Beat Summary

Chasan Musthopa

Rest Recovery Recovery
Time 02:56 Time 03:16



Rest Recovery Recovery
Time 02:56 Time 03:16



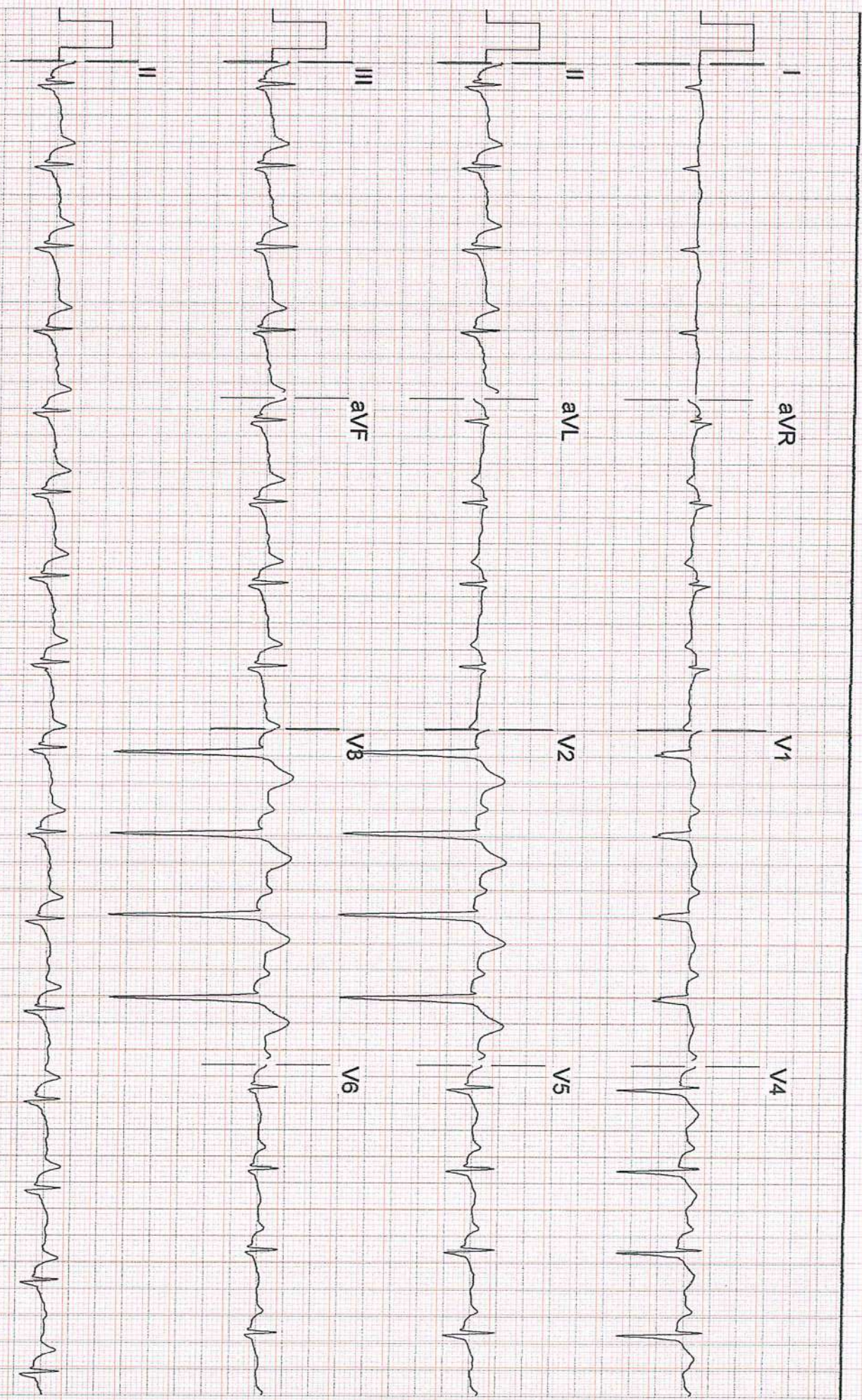
23/01/2020 13:40:13

23/01/2020 1:45:36 PM

Unasan Musthopa
 23/01/2020 13:40:13
 16/02/1978
 12-Lead Manual (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage Spd/Grd Rest 00:23
 0.0 km/h 0.0%

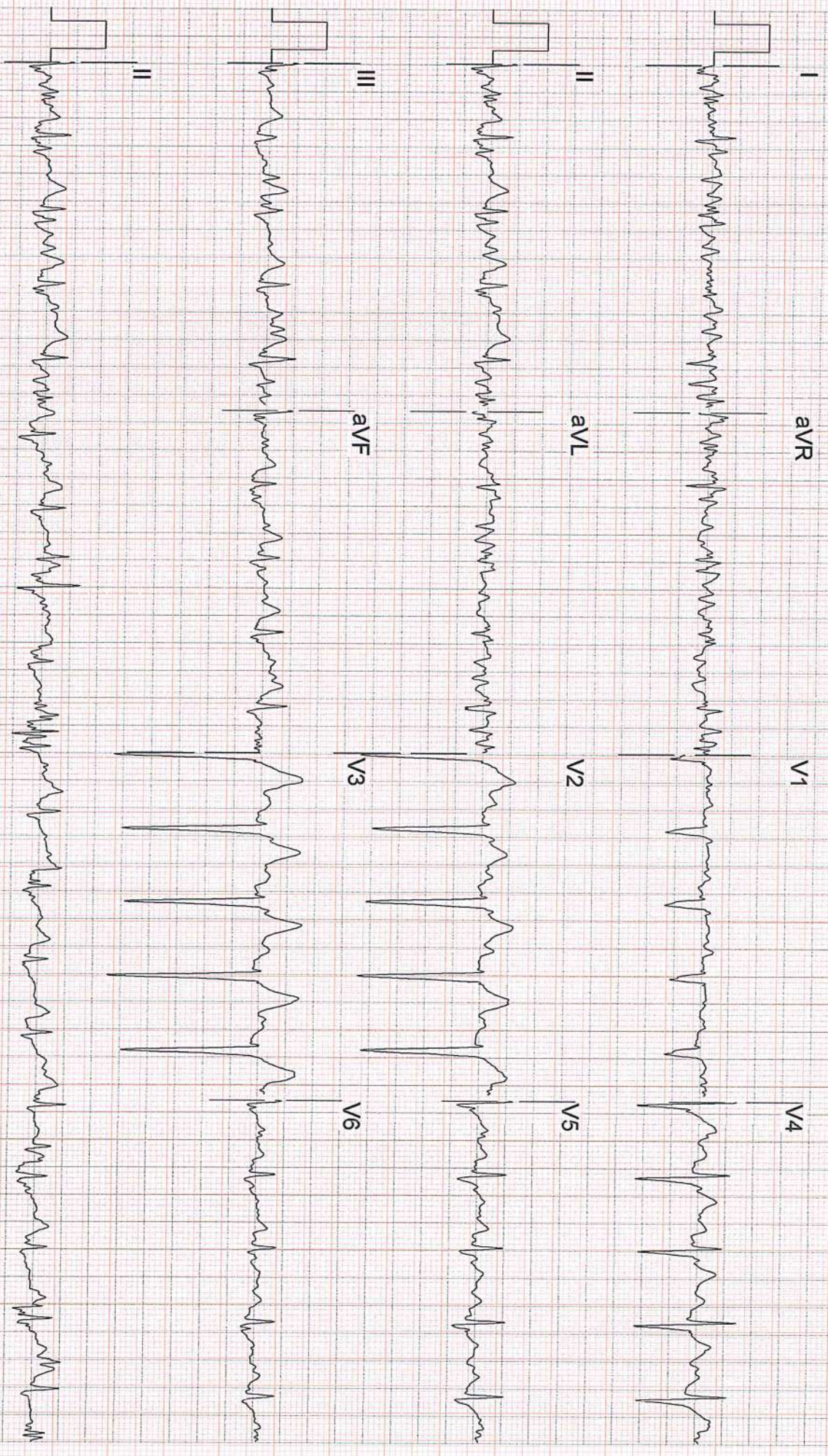
RPE	METS(a)	HR	Target HR	HRxBP	LVL	SLP
--	1.0	92	152	10120	II	1.3
BP	110/70	Max HR	92	V2	LVL	2.0
Previous BP	110/70	HRxBP	10120	V5	LVL	1.0
						SLP



Unasan Mustnopa
 23/01/2020 13:40:13
 16/02/1978
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage Spd/Grd 1 02:59 02:59
 2.7 km/h 10.0%

RPE	METS(a)	HR	Target HR	Max HR	HRxBP	LVL	SLP
--	4.6	112	152	120	13440	II	0.6
BP	120/70					V2	2.6
Previous BP	120/70					V5	0.9
							SLP
							12
							24
							13



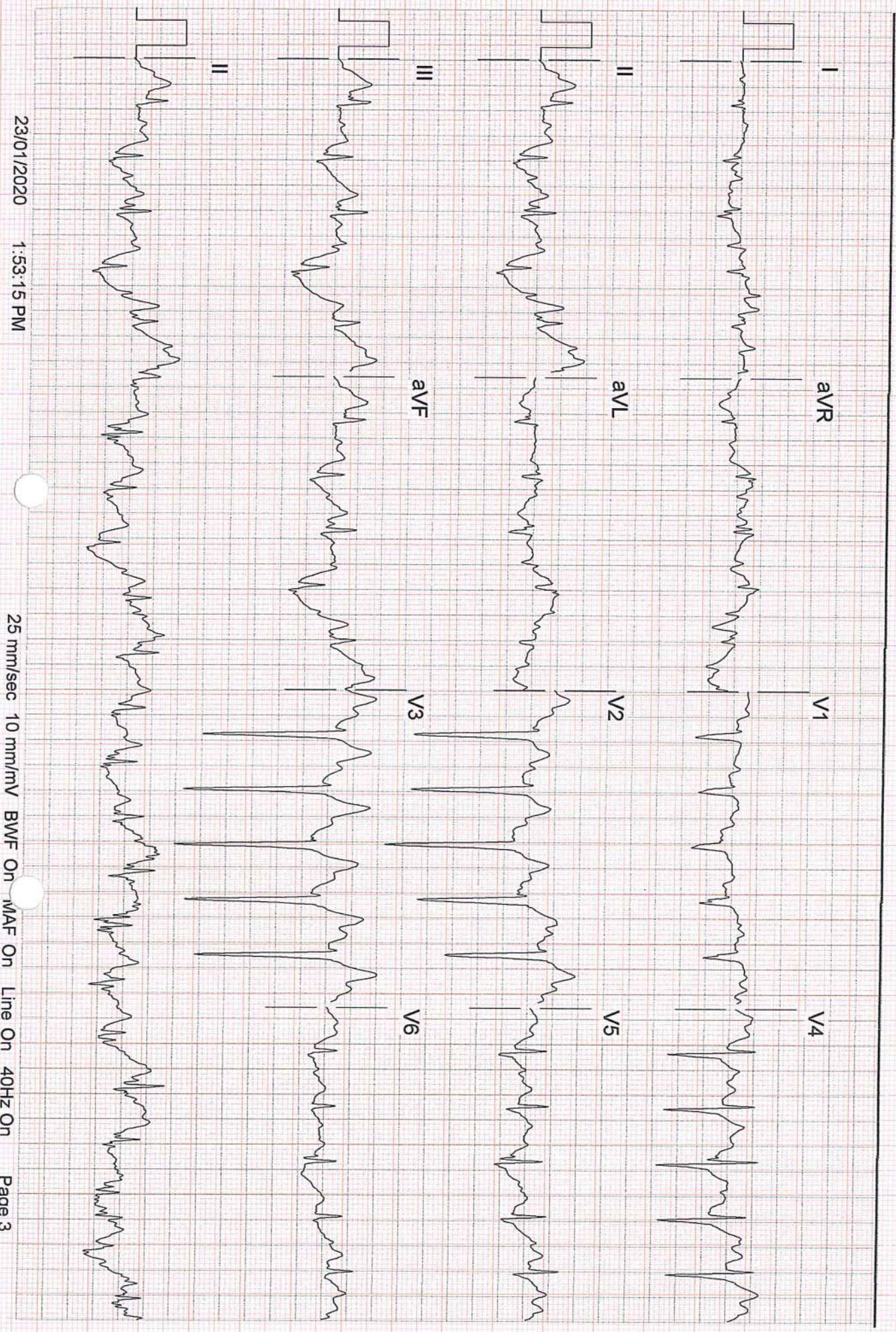
23/01/2020 1:50:15 PM

25 mm/sec 10 mm/mV BWF On MAF On Line On 40Hz On

Unasan Wustropa
 23/01/2020 13:40:13
 16/02/1978
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage Spd/Grd 2 02:59 05:59
 4.0 km/h 12.0%

RPE	METS(a)	HR	HR	HR
--	7.0	Target HR	136	152
BP	140/90	Max HR	140	V2
Previous BP	140/90	HRxBP	190/40	V5
				V5
				LVL
				LVL
				0.4 SLP
				3.1 SLP
				0.7 SLP
				SLP
				18
				44
				20



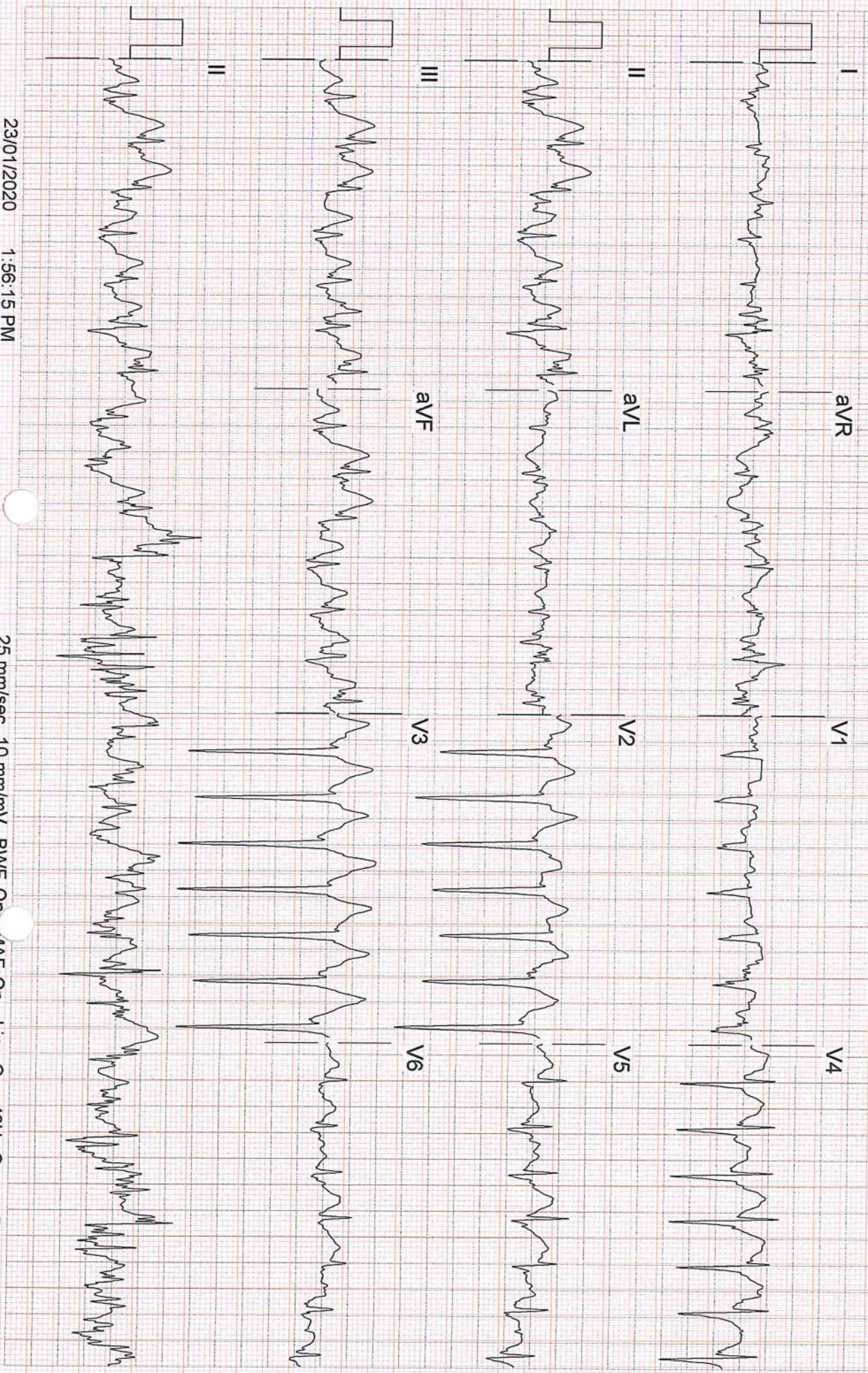
23/01/2020 1:53:15 PM

25 mm/sec 10 mm/mV BWF On MAF On Line On 40Hz On

Unasan Musthopa
 23/01/2020 13:40:13
 16/02/1978
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage Spd/Grd
 3 02:59 08:59
 5.4 km/h 14.0%

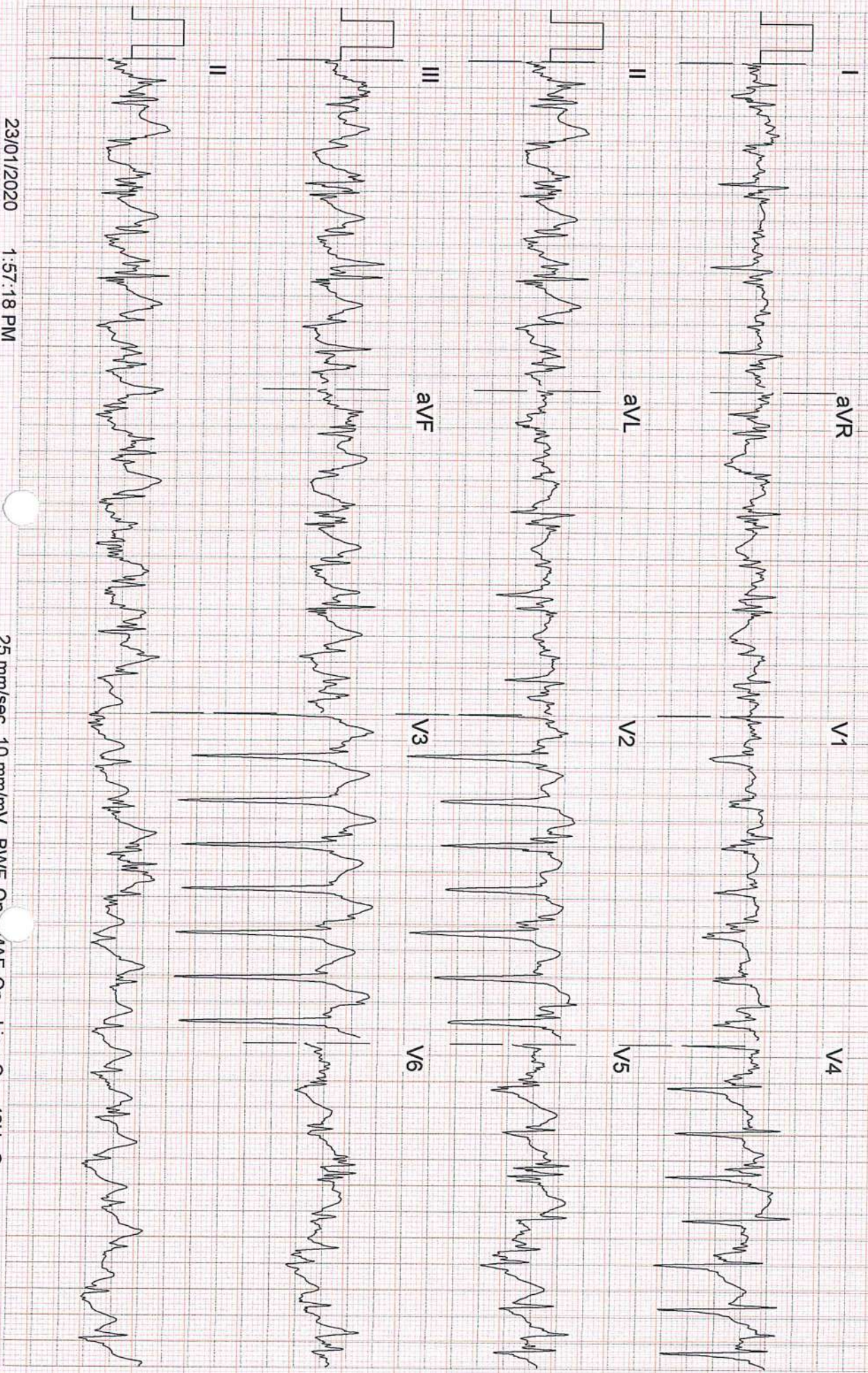
RPE	METS(a)	HR	Target HR	HRxBP	LVL	SLP
--	10.1	170	152	25500	II	0.1
BP	150/90	170	Max HR	V2	LVL	3.9
Previous BP	150/90	HRxBP	25500	V5	LVL	0.6
						SLP
						26
						48
						18



Ariasan Wustnopa
 23/01/2020 13:40:13
 16/02/1978
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage Spd/Grd
 4 01:02 10:02
 6.7 km/h 16.0%

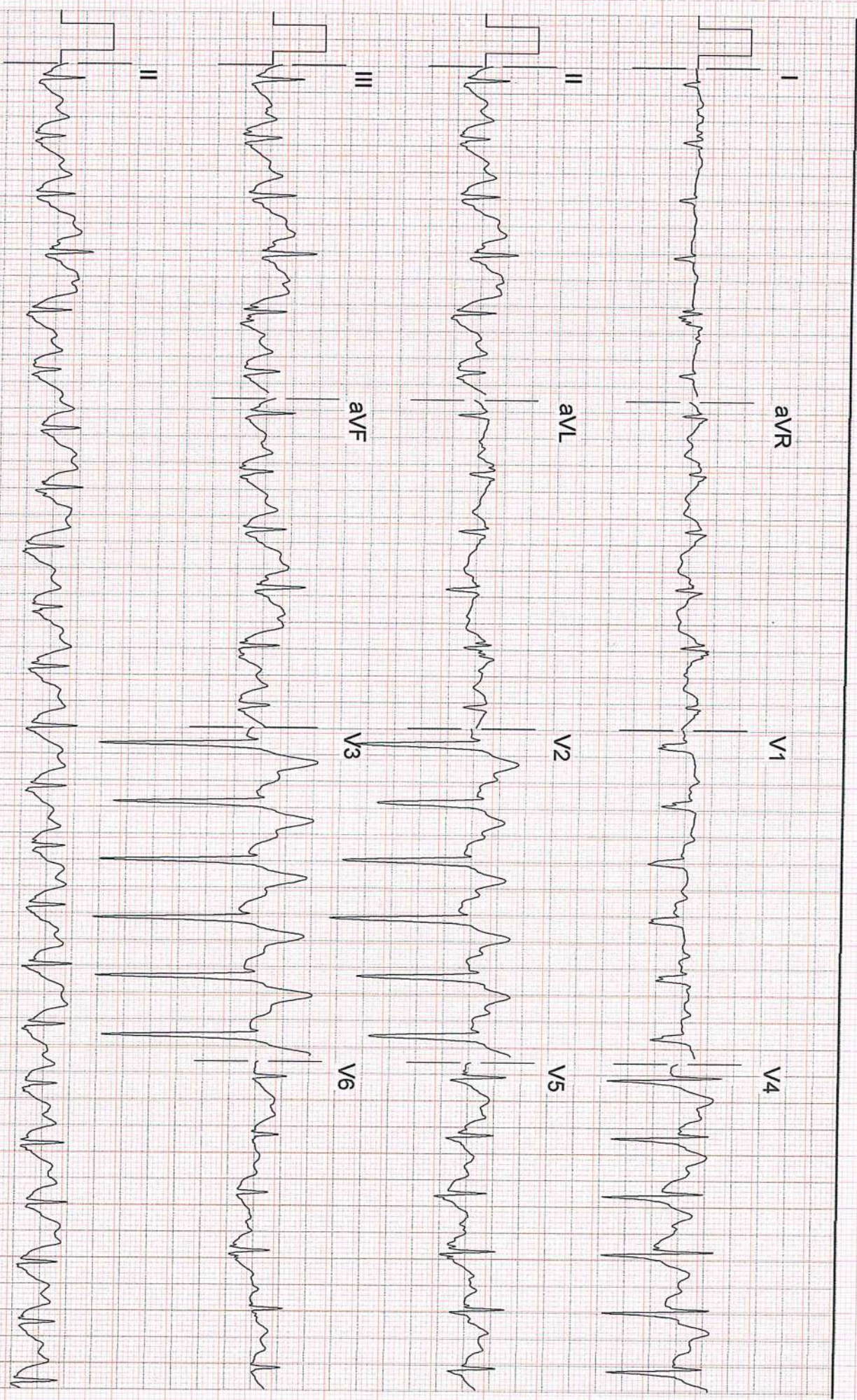
RPE	METs(a)	HR	HR	LVL
--	12.8	Target HR	178	II
BP	150/90	Max HR	178	V2
Previous BP	150/90	HRxBP	26700	V5
				LVL
				-0.3 SLP
				3.5 SLP
				-0.1 SLP
				10
				41
				12



Utisani Mustmopa
 23/01/2020 13:40:13
 16/02/1978
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage Spd/Grd
 Recov 02:00
 1.9 km/h 0.0%

RPE	METS(a)	HR	HR	HR	HR	HR	HR
--	12.8	Target HR	140	152	179	19600	V5
BP	140/80	Max HR	179	V2	LVL	2.5	SLP
Previous BP	140/80	HRxBP	19600	V5	LVL	5.9	SLP
					LVL	2.2	SLP
							44
							50
							41



23/01/2020 1:59:19 PM

25 mm/sec 10 mm/mV BWF On MAF On Line On 40Hz On Page 6