

RAHASIA



PT. Inspektindo Sinergi Persada

HEALTH AND MEDICAL CHECK UP

No. 0050/MCU-SHBP//2017

Nama : Tony Setyawan, Tn
Tanggal Lahir : 27 Maret 1976
Jenis Kelamin : Male
S/N :
Jabatan / Posisi : Administrator

Tanggal MCU : 17 Januari 2017

Dilakukan oleh : dr. Linda Uli Natalisa
dr. Santoso Suhendro, Sp. Rad

Jl. MT. Haryono Dalam no. 23 RT. 30 Kel. Sungai Nangka
Telp. 0542 - 8862999 Fax. 0542 - 7206517
e-mail: rs.bpn@siloamhospitals.com
website: <http://www.siloamhospitals.com>

RAHASIA

HEALTH AND MEDICAL CHECK UP

No. 0050/MCU-SHBP//2017

Kepada : Tony Setyawan, Tn Umur/ Tanggal 41 tahun 27 Mar 1976 Male
Dept : PT. Inspektindo Sinergi Persada

Berikut adalah hasil pemeriksaan Medical Check Up yang telah dilaksanakan pada tanggal **17 Januari 2017**

TEMUAN

1. Gigi : Calculus, caries.
2. Laboratorium DL : Eritrosit, asam urat meningkat, MCV, MCH menurun.
3. Laboratorium UL : BJ menurun.

STATUS

CATEGORY	NOTE
1A	Fit, tidak dijumpai problem kesehatan
1B	Fit, dijumpai problem kesehatan yang tidak serius
2	Fit, dengan problem kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok resiko rendah
3A	Dengan problem kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok resiko sedang
3B	Dengan problem kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok resiko tinggi
4	Unfit, dengan keterbatasan fisik untuk melakukan pekerjaan secara normal, hanya cocok untuk pekerjaan ringan
5	Unfit, sedang sakit, perawatan rumah sakit atau dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan pekerjaan (status ijin sakit)

KESIMPULAN

FIT sebagai Administrator di Lokasi Kerja PT. Inspektindo Sinergi Persada


SARAN

1. Menjaga kebersihan gigi dan mulut, kontrol ke Dokter Gigi untuk perawatan.
2. Hindari makanan tinggi urine.

Berlaku : **17 Januari 2018**

Bila masih ada hal yang perlu diperjelas, mohon segera menghubungi Dokter Pemeriksa. Terimakasih atas kerjasamanya

Dokter Pemeriksa,



dr. Linda Uli Natalisa

RAHASIA

Diisi oleh Dokter

Medical Department

HEALTH AND MEDICAL CHECK UP

PHYSICAL EXAMINATION

Name	Tony Setyawan, Tn	S/N		DEPT	T. Inspektindo Sinergi Persad
------	-------------------	-----	--	------	-------------------------------

I. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (mmHg)	130/90	Pulse (x/mnt)	70	Respiration (x/mnt)	20	Temp (° C)	0
Weight (kg)	68	Height (cm)	172	BMI (kg/m ²)	22,99	Waist (cm)	0

* BMI = W / H² (Underweight = < 18-25, Overweight 25-30, Obese >30)

II. PHYSICAL

No	PHYSICAL	A = ABNORMAL N = NORMAL	A	N	Describe abnormalities in detail
					(circle words of importance and explain)
1	GENERAL APPEARANCE	Appearance age/nutritional/development/mental &emotional status/Posture/Gait/Speech		N	-
2	HEAD/SCALP	Size/Shape/Tender over sinuses/Hair/Eruption		N	-
3	EYES	Conjunctiva/ScleraCornea/Pupils/Ptosis/Tension/Eyelid/Bruit/Reflex/Range of Movement/		N	-
4	EARS	Ext.canal/Membran perforation/Discharge/tophi/Hearing problem/Mastoids		N	-
5	NOSE/SINUSES	Septum/obstruction/turbinates/discharges		N	-
6	MOUTH/THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/Gums/Pharynx		N	-
7	TEETH	Caries @, filling (F), Missing (M), Radix @	A		Calculus, caries
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/Trachea/Veins/Mass/Spine/Motion/Bruit		N	-
9	BACK/SPINE	Kyphosis/Scoliosis/Lordosis/mobility/CVA/Bone/Tenderness/other deformities		N	-
10	THORAX	Symmetry/movement/countour/tender		N	-
11	BREAST	Size/cosistency/Nipples/areolar/discharge/palpable mass/tenderness/nodes/scars		N	-
12	HEART	Rate/rhythm/apical/impulse/Trills/quality of sound/intensity/splitting/extra sound/murmurs		N	-
13	CHEST / LUNG	Excursion/dullness or hyper - resonance of percussion/Quality of breath sound/rales/whezzing/ronchi/bruit		N	-
14	ABDOMEN	Bowel sounds/appearance/liver/spleen/masses/Hernias,murmur/contour/tenderness/bruit/nodes		N	-
15	GROIN	Hernia/inguinal nodes/femoral pulses		N	-
16	MALE GENITAL	Penis/testis/scrotum epididymis/varicocele/scars/Discharge/circumcised/piercing		N	-
17	FEMALE GENITAL	Vulva/vagina/Cervix/Uterus/adnexae/rectocele/Bartholini gland/urethra/discharge			-
18	EXTREMITIES	Deformity/clubbing/cyanosis/edema/nail/periperal pulses/calf tenderness/joints for swelling/ROM		N	-
19	JOINTS	ROMS/swelling/inflammation/Deformity		N	-
20	SKIN	Color/birthmark/scars/tatoos/texture/rash/eczeme/ulcers/piercing		N	-
21	NEUROLOGICAL	Reflexes/cranial nerve/tremor/paralysis/motoric/sensoric(touch,prick,vibrat e)/coordination/romberg		N	-
22	MUSCULAR SYSTEM	Strength/wasting/development		N	-
23	RECTAL EXAM	Sphincter tone/hemorrhoids/fissure/masses/prostate		N	-

SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

Name **Tony Setyawan, Tn**

I. VISION

Vision	Unaided		With spectacles		Night	Colour Blindness
	Left	Right	Left	Right		
						<input checked="" type="checkbox"/> Normal
Distant	-	-	-	-		<input type="checkbox"/> Red - Green Absent
Near	-	-	-	-		<input type="checkbox"/> Colour Blind
Visual fields (normal > 70°)			Left	-	Right	-
COMMENT :	-					

II. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT :	Laboratorium DL : Eritrosit, asam urat meningkat, MCV, MCH menurun →UL : BJ menurun.
<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal		

III. CHEST X-RAY

Pneumoconius	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
If Yes - ILO Clasification	-	
Evidence of TB	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
Other Abnormalities	-	
COMMENT :	-	

IV. ECG (Optional for over 35 years of age)

See attached result

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT :	Tidak dilakukan pemeriksaan
<input type="checkbox"/> Abnormal		

V. TREADMILL (Optional for over 40 years of age)

See attached result

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT :	Tidak dilakukan pemeriksaan
<input type="checkbox"/> Abnormal		

VI. SPIROMETRY (Optional for dust exposure, respiratory chronic disease,...)

Test	Predicted	Observed	Percentage	
VC	-	-	-	%
FVC	-	-	-	%
FEV 1	-	-	-	%
FEV/FVC	-	-	-	%
COMMENT :	Tidak dilakukan pemeriksaan			

VII. AUDIOMETRY (Optional for noise exposure, previous hearing problem)

See attached result

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

VIII. USG

COMMENT :	Tidak dilakukan pemeriksaan
-----------	-----------------------------

f. Timbul benjolan/ tumor	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
g. Ayan/ gangguan syaraf lain	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
h. Asthma	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
i. Batu Ginjal	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
j. Alergi	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
k. Thyphus	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
n. Penyakit Kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
o. Kuning/ Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
p. Gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
u. Gigi/mulut	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
y. Sendi-sendii	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

01. Dalam satu tahun terakhir apakah anda mengalami kecelakaan akibat kerja ?	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>bila tidak langsung ke no. 6</i>
02. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir anda mengalami kecelakaan ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
03. Apakah anda perlu mendapatkan perawatan di RS karena kecelakaan tersebut ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
04. Berapa jumlah hari Anda dirawat di RS secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
05. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
06. Dalam satu tahun terakhir apakah anda pernah dirawat di Rumah Sakit ?	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>bila tidak langsung ke no. 8</i>
07. Berapa jumlah hari Anda dirawat di Rumah Sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
08. Apakah Anda menderita penyakit yang harus dikontrol terus menerus selama 1 tahun terakhir ?	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	

KEBIASAAN MEROKOK

01. Apakah Anda pernah merokok ?

1. Ya

2. Tidak

bila tidak langsung ke alkohol

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

03. Apakah saat ini anda merokok ?

1. Ya, setiap hari

2. Ya, tidak setiap hari

3. Tidak - *bila tidak tangsung ke no. 12*

04. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?

05. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)

1. Kadar nikotin rendah

2. Kadar nikotin sedang

3. Kadar nikotin tinggi

06. Seberapa sering anda menghisap dalam-dalam asap rokok ?

1. Tidak pernah

2. Kadang-kadang

3. Selalu

07. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok ?

1. Ya

2. Tidak

08. Apakah anda lebih banyak merokok dalam 2 jam pertama di pagi hari ?

1. Ya

2. Tidak

09. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang di larang merokok ?

1. Ya

2. Tidak

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

11. Dalam satu hari rokok manakah yang sulit di lewatkan ? *Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol*

1. Rokok pertama di pagi

2. Rokok lainnya

12. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok ? (tahun)

KONSUMSI ALKOHOL

01. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?

1. Ya

2. Tidak

bila tidak langsung ke olahraga

02. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?

1. Ya

2. Tidak

bila tidak langsung ke olahraga

03. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?

1. Ya

2. Tidak

bila tidak langsung ke olahraga

04. Berapa kali anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?

05. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya ? (diperkirakan dlm satuan cc)

AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA

01. 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) 3 0 0
02. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ? 8
03. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya ? (dalam menit) 1 2 0
04. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?
- | | |
|----------------|---|
| 1. Ringan | 4. Berat 2 |
| 2. Sedang | 5. Sangat berat |
| 3. Cukup berat | |

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

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

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

01. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut :
- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|---|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | 1 |
| b. penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| c. stroke | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| d. kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| e. kanker | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| f. alergi | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| g. asthma | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
02. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut :
- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|---|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| b. penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| c. stroke | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| d. kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| e. kanker | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| f. alergi | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| g. asthma | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
03. Diantara Ayah/Ibu/Saudara kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit diatas pada usia kurang dari 45 tahun untuk laki-laki dan 55 tahun untuk perempuan ? TIDAK

UNTUK KARYAWAN WANITA

01. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya 2. Tidak
bila tidak langsung ke no. 3
02. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?

03. Berapa jumlah kehamilan yang pernah dialami (termasuk kehamilan saat ini) ?

04. Berapa jumlah keguguran yang pernah dialami ?

05. Kapan hari pertama haid terakhir Anda ? / /

06. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?

07. Berapa banyak darah pada saat Anda haid ? 1. Banyak 2. Sedikit

08. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ? 1. Ya 2. Tidak

09. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ? 1. Ya 2. Tidak

10. Apakah Anda sering menderita keputihan ? 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA

01. Apakah keluarga Anda mengikuti Keluarga Berencana ? 1. Ya 2. Tidak
bila tidak langsung ke vaksinasi

02. Bila YA, metode KB apa Anda gunakan ? 1. Kondom 5. IUD
2. Pil 6. Vaksetomi
3. Suntik 7. Tubektomi
4. Susuk 8. Lainnya

RIWAYAT VAKSINASI

01. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi Tetanus ? 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu

02. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi Hepatitis ? 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu

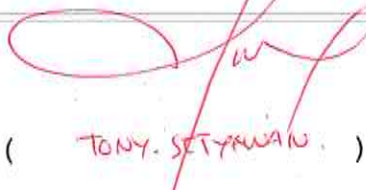
DONOR DARAH

01. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila diperlukan ? 1. Ya 2. Tidak

02. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ? / /

Formulir tersebut diatas telah saya isi dengan benar dan sesungguhnya

Balikpapan, 17 January 2017
Nama dan tanda tangan karyawan


(TONY. SETYAWAN.)

Patient Name : TONY SETYAWAN, TN
 Address : BALIKPAPAN
 Age : 40 Thn 9 Bln 21 Hr
 DOB/Sex : 27-03-1976 / Male
 Ward : CHECKUP
 Physician : LINDA ULI NATALISA, dr
 MR. No. : SHBP.00029287
 Clinical Info :

Order Time : 17-01-17 08:29
 Specimen Received : 17-01-17 08:30
 Print Out : 17-01-17 10:25
 Lab No. : 17001922
 Patient Category : INSPEKTINDO SINERGI
 Reg. No. : CPA1701170007
 Page : 1 / 2

RUTIN

Test	Result	Unit	Reference Range	Method
HAEMATOLOGY				
Hematologi Lengkap				
Hemoglobin	15.0	g/dL	14.0 - 18.0	
Jumlah Lekosit	6.25	10 ³ /uL	4.50 - 11.50	
Hitung Jenis				
Eosinofil	3	%	1 - 3	
Basofil	0	%	0 - 2	
Neutrofil Segmen	50	%	50 - 70	
Limfosit	40	%	18 - 42	
Monosit	7	%	2 - 11	
Hematokrit	44.1	%	40.0 - 54.0	
Jumlah Trombosit	268	10 ³ /uL	150 - 450	
Jumlah Eritrosit	H 6.16	10 ⁶ /uL	4.60 - 6.00	
MCV, MCH, MCHC				
MCV	L 71.6	fL	80.0 - 94.0	
MCH	L 24.4	pg	26.0 - 32.0	
MCHC	34.0	g/L	32.0 - 36.0	
Laju Endap Darah 1 jam	1	mm	0 - 13	
CLINICAL CHEMISTRY				
SGOT - SGPT				
SGOT	20.8	U/L	<37	
SGPT	13.5	U/L	<45	
Trigliserida	117	mg/dL	Normal: <150 mg/dL Borderline High: 150-199 mg/dL High: 200-499 mg/dL Very high: >= 500 mg/dl	
Kolesterol Total	190	mg/dL	Desirable: <200 mg/dL Borderline High: 200-239 mg/dL High: >= 240 mg/dL	
HDL Kolesterol	51	mg/dL	Major risk: <40 mg/dL Negative risk: >= 60 mg/dL	
LDL Kolesterol	136	mg/dL	Optimal: <100 mg/dL	

Patient Name : TONY SETYAWAN, TN
 Address : BALIKPAPAN
 40 Thn 9 Bln 21 Hr
 DOB/Sex : 27-03-1976 / Male
 Ward : CHECKUP
 Physician : LINDA ULI NATALISA, dr
 MR. No. : SHBP.00029287
 Clinical Info :

Order Time : 17-01-17 08:29
 Specimen Received : 17-01-17 08:30
 Print Out : 17-01-17 10:25
 Lab No. : 17001922
 Patient Category : INSPEKTINDO SINERGI
 Reg. No. : CPA1701170007
 Page : 2 / 2

RUTIN

Test	Result	Unit	Reference Range	Method
			Near optimal:100-129 mg/dL Borderline high:130-159 mg/dL High:160-189 mg/dL Very high:>190 mg/dL	
Glukosa Darah Puasa	99	mg/dL	76 - 100	
Ureum Darah	22.7	mg/dL	<50	
Kreatinin Darah	1.06	mg/dL	0.70 - 1.20	
Asam Urat	H 7.9	mg/dL	3.4 - 7.0	Uric

URINALISYS

Urin Lengkap

Makroskopis

Warna	Kuning		Kuning	
Kejernihan	Jernih		Jernih	
Berat Jenis	L 1.015		1.016 -1.022	Dipsticks
pH	6.0		4.8 - 7.4	
Lekosit	Negatif	/uL	Negatif	
Nitrit	Negatif	mg/dL	Negatif	
Protein	Negatif	mg/dL	Negatif	
Glukosa	Normal	mg/dL	Normal	
Keton	Negatif	mg/dL	Negatif	
Urobilinogen	Normal	mg/dL	Normal	
Bilirubin	Negatif	mg/dL	Negatif	
Darah (Blood)	Negatif	/uL	Negatif	

Sedimen

Lekosit	1-2	/lpb	1 - 5
Eritrosit	0-1	/lpb	0 - 1
Silinder	Negatif		
Sel Epitel	3-4	/lpk	0 - 2
Kristal	Negatif		Negatif
Bakteri	Negatif		Negatif

Clinical Pathologist

dr. Yuly Eko P, M.Kes, Sp.PK

Penilaian hasil laboratorium hanya dapat diberikan oleh Dokter yang memiliki data klinis pasien.

Authorized By Nanung

Authorisation Date : 17-01-17 10:25

Patient Name	: TONY SETYAWAN, TN	Patient ID	: SHBP.00029287
Sex / Age	: M / 40Y 9M 23D	Accession No.	: 10000001028066
Modality	: CR	Report Date/Time	: 17-01-2017 14:05:45
Procedure	: THORAX AP, PA	Referring Physician	: dr. Linda Uli Natafisa
Ref. Department	: MCU		

XR- Chest PA view

Temuan:

PARU: Normal
 TRAKEA: Normal
 KARINA: Normal
 BRONKUS UTAMA KANAN DAN KIRI: Normal
 PLEURA: Normal
 JANTUNG: Normal
 BATAS JANTUNG KANAN: Normal
 BATAS JANTUNG KIRI: Normal
 PULMONARY BAY: Normal
 HILUS: Normal
 AORTA: Normal
 VERTEBRA THORAKAL : Normal
 TULANG-TULANG YANG TERVISUALISASI : Normal
 JARINGAN LUNAK: Normal
 DIAFRAGMA: Normal
 ABDOMEN YANG TERVISUALISASI: Normal
 LEHER YANG TERVISUALISASI: Normal

Kesan:

Tidak terdapat kelainan pd CXR
 Cor & Pulmo : Normal
 Salam Sejawat,



dr. Santoso Suhendro. Sp. Rad (K)

17-01-2017 14:05:45

This document is digitally signed and hence no manual signature is required.