

RAHASIA



PT. Inspektindo SInergi Persada

HEALTH AND MEDICAL CHECK UP

No. 0139/MCU-SHBP//2017

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

Tanggal MCU : **31 January 2018**

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@silohospitals.com
website: <http://www.silohospitals.com>

RAHASIA

HEALTH AND MEDICAL CHECK UP

No. 0139/MCU-SHBP/1/2017

Kepada : Tony Setyawan, Tn Umur/ Tanggal 42 tahun 27 Mar 1976 Male
Dept : PT. Inspektindo SInergi Persada

Berikut adalah hasil pemeriksaan Medical Check Up yang telah dilaksanakan pada tanggal **31 January 2018**

- TEMUAN**
1. Nadi : Irama Nadi : Irreguler.
 2. Gigi : Calculus, caries, radix.
 3. Laboratorium DL : Eritrosit, GDP meningkat, MCV, MCH menurun.
 4. Laboratorium UL : Darah positif.

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. Minum air putih \pm 2L/ hari.
3. Hindari makanan tinggi karbohidrat.
4. Konsultasi ke Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah untuk evaluasi irama nadi yang irreguler.

Berlaku : **31 January 2019**

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 Persac
-------------	--------------------------	------------	--	-------------	--------------------------------------

I. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (mmHg)	110/80	Pulse (x/mnt)	72	Respiration (x/mnt)	20	Temp (° C)	0
Weight (kg)	67	Height (cm)	173	BMI (kg/m ²)	22,39	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, radix, 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/wheezing/ronchi/bruit		N	-
14	ABDOMEN	Bowel sounds/appearance/liver/spleen/masses/Hernias,murmur /contour/tenderness/bruit/nodes		N	-
15	GROIN	Hernia/inquinal 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,vibrate)/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, GDP meningkat, MCV, MCH menurun → UL : Darah positif.
<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal		

III. CHEST X-RAY

Pneumoconiosis	<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
-----------	-----------------------------

Medical Check Up Department

HEALTH SURVEILLANCE

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

IDENTITAS PEGAWAI

- 1. Posisi :
- 2. Status : (1) Belum Kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 3. Jumlah anak : Anak laki-laki : Orang, Anak Perempuan : 1 Orang
- 4. Alamat sekarang : Batikpapan Regency Blok B1 - No. 31
Telpon : 081346577210
- 5. No. Extension Telpon. : 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

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 : 7 jam/hari
- 2. Warehouse : jam/hari
- 3. Workshop : jam/hari
- 4. Process area : jam/hari
- 5. Well/Offshore : jam/hari

PETUNJUK PENGISIAN : ISILAH NOMOR YANG SESUAI DENGAN JAWABAN ANDA PADA KOTAK JAWABAN YANG TELAH TERSEDIA DISAMPING KANAN. JANGAN MELINGKARI ATAU MENCORET 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 2
- e. Kencing Manis 1. Ya 2. Tidak 2

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. Thypus	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 2
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 ?
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 ? 1. Ya 2. Tidak
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 2
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)

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 2. Pil 3. Suntik 4. Susuk 5. IUD 6. Vaksetomi 7. Tubektomi 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, 31 Januari 2018
Nama dan tanda tangan karyawan



(Tony Setyanan)

Patient Name : **TONY SETYAWAN, TN**
 Address : **BALIKPAPAN**
 Age : **41 Thn 10 Bln 4 Hr**
 DOB/Sex : **27-03-1976 / Male**
 Ward : **CHECKUP /**
 Physician : **dr. Linda Uli Natalisa**
 MR. No. : **SHBP.00029287**
 Clinical Info :

Order Time : **31-01-18 07:41**
 Specimen Received : **31-01-18 07:53**
 Print Out : **31-01-18 09:08**
 Lab No. : **18003085**
 Patient Category :
 Reg. No. : **CPA1801310001**
 Page : **1 / 2**

RUTIN

Test	Result	Unit	Reference Range	Method
HAEMATOLOGY				
Hematologi Lengkap				
Hemoglobin	14.4	g/dL	14.0 - 18.0	
Jumlah Lekosit	4.91	10 ³ /ul	4.50 - 11.50	
Hitung Jenis				
Eosinofil	2	%	1 - 3	
Basofil	0	%	0 - 2	
Neutrofil Segmen	61	%	50 - 70	
Limfosit	31	%	18 - 42	
Monosit	6	%	2 - 11	
Hematokrit	45.0	%	40.0 - 54.0	
Jumlah Trombosit	267	10 ³ /ul	150 - 450	
Jumlah Eritrosit	H 6.03	10 ⁶ /uL	4.60 - 6.00	
MCV, MCH, MCHC				
MCV	L 74.6	fL	80.0 - 94.0	
MCH	L 23.9	pg	26.0 - 32.0	
MCHC	32.0	g/L	32.0 - 36.0	
Laju Endap Darah 1 jam	4	mm	0 - 13	
CLINICAL CHEMISTRY				
GOT - SGPT				
SGOT	15.0	U/L	<37	
SGPT	10.4	U/L	<45	
Trigliserida	105	mg/dL	Normal: <150 mg/dL Borderline High:150-199 mg/dL High: 200-499 mg/dL Very high: >= 500 mg/dl	
Kolesterol Total	173	mg/dL	Desirable: <200 mg/dL Borderline High:200-239 mg/dL High: >= 240 mg/dL	
HDL Kolesterol	44	mg/dL	Major risk: <40 mg/dL Negative risk: >= 60 mg/dL	
LDL Kolesterol	129	mg/dL	Optimal:<100 mg/dL	

Patient Name : **TONY SETYAWAN, TN**
 Address : **BALIKPAPAN**
 Age : **41 Thn 10 Bln 4 Hr**
 DOB/Sex : **27-03-1976 / Male**
 Ward : **CHECKUP**
 Physician : **dr. Linda Uli Natalisa**
 MR. No. : **SHBP.00029287**
 Clinical Info :

Order Time : **31-01-18 07:41**
 Specimen Received : **31-01-18 07:53**
 Print Out : **31-01-18 09:08**
 Lab No. : **18003085**
 Patient Category :
 Reg. No. : **CPA1801310001**
 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	H 101	mg/dL	76 - 100	Hexo
Ureum Darah	11.6	mg/dL	<50	
Kreatinin Darah	1.06	mg/dL	0.70 - 1.20	
Asam Urat	6.3	mg/dL	3.4 - 7.0	

URINALISYS

Urin Lengkap

Makroskopis

Warna	Kuning		Kuning	
Kejernihan	Jernih		Jernih	
Berat Jenis	1.020		1.016 -1.022	
pH	5.0		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)	H 25.0	/uL	Negatif	Dipsticks
Sedimen				
Lekosit	0-1	/lpb	1 - 5	
Eritrosit	0-1	/lpb	0 - 1	
Silinder	Negatif			
Sel Epitel	0-1	/lpk	0 - 2	
Kristal	Negatif		Negatif	
Bakteri	Negatif		Negatif	
Jamur	Negatif		Negatif	

Clinical Pathologist

dr. Rita Dewi K, Sp.PK

Authorized By Chandra Priyadi
 Authorisation Date : 31-01-18 09:08

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

Patient Name	: TONY SETYAWAN, TN	Patient ID	: SHBP.00029287
Sex / Age	: M / 041Yrs	Accession No.	: 10000004525159
Modality	: CR	Scan Date	: 31-01-2018
Procedure	: THORAX AP, PA	Report Date/Time	: 31-01-2018 09:14:37
Ref. Department	: MCU	Referring Physician	: dr. Linda Uli Natalisa

XR- Thorax PA/ AP view

Technique:

Findings:

PARU: Normal
 MEDIASTINUM: Normal
 TRAKEA DAN BRONKUS: Normal
 HILUS: Normal
 PLEURA: Normal
 DIAFRAGMA: Normal
 HARTUNG: Normal CTR: <50%
 AORTA: Normal
 VERTEBRA THORAKAL DAN TULANG-TULANG LAINNYA: Normal
 JARINGAN LUNAK: Normal
 ABDOMEN YANG TERVISUALISASI: Normal
 LEHER YANG TERVISUALISASI: Normal

Impression:

Tidak tampak kelainan signifikan pada pemeriksaan ini.



Dr. Santoso Suhendro. Sp. Rad (K)

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