

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Wahyu Febri Sulistyo
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECORD : 01 97 34
DATE OF VISIT : December 7, 2019
NEXT VISIT : December 7, 2020

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN KARYAWAN BARU 2019

Nama : Wahyu Febrli Sulistyio

Berikut ini adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan tanggal : 7 Desember 2019

- Temuan
- Riwayat Kesehatan 1 Tahun terakhir ditemukan masalah : Telinga dan Gigi/Mulut
 - Riwayat Penyakit keluarga tidak ditemukan masalah :
 - Riwayat Vaksinasi : - Tetanus (Tidak).
- Hepatitis (Tidak).
 - Kebiasaan Merokok : Ya, 5 batang/hari
 - Konsumsi Alkohol : Pernah (tidak dalam 12 bulan terakhir) .
 - Aktivitas Olahraga : Ya, 3x/bulan
 - Hasil pemeriksaan Fisik : Gigi : Terdapat beberapa Gigi Caries
Rectal Examination : Terdapat Hemoroid Interna
 - Hasil pemeriksaan X - Ray dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan EKG dalam batas normal (Sinus Bradikardi).
 - Hasil pemeriksaan Audiometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Laboratorium : Darah : ESR 12 mm/h

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 : helper
Di : Remote Area

- Saran - saran
- Disarankan konsul ke Dokter sehubungan dengan hasil pemeriksaan Fisik (Rectal) jika terdapat keluhan lebih lanjut
 - Disarankan konsul ke Dokter Gigi untuk melakukan perawatan lebih lanjut.
 - Hentikan kebiasaan merokok
 - Hindari mengkonsumsi minuman beralkohol
 - Lakukan olahraga minimal 3x/minggu.

Kembali Kontrol : 7 Desember 2020

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. Yussie Andeline

KUESIONER PEMERIKSAAN KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

Nama Lengkap : Wahyu Febriluditya
 Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 20 Februari 1992
 Jenis Kelamin : laki-laki
 Agama : Islam
 Jabatan / Pekerjaan : Helper
 Status : Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
 Jumlah Anak : Anak laki-laki: ... orang, Anak perempuan: ... orang
 Alamat sekarang : Jl. Prapattan RT.26 No.59
 Telepon / HP : 0821-5153-2580
 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.	Helper mekanik	25 thn	Peman	5 jam/hari	-	7 jam/hari	-	-	-

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 : 4 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 | <input type="text" value="2"/> |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| c. Jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="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="1"/>
u. Gigi/Mulut	1. Ya	2. Tidak	<input type="text" value="1"/>
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

- 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
- Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan?

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

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

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 1
2. Merokok diwaktu lainnya

12. Apakah Anda ingin berhenti merokok? 1. Ya 2. Tidak 1

Bila tidak langsung ke pertanyaan alkohol

13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti Program Berhenti Merokok? 1. Ya 2. Tidak 1

14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok? (tahun) -

KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol? 1. Ya 2. Tidak 1

Bila tidak langsung ke pertanyaan olah raga

2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak 2

3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak 2

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? 3

3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya? (dalam menit) 2 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? 4

2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran? 7

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?

--	--

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

--	--

4. Berapa jumlah keguguran yang pernah dialami?

--

5. Kapan hari pertama haid terakhir anda?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama?

--	--

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
2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis?

1. Ya 3. Tidak tahu 2
2. Tidak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan?

1. Ya 2. Tidak 1

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir?

/ /

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

Balikpapan, 7. Desember2019.


(.....Wahyu Febri Pulisty.....)

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (supine)	109 / 57 mmHg
Pulse	58 x /mn
Respiration	18 x /mn
Temperature	36.8 °C

Weight (W)	58.1kg
Height (H)	164cm
BMI	21.60

*BMI = W / H² (Underweight <18.5, Normal 18.5-24.9, Overweight 25-29.9, Obese ≥30)

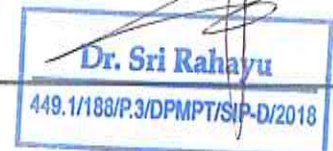
VISION	Unaided		With Spectacles		Colour Blindness
	Left	Right	Left	Right	
DISTANT	6/6	6/6			<input checked="" type="checkbox"/> Normal
NEAR	20/20	20/20			<input type="checkbox"/> Red - Green Absent
					<input type="checkbox"/> Colour Blind

B. PHYSICAL

NO	PHYSICAL	A- Abnormal N- Normal (circle word of importance and explain)			Describe abnormalities in detail
			A	N	
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	Conjunctiva/Sclera/Cornea/Pupils/Ptosis/Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/Range of Movement			
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- soric (touch, prick, vibrate) / Coordination/Romberg			
21	Muscular System	Strength/Wasting/Development			
22	Rectal Examination	Sphincter tone/Hemorrhoids/Fissure/Masses/Prostate			

Dr. Sri Rahayu Pandey : dr

Approved by GP :



LABORATORY RESULTS

Name : Wahyu Febri Sulistyo	Date of Visit : December 7, 2019	
Sex : Male	Medical Record : 01 97 34	
Date of Birth : February 28, 1992	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada	
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HEMATOLOGY		
Automated Blood Count		
- WBC	6.0	4.5 - 10.0 K/ul
- RBC	5.15	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul
- Haemoglobine	15.1	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl
- Haematocrite	45%	M : 42-52% F : 37-47%
- MCV	86	80- 100 fL
- MCH	29	26 - 34 pg
- MCHC	34	32 - 36 g/dL
- Thrombocyte	176	150 - 450 K/ul
- ESR	12	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h
- Diff. Count :		
Basophil	0%	0 - 1%
Eosinophil	2%	2 - 4%
Stab	3%	3 - 5%
Segment	56%	55 - 65%
Lymphocyte	37%	25 - 35%
Monocyte	2%	3 - 6%
BLOOD CHEMISTRY		
LIPID PROFILE		
- Total Cholesterol	149	<200 mg/dl
- HDL Cholesterol	49	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl
DIABETES		
- Glucose Fasting	93	70-110 mg/dl

LABORATORY RESULTS

Name : Wahyu Febri Sulistyo	Date of Visit : December 7, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 97 34
Date of Birth : February 28, 1992	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
URINALYSIS		
MACROSCOPIC		
- Color	Yellow	
- Turbidity	Clear	
- S. Gravity	1.015	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

Technician of Laboratory


(_____)

Head of Laboratory



Dr. Yussie Andeline

LABORATORY RESULTS

Name : Wahyu Febri Sulistyo	Date of Visit : December 7, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 97 34
Date of Birth : February 28, 1992	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 : WAHYU FEBRI S.	Date of Visit : DECEMBER 07, 2019
Sex : MALE	Rontgen Record : 0 7 3 2
Date of Birth : FEBRUARY 28, 1992	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.

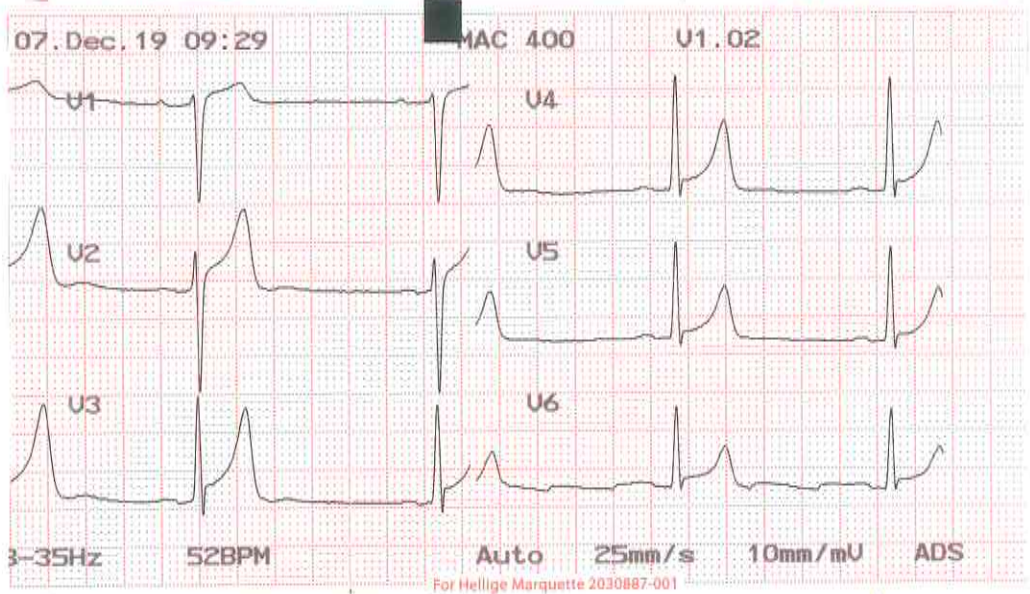
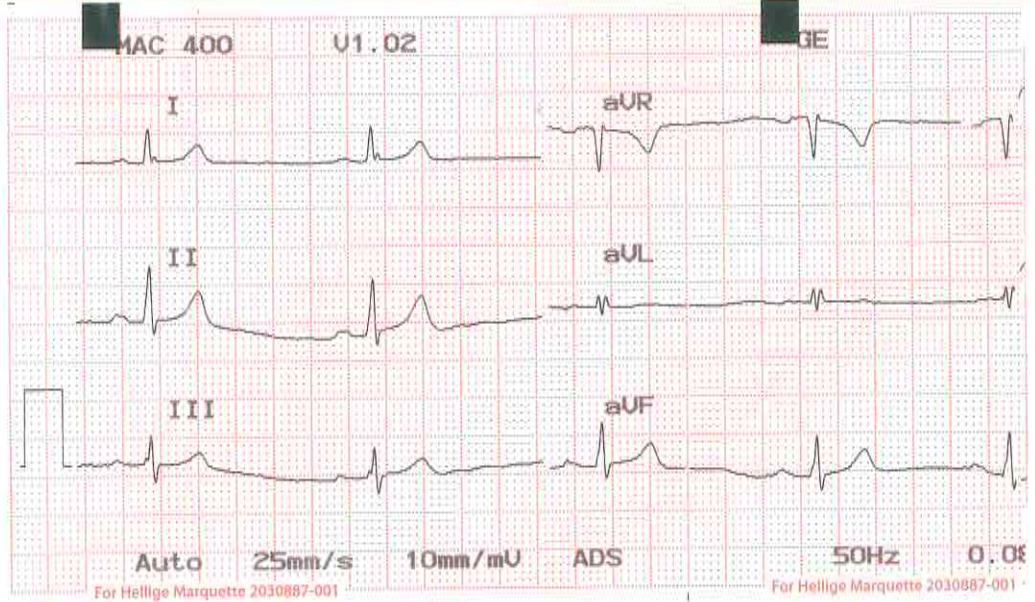
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini. ✓

Salam Sejawat,



ECG RESULT

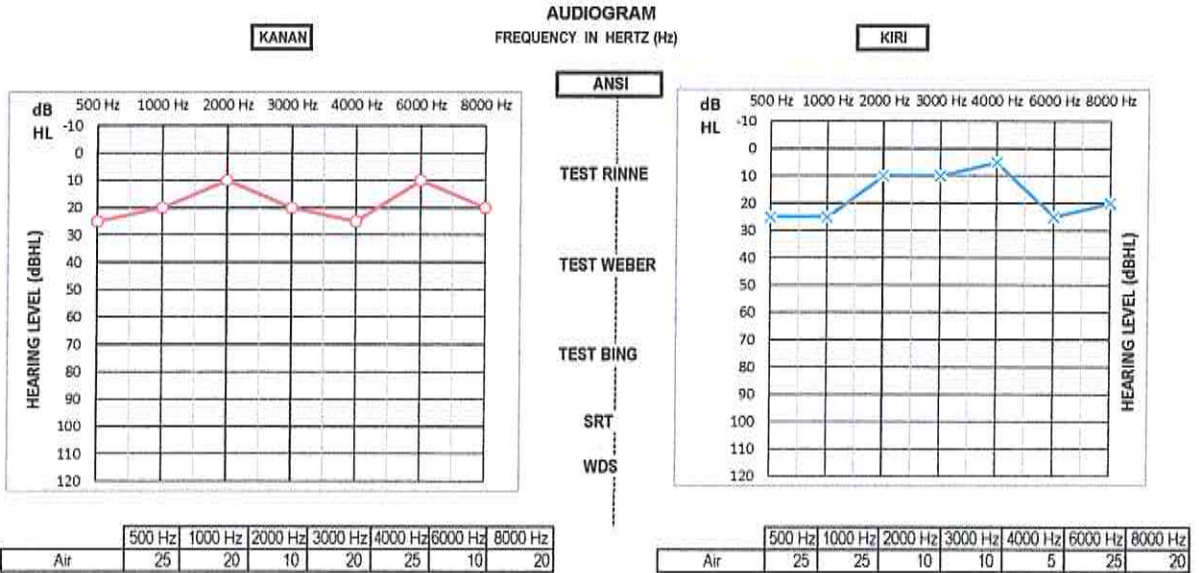
Name	: Wahyu Febri Sulistyo	Date of Visit	: December 7, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 97 34
Date of Birth	: February 28, 1992	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
<p>Sinus Bradikardi (HR 52/m)</p>	<p>Dr. Lukman Hatta S, Sp.PD, Sp.KI, FINASIM 026/11186/SIP-D/2017</p>

AUDIOMETRY RESULT

Name	: Wahyu Febr Sulisty	Date of Visit	: December 7, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 97 34
Date of Birth	: February 28, 1992	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada



AUDIOGRAM CODE

Test oleh : Ahmad Junaidi
Dokter : Dr. Erica Lukman Sp. THT, MQH

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

AC _____

Kesimpulan	Dokter Pemeriksa
<p><i>Teling Kiri + Kanan Jera baik normal</i></p>	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL 026/1125C/SIP-D/X/2016</p> </div>

SUPPORTIVE INVESTIGATION

Name : Wahyu Febri Sulistyo	Date of Visit : December 7, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 97 34
Date of Birth : February 28, 1992	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT : Blood : ESR 12 mm/h
<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 : Sinus Bradikardi	<input type="checkbox"/> Abnormal (specify)
---	---

IV. 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>Wahyu Febri Sulityo</i>	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) <i>28 Februari 1992</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Helper</i>	Nama Perusahaan <i>PT. ISP</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore <input type="checkbox"/> Office
Alamat Rumah <i>Jl. Prayaban RT. 26 NO.59</i>	Nomor Telepon / HP <i>0821-5153-2580</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn) <i>7 Desember 2019</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"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> <i>Fire Emergency Responder Team</i> | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> <i>Operator Alat Berat</i> |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / <i>Diver</i> | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> <i>Pilot</i> | <input type="checkbox"/> <i>Food Handler</i> |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |

 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"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> <i>Fire Emergency Responder Team</i> | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> <i>Operator Alat Berat</i> |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / <i>Diver</i> | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> <i>Pilot</i> | <input type="checkbox"/> <i>Food Handler</i> |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |

 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"/> Paska Insiden | <input type="checkbox"/> Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja |
|--|---|

 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

Tanggal (tgl – bln – thn)

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>Wahyu Febri Sulisty</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>28 Februari 1992</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Helper</i>	Nama Perusahaan <i>PT. ISP</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. Prapanan RT.26 NO.59</i>	Nomor Telepon / HP <i>0821-5153-2580</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) <i>7 Desember 2019</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 checked="" type="checkbox"/>	14.	Penyakit atau kelainan 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, 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: _____

Anda Merokok? Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun)
 Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun)
 Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok > 10 tahun)

Aktivitas fisik anda? Ringan Sedang Berat

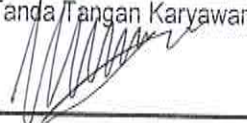
Hazard di tempat kerja: Bising Getaran Benzene Radiasi Bahan Kimia:..... Lainnya:

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) Ya Tidak

Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa: _____

Riwayat Perawatan di RS: *Demam berdarah,*

Tanda Tangan Karyawan: 

Tanggal (tgl - bln - thn): *7 Desember 2019*

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								Telinga Kanan							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	25	25	10	10	5	25	20		25	20	10	10	5	10	20

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri 16,25 dB Telinga Kanan 20 dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan:


Nama Pemeriksa Junaidi	Tanda Tangan Pemeriksa <i>Ju</i>	Tanggal Pemeriksaan 7 Desember 2019
----------------------------------	--	---

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: <i>Esr 12 mm/h</i>
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 checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Normal:
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 bawah 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)			<i>gigit (e)</i>
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)			

F_OH_019_ Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN			
Nama Lengkap ibahyu febrin sulistyono	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 28 - 02 - 1992	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja:
Nama Perusahaan	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 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	
<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.	
<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:	
Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut): <u>perawatan ke dokter gigi terkait gigi berlubang.</u>	
Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar	
Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan
<u>Dr. Yessie Andeline</u> 026/318/SIP-D/II/2017	
	Tanggal (tgl-bln-thn) 10-12-19
Nama Rumah Sakit/Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik
Panacea Clinic	Kump Mal Balikpapan Baru Blok AB2 No. 17-20 10522 - 877898

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 : Wahyu Febri Pulihyo
Tanggal Lahir : 28 Februari 1992
Pekerjaan : Helper
Perusahaan : PT. ISP Nomor Pegawai : _____
Alamat : _____
Nomor Telepon : 0812-8382-2506

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

Rumah Sakit/Klinik : Panacea Clinic
Alamat : Komp. Mal Baikpapan Baru Blok AB 2 No. 17-20
Nomor Telepon : (0542) - 877 858

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. INSPEKTINDO-SIMERGI
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 Tanggal 07 / 12 / 2019
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Perawat Tanggal 07 / 12 / 2019
Tanda Tangan Saksi Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)