



**NEGERI SABAH**

**[JPAN: 700-6/2/1 Jld.3 ( 66 )]**

**PEKELILING PERKHIDMATAN NEGERI SABAH BIL. 7/2021**

**PEMERIKSAAN KESIHATAN (MEDICAL CHECK UP) PEGAWAI KUMPULAN  
PENGURUSAN DAN PROFESIONAL**

**1. TUJUAN**

- 1.1 Pekeliling Perkhidmatan ini bertujuan memaklumkan keputusan Kerajaan tentang penambahbaikan kemudahan pemeriksaan kesihatan (medical check-up) bagi pegawai dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional. Pemeriksaan kesihatan ini boleh dibuat di mana-mana hospital swasta di negeri Sabah yang berdaftar dengan Kementerian Kesihatan Malaysia seperti dalam Lampiran C.

**2. LATAR BELAKANG**

- 2.1 Kerajaan Negeri telah meluluskan Kemudahan Pemeriksaan Kesihatan di hospital Swasta (seperti senarai dalam Lampiran C) kepada Pegawai dalam kumpulan Pengurusan dan Profesional mulai 01 Januari 1995 melalui Pekeliling Perkhidmatan Negeri Sabah Bil. 1/1995 dan Pekeliling Perkhidmatan yang berkuatkuasa dari semasa ke semasa.
- 2.2 Kerajaan Negeri juga telah bersetuju untuk Pekeliling Perkhidmatan Negeri Sabah Bil.4/2015 ditambah baik dengan menambah pakej ujian pemeriksaan kesihatan mental.

**SABAH MAJU JAYA**

### **3. PEGAWAI YANG LAYAK**

- 3.1 Pegawai lantikan tetap dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional dan ke atas termasuk pegawai dalam lantikan sementara, kontrak (*Contract of Service*) dan memangku (tempoh memangku sekurang-kurangnya satu tahun).

### **4. PEMERIKSAAN**

- 4.1 Senarai Pemeriksaan Kesihatan bagi Pegawai berumur 45 tahun ke atas seperti dalam Lampiran A.
- 4.2 Senarai Pemeriksaan Kesihatan bagi Pegawai berumur dibawah 45 tahun seperti dalam Lampiran B.
- 4.3 Senarai Pemeriksaan Kesihatan mental untuk semua kumpulan umur seperti dalam Lampiran C.
- 4.4 Kekerapan pemeriksaan adalah seperti berikut:
- 4.4.1 Pegawai berumur 40 tahun ke bawah, sekali dalam tiga tahun;
- 4.4.2 Pegawai berumur lebih 40 tahun hingga 49 tahun, sekali dalam dua tahun; dan
- 4.4.3 Pegawai berumur 50 tahun ke atas, sekali dalam satu tahun.
- 4.5 Pihak hospital yang dipilih hendaklah dimaklumkan sebulan sebelum tarikh pemeriksaan kesihatan dijalankan.

## **5. KELULUSAN**

- 5.1 Pegawai Kerajaan boleh mendapatkan pemeriksaan kesihatan di mana-mana hospital swasta seperti dalam Lampiran C.
- 5.2 Pakej yang akan ditanggung oleh kerajaan adalah sebanyak **RM1,500.00** sahaja (termasuk ujian pemeriksaan kesihatan mental). Caj yang lebih akan ditanggung dan dibayar oleh pegawai.
- 5.3 Bagi mana-mana pegawai yang tidak membuat ujian pemeriksaan kesihatan mental, caj yang ditanggung adalah sebanyak **RM1,200.00** sahaja mengikut pakej sedia ada.
- 5.4 Ujian pemeriksaan kesihatan mental boleh dibuat di KPJ Sabah Specialist Hospital, Gleneagles Kota Kinabalu dan Jesselton Medical Centre (JMC) atau mana-mana hospital swasta yang berdaftar dengan Kementerian Kesihatan Malaysia dengan kadar tidak melebihi **RM300.00**.
- 5.5 Permohonan hendaklah dikemukakan dengan menggunakan Borang Lampiran VII.
- 5.6 Permohonan untuk menjalani pemeriksaan kesihatan hendaklah diluluskan oleh Ketua Jabatan.

## **6. TARIKH KUAT KUASA**

- 6.1 Pekeliling Perkhidmatan ini berkuat kuasa mulai tarikh ianya dikeluarkan.

## **7. PEMBATALAN**

- 7.1 Dengan berkuatkuasanya Pekeliling Perkhidmatan ini, Pekeliling Perkhidmatan Negeri Sabah Bil. 4/2015 adalah dibatalkan.

## 8. PEMAKAIAN

8.1 Tertakluk kepada penerimaannya oleh pihak berkuasa masing-masing, Pekeliling Perkhidmatan ini secara keseluruhannya dipanjangkan kepada semua Pihak Berkuasa Berkanun Negeri dan Pihak Berkuasa Tempatan Negeri

**"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"**



**(DATUK SERI PANGLIMA Sr. HAJI SAFAR BIN UNTONG, JP)**

Setiausaha Kerajaan Negeri

Tarikh: **22 APR 2021**

s.k      Setiausaha Tetap  
Kementerian Kewangan Negeri Sabah  
Blok C, Pusat Pentadbiran Negeri Sabah  
Jalan Teluk Likas, Tanjung Lipat  
**88400 KOTA KINABALU**

Bendahari Negeri  
Jabatan Bendahari Negeri Sabah  
Level 8,9,10 dan 11, Blok A  
Pusat Pentadbiran Negeri Sabah  
Jalan Teluk Likas, Tanjung Lipat  
**88400 KOTA KINABALU**

Diedarkan kepada:    Semua Setiausaha Tetap Kementerian  
                                 Semua Ketua Jabatan  
                                 Semua Pihak Berkuasa Berkanun  
                                 Semua Pihak Berkuasa Tempatan  
                                 Semua Pegawai Daerah  
                                 Semua Penolong Pegawai Daerah, Daerah Kecil

**SABAH MAJU JAYA**

**PAKEJ PEMERIKSAAN KESIHATAN UNTUK PEGAWAI  
BERUMUR 45 TAHUN KE ATAS**

Perkara yang termasuk dalam pemeriksaan kesihatan ini adalah seperti berikut:

1. Pemeriksaan fizikal oleh Pegawai Perubatan
2. Sinar - X Dada (Chest X-ray)
3. Elektrokardiogram (ECG)
4. Echocardiogram
5. Treadmill Stress Test
6. Ujian Kandungan Lemak Badan
7. Imbasan Ultrasound - Bahagian Perut
8. Ujian kepadatan tulang (paha & tulang belakang)
9. Ujian Makmal bagi perkara seperti berikut:

- **Pengiraan Sel Darah**

Hemoglobin  
Sel Darah Merah Indises  
Sel Darah Pengiraan Sel  
Darah Putih Jumlah Sel  
Pembeku  
ESR

- **Ujian Fungsi Hati**

Jumlah Protein  
Albumin  
Globulin Nisbah  
A/G Jumlah  
Bilirubin  
AST (SCOT)  
ALP (SGPT)  
ALP  
GammaGT

- **Profil Lipid**

Jumlah Kolesterol  
Kolesterol HDL  
Kolesterol LDL  
Trigliserida  
Nisbah Kolesterol/HDL

Kandungan Glukos  
Asid Urik

- **Ujian Fungsi Ginjal**

Urea  
Kreatinin  
Elektrolit:  
- Natrium  
- Kalium  
- Klorida

- **Imunologi**

Hepatitis B (Ab, Ag)  
Hepatitis A (IgG)

- **Pemeriksaan Tiroid**

Free T4  
TSH

- **Penanda Tumor**

Alfa-Fetoprotein (AFP)  
Carcinoembryonic Antigen (CEA)  
Prostate Specific Antigen (PSA) –Lelaki sahaja  
CA125 - Wanita sahaja

- **Urin**

Warna  
Spesifik  
Graviti pH  
Protein  
Glukos  
Ketone  
Darah  
Mikroskopi:  
- Sel Darah putih/hpf  
- Sel Darah merah/hpf  
- Sel Epitelial  
- Casts  
- Kristal

- Hemoglobin A1c (HbA1c)
- HS-CRP (Faktor Risiko Kardiak)
- Kumpulan Darah + RH
- Faktor RA
- Ujian Nafas Urea (UBT)
- VDRL
- Mamogram dan pap smear (Wanita sahaja)

**PEMERIKSAAN KESIHATAN UNTUK PEGAWAI BERUMUR  
DIBAWAH 45 TAHUN**

Perkara yang termasuk dalam pemeriksaan kesihatan ini adalah seperti berikut:

1. Pemeriksaan fizikal oleh Pegawai Perubatan
2. Sinar - X Dada (Chest X-ray)
3. Elektrokardiogram (ECG)
4. Ujian Kandungan Lemak Badan
5. Imbasan Ultrasound - Bahagian Perut
6. Ujian Makmal bagi perkara seperti berikut:

- **Pengiraan Sel Darah**

Hemoglobin

Sel Darah Merah Indises Sel  
Darah Pengiraan Sel Darah  
Putih Jumlah Sel Pembeku  
ESR

- **Ujian Fungsi Hati**

Jumlah Protein  
Albumin Globulin  
Nisbah A/G  
Jumlah Bilirubin  
AST (SCOT) ALP  
(SGPT) ALP  
Gamma GT

- **Profil Lipid**

Jumlah Kolesterol  
Kolesterol HDL  
Kolesterol LDL  
Trigliserida  
Nisbah Kolesterol/HDL  
Kandungan Glukos  
Asid Urik

- **Ujian Fungsi Ginjal**

Urea  
Kreatinin  
Elektrolit:  
-Natrium  
-Kalium  
-Klorida

- **Imunologi**

Hepatitis B (Ab, Ag)  
Hepatitis A (IgG)

- **Pemeriksaan Tiroid**

Free T4  
TSH

- **Penanda Tumor**

Alfa-Fetoprotein (AFP)  
Carcinoembryonic Antigen (CEA)

- **Urin**

Warna  
Spesifik Graviti  
pH  
Protein  
Glukos  
Ketone  
Darah  
Mikroskopi:

- Sel Darah putih/hpf
- Sel Darah merah/hpf
- Sel Epitelial
- Casts
- Kristal

- Hemoglobin A1c (HbA1c)
- HS-CRP (Faktor Risiko Kardiak)
- Kumpulan Darah + RH
- Faktor RA
- VDRL
- PSA (lelaki)
- Mamogram\* dan pap smear (Wanita sahaja)

\* Wanita berusia 40 tahun ke atas layak membuat Mamogram

**“SABAH MAJU JAYA”**

**UJIAN PEMERIKSAAN KESIHATAN MENTAL UNTUK SEMUA KUMPULAN UMUR**

I. Pemeriksaan kesihatan mental oleh Pegawai Perubatan dengan ujian yang berkenaan seperti berikut:

- |    |                                              |          |
|----|----------------------------------------------|----------|
| 1. | <i>Beck Depression Inventory-II (BDI II)</i> | (      ) |
| 2. | <i>Depression Anxiety Stress (DASS)</i>      | (      ) |
| 3. | <i>Mood-related symptoms PHQ-9</i>           | (      ) |
| 4. | <i>Anxiety- related symptoms GAD-7</i>       | (      ) |
| 5. | <i>Condition Indicator (SCI)</i>             | (      ) |
| 6. | <i>Relationship Assessment Scale (RAS)</i>   | (      ) |

\*Pegawai yang ingin membuat ujian pemeriksaan kesihatan mental hendaklah menandatangani borang persetujuan di Seksyen D, Lampiran VII.

LAMPIRAN D

**SENARAI HOSPITAL SWASTA  
PEMERIKSAAN KESIHATAN (MEDICAL CHECK UP) PEGAWAI KUMPULAN  
PENGURUSAN DAN PROFESIONAL**

| BIL. | NAMA HOSPITAL                      | ALAMAT                                                                                                                       | NO. TELEFON DAN FAX                                   |
|------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1    | Sabah Care Specialist Clinic       | Ground Floor,<br>Blok C, Unit 9,<br>Lintas Jaya Uptownship,<br><b>88200 KOTA KINABALU</b>                                    | Tel: 088 - 722950/<br>720952<br><br>Fax: 088 - 727742 |
| 2    | Rafflesia Medical Centre Sdn. Bhd. | Lot 5, 6, 7, 8,<br>Millennium Commercial<br>Centre,<br>Off Jalan Lintas,<br>Kepayan Penampang,<br><b>88200 KOTA KINABALU</b> | Tel: 088 - 272620/<br>272630<br><br>Fax: 088 - 272640 |
| 3    | KPJ Sabah Specialist Hospital      | KPJ Sabah Specialist Hospital<br>Lot No 2, Off Jalan Damai,<br>Luyang,<br><b>88300 KOTA KINABALU</b>                         | Tel: 088 – 322000<br><br>Fax: 088 - 272622            |
| 4    | Jesselton Medical Centre Sdn. Bhd. | Jalan Metro 2,<br>Metro Town,<br>Off Jalan Lintas,<br><b>88300 KOTA KINABALU</b>                                             | Tel: 088 - 366333<br><br>Fax: 088 - 388896            |
| 5    | Gleneagles Kota Kinabalu           | Riverson@Sembulan,<br>Block A-1,<br>Lorong Riverson@ Sembulan,<br><b>88100 KOTA KINABALU</b>                                 | Tel: 088 – 518888/<br>518882<br><br>Fax: 088 – 518889 |

**LAMPIRAN VII**

**BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN KESIHATAN PEKELILING PERKHIDMATAN  
NEGERI SABAH BIL.7/2021 (diisi dalam 3 salinan)**

**SEKSYEN A (Maklumat Pegawai)**

1. Nama : \_\_\_\_\_  
 2. No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_ 3. Jantina : \_\_\_\_\_  
 4. Gred / Jawatan: \_\_\_\_\_ 5. Umur : \_\_\_\_\_  
 Tarikh: \_\_\_\_\_

Tandatangan Pemohon

**SEKSYEN B (Perakuan Ketua Jabatan)**

Saya memperakui bahawa penama di atas adalah layak untuk mendapat kemudahan pemeriksaan kesihatan di hospital \_\_\_\_\_

Tarikh: ..... ..

Tandatangan Ketua Jabatan

Nama : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

**SEKSYEN C (Perakuan Pegawai Perubatan Hospital\_\_\_\_\_)**

I. Saya sahkan bahawa penama di atas telah menjalani pemeriksaan seperti berikut :

- |                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| 1. Pemeriksaan fizikal oleh Pegawai Perubatan | ( ) |
| 2. Sinar - X Dada (Chest X-ray)               | ( ) |
| 3. Elektrokardiogram (ECG)                    | ( ) |
| 4. Echocardiogram                             | ( ) |
| 5. Treadmill Stress Test                      | ( ) |
| 6. Ujian Kandungan Lemak Badan                | ( ) |
| 7. Imbasan Ultrasound - Bahagian Perut        | ( ) |

**“SABAH MAJU JAYA”**

**LAMPIRAN VII**

8. Bone Densitometry (Hip & Spine) ( )
9. Ujian Pendengaran dan Organ Dalam Leher (ENT) ( )
10. Ujian Makmal bagi perkara seperti berikut: ( )

Pengiraan Sel Darah  
Ujian Fungsi Hati  
Profil Lipid  
Ujian Fungsi Ginjal  
Imunologi  
Pemeriksaan Tiroid

Penanda Tumor  
Urin  
Hemoglobin A1c (HbA1c)

HS-CRP (Faktor Risiko Kardiak)  
Kumpulan Darah + RH  
Faktor RA  
Ujian Nafas Urea (UBT)  
VDRL

Mamogram (Wanita sahaja)  
Pap Smear (Wanita sahaja)

11. Ujian Pemeriksaan Kesihatan Mental ( )

(Dengan menandatangani borang perakuan di **Seksyen D, Lampiran VII**)

Tarikh: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pegawai Perubatan

Nama: \_\_\_\_\_

s.k. Setiausaha Tetap  
Kementerian Kewangan  
Blok C, Pusat Pentadbiran Negeri Sabah  
**88400 KOTA KINABALU**

Bendahari Negeri  
Jabatan Bendahari Negeri Sabah  
Level 8,9,10 dan 11, Blok A  
Pusat Pentadbiran Negeri Sabah  
**88400 KOTA KINABALU**  
Hospital Berkenaan

**“SABAH MAJU JAYA”**

**LAMPIRAN VII****SEKSYEN D (PERAKUAN DAN PERSETUJUAN MENJALANI UJIAN KESIHATAN MENTAL)****I. Perakuan Pegawai**

Saya \*penama di atas bersetuju untuk menjalani ujian kesihatan mental dan membenarkan untuk keputusan ujian saya (sekiranya perlu / berdasarkan skor tahap kesihatan mental) dikemukakan kepada Ketua Jabatan / Jabatan Perkhidmatan Awam Negeri dan bersetuju untuk menerima nasihat/ syor lanjut daripada Pegawai Perubatan yang memeriksa saya.

Tandatangan pegawai : .....

No. Kad Pengenalan : .....

Tarikh : .....

**II. Perakuan Pegawai Perubatan**

Saya dengan ini mengesahkan bahawa pegawai di atas telah bersetuju untuk menjalani ujian kesihatan mental dan akan menerima nasihat dan syor lanjut sekiranya diperlukan berdasarkan skor kesihatan mental setelah diperiksa / membenarkan untuk laporan dikemukakan kepada pihak yang berkenaan sekiranya diperlukan.

Tandatangan pemeriksa : .....

Nama : .....

Tarikh : .....

**“SABAH MAJU JAYA”**