

## PERSONAL DATA

No. MCU	:	2582/GMI-MCU/IV/2022
No. Badge	:	-
Nama	:	<b>YUDHI PRASETYO, Tn.</b>
Umur	:	32 tahun
Perusahaan	:	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Jabatan	:	Inspector
Tgl Pemeriksaan	:	04/04/2022
Alamat	:	Jl. Pemuda RT 05 No. 79 Manggar, Balikpapan Timur.



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE  
TAHUN 2022

1111

NAMA : YUDHI PRASETYO  
TANGGAL LAHIR : 10 SEPTEMBER 1989  
JENIS KELAMIN : LAKI - LAKI  
S/N : 18P21292  
IGG :  
DEPT/SERVICE : INSPECTION & TESTING  
LOKASI KERJA : PHM  
JENIS PEMERIKSAAN :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement

Medical Department

## HEALTH SURVEILLANCE

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

## IDENTITAS PEGAWAI

- |                          |   |  |  |  |  |
|--------------------------|---|--|--|--|--|
| 1. Posisi                | INSPECTOR   |  |  |  |  |
| 2. Golongan Darah        | A / <input checked="" type="checkbox"/> B / AB / O Rhesus : <input checked="" type="checkbox"/> / - |  |  |  |  |
| 3. Status                | (1) Belum kawin (2) Kawin <input checked="" type="checkbox"/> (3) Janda (4) Duda (5) Cerai          |  |  |  |  |
| 4. Jumlah anak           | Anak laki-laki ..... 2 ..... Orang, Anak Perempuan ..... orang                                      |  |  |  |  |
| 5. Alamat sekarang       | JLN. PEMUDA RT.05 NO.79 MANGGAR<br>Pantai Pcipan TIMUR  |  |  |  |  |
| 6. No. Extension Telpon. | Telpon/HP ... 08115300773..... Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) .....                          |  |  |  |  |

## HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama kerja dalam jam/hari					
				Banding	Dalam	Klasse	Radiasi	Ergonomi	Mata-Jala

## 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 dalam sehari.

- |                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| 1. Office        | : ..... jam/hari          |
| 2. Warehouse     | : ..... jam/hari          |
| 3. Workshop      | : ..... 11 ..... 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 DI SAMPING KANAN. JANGAN MELENGKARI ATAU MENCORET PILIHAN JAWABAN**

## RIWAYAT KESEHATAN

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

- |                         |       |          |                                       |
|-------------------------|-------|----------|---------------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> 2 |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> 2 |
| c. Jantung              | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> 2 |
| d. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> 2 |
| e. Kencing Manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> 2 |

f. Timbul benjolan/tumor	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
g. Ayan / Gangguan syaraf	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 3
h. Asma	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
i. Batu ginjal	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
j. Alergi	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
k. Thypus	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
n. Penyakit kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
o. Kuning / Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
p. Gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
u. Gigi / mulut	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
y. Sendi - sendi	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 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       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
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       1  
*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 dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?      1. Ya      2. Tidak       2

## KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?  
1. Ya      2. Tidak   
Bila tidak, lengkap ke alkohol
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 lengkap ke no. 14
4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?
5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)
6. Seberapa sering Anda menghisap 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 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 satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?  
Dari no. 11 lengkap ke pertanyaan alkohol  
1. Rokok pertama di pagi   
2. Rokok lainnya
12. Apakah anda ingin berhenti merokok?  
1. Ya      2. Tidak
13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti program Berhenti Merokok?  
1. Ya      2. Tidak   
Lengkap ke pertanyaan alkohol
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok ? (tahun)

## KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?  
1. Ya      2. Tidak   
Bila tidak, lengkap ke olahraga
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?  
1. Ya      2. Tidak   
Bila tidak, lengkap ke olahraga
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?  
1. Ya      2. Tidak   
Bila tidak, lengkap ke olahraga
4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?
5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya ? (diperkirakan dalam satuan cc)

## AKTIVITAS 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)  
 2.0
2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?  4
3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya ? (dalam menit)  
 3.0
4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?  
1. Ringan      4. Berat   
2. Sedang      5. Sangat berat  
3. Cukup berat

**POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN**

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

7
7

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

1. Apakah ada diantara 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 tahun untuk laki-laki dan 55 tahun 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 Benar, lengkap ke no. 3
2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?
- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|
3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?
- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|
4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?
- |                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|
5. Kapan hari pertama haid terakhir Anda ?
- |                          |                          |   |                          |   |                          |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?
- |                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|
7. Berapa banyak 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 | <input type="checkbox"/> |
|-------|----------|--------------------------|

## KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikuti keluarga berencana ?
2. Bila YA, metode KB apa yang Anda gunakan ?

- |                                  |              |                                       |
|----------------------------------|--------------|---------------------------------------|
| 1. Ya                            | 2. Tidak     | <input checked="" type="checkbox"/> \ |
| Bila tidak lengkap isi Vaksinasi |              |                                       |
| 1. Kondom                        | 5. IUD       | <input checked="" type="checkbox"/> t |
| 2. Pil                           | 6. Vasektomi |                                       |
| 3. Suntik                        | 7. Tubektomi |                                       |
| 4. Susuk                         | 8. Lainnya   |                                       |

## RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?
2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis ?

- |          |               |                                       |
|----------|---------------|---------------------------------------|
| 1. Ya    | 3. Tidak tahu | <input checked="" type="checkbox"/> 3 |
| 2. Tidak |               |                                       |
| 1. Ya    | 3. Tidak tahu | <input checked="" type="checkbox"/> 3 |
| 2. Tidak |               |                                       |

## DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?
2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

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

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

Balikpapan, 9 April 20.2.2  
Nama dan tanda tangan karyawan

(.....Yanti Prabettu.....)

## MEDICAL CHECK UP -2022

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	YUDHI PRASETYO, Tn.	S/N	-	DEPT	Inspection & Testing
------	---------------------	-----	---	------	----------------------

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	110/60 mmHg	Pulse	67 x/m	Respiration	18 x/m	Temp.	36 °C
Weight (W)	76 kg	Height (H)	173 cm	BMI	25,39	Waist	91 cm

(\*) BMI = W / H<sup>2</sup> (Underweight = <18, Normal 18-25, Overweight 25-30, Obese > 30)

## II. PHYSICAL EXAMINATION

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		✓	
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		✓	
5	NOSE / SINUSES	Septum/obstruction/ Turbinates/Discharges		✓	
6	MOUTH / THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx		✓	
7	TEETH	Caries Ø, Filling(F), Missing (M), RadixØ	✓		Caries
8	NECK	Adenopathy/Thyroid/Carotids/ Trachea/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit		✓	
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities		✓	
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender		✓	
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ tenderness/ Nodes/ Scars		✓	
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Tills/ Quality of sound/Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs		✓	
13	CHEST / LUNG	Excursion/Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/ Rales/ Wheezing/Ronchi/ Bruit		✓	
14	ABDOMEN	Bowel sounds/ Appearance/ Liver/ Spleen/ Masses/ Hemias/ 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	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/ Peripheral pulses/ Calf tenderness/Joints for swelling/ ROM		✓	
18	JOINTS	ROM/ Swelling / Inflammation /Deformity		✓	
19	SKIN	Color/Birthmark/Scars/ Tattoos /Texture/Rash/ Eczema / ulcers/Piercing		✓	
20	NEUROLOGICAL	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensor (touch,prick,vibrate)/ Coordination/ Romberg		✓	Romberg Test : Negative
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development		✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/ Hemorrhoids/ Fissure/ Masses /Prostate		✓	

## SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

### I. VISION

Vision	Unaided		With Spectacles		Depth Perception	Colour Blindness	
	Left	Right	Left	Right			
Distant	-	-	20/20	20/30		✓	Normal
Near	20/20	20/20	-	-			Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)		Left	85°	Right	85°		Colour Blind

### II. LABORATORIUM SUMMARY

*See attached result*

Normal	<b>COMMENT :</b>
✓ Abnormal	

### III. CHEST X-RAY

*See attached result*

Pneumoconiosis	Yes	No	✓
If Yes – ILO Classification			
Evidence of TB	Yes	No	✓
Other Abnormalities			
<b>COMMENT</b>	<b>Foto Thorax Normal</b>		

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

*See attached result*

Normal	✓	Abnormal	(specify) : <b>Normal Sinus Rhythm</b>
--------	---	----------	--

### V. TREADMILL (Optional for over 35 years of age)

*See attached result*

Normal	Abnormal	(specify) :
--------	----------	-------------

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

*See attached result*

Test	Observed	Predicted	% Prediction
VC			%
FVC			%
FEV 1			%
FEV/FVC			%

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

*See attached result*

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



Balikpapan, **07/04/2022**

**ANNUAL MEDICAL CHECK UP**

Kepada Yth : <b>YUDHI PRASETYO, Tn.</b>	Umur : 32 tahun	S/N : -
Posisi : Inspector	MCU ID : 2582/GMI-MCU/IV/2022	Dept. : Inspection & Testing

Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :

**04/04/2022**

**TEMUAN :**

- \* Berat Badan = 76 Kg (Overweight), BMI = 25,39 ; BB Ideal = 53,87 - 74,82 Kg. Lingkar Perut : 91 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- \* Riwayat Kesehatan = Tidak ada keluhan kesehatan. Berhenti MEROKOK sejak 1 tahun yll. BEROLAHHRAGA 4x/bulan, Intensitas RINGAN.
- \* Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga. Riwayat Vaksinasi = Vak. Tetanus & Vak. Hepatitis : TIDAK TAHU.
- \* Fisik = TD : 110/60 mmHg (Normal). Gigi : Caries. Romberg Test : Negatif.
- \* Fisik = Mata (Berkacamata) : VOD : 20/30 (Normal), VOS : 20/20 (Normal), VF ODS : 85% (Normal). Test Buta Warna : Normal.
- \* Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- \* Lab = Kimia Darah : Cholesterol 221 mg/dL (Meningkat), LDL 134 mg/dL (Meningkat).
- \* Rekam Jantung (EKG) = Sinus Rhythm. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal. Audiometri = Fungsi pendengaran dalam batas normal.
- \* **Faktor Resiko Jantung Koroner berdasarkan Jakarta Cardiovascular Score = 1 → Low Risk (CV10 < 10%)**

**STATUS KESEHATAN :**

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

**KESIMPULAN :**

- |  |                     |
|--|---------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> FIT  | Sebagai : Inspector |
| <input type="checkbox"/> UNFIT           | Di : PHM            |
| <input type="checkbox"/> TEMPORARY UNFIT |                     |



**SARAN - SARAN :**

- \* Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan pada DOKTER.
- \* Diet RENDAH LEMAK; Batasi Makan GORENGAN; Lakukan pemeriksaan laboratorium LEMAK DARAH 3 bulan kemudian.
- \* Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI.
- \* OLAHHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh.
- \* -
- \* -

Bila masih ada hal yang perlu diperjelas, mohon segera menghubungi dokter pemeriksa di 0542-7214552, 0811 540 8080, 0821 5721 3030.  
Terima kasih atas kerjasamanya.

**Catatan :**

\* Status Medical Check Up ini berlaku sampai dengan tanggal : **04/04/2023**

Mengetahui :

dr. ....

Hormat Kami,  
Dokter Pemeriksa,

**Grand**  
dr. Hendra AZ MEDICA INDONESIA  
No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017



**Patient Data**

ID Number :	2582/GMI-MCU/IV/2022	Company :	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Name :	<b>YUDHI PRASETYO, Tn.</b>	Occupation :	Inspector
Gender :	Laki-Laki	Test Date :	04/04/2022
DOB / Age :	10/09/1989 / 32 Yo.	BMI :	25,39
Height (cm)	173	Weight (kg) :	76

**Jakarta Cardiovascular Risk Table**

Risk Factor		Score	Result	Poin	Determine the 10-year CVD risk (%)					
<b>Sex</b>	Female	0	Male	1	<b>Total Points</b>	<b>10-year CVD risk (%)</b>				
	Male	1								
	25-34	-4			-4	Low Risk	1			
	35-39	-3			-3	Low Risk	2,6			
	40-44	-2			-2	Low Risk	4,2			
<b>Age</b>	45-49	0	32	-4						
	50-54	1								
	55-59	2								
	60-64	3								
	Normal	0								
<b>Blood Pressure</b>	High Normal	1			<b>Total Points</b>	<b>10-year CVD risk (%)</b>				
	Grade 1 Hypertension	2	110/60	0						
	Grade 2 Hypertension	3								
	Grade 3 Hypertension	4								
<b>BMI (Kg/m2)</b>	13,79 - 25,99	0			<b>Total Points</b>	<b>10-year CVD risk (%)</b>				
	26,00 - 29,99	1	25,39	0						
	30,00 - 35,58	2								
<b>Smoke</b>	Never	0			<b>Total Points</b>	<b>10-year CVD risk (%)</b>				
	Ex Smoker	3	Ex Smoker	3						
	Smoker	4								
<b>Diabetes Mellitus</b>		0			<b>Total Points</b>	<b>10-year CVD risk (%)</b>				
		2	No	0						
		0								
<b>Physical Exercise/Activity</b>	No	2	Low	1						
	Low	1								
	Medium	0								
	High	-3								
<b>Total Point</b>				<b>1</b>						

**Result**

Estimated 10-year CVD Risk

9,0%

Risk Category

Low Risk

**Advice**

Patients with HIGH RISK scores should be counseled aggressively about social factors contributing to their risk (smoking, exercise, weight, diet, etc) and also managed with blood pressure and lipid evaluation.

**References**

Kusmana. Dede. The Jakarta Cardiovascular Score, A Modified Framingham Score, Is A Simple Method For Cardiovascular Risk Stratification In Developing Countries. 21st Scientific Meeting of the International Society of Hypertension, 2006; 201.

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 2582 /GMI-MCU/IV/2022

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama (Name)</b>	: YUDHI PRASETYO, Tn.	/ Laki-Laki	<b>Umur (Age)</b>	: 32 Tahun (Years old)
<b>Pekerjaan (Job Position)</b>	: INSPECTOR		<b>Dokter (Doctor)</b>	: Dr. Hendra AZ
<b>Perusahaan (Company)</b>	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		<b>Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)</b>	: 04 April 2022

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value		SATUAN		
<b>HEMATOLOGI</b>						
<b>HEMATOLOGI RUTIN</b>						
Hemoglobine ( Hgb )	14,3	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0		g/dL		
Hematocrit ( Hct )	41,3	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0		%		
Erythrocyt (RBC)	5,3	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5		10^6 sel/mm3		
Leucocyt (WBC)	6,4	Dewasa : 4,0 - 10,0		10^3 /µL		
Differential Count						
Basophile	0,2	0 - 2		%		
Eosinophile	1,9	0 - 3		%		
Neutrofil	56,3	50 - 70		%		
Lymphocyte	36,2	20 - 40		%		
Monocyte	5,4	3 - 12		%		
MCV	80	80 - 100		fL		
MCH	27	27 - 34		pg/cell		
MCHC	34	32 - 36		g/dL		
RDW- CV	12,0	11 - 16		%		
RDW-SD	35,5	35 - 56		fL		
Thrombocyt	334	140 - 440		10^3 /mm3		
<b>KIMIA KLINIK</b>						
<b>METABOLISME GLUKOSA/DIABETES</b>						
Glucose Fasting	73	Normal : 70 - 110		mg/dL		
<b>PROFIL LEMAK</b>						
Cholesterol total	221	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240		mg/dL		
Triglycerides	133	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500		mg/dL		

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 2582 /GMI-MCU/IV/2022

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama (Name)</b>	: YUDHI PRASETYO, Tn.	/ Laki-Laki	<b>Umur (Age)</b>	: 32 Tahun (Years old)
<b>Pekerjaan (Job Position)</b>	: INSPECTOR		<b>Dokter (Doctor)</b>	: Dr. Hendra AZ
<b>Perusahaan (Company)</b>	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		<b>Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)</b>	: 04 April 2022

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value		SATUAN
HDL Cholesterol	60	Rendah : < 40		mg/dL
		Tinggi : >= 60		
LDL Cholesterol	134	Optimal : < 100		
		Mendekati optimal : 100 - 129		
		Batas tinggi : 130 - 159		mg/dL
		Tinggi : 160 - 189		
		Sangat tinggi : > 190		
Rasio LDL/HDL	2,2	CARDIO RISK INDEX (CRI)		
		< 3 : Low risk		
		3 - 5 : Moderate risk		
		> 5 : High risk		
<b>FUNGSI HATI</b>				
SGOT / AST	29	0 - 37		U/L
SGPT / ALT	33	0 - 40		U/L
<b>FUNGSI GINJAL</b>				
Uric Acid	4,6	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2		mg/dL
		Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0		
Creatinin	0,9	0,8 - 1,4		mg/dL
Ureum	29	10 - 50		mg/dL
<b>URINALISA</b>				
<b>MAKROSKOPIS URIN</b>				
Warna	Kuning			
Kejernihan	Jernih			
<b>KIMIA</b>				
Berat jenis	1,010	Normal : 1,003 - 1,035		
pH	6,5	Normal : 4,5 - 8		
Protein	Negatif	Normal : < 7,5 (Negatif)		mg/dL
Glucose	Negatif	Normal : < 0,018 (Negatif)		mg/dL
Leukosit esterase	Negatif	Normal : < 9 (Negatif)		Leu/ $\mu$ L

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 2582 /GMI-MCU/IV/2022

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama (Name)</b>	: YUDHI PRASETYO, Tn.	/ Laki-Laki	<b>Umur (Age)</b>	: 32 Tahun (Years old)
<b>Pekerjaan (Job Position)</b>	: INSPECTOR		<b>Dokter (Doctor)</b>	: Dr. Hendra AZ
<b>Perusahaan (Company)</b>	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		<b>Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)</b>	: 04 April 2022

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
Ketone	Negatif	Normal : < 2,5 (Negatif)	mg/dL
Urobilin	Negatif	Normal : < 0,2 (Negatif)	mg/dL
Bilirubin	Negatif	Normal : < 0,4 (Negatif)	mg/dL
Nitrite	Negatif	Normal : < 0,05 (Negatif)	mg/dL
Blood	Negatif	Normal : 1< 0,018 (Negatif)	mg/dL

Tanggal pengambilan sampel : 04 April 2022

Penanggung Jawab Laboratorium,

  
**Laboratorium**  
**GRAND Medica**  
Dr. Hendro Agus Z

Analis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak



Nomor Pasien  
(Patient Number)

Nomor Film  
(Film Number) : 2582

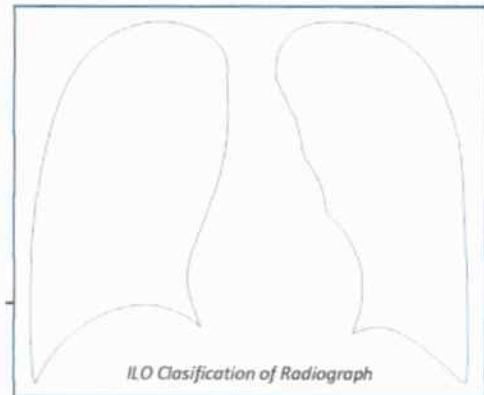
**Data Pasien (Patient Detail)**

Nama  
(Name) : YUDHI PRASETYO, Tn.  
Umur  
(Age) : 32 Tahun  
(years old)  
Jenis Kelamin  
(Gender) : Male

Perusahaan  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
Pekerjaan  
(Occupation) : INSPECTOR  
Tgl Pemeriksaan  
(Date of Analysis) : 04 April 2022

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

Jenis Pemeriksaan  
(Type of Examination) : Foto thorax  
Posisi Penyinaran  
(Exposure Position) : PA  
Kondisi Penyinaran  
(Exposure Condition) : kV : 58  
mAs : 3,6



ILO Clasification of Radiograph

**Interpretasi Foto Thorak oleh Spesialis Radiologi**  
(Chest X-ray Interpretation by the Radiologist)

1. Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?  
(Skeleton and/or Soft Tissue Abnormalities)
2. Kelainan Bayangan Jantung?  
(Abnormal heart shadows )
3. Kelainan Hilus dan/atau Kelenjar Limfa?  
(Abnormal hilar and/or lymphatic gland)
4. Kelainan Diafragma dan Sudut Costophrenic?  
(Abnormal Diaphragms and Costophrenic angles)
5. Kelainan Paru-paru?  
(Abnormal Lung Fields)
6. Gambaran Lainnya dari Lesi TBC?  
(Any evidence of tubercular lesions)
7. Gambaran Abnormal Lainnya?  
(Detail of Other Abnormalities)

**Penjelasan Keadaan Abnormal**  
(Comment on Abnormalities)

No	Yes →

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto thorax normal

dr. ABDUL HARIS, Sp.Rad

Spesialis Radiologi



**Allengers**

Passion for excellence

04-04-2022 11:22:26

ID : 2582  
Name : Yudhi,P  
Age : 32 Years  
Department: PT. Inspektindo

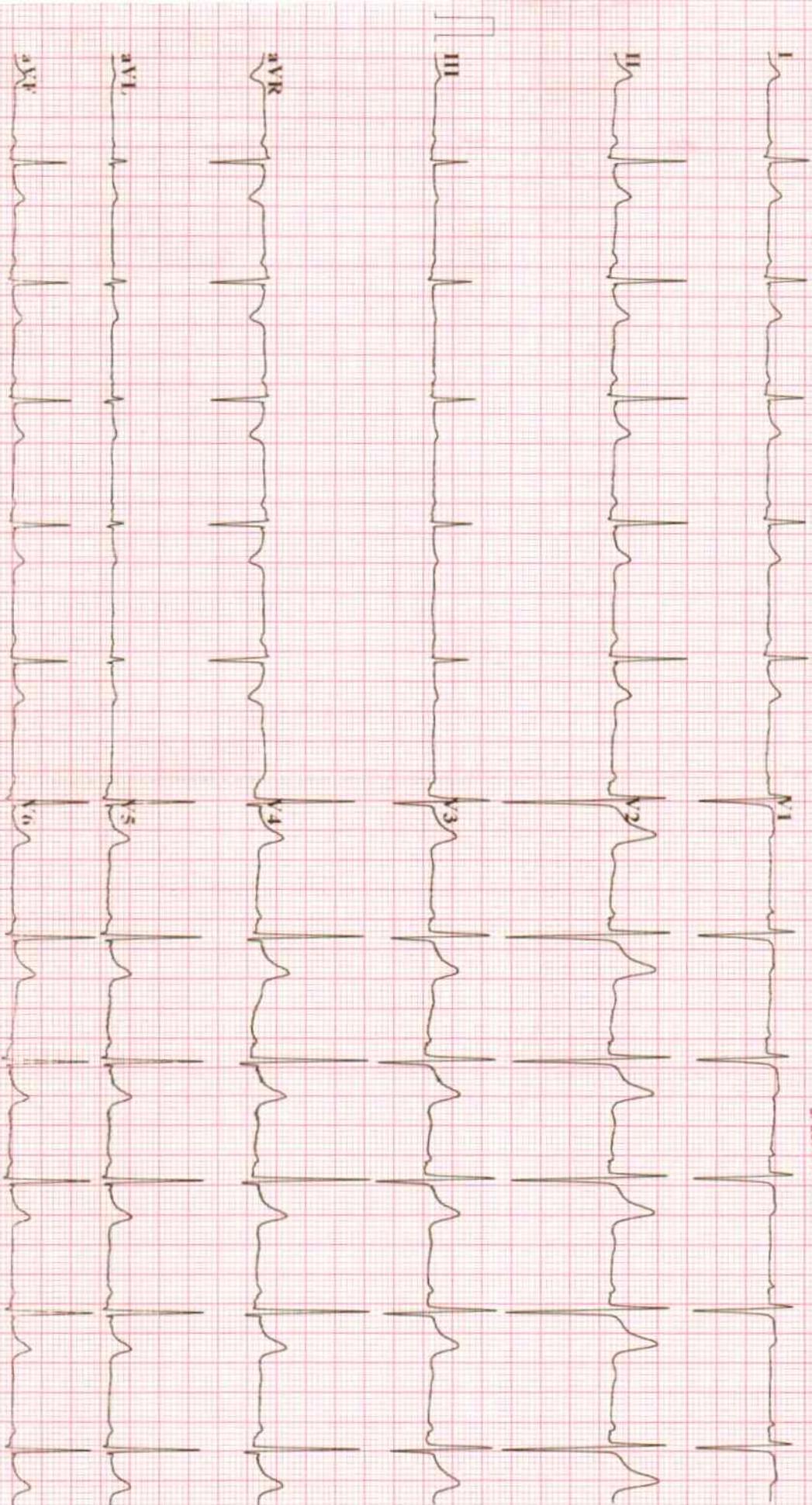
HR : 67 BPM  
P Dur : 112 ms  
PR int : 156 ms  
QRS Dur : 76 ms  
QT/QTC int : 365/387 ms  
P/QRS/T axis : 56/55/47 °  
RV5/SV1 amp : 1.671/1.273 mV  
RV5+SV1 amp : 2.944 mV  
RV6/SV2 amp : 1.449/1.844 mV

Diagnosis Information:  
800: Sinus Rhythm  
\*\*\*Normal ECG\*\*\*

NCR

Technician : Rinda Amd.Kep  
Report Confirmed by:

dr. AHMAD YUSRI, SpJP  
SPESIALIS JANTUNG DAN VESIKULAH DARAH



**Patient Data**

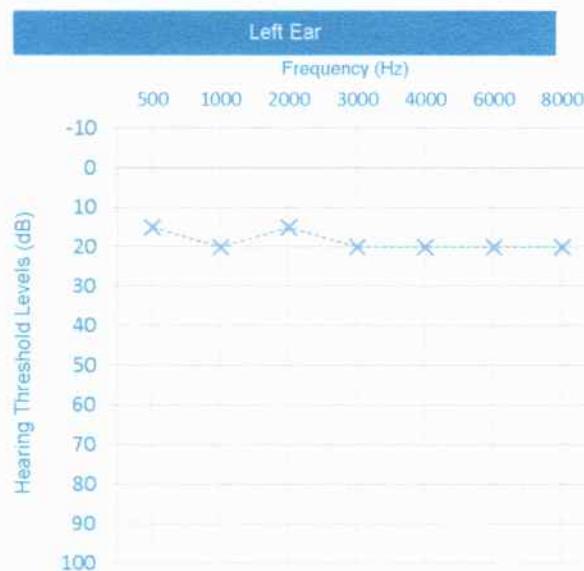
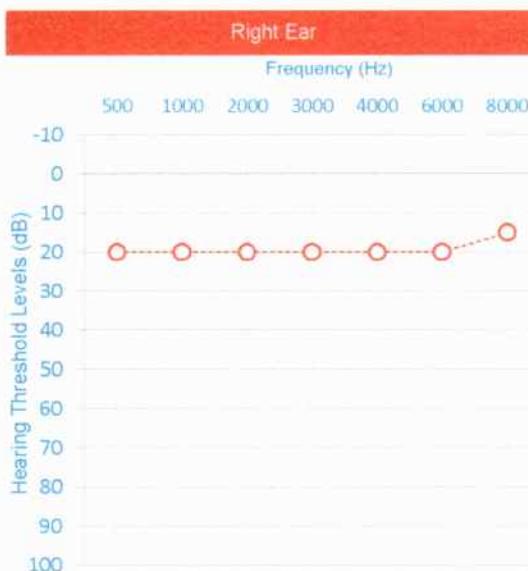
ID Number	2582	Gender	Laki-laki
First Name	YUDHI	Occupation	Inspector
Last Name	PRASETYO	Company	PT. Inspektindo
Age	32 Yo.	Test Date	4 April 2022

**Occupational Noise Exposure**

	Type of work	Period of work	Hearing Protection Worn
Present	Inspector	-	No
Previous	1) -	-	-
	2) -	-	-
Military Services	-	-	-

**Test Detail**

Test Location	<input checked="" type="checkbox"/> Sound Booth	<input type="checkbox"/> Other	Hours Away from Noise
Technician	Rentivia Apriyani A.Md. Kep	-	< 14 hours      14 - 24 hours      > 24 hours



O = Right Air Conduction, &lt; = Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction, &gt; = Left Bone Conduction

**Right Ear Observation and Test Result**

Canal	Normal						
Ear Drum	Normal						
Conduction	Frequency (Hz)						
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Air	20	20	20	20	20	20	15
Bone	-	-	-	-	-	-	-

**Left Ear Observation and Test Result**

RIGHT EAR	HTL	Canal	Normal							HTL
	EAR	Ear Drum	Normal							LEFT EAR
		Conduction	Frequency (Hz)							
			500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	20,0	Air	15	20	15	20	20	20	20	18,3
		Bone	-	-	-	-	-	-	-	-

**Conclusion / Medical Report**

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature


 Instrument used  
 SIBEL SOUND 400

 Standard  
 OSHA