



## PERSONAL DATA

No. MCU : 1077/GMI-MCU/V/2020  
No. Badge : -  
N a m a : **YUDHI PRASETYO, Tn.**  
U m u r : 30 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : Inspector  
Tgl Pemeriksaan : 06/05/2020  
Alamat : Jl. Pemuda RT 05 No.79 Manggar, Balikpapan Timur



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE  
TAHUN 2020

NAMA : JUDHI PRASETYO  
TANGGAL LAHIR : 10 SEPTEMBER 1989  
JENIS KELAMIN : LAKI - LAKI  
S/N : 19147  
IGG :  
DEPT/SERVICE : INSPECTION  
LOKASI KERJA : PHM  
JENIS PEMERIKSAAN :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement



|                           |       |          |                                     |
|---------------------------|-------|----------|-------------------------------------|
| f. Timbul benjolan/tumor  | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. Ayan / Gangguan syaraf | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| h. Asma                   | 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 - sendi          | 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

- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ?  
1. Ya 2. Tidak   
*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
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ?
- Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?  
1. Ya 2. Tidak
- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ?  
1. Ya 2. Tidak   
*Bila tidak, langsung ke no. 8*
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?
- Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?  
1. Ya 2. Tidak

### KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?
2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya ?
3. Apakah saat ini Anda merokok ?
4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?
5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)  
**SAMPOERNA**
6. Seberapa sering Anda menghisap dalam-dalam asap rokok ?
7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?
8. Apakah Anda lebih banyak merokok dalam jam pertama di pagi hari ?
9. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang dilarang merokok ?
10. Apakah Anda tetap merokok di saat Anda sedang sakit ?
11. Dalam satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?  
*Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol*
12. Apakah anda ingin berhenti merokok?
13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti program Berhenti Merokok?
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok ? (tahun)

1. Ya    2. Tidak     1  
*Bila tidak, langsung ke alkohol*
- 1     7
1. Ya, setiap hari     2  
2. Ya, tidak setiap hari  
3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14
- 5
1. Kadar nikotin rendah     1  
2. Kadar nikotin sedang  
3. Kadar nikotin tinggi
1. Tidak pernah     1  
2. Kadang-kadang  
3. Selalu
- 2     0     0
1. Ya    2. Tidak     2
1. Ya    2. Tidak     2
1. Ya    2. Tidak     2
1. Rokok pertama di pagi     2  
2. Rokok lainnya
- ① Ya    2. Tidak  
① Ya    2. Tidak  
*Langsung ke pertanyaan alkohol*

### KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?
4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?
5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya ? (diperkirakan dalam satuan cc)

1. Ya    2. Tidak     2  
*Bila tidak, langsung ke olahraga*
1. Ya    2. Tidak      
*Bila tidak, langsung ke olahraga*
1. Ya    2. Tidak      
*Bila tidak, langsung ke olahraga*

### 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. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya ? (dalam menit)
4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?

1     0     2     0

    4  
     1     5

1. Ringan    4. Berat     1  
2. Sedang    5. Sangat berat  
3. Cukup berat

**POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN**

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

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

- 1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak 2
  - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak 2
  - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak 2
  - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak 2
  - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak 2
  - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak 2
  - g. Asma 1. Ya 2. Tidak 2
- 2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak 2
  - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak 2
  - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak 2
  - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak 2
  - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak 2
  - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak 2
  - g. Asma 1. Ya 2. Tidak 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 2

**UNTUK KARYAWAN WANITA**

- 1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya 2. Tidak
- 2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?    
*Bila tidak, langsung ke no. 3*
- 3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?
- 4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?
- 5. Kapan hari pertyama haid terakhir Anda ?   /   /
- 6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?
- 7. Berapa banyak pada saat Anda haid ? 1. Banyak 2. Sedikit
- 8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ? 1. Ya 2. Tidak
- 9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ? 1. Ya 2. Tidak
- 10. Apakah Anda sering menderita keputihan ? 1. Ya 2. Tidak

### KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikut keluarga berencana ?

1. Ya    2. Tidak     2

*Bila tidak langsung ke Vaksinasi*

2. Bila YA, metode KB apa yang Anda gunakan ?

1. Kondom    5. IUD   

2. Pili    6. Vasektomi

3. Suntik    7. Tubektomi

4. Susuk    8. Lainnya

### RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya    3. Tidak tahu     3

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis ?

1. Ya    3. Tidak tahu     3

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, ..... 6 MAY ..... 2020  
Nama dan tanda tangan karyawan

  
(..... YUDHI PRASERTO .....)

## MEDICAL CHECK UP –2020

## PHYSICAL EXAMINATION

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

## I. VITAL SIGN

|                         |        |      |            |     |     |             |       |       |       |      |    |
|-------------------------|--------|------|------------|-----|-----|-------------|-------|-------|-------|------|----|
| Blood Pressure (supine) | 110/70 | mmHg | Pulse      | 80  | x/m | Respiration | 20    | x/m   | Temp. | 36,7 | °C |
| Weight (W)              | 72     | kg   | Height (H) | 171 | cm  | BMI         | 24,62 | Waist | 84    | 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<br>(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/ Turbinate /Discharges                                                                   |   | ✓ | -                                                                            |
| 6  | MOUTH / THROAT     | Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx                                                                     |   | ✓ | -                                                                            |
| 7  | TEETH              | Caries ©, Filling(F), Missing (M), Radix©                                                                   | ✓ |   | Missing, Caries                                                              |
| 8  | NECK               | Adenopathi/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/ enderness/ Nodes/ Scars                       |   | ✓ | -                                                                            |
| 12 | HEART              | Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/ 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/ Hernias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes         |   | ✓ | -                                                                            |
| 15 | GROIN              | Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses                                                                        |   | ✓ | -                                                                            |
| 16 | GENITAL            | MALE                                                                                                        |   | ✓ | -                                                                            |
|    |                    | FEMALE                                                                                                      |   |   | -                                                                            |
| 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           | 20/50 |                  | ✓                | Normal             |
| Near                         |         |       | 20/20           | 20/20 |                  |                  | Red – Green Absent |
| Visual fields (Normal > 70°) |         |       | Left            | 85°   | Right            | 85°              | Colour Blind       |

### II. LABORATORIUM SUMMARY

|   |          |                                                                                                           |
|---|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | Normal   | <b>COMMENT:</b> Cholesterol : 290 mg/dL (Tinggi, N < 200 mg/dl), LDL : 211 mg/dL (Tinggi, N < 130 mg/dL). |
| ✓ | Abnormal |                                                                                                           |

*See attached result*

### III. CHEST X-RAY

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

*See attached result*

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

|        |   |          |                                  |
|--------|---|----------|----------------------------------|
| Normal | ✓ | Abnormal | (specify) : Normal Sinus Rhythm. |
|--------|---|----------|----------------------------------|

*See attached result*

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

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

*See attached result*

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

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

*See attached result*

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

|                   |          |                                                                                        |     |
|-------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <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 |     |

*See attached result*

Tgl. Skrining : 06 Mei 2020

No. : 1077

**Bagian A. Identitas Pasien (diisi dengan lengkap oleh pasien yang berkunjung)**

|                                                            |                                                                     |                                     |                                     |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Nama Lengkap:<br><b>YUDHI PRASETYO, Tn.</b>                | Tgl. Lahir:<br><b>10/09/1989</b>                                    | Umur :<br><b>30</b> tahun           | Jenis Kelamin :<br><b>Laki-Laki</b> |
| Nama Perusahaan:<br><b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b> | Alamat Rumah:<br><b>Jl. Pemuda RT 05 No. 79 Manggar, Balikpapan</b> | Telp./HP :<br><b>0852 4700 0077</b> |                                     |

**Bagian B. Informasi Riwayat Kesehatan (diisi oleh pasien)**

Berilah tanda centrang (v) pada setiap kolom pertanyaan sesuai keadaan sebenarnya:

| Gejala:                                                                                           | Ya                       | Tidak                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Apakah anda pernah mengalami demam atau riwayat demam dalam 14 hari terakhir?                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Apakah anda pernah mengalami batuk/pilek/nyeri tenggorokan dalam 14 hari terakhir?             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Apakah anda pernah mengalami sesak atau kesulitan bernapas (pneumonia) dalam 14 hari terakhir? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Faktor Risiko :**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ya                                                                               | Tidak                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Apakah anda memiliki riwayat perjalanan ke wilayah/negara/kota yang termasuk kategori transmisi lokal dalam waktu 14 hari terakhir.<br><input type="checkbox"/> Jakarta <input type="checkbox"/> Manado<br><input type="checkbox"/> Bandung <input type="checkbox"/> Pontianak<br><input type="checkbox"/> Yogyakarta <input type="checkbox"/> Solo<br><input type="checkbox"/> Depok <input type="checkbox"/> Denpasar<br><input type="checkbox"/> Tangerang <input type="checkbox"/> .....<br><input type="checkbox"/> Bogor <input type="checkbox"/> ..... | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                               |
| 2. Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih:<br>a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 <b>ATAU</b><br>b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 <b>ATAU</b><br>c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi).                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |

**Bagian C. Pemeriksaan Tanda Vital (diisi oleh petugas pemeriksa)**

|                            |                           |                     |
|----------------------------|---------------------------|---------------------|
| Pengukuran Suhu Tubuh (°C) | Laju Pernapasan (x/menit) | Laju Nadi (x/menit) |
| 36,7                       | 20                        | 80                  |



**Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)**

|               |        |          |
|---------------|--------|----------|
| Suara Napas   | Ronchi | Wheezing |
| Vesikuler +/- | -/-    | -/-      |

**Bagian E. Kategori Penilaian**

|                                                                                                                                                                                                                                | Kesimpulan                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| • Pasien Dalam Pengawasan (PDP)<br>Gejala No. 1 + No. 2 + No. 3 <b>DAN</b> faktor risiko No. 1 <b>ATAU</b> Gejala No. 1 <b>ATAU</b> No. 2 <b>DAN</b> salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 <b>ATAU</b> Gejala No.3 (Berat) | <input type="checkbox"/>            |
| • Orang Dalam Pemantauan (ODP)<br>Gejala No. 1 <b>ATAU</b> No.2 <b>DAN</b> Faktor Risiko No.1 <b>ATAU</b> Gejala No.2 <b>DAN</b> salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2                                                     | <input type="checkbox"/>            |
| • Orang Tanpa Gejala (OTG)<br>Tidak ada gejala <b>DAN</b> Memiliki faktor risiko No.2.                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |
| • Bukan Termasuk Salah Satunya.                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> |

Saya menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan di atas adalah benar dan telah diisi sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Saya setuju hasil pemeriksaan saya disimpan dalam bentuk dokumen tertulis maupun elektronik dan jika diperlukan informasi medis yang berhubungan dengan pekerjaan saya, dapat diberikan kepada pimpinan perusahaan tempat saya bekerja.

|                 |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pasien/Karyawan | Petugas Skrining                                                                                       | Dokter Pemeriksa                                                                                                                                                                                                                        |
|                 | <br><b>SUPARLAN</b> | <br><br>dr. Malikinnas<br>SIP: 449.1/2/5/P.3/DPMPT/SIP-D/2018 |





**JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE**

Name : YUDHI PRASETYO, Tn.  
MCU No. : 1077/GMI-MCU/VI/2020  
Date : 06/05/2020

Age (Years) : 30  
Job : Inspector  
Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

| RISK FACTOR                |                      | SCORE | RESULT                               | Points   |
|----------------------------|----------------------|-------|--------------------------------------|----------|
| Sex                        | Female               | 0     | Male                                 | 1        |
|                            | Male                 | 1     |                                      |          |
| Age                        | 25-34                | -4    | 30                                   | -4       |
|                            | 35-39                | -3    |                                      |          |
|                            | 40-44                | -2    |                                      |          |
|                            | 45-49                | 0     |                                      |          |
|                            | 50-54                | 1     |                                      |          |
|                            | 55-59                | 2     |                                      |          |
|                            | 60-64                | 3     |                                      |          |
| Blood Pressure             | Normal               | 0     | 110/70                               | 0        |
|                            | High Normal          | 1     |                                      |          |
|                            | Grade 1 Hypertension | 2     |                                      |          |
|                            | Grade 2 Hypertension | 3     |                                      |          |
|                            | Grade 3 Hypertension | 4     |                                      |          |
| BMI (Kg/m2)                | 13,79-25,99          | 0     | 24,62                                | 0        |
|                            | 26,00-29,99          | 1     |                                      |          |
|                            | 30,00-35,58          | 2     |                                      |          |
| Smoke                      | Never                | 0     | Smoker                               | 4        |
|                            | Ex Smoker            | 3     |                                      |          |
|                            | Smoker               | 4     |                                      |          |
| Diabetes Mellitus          | No                   | 0     | No                                   | 0        |
|                            | Yes                  | 2     |                                      |          |
| Physical Exercise/Activity | No                   | 2     | Low                                  | 1        |
|                            | Low                  | 1     |                                      |          |
|                            | Medium               | 0     |                                      |          |
|                            | High                 | -3    |                                      |          |
| <b>TOTAL SCORE</b>         |                      |       |                                      | <b>2</b> |
| <b>CONCLUSION :</b>        |                      |       | <b>MODERATE RISK (CV10 = 10-20%)</b> |          |

**NOTES :**

Blood Pressure : Normal (<130/<85), High - Normal (130-139/85-89), Grade 1 Hypertension (140-159/90-99), Grade 2 Hypertension (160-179/100-109), Grade 3 Hypertension (>180/>110)

**RISK LEVEL :**

▶ -7 to 1 → Low Risk (CV10 < 10%). ▶ 2 to 4 → Moderate Risk (CV10 = 10-20%). ▶ ≥ 5 → High Risk (CV10 > 20%)



## HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 1077 /GMI-MCU/V/2020

**Data Pasien (Patient Detail)**

|                                    |                                   |   |          |                                              |                 |                             |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|----------|----------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|
| <b>Nama</b><br>(Name)              | : YUDHI PRASETYO, Tn.             | / | <b>M</b> | <b>Umur</b><br>(Age)                         | : 30            | <b>Tahun</b><br>(Years old) |
| <b>Pekerjaan</b><br>(Job Position) | : INSPECTOR                       |   |          | <b>Dokter</b><br>(Doctor)                    | : Dr. Hendra AZ |                             |
| <b>Perusahaan</b><br>(Company)     | : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA |   |          | <b>Tgl Pemeriksaan</b><br>(Date of Analysis) | : 6 Mei 2020    |                             |

| HEMATOLOGY          | Hasil / Result | Nilai Normal / Normal Value                                                                                                                                                                          |
|---------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hemoglobine ( Hgb ) | 13,8           | ( F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL )                                                                                                                                                               |
| Hematocrit ( Hct )  | 5,3            | ( F: 35 ,0- 45,0%, M: 40,0 - 50,0 % )                                                                                                                                                                |
| Erythrocyt (RBC)    | 5,3            | ( F:3,8-5,5x10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup> , M:4,4-5,6x10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup> )                                                                                                    |
| Leucocyt (WBC)      | 7,2            | ( 4,0 - 10,0/mm <sup>3</sup> )                                                                                                                                                                       |
| Differential Count  |                |                                                                                                                                                                                                      |
| Basophile           | 0,5            | 0,0 - 2,0%                                                                                                                                                                                           |
| Eosinophile         | 1,4            | 0 ,5- 6,0%                                                                                                                                                                                           |
| Neutrofil           | 57,2           | 50,0 - 70,0%                                                                                                                                                                                         |
| Lymphocyte          | 37,1           | 20,0% - 40,0%                                                                                                                                                                                        |
| Monocyte            | 3,8            | 3,0 - 12,0%                                                                                                                                                                                          |
| MCV                 | 87             | 80 - 100 fL                                                                                                                                                                                          |
| MCH                 | 28             | 27-34 pg/sel                                                                                                                                                                                         |
| MCHC                | 36             | 32-36 g/dL                                                                                                                                                                                           |
| RDW- CV             | 13,0           | 11,0 - 16,0 %                                                                                                                                                                                        |
| RDW-SD              | 37,1           | 35,0 - 56,0 fL                                                                                                                                                                                       |
| Thrombocyt          | 245            | ( 140 - 440 x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )                                                                                                                                                     |
| BLOOD CHEMISTRY     | Hasil / Result | Nilai Normal / Normal Value                                                                                                                                                                          |
| Glucose Fasting     | 109            | 70 - 110 mg/dL                                                                                                                                                                                       |
| Cholesterol total   | 290            | Normal : <200mg/dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl<br>M:Normal > 55 mg/dl Boorderline 35 - 55 mg/dl Abnormal < 35 mg/dl<br>F : Normal > 65 mg/dl Borderline 45 - 65 mg/dl Abnormal < 45 mg/dl |
| HDL Cholesterol     | 55             | Normal < 130 mg/dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl                                                                                                                                       |
| LDL Cholesterol     | 211            | Normal < 150 mg/dl Bordeline 150 -199 mg/dl Tinggi 200 -499 mg/dL<br>(Dewasa M :3,5 - 7,2 mg/dL) (Dewasa F : 2,6 6,0 mg/ dL)                                                                         |
| Triglycerides       | 119            | Normal < 150 mg/dL Bordeline 150 -199 mg/dl Tinggi 200 -499 mg/dL<br>(Dewasa M :3,5 - 7,2 mg/dL) (Dewasa F : 2,6 6,0 mg/ dL)                                                                         |
| Uric Acid           | 5,7            | 0,8 - 1,4 mg/dL                                                                                                                                                                                      |
| Creatinine          | 0,9            | 10 - 50 mg/ dL                                                                                                                                                                                       |
| Ureum               | 20             | M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L                                                                                                                                                                        |
| SGOT / AST          | 20             | M : s/d 40 U/L F : s/d 35 U/ L                                                                                                                                                                       |
| SGPT / ALT          | 37             |                                                                                                                                                                                                      |
| URINALYSIS          | Hasil / Result | Nilai Normal / Normal Value                                                                                                                                                                          |
| <b>MACROS</b>       |                |                                                                                                                                                                                                      |
| Colour              | Kuning Jernih  | Jernih                                                                                                                                                                                               |
| Spec.Grav           | 1,025          | 1,003 - 1,035                                                                                                                                                                                        |
| pH                  | 5,0            | 4,5 - 8                                                                                                                                                                                              |
| Protein             | Negative       | < 7,5 mg/dl, 0,075 g/l                                                                                                                                                                               |
| Glucose             | Negative       | < 0,018 mg/dl, < 5 mmol/L                                                                                                                                                                            |
| Leucocyt            | Negative       | < 9 Leu/μ L                                                                                                                                                                                          |
| Ketone              | Negative       | < 2,5 mg/dl, 0,25 mmol /dl                                                                                                                                                                           |
| Urobilin            | Negative       | <0,2 mg/dl, <3,5 μmol/dl                                                                                                                                                                             |
| Bilirubin           | Negative       | <0,4 mg/dl , <2,5 μmol/L                                                                                                                                                                             |
| Nitrite             | Negative       | < 0,05 mg/dl                                                                                                                                                                                         |
| Blood               | Negative       | < 0,018 mg/dl, < 5 ery/μl                                                                                                                                                                            |

Penanggung Jawab  
Laboratorium

**GRAND Medica**

Dr. Hendra AZ

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak

Jl. Marsma R. Iswahyudi No.19 RT.08  
Balikpapan. Kalimantan Timur  
P: 0542-721-4552; 0823-6655-3030  
F: 0542-721-4553 E: grandmedica@gmail.com



**Nomor Pasien**  
(Patient Number)

**Nomor Film**  
(Film Number) : 1077

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : YUDHI PRASETYO, Tn.

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

**Umur**  
(Age) : 30 Tahun  
(years old)

**Pekerjaan**  
(Occupation) : INSPECTOR

**Jenis Kelamin**  
(Gender) : Male

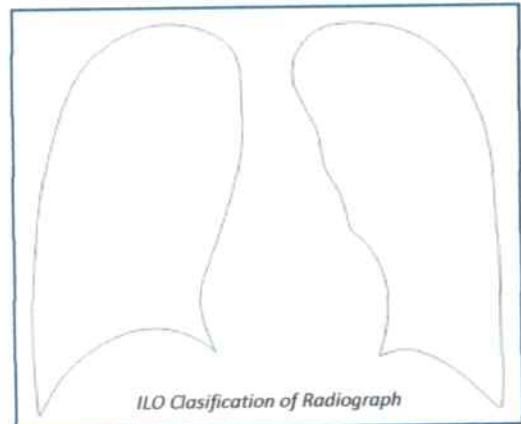
**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 06 Mei 2020

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

**Jenis Pemeriksaan**  
(Type of Examination) : Thorax

**Posisi Penyinaran**  
(Exposure Position) : PA

**Kondisi Penyinaran**  
(Exposure Condition) : kV : -  
mAs : -



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

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

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

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| <input checked="" type="radio"/> No | Yes → |
| <input checked="" type="radio"/> No | Yes → |
| <input checked="" type="radio"/> No | Yes → |
| <input checked="" type="radio"/> No | Yes → |
| <input checked="" type="radio"/> No | Yes → |
| <input checked="" type="radio"/> No | Yes → |
| <input checked="" type="radio"/> No | Yes → |

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto Thorax normal



**Patient Data**

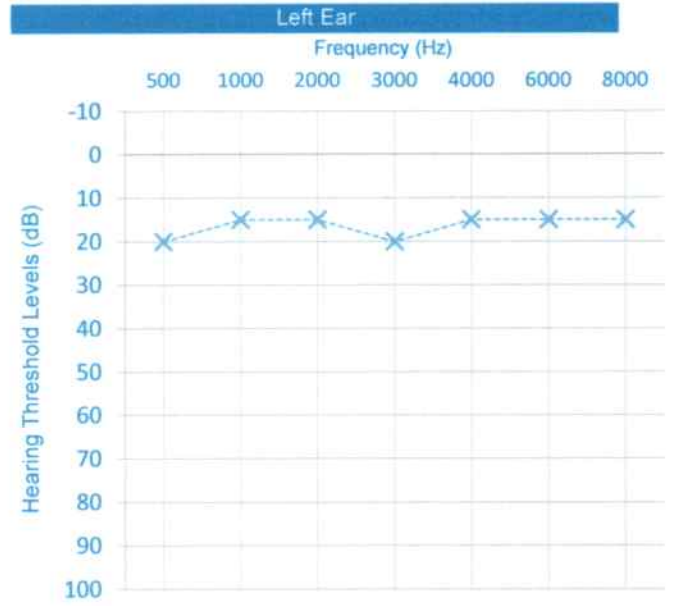
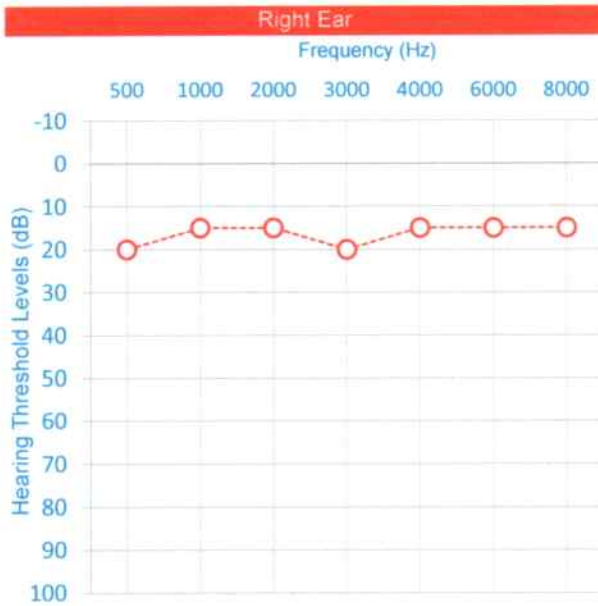
|            |          |            |                                 |
|------------|----------|------------|---------------------------------|
| ID Number  | 1077     | Gender     | Laki-laki                       |
| First Name | YUDHI    | Occupation | Inspector                       |
| Last Name  | PRASETYO | Company    | PT. Inspektindo Sinergi Persada |
| Age        | 30 Yo.   | Test Date  | 6 Mei 2020                      |

**Occupational Noise Exposure**

|                          |                          |                         |                              |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------------|
| <b>Present</b>           | Type of work: Inspector  | Period of work: 1 Years | Hearing Protection Worn: Yes |
| <b>Previous</b>          | 1) -                     | -                       | -                            |
|                          | 2) -                     | -                       | -                            |
| <b>Military Services</b> | <input type="checkbox"/> |                         |                              |

**Otological History / Symptoms**

|                                              |                                                 |         |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Serious Head Injury | <input type="checkbox"/> Bleeding               | Detail: |
| <input type="checkbox"/> Broken Ear Drum     | <input type="checkbox"/> Pressure/Fullness      |         |
| <input type="checkbox"/> Ear Surgery         | <input type="checkbox"/> Pain                   |         |
| <input type="checkbox"/> Ear Infection       | <input type="checkbox"/> Tinnitus               |         |
| <input type="checkbox"/> Decrease Hearing    | <input type="checkbox"/> Exposure to Loud Blast |         |
| <input type="checkbox"/> Discharge           | <input type="checkbox"/> Medication             |         |



O = Right Air Conduction; <= Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction >= Left Bone Conduction

**Test Detail**

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

**Right Ear Observation and Test Result**

**Left Ear Observation and Test Result**

| Canal      | Normal         |      |      |      |      |      |      | HTL   | Canal      | Normal         |      |      |      |      |      |      | HTL  |
|------------|----------------|------|------|------|------|------|------|-------|------------|----------------|------|------|------|------|------|------|------|
|            | Normal         |      |      |      |      |      |      | RIGHT |            | Normal         |      |      |      |      |      |      | LEFT |
| Ear Drum   | Normal         |      |      |      |      |      |      | EAR   | Ear Drum   | Normal         |      |      |      |      |      |      | EAR  |
|            | Frequency (Hz) |      |      |      |      |      |      |       |            | Frequency (Hz) |      |      |      |      |      |      |      |
| Conduction | 500            | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |       | Conduction | 500            | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |      |
| Air        | 20             | 15   | 15   | 20   | 15   | 15   | 15   | 16.7  | Air        | 20             | 15   | 15   | 20   | 15   | 15   | 15   | 16.7 |
| Bone       |                |      |      |      |      |      |      | 0.0   | Bone       |                |      |      |      |      |      |      | 0.0  |

**Conclusion / Medical Report**

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.  
 Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature Grand Medica Indonesia  
 dr. Hendra A.Z.

Instrument used  
 SIBEL SOUND 400

Standard  
 OSHA



ID : 1077  
Name : Yudhi Prasetyo  
Age : 30 Years  
Department: P.T. Inspektindo  
Gender : Male

HR : 67  
P Dur : 110 ms  
PR Int : 156 ms  
QRS Dur : 77 ms  
QT/QTc Int : 361/384 ms  
P/QRS/T axis : 55/62/48 °  
RV5/SV1 amp : 2.122/1.444 mV  
RV5+SV1 amp : 3.566 mV  
RV6/SV2 amp : 1.629/2.270 mV

Technician : Rinda AmdKep  
Report Confirmed by:

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

YSL

dr. ACHMAD YUSRI SpJP

SPECIALIS JANTUNG DAN PERIKULITIS

