

## PERSONAL DATA

No. MCU	:	5837/GMI-MCU/X/2021
No. Badge	:	-
Nama	:	<b>YULIUS KAHUMAKO, Tn.</b>
Umur	:	42 tahun
Perusahaan	:	<b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b>
Jabatan	:	Inspector
Tgl Pemeriksaan	:	06/10/2021
Alamat	:	Jl. Soekarno Hatta KM 15 RT 32 Karang Joang, Balikpapan Utara.



5837  
PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

## HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2021



NAMA	:	YULIUS KAHUMAKO
TANGGAL LAHIR	:	29 JULI 1979
JENIS KELAMIN	:	LAKI - LAKI
S/N	:	.....
IGG	:	.....
DEPT/SERVICE	:	INSPECTION
LOKASI KERJA	:	PHM - ALL AREA
JENIS PEMERIKSAAN	:	<input type="checkbox"/> Pre-employment <input checked="" type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/> Pre-retirement

**RAHASIA KEDOKTERAN**

UNTUK DIISI KARYAWAN

**Medical Department****HEALTH SURVEILLANCE**

*Isilah firmulir 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 / B / AB <input checked="" type="radio"/> O Rhesus : + / -                                 |
| 3. Status               | : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai                                       |
| 4. Jumlah anak          | : Anak laki-laki ..... Orang, Anak Perempuan ..... orang                                       |
| 5. Alamat sekarang      | : Jl. SOEKARNO HATTA KM.15 RT 32<br>KARANG JOANG BALIKPAPAN UTAHKA<br>Telpon/HP 0821 5609 3929 |
| 6. No. Extension Telpn. | : Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) .....  |

**HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN**

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Debu	Kimia	Radiasi	Ergonomi	Iain-lain

**HANYA UNTUK KARYAWAN****RIWAYAT PEKERJAAN**

Tuliskan lama kerja pada masing-masing tempat kerja yang sesuai dengan posisi anda. Jumlah jam harus sesuai dengan lama kerja dalam sehari.

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. Office        | : <u>2</u> jam/hari |
| 2. Warehouse     | : <u>4</u> jam/hari |
| 3. Workshop      | : <u>4</u> jam/hari |
| 4. Process area  | : <u>2</u> jam/hari |
| 5. Well/Offshore | : <u>8</u> jam/hari |

**PETUNJUK PENGISIAN : ISILAH NOMOR YANG SESUAI DENGAN JAWABAN ANDA  
PADA KOTAK JAWABAN YANG TELAH TERSEDIA DI SAMPING KANAN. JANGAN  
MELINGKARI ATAU MENCORET PILIHAN JAWABAN**

**RIWAYAT KESEHATAN**

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

- |                         |       |          |                                       |
|-------------------------|-------|----------|---------------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> 2 |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2            |
| c. Jantung              | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2            |
| d. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2            |
| e. Kencing Manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input 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"/> 2
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       2  
*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, langsung 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 langsung ke no. 14
4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?
5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)   
1. Kadar nikotin rendah  
2. Kadar nikotin sedang  
3. Kadar nikotin tinggi
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 langsung 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 ?  
*Langsung 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, langsung ke olahraga*
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?  
1. Ya      2. Tidak   
*Bila tidak, langsung ke olahraga*
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?  
1. Ya      2. Tidak   
*Bila tidak, langsung 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)

## 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. 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 ? 5
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 | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| b. Penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| c. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| d. Kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| e. Kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| f. Alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| g. Asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
- |                         |       |          |   |
|-------------------------|-------|----------|---|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| b. Penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| c. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| d. Kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| e. Kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| f. Alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
| g. Asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> |
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 □  
*Bila tidak, langsung ke no. 3*
2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ? □ □
3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ? □ □
4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ? □
5. Kapan hari pertama 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. Pil      6. Vasektomi

3. Suntik      7. Tubektomi

4. Susuk      8. Lainnya

## RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya      3. Tidak tahu

1

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis ?

1. Ya      3. Tidak tahu

1

2. Tidak

## DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?

1. Ya      2. Tidak

1

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

0 | 5 | / | 6 | / | 1 | 4 |

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

Balikpapan, ob. Oktober 2021

Nama dan tanda tangan karyawan

  
Yulius K.

CONFIDENTIAL

UNTUK DIISI DOKTER

## MEDICAL CHECK UP -2021

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	<b>YULIUS KAHUMAKO, Tn.</b>	S/N	-	DEPT	Inspection
------	-----------------------------	-----	---	------	------------

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	<b>120/70</b> mmHg	Pulse	<b>67</b> x/m	Respiration	<b>20</b> x/m	Temp.	<b>36</b> °C
Weight (W)	<b>60</b> kg	Height (H)	<b>166</b> cm	BMI	<b>21,77</b>	Waist	<b>72</b> 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/ Turbinate /Discharges		✓	
6	MOUTH / THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx		✓	
7	TEETH	Caries ©, Filling(F), Missing (M), Radix®	✓		Caries, Missing
8	NECK	Adenopathy/Thyroid/Carotids/ Tracheal/ 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/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	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	20/20				✓	Normal
Near	20/40	20/40					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>Aspect Bronchitis Non Spesifik</b>		

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

*See attached result*

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

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

*See attached result*

Normal	✓	Abnormal	(specify) : <b>Negative Ischemic Response, 12 Mets.</b>
--------	---	----------	---

### 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*

CONCLUSION		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	



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**



## HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2021

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, **11/10/2021**

ANNUAL MEDICAL CHECK UP

Kepada Yth : <b>YULIUS KAHUMAKO, Tn.</b>	Umur : 42 tahun	S/N : -
Posisi : Inspector	MCU ID : 5837/GMI-MCU/X/2021	Dept. : Inspection

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

**06/10/2021**

### TEMUAN :

- \* Berat Badan = 60 Kg (Normal), BMI = 21,77 ; BB Ideal = 49,60 - 68,89 Kg. Lingkar Perut : 72 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- \* Riwayat Kesehatan = Tidak ada keluhan kesehatan. Berhenti MEROKOK sejak 1 tahun yll. BEROLAHHRAGA 8 x/bulan, Intensitas BERAT.
- \* Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga. Riwayat Vaksinasi = Vak. Tetanus & Vak. Hepatitis : SUDAH.
- \* Fisik = TD : 120/70 mmHg (Normal). Gigi : Caries, Missing. Romberg test : Negative.
- \* Fisik = Mata : VODS : 20/20 (Normal), VF ODS : 85° (Normal). Test Buta Warna : Normal.
- \* Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal. Kimia Darah : Dalam batas normal.
- \* Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Treadmill Test = Negative Ischemic Response, 12 Mets (Normal), VO2 Max 42,56 ml/kg/min.
- \* Rontgen Dada (Thorax) = Aspect Bronchitis Non Spesifik. 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 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 checked="" 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 type="checkbox"/> FIT                        | Sebagai : Inspector |
| <input type="checkbox"/> UNFIT                      | Di : PHM - All Area |
| <input checked="" type="checkbox"/> TEMPORARY UNFIT |                     |



### SARAN - SARAN :

- \* Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.
- \* Konsultasi ke dokter Spesialis Paru untuk evaluasi hasil pemeriksaan xray dada (aspect bronchitis).
- \* Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI.
- \* OLAHRAGA 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, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158.  
Terima kasih atas kerjasamanya.

### Catatan :

\* Status Medical Check Up ini berlaku sampai dengan tanggal : **06/10/2022**

Mengetahui :

Hormat Kami,  
Dokter Pemeriksa,

**Grand**  
MEDICA INDONESIA  
dr. Hendra AZ.

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017

dr. ....



### Patient Data

ID Number :	5837/GMI-MCU/X/2021		
Name :	<b>YULIUS KAHUMAKO, Tn.</b>	Company :	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Gender :	Laki-Laki	Occupation :	Inspector
DOB / Age :	29/07/1979	/ 42 Yo.	Test Date : 06/10/2021
Height (cm)	166	Weight (kg) :	60
		BMI :	21,77

### Jakarta Cardiovascular Risk Table

Risk Factor		Score	Result	Poin	Determine the 10-year CVD risk (%)	
Sex	Female	0	Male	1	Total Points	10-year CVD risk (%)
	Male	1			-4	Low Risk <1
Age	25-34	-4	42	-2	-3	Low Risk 2,6
	35-39	-3			-2	Low Risk 4,2
	40-44	-2			-1	Low Risk 5,8
	45-49	0			0	Low Risk 7,4
	50-54	1			1	Low Risk 9
	55-59	2			2	Moderate Risk 10,0
	60-64	3			3	Moderate Risk 13,1
	Normal	0			4	Moderate Risk 17,2
High Normal		1			5	High Risk 20,0
Blood Pressure	Grade 1 Hypertension	2	120/70	0	6	High Risk 21,2
	Grade 2 Hypertension	3			7	High Risk 22,5
	Grade 3 Hypertension	4			8	High Risk 23,7
BMI (Kg/m2)	13,79 - 25,99	0	21,77	0	9	High Risk 25
	26,00 - 29,99	1			10	High Risk 26,2
	30,00 - 35,58	2			11	High Risk 27,5
Smoke	Never	0	Ex Smoker	3	12	High Risk 28,7
	Ex Smoker	3			13	High Risk >30
	Smoker	4				
Diabetes Mellitus	No	0	No	0		
	Yes	2				
Physical Exercise/Activity	No	2	High	-3		
	Low	1				
	Medium	0				
	High	-3				
<b>Total Point</b>				<b>-1</b>		

### Result

Estimated 10-year CVD Risk

**5,8%**

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.



**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

*Result of Laboratorium Analysis*

**Nomor Lab.  
(Lab. Number)** : 5837 /GMI-MCU/X/2021

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama (Name)</b>	: YULIUS KAHUMAKO, Trn.	/ Laki-Laki	<b>Umur (Age)</b>	: 42	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>	: 6 Oktober 2021	

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value		SATUAN		
<b>HEMATOLOGI</b>						
<b>HEMATOLOGI RUTIN</b>						
Hemoglobine ( Hgb )	14,0	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0		g/dL		
Hematocrit ( Hct )	43,6	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0		%		
Erythrocyt (RBC)	4,9	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5		10 <sup>12</sup> sel/mm <sup>3</sup>		
Leucocyt (WBC)	8,4	Dewasa : 4,0 - 10,0		10 <sup>3</sup> /µL		
Differential Count						
Basophile	0,1	0 - 2		%		
Eosinophile	1,0	0 - 3		%		
Neutrofil	52,0	50 - 70		%		
Lymphocyte	36	20 - 40		%		
Monocyte	5,5	3 - 12		%		
MCV	88	80 - 100		fL		
MCH	30	27 - 34		pg/cell		
MCHC	34	32 - 36		g/dL		
RDW- CV	12	11 - 16		%		
RDW-SD	39	35 - 56		fL		
Thrombocyt	268	140 - 440		10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>		
<b>KIMIA KLINIK</b>						
<b>METABOLISME GLUKOSA/DIABETES</b>						
Glucose Fasting	79	Normal : 70 - 110		mg/dL		
<b>PROFIL LEMAK</b>						
Cholesterol total	160	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240		mg/dL		
Triglycerides	145	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500		mg/dL		
HDL Cholesterol	56	Rendah : < 40		mg/dL		





### HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

*Result of Laboratorium Analysis*

**Nomor Lab.  
(Lab. Number)** : 5837 /GMI-MCU/X/2021

#### Data Pasien (Patient Detail)

<b>Nama (Name)</b>	: YULIUS KAHUMAKO, Tn.	/ Laki-Laki	<b>Umur (Age)</b>	: 42	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>	: 6 Oktober 2021	

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	75	Tinggi : >= 60 Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	1,3	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
<b>FUNGSI HATI</b>			
SGOT / AST	27	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	38	0 - 40	U/L
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Uric Acid	7,0	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinin	0,8	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	17	10 - 50	mg/dL
<b>URINALISA</b>			
<b>MAKROSKOPIS URIN</b>			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
<b>KIMIA</b>			
Berat jenis	1,025	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
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 : < 0,018 (Negatif)	mg/dL

Tanggal pengambilan sampel : 6 Oktober 2021

Penanggung Jawab  
Laboratorium  
**GRAND Medica**  
Dr. Hendra Agus Z

Analis Laboratorium  
Syamsiar Ann. Ak





Nomor Pasien  
(Patient Number) :

Nomor Film  
(Film Number) : 5837

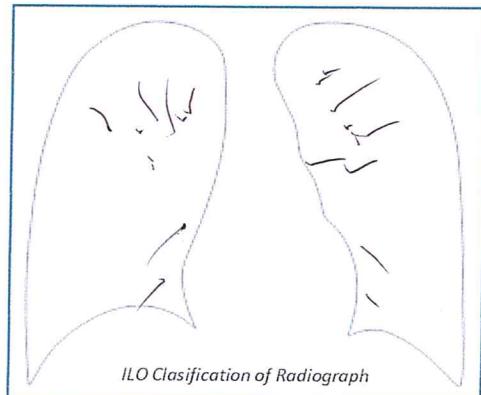
**Data Pasien (Patient Detail)**

Nama  
(Name) : YULIUS KAHUMAKO, Tn.  
Umur  
(Age) : 42 Tahun  
(years old)  
Jenis Kelamin  
(Gender) : Male

Perusahaan  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
Pekerjaan  
(Occupation) : INSPECTOR  
Tgl Pemeriksaan  
(Date of Analysis) : 06 Oktober 2021

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

Jenis Pemeriksaan  
(Type of Examination) : Foto thorax  
Posisi Penyinaran  
(Exposure Position) : PA  
Kondisi Penyinaran  
(Exposure Condition) : kV : 58  
mAs : 0,30



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

1. Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?  
(Skleton 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)

<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 →

korakor broncho VTH milar besar

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Aspect Prolaktin non spesifik

**Patient Data**

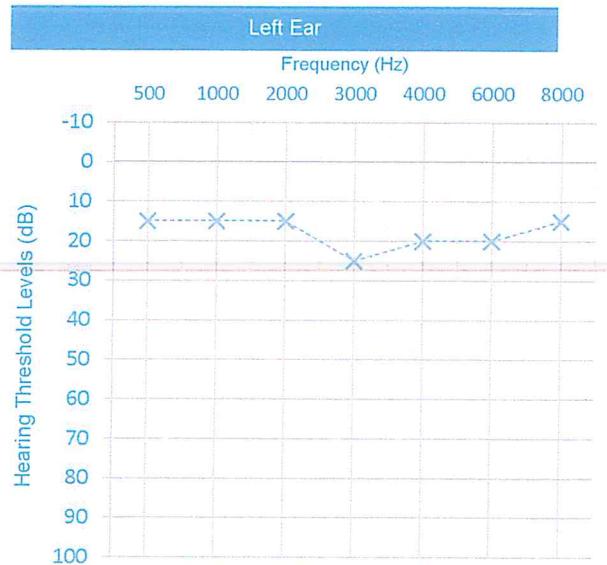
ID Number	5837	Gender	Laki-laki
First Name	YULIUS	Occupation	Inspector
Last Name	KAHUMAKO	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	42 Yo.	Test Date	06 Oktober 2021

**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	Eka Wanda A.Md. Kep		<input type="checkbox"/> < 14 hours <input type="checkbox"/> 14 - 24 hours <input type="checkbox"/> > 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								HTL RIGHT EAR	Canal	Normal								HTL LEFT EAR			
Ear Drum	Normal									Ear Drum	Normal											
Conduction	Frequency (Hz)									Conduction	Frequency (Hz)											
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000			Air	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000					
Air	20	15	15	15	25	25	25			Air	15	15	15	25	20	20	15					
Bone										Bone												

**Conclusion / Medical Report**

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

Signature


 Instrument used  
**SIBEL SOUND 427**

 Standard  
**OSHA**


**Patient Data**

ID Number	5837	Company	PT. Inspektindo
Name	<b>YULIUS KAHUMAKO, Tn</b>	Occupation	Inspector
Gender	Male	Test Date	06 Oktober 2021
DOB / Age	29 Juli 1979	/ 42 Yo.	
Height (cm)	166	Weight (kg)	60
		BMI	21,77

**Pre-exercise Test**

Indication	Medical Check Up		
Pre-exercise BP	120/70	mmHg	
Heart Rate	66	bpm	
Respiration	16	x/mnt	
Resting ECG	N/A		

**Exercise Test Summary**

Exercise Time	12:02	mm:ss	End Stage	4
Max Heart Rate	168	bpm	Target Heart Rate	151 bpm
Max Blood Pressure	130/70	mmHg	Max Heart Rate	111,3 %
Aerobic Capacity	U/A	METs.	VO2 Max	42,56 ml/kg/min

**Reason Of End**

- Fatigue       Dyspnoe       Angina       Dizziness  
 ST- T segment changes       Maximum HR reach

**ST- T segment changes**

- No changes       ST-segment depression 0,5 - 1 mm  
 Upsloping       Significant changes (ST-segment depression > 1 mm)

**Abnormal Lead :**
**Classification of Physical Fitness**

- Low       Fair       Average       Good       High

**Blood Pressure Response**

- Normal Response       Hypertensive Response

**Functional Classification**

- Clas I       Clas II       Clas III

**Conclusion / Medical Report**

*Negative exercise report  
fit to work at Remote Area,*

**Recommendation :**

Cardiologist Signature

*dr. ACHMAD YUSRI, Sp.JP  
SPESIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH*

Instrument Used

CONTEC 8000S S/N 140203027

06-10-2021 09:23:40

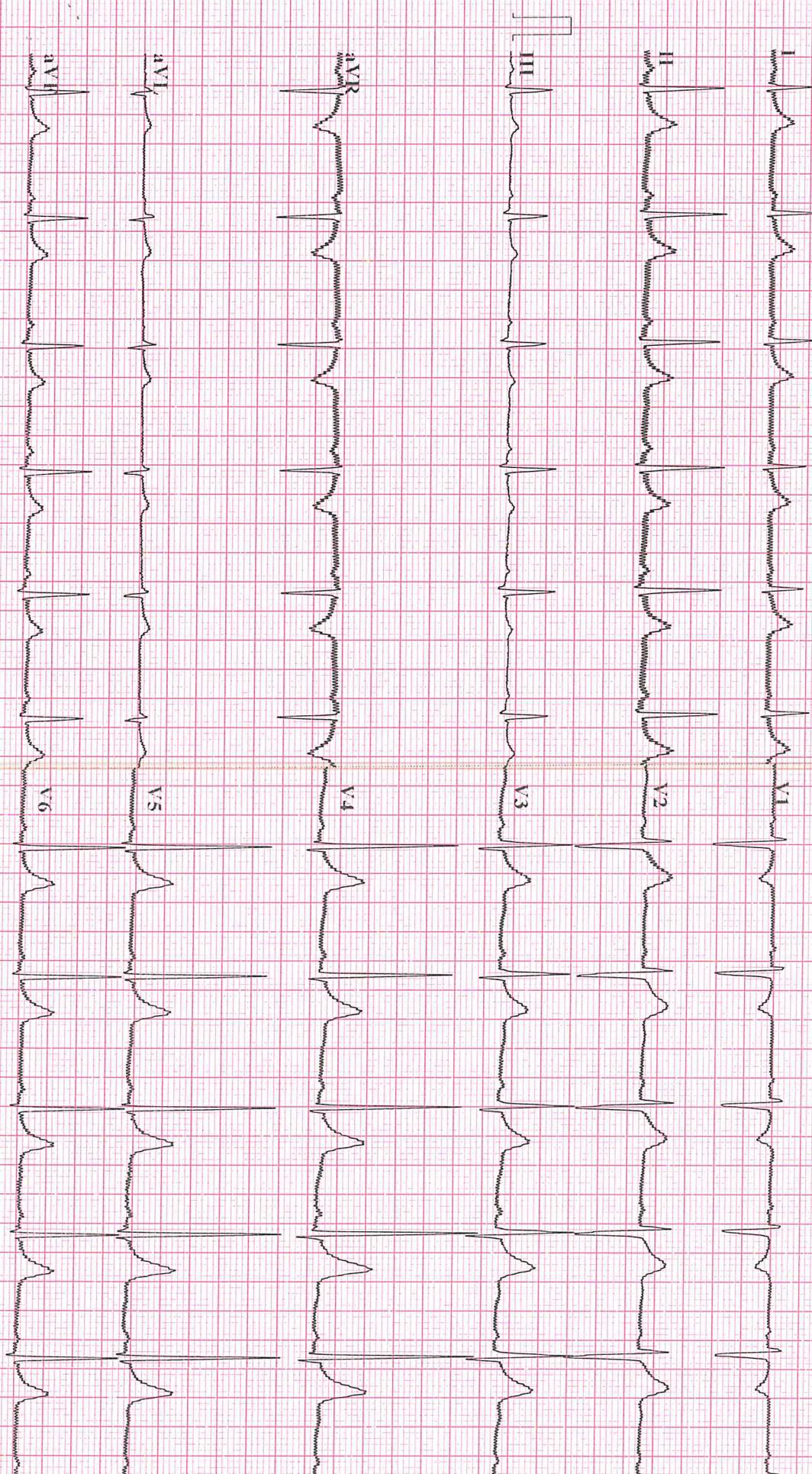
ID : 5837  
Name : Yulius Kahumoko  
Age : 42 Years  
Gender : Male  
Department: PT. Inspektindo

HR : 67 BPM  
P Dur : 91 ms  
PR int : 151 ms  
QRS Dur : 83 ms  
QT/QTc int : 373/396 ms  
P/QRS/T axis : 66/64/47 °  
RV5/SV1 amp : 2.636/0.977 mV  
RV5+SV1 amp : 3.613 mV  
RV6/SV2 amp : 1.854/1.211 mV

Diagnosis Information:  
800: Sinus Rhythm  
301: High Voltage(Left Ventricle)

Technician : Rinda A.Md.Kep  
Report Confirmed by:

SPESIALIS JANTUNG DAN PEMBUKAH DARAH





# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID:5837

Section:

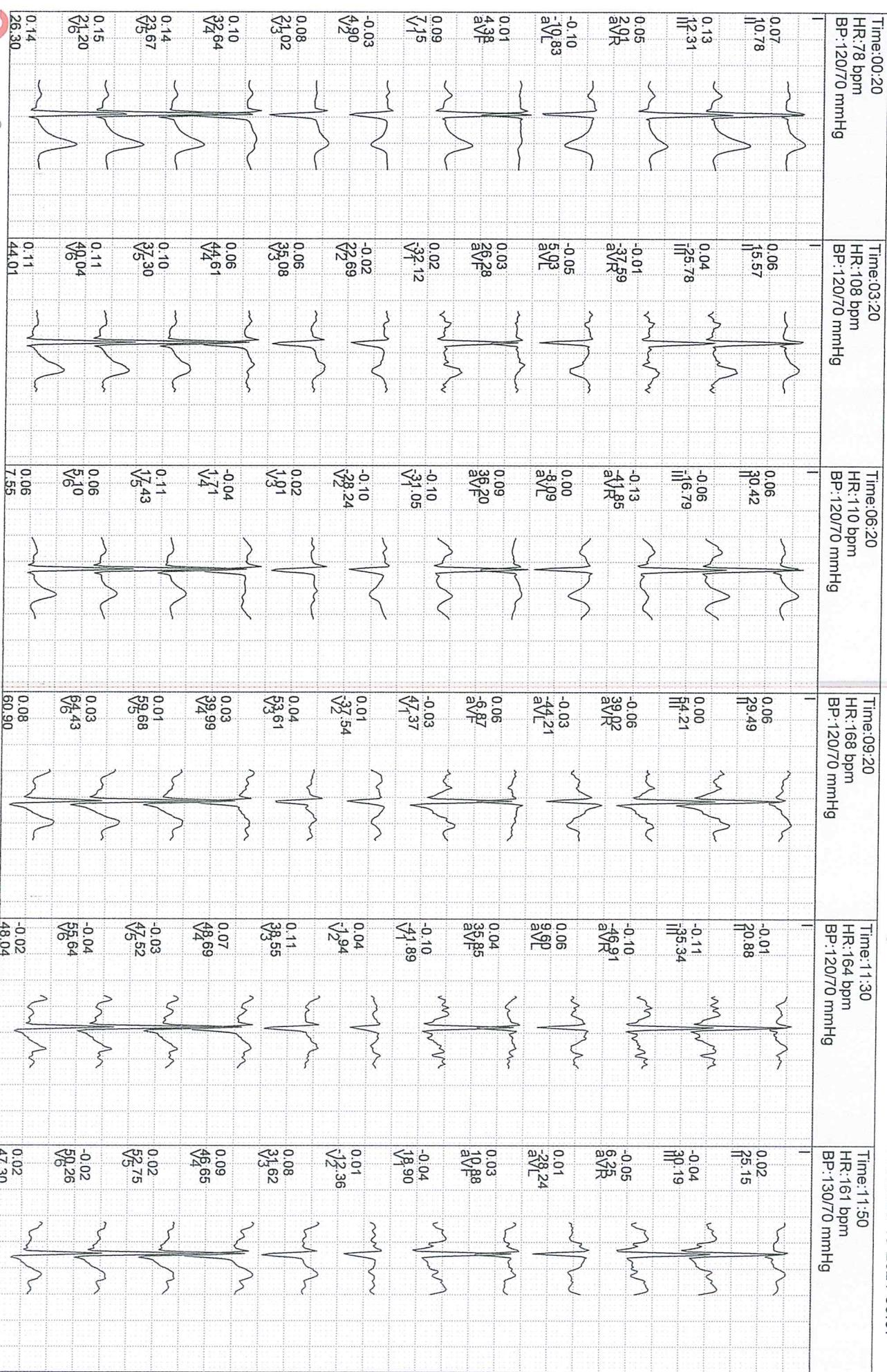
Name:Yulius, K

Sex:Male

Age:42

Exam Time:06-10-2021 09:37

## Average QRS



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

## ECG Strips

ID:5837

Section:

Name:Yulius. K

Sex:Male

Age:42

Exam Time:06-10-2021 09:37

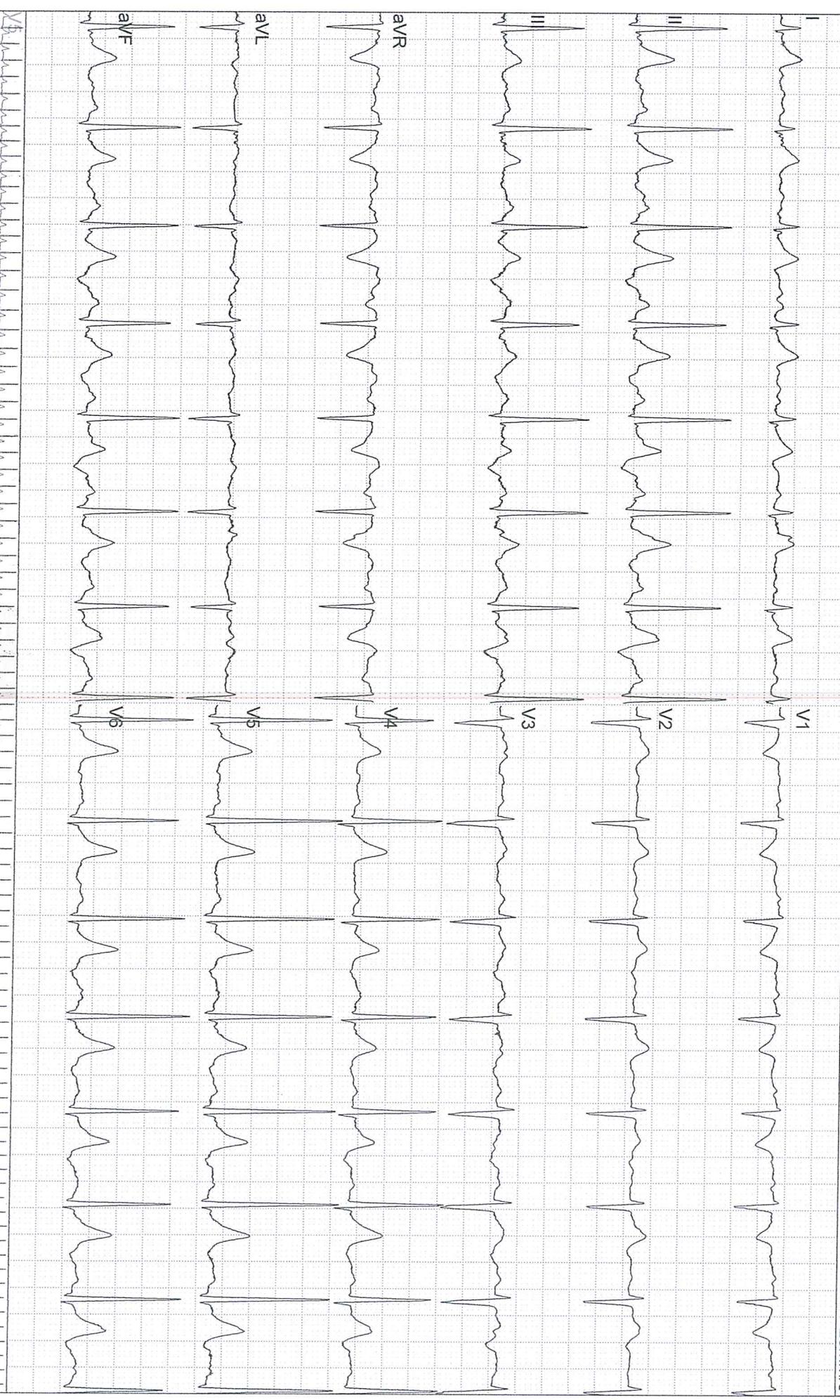
Time:00:30

Stage:[2 / 6] EXE1 00:00 [2.7 Km/h 10.0 %]

HR:83 bpm

BP:120/70 mmHg

10mm/mV 25mm/s



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID:5837

Section:

Name:Yulius, K

Sex:Male

Age:42

Time:03:13

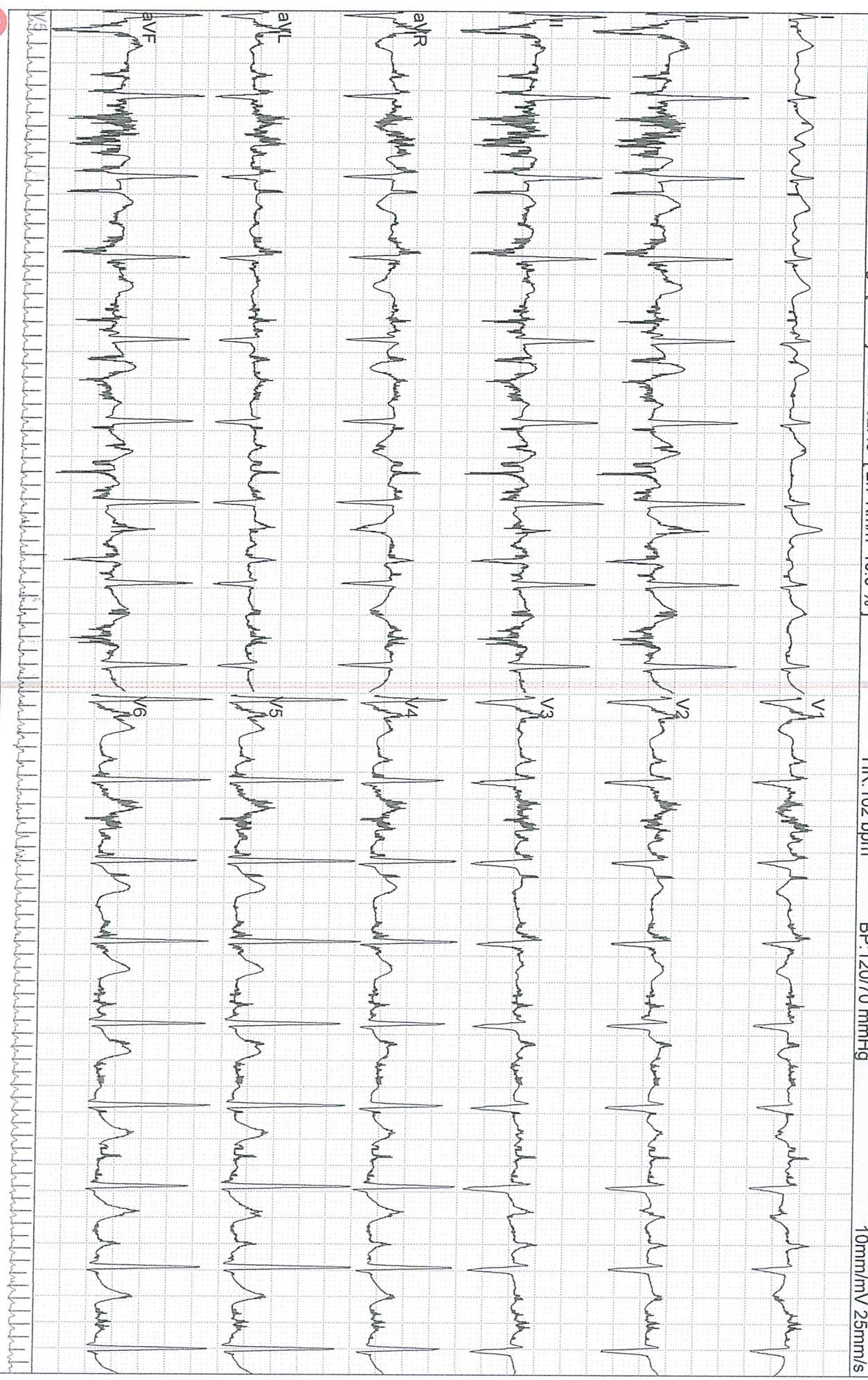
Stage:[2 / 6] EXE1 02:43 [2.7 Km/h 10.0 %]

HR:102 bpm

Exam Time:06-10-2021 09:37

10mm/mV 25mm/s

## ECG Strips



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID:5837

Section:

Name:Yulius, K

Sex:Male

Age:42

Exam Time:06-10-2021 09:37

Time:06:20

Stage:[3 / 6] EXE2 02:50 [4.0 Km/h 12.0 %]

HR:110 bpm

BP:120/70 mmHg

10mm/mV 25mm/s

## ECG Strips



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

## ECG Strips



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID:5837

Section:

Name:Yulius. K

ECG Strips

Sex:Male

Age:42

Exam Time:06-10-2021 09:37

Time:11:36

Stage:[ 6 / 6 ] Recovery 00:04 [ 0.0 Km/h 0.0 % ]

HR:164 bpm

BP:130/70 mmHg

10mm/mV 25mm/s  
10mm/mV 25mm/s