



**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Make SMILE and Be HEALTHY

PERSONAL DATA

No. MCU : 2560/GMI-MCU/X/2020
No. Badge : -
N a m a : **USMAN KHOLID KURNIAWAN, Tn.**
U m u r : 19 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : Assistant Inspector
Tgl Pemeriksaan : 28/10/2020
Alamat : Jl. Mulawarman RT. 09 No. 55 Kel. Sepinggan, Balikpapan Selatan.



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2020



NAMA : USMAN KHOLID KURNIAWAN
TANGGAL LAHIR : 28 AGUSTUS 2001
JENIS KELAMIN : LAKI - LAKI
S/N :
IGG :
DEPT/SERVICE : PT.INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
LOKASI KERJA : PHM
JENIS PEMERIKSAAN : Pre-employment
 Annual
 Pre-retirement

Medical Department

HEALTH SURVEILLANCE

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

IDENTITAS PEGAWAI

- 1. Posisi : ASSISTANT INSPEKTOR
- 2. Golongan Darah : A / B / AB / 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. MULAWARMAN RT 09 NO. 55 KEL. SEPINGGON
BAKAPAPAN SELATAN
Telpon/HP 081254676117
- 6. No. Extension Telpon. : 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 | lain-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 : _____ jam/hari
- 2. Warehouse : _____ jam/hari
- 3. Workshop : _____ 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 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 2
- b. Tekanan darah rendah 1. Ya 2. Tidak 2
- c. Jantung 1. Ya 2. Tidak 2
- d. Stroke 1. Ya 2. Tidak 2
- e. Kencing Manis 1. Ya 2. Tidak 2

| | | | |
|---------------------------|-------|----------|----------------------------|
| f. Timbul benjolan/tumor | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| g. Ayan / Gangguan syaraf | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| h. Asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| i. Batu ginjal | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| j. Alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| k. Thyphus | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| l. TBC | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| m. Malaria | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| n. Penyakit kelamin | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| o. Kuning / Hepatitis | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| p. Gangguan jiwa | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| q. Takut pada ketinggian | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| r. Mata | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| s. Hidung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| t. Telinga | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| u. Gigi / mulut | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| v. Lambung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| w. Wasir | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| x. Kulit | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| y. Sendi - sendi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| z. Kandungan | 1. Ya | 2. Tidak | <input 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 2
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?
1. Ya 2. Tidak
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 2
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)
 jam
2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?
 minggu kali
3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya ? (dalam menit)
 - menit
4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?
1. Ringan 4. Berat 2
2. Sedang 5. Sangat berat
3. Cukup berat

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

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

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 ? TIDAK ADA

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 pertyana 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

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

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis ?

1. Ya 3. Tidak tahu

2. Tidak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?

1. Ya 2. Tidak


2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

/ /

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

Balikpapan, 28 OKTOBER 2020

Nama dan tanda tangan karyawan


(USMAN KHOLID KURNIAWAN)

MEDICAL CHECK UP –2020

PHYSICAL EXAMINATION

| | | | | | |
|------|-----------------------------|-----|---|------|---|
| NAME | USMAN KHOLID KURNIAWAN, Tn. | S/N | - | DEPT | - |
|------|-----------------------------|-----|---|------|---|

I. VITAL SIGN

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------|------|------------|-----|-----|-------------|-------|-------|-------|----|----|
| Blood Pressure (supine) | 120/80 | mmHg | Pulse | 85 | x/m | Respiration | 20 | x/m | Temp. | 36 | °C |
| Weight (W) | 60 | kg | Height (H) | 172 | cm | BMI | 20,28 | Waist | 67 | cm | |

(*) BMI = W / H² (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⊙ | | ✓ | |
| 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 | 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 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | Normal |
| Near | 20/20 | 20/20 | | | | <input type="checkbox"/> | Red – Green Absent |
| Visual fields (Normal > 70°) | | | Left | 85° | Right | 85° | Colour Blind |

II. LABORATORIUM SUMMARY

See attached result

| | | |
|-------------------------------------|----------|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Normal | COMMENT: |
| <input type="checkbox"/> | Abnormal | |

III. CHEST X-RAY

See attached result

| | | |
|-----------------------------|--------------------|--|
| Pneumoconiosis | Yes | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| If Yes – ILO Classification | | |
| Evidence of TB | Yes | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| Other Abnormalities | | |
| COMMENT | Foto Thorax Normal | |

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

See attached result

| | | |
|--|----------|--------------------------|
| Normal <input checked="" type="checkbox"/> | Abnormal | (specify) : Sinus Rhythm |
|--|----------|--------------------------|

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

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

Tgl. Skrining : 28/10/2020

No. : 2560

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

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Nama Lengkap: USMAN KHOLID KURNIAWAN, Tn. | Tgl. Lahir: 28/08/2001 | Umur : 19 tahun | Jenis Kelamin : Laki-Laki |
| Nama Perusahaan: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA | Alamat Rumah: Jl. Mulawarman RT. 09 No. 55 Kel. Sepinggan, Balikpapan Selatan. | Telp./HP : 0812 5467 6117 | |

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. <input type="checkbox"/> Jakarta <input type="checkbox"/> Manado <input type="checkbox"/> Bandung <input type="checkbox"/> Pontianak <input type="checkbox"/> Yogyakarta <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Depok <input type="checkbox"/> Denpasar <input type="checkbox"/> Tangerang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bogor <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih: a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 ATAU b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi). | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <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 | 20 | 85 |


Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)

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

Bagian E. Kategori Penilaian

| Kategori | Kesimpulan |
|--|-------------------------------------|
| • Pasien Dalam Pengawasan (PDP) Gejala No. 1 + No. 2 + No. 3 DAN faktor risiko No. 1 ATAU Gejala No. 1 ATAU No. 2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 ATAU Gejala No.3 (Berat) | <input type="checkbox"/> |
| • Orang Dalam Pemantauan (ODP) Gejala No. 1 ATAU No.2 DAN Faktor Risiko No.1 ATAU Gejala No.2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 | <input type="checkbox"/> |
| • Orang Tanpa Gejala (OTG) Tidak ada gejala DAN 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 |
| |  Suparlan |  dr. Malikinnas SIP: 449.1/2/5/P.3/DPMPT/SIP-D/2018 |

JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE

Name : USMAN KHOLID KURNIAWAN, Tn. **Age (Years)** : 19
MCU No. : 2560/GMI-MCU/X/2020 **Job** : Assistant Inspector
Date : 28/10/2020 **Company** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

| RISK FACTOR | | SCORE | RESULT | Points |
|----------------------------|----------------------|-------|---------------------------------|-----------|
| Sex | Female | 0 | Male | 1 |
| | Male | 1 | | |
| Age | 25-34 | -4 | 19 | -4 |
| | 35-39 | -3 | | |
| | 40-44 | -2 | | |
| | 45-49 | 0 | | |
| | 50-54 | 1 | | |
| | 55-59 | 2 | | |
| | 60-64 | 3 | | |
| Blood Pressure | Normal | 0 | 120/80 | 0 |
| | High Normal | 1 | | |
| | Grade 1 Hypertension | 2 | | |
| | Grade 2 Hypertension | 3 | | |
| | Grade 3 Hypertension | 4 | | |
| BMI (Kg/m ²) | 13,79-25,99 | 0 | 20,28 | 0 |
| | 26,00-29,99 | 1 | | |
| | 30,00-35,58 | 2 | | |
| Smoke | Never | 0 | Never | 0 |
| | Ex Smoker | 3 | | |
| | Smoker | 4 | | |
| Diabetes Mellitus | No | 0 | No | 0 |
| | Yes | 2 | | |
| Physical Exercise/Activity | No | 2 | Medium | 0 |
| | Low | 1 | | |
| | Medium | 0 | | |
| | High | -3 | | |
| TOTAL SCORE | | | | -3 |
| CONCLUSION : | | | LOW RISK (CV10 < 10%) | |

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. : 2560 /GMI-MCU/X/2020
(Lab. Number)

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name) : USMAN KHOLID .K, Tn. / Laki-laki
Umur (Age) : 19 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position) : ASST. INSPECTOR
Dokter (Doctor) : Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis) : 28 Oktober 2020

| PEMERIKSAAN / Examination | HASIL / Result | NILAI RUJUKAN / Reference Value | SATUAN |
|-------------------------------------|----------------|--|-------------------------------------|
| HEMATOLOGI | | | |
| HEMATOLOGI RUTIN | | | |
| Hemoglobine (Hgb) | 16,3 | Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0 | g/dL |
| Hematocrit (Hct) | 47,8 | 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/mm ³ |
| Leucocyt (WBC) | 7,6 | Dewasa : 4,0 - 10,0 | 10 ³ /µL |
| Differential Count | | | |
| Basophile | 0,1 | 0 - 2 | % |
| Eosinophile | 3,0 | 0 - 3 | % |
| Neutrofil | 58,1 | 50 - 70 | % |
| Lymphocyte | 35,5 | 20 - 40 | % |
| Monocyte | 3,5 | 3 - 12 | % |
| MCV | 89 | 80 - 100 | fL |
| MCH | 28 | 27 - 34 | pg/cell |
| MCHC | 35 | 32 - 36 | g/dL |
| RDW- CV | 12,2 | 11 - 16 | % |
| RDW-SD | 41,3 | 35 - 56 | fL |
| Thrombocyt | 324 | 140 - 440 | 10 ³ /mm ³ |
| KIMIA KLINIK | | | |
| METABOLISME GLUKOSA/DIABETES | | | |
| Glucose Fasting | 110 | Normal : 70 - 110 | mg/dL |
| PROFIL LEMAK | | | |
| Cholesterol total | 193 | Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240 | mg/dL |
| Triglycerides | 99 | Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500 | mg/dL |
| HDL Cholesterol | 59 | Rendah : < 40 Tinggi : >= 60 | mg/dL |
| LDL Cholesterol | 114 | Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 | |





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 2560 /GMI-MCU/X/2020
(Lab. Number)

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name) : USMAN KHOLID .K, Tn. / Laki-laki **Umur** (Age) : 19 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position) : ASST. INSPECTOR **Dokter** (Doctor) : Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan** (Date of Analysis) : 28 Oktober 2020

| PEMERIKSAAN / Examination | HASIL / Result | NILAI RUJUKAN / Reference Value | SATUAN |
|---------------------------|----------------|---|--------------|
| | | Batas tinggi : 130 - 159 | mg/dL |
| | | Tinggi : 160 - 189 | |
| | | Sangat tinggi : > 190 | |
| Rasio LDL/HDL | 2 | CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk | |
| FUNGSI HATI | | | |
| SGOT / AST | 17 | 0 - 37 | U/L |
| SGPT / ALT | 20 | 0 - 40 | U/L |
| FUNGSI GINJAL | | | |
| Uric Acid | 5,4 | Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0 | mg/dL |
| Creatinine | 0,9 | 0,8 - 1,4 | mg/dL |
| Ureum | 48 | 10 - 50 | mg/dL |
| URINALISA | | | |
| MAKROSKOPIS URIN | | | |
| Warna | Kuning | | |
| Kejernihan | Jernih | | |
| KIMIA | | | |
| 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/ μ 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 : 1 < 0,018 (Negatif) | mg/dL |

Tanggal pengambilan sampel : 28 Oktober 2020

Penanggung Jawab
Laboratorium,

Dr. Hendra Agus Z
GRAND Medica

Analisis Laboratorium

Syamsia Am. Ak





Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 2560

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : USMAN KHOLID KURNIAWAN, Tn.

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Umur
(Age) : 19 Tahun
(years old)

Pekerjaan
(Occupation) : ASST. INSPECTOR

Jenis Kelamin
(Gender) : Male

Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 28 Oktober 2020

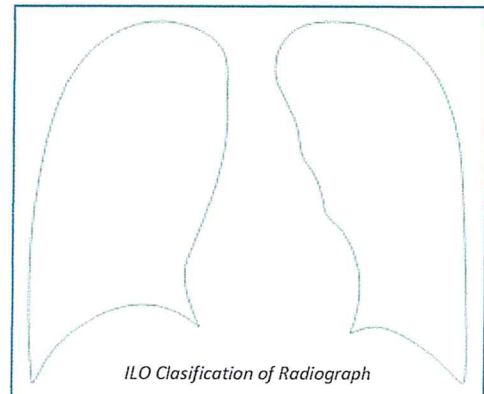
Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Thorax

Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA

Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : 66

mAs : 0,30



ILO Classification of Radiograph

Interpretasi Foto Thorax 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)

| | |
|----|-------|
| No | Yes → |
| No | Yes → |
| No | Yes → |
| No | Yes → |
| No | Yes → |
| No | Yes → |
| No | Yes → |

Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)

Foto Thorax Normal

dr. ABUUL HAKIS, Sp.Pac
(Radiologist signature)
Spesialis Radiologi





Patient Data

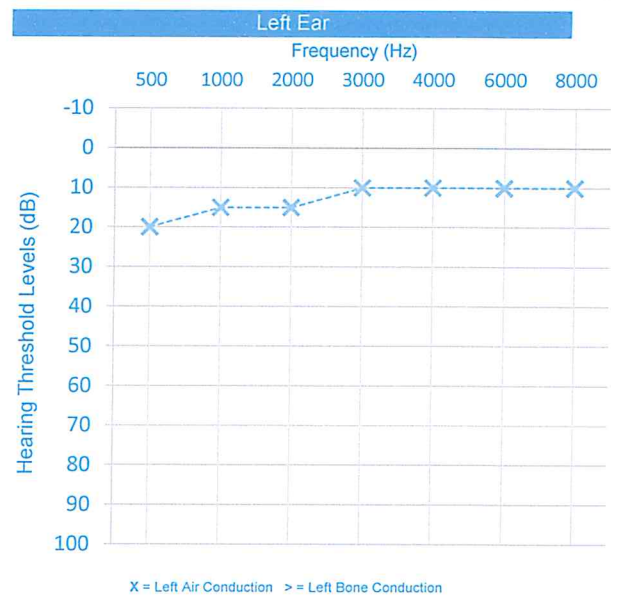
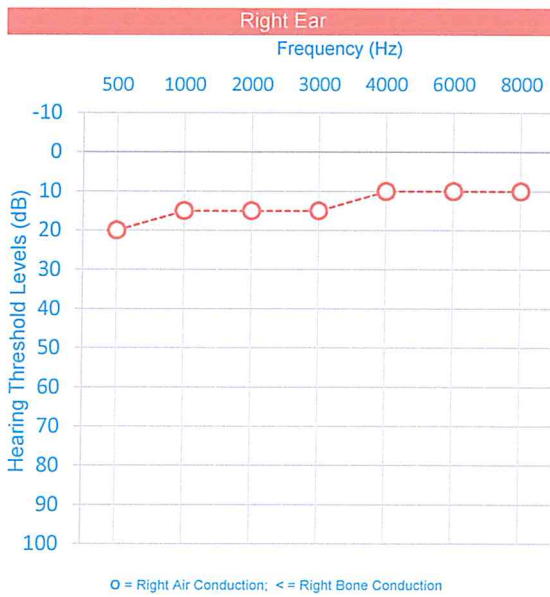
| | | | |
|------------|-----------|------------|---------------------------------|
| ID Number | 2560 | Gender | Laki-laki |
| First Name | USMAN | Occupation | Asst. Inspecetor |
| Last Name | KHOLID. K | Company | PT. Inspektindo Sinergi Persada |
| Age | 19 Yo. | Test Date | 28 Oktober 2020 |

Occupational Noise Exposure

| | | | |
|-------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Present | Type of work: Asst. Inspecetor | Period of work: - | Hearing Protection Worn: No |
| Previous | 1) - | - | - |
| | 2) - | - | - |
| Military Services | <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 | |



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 Obseration and Test Result

Left Ear Obseration and Test Result

| Canal | Normal | | | | | | | HTL | Canal | Normal | | | | | | | HTL |
|------------|----------------|------|------|------|------|------|------|-------|------------|----------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ear Drum | Normal | | | | | | | RIGHT | Ear Drum | Normal | | | | | | | LEFT |
| Conduction | Frequency (Hz) | | | | | | | EAR | Conduction | Frequency (Hz) | | | | | | | EAR |
| | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 | | | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 | |
| Air | 20 | 15 | 15 | 15 | 10 | 10 | 10 | 0,0 | Air | 20 | 15 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 11,7 |
| 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
 SIBELSOUND 400

Standard
 OSHA



28-10-2020 08:39:37

ID : 2560
Name : Usman Kholid, K
Age : 19 Years
Gender : Male
Department: PT. Inspektindo

HR : 85 BPM
P Dur : 102 ms
PR int : 141 ms
QRS Dur : 81 ms
QT/QTc int : 350/417 ms
P/QRS/T axis : 37/-37/44 °
RV5/SV1 amp : 1.751/0.375 mV
RV5+SV1 amp : 2.126 mV
RV6/SV2 amp : 0.980/0.981 mV

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
205: Left Axis Deviation

HRN



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

dr. Achmad Yusri, SpJP
SPECIALIS JANTING DAN PEMBULUH DARAH

