



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

*Make SMILE and Be HEALTHY*

## PERSONAL DATA

No. MCU : 3235/GMI-MCU/XI/2019  
No. Badge : -  
N a m a : **RIO AJI PRASOJO, Tn.**  
U m u r : 28 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : **Administrasi**  
Tgl Pemeriksaan : 28/11/2019  
Alamat : Jl. Jend Sudirman RT.151 No.63



**PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

**HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE  
TAHUN 2019**



**NAMA** : Rio Aji Prasajo  
**TANGGAL LAHIR** : 21 November 1991  
**JENIS KELAMIN** : Laki - Laki  
**S/N** :  
**IGG** :  
**DEPT/SERVICE** : Administrasi  
**LOKASI KERJA** : Balikpapan  
**JENIS PEMERIKSAAN** :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement

Medical Department

**HEALTH SURVEILLANCE**

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

**IDENTITAS PEGAWAI**

- 1. Posisi : Administrasi
- 2. Golongan Darah : A B / AB / 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. Jend. Sudirman Pt-45, no. 63
- 6. No. Extension Telpon : Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) .....
- ..... Telpon /HP 0821-8422-7009

**HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN**

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Debu	Kimia	Radiasi	Ergonomi	lain-lain
1	Marketing	1th	pt. bresna.		✓				

**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 : 8 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 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**

- |   |       |          |                                     |                                      |
|---|-------|----------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ?               | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Bila tidak, langsung ke no. 6</i> |
| 2. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?                        |       |          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             |
| 3. Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut ?            | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/>            |                                      |
| 4. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ? |       |          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             |
| 5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?                                | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/>            |                                      |
| 6. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ?                          | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Bila tidak, langsung ke no. 8</i> |
| 7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?  |       |          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             |
| 8. Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?       | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |                                      |



## 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)
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)

## 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)

## 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. Ya 2. Tidak  1  
*Bila tidak, langsung ke alkohol*

2  0

1. Ya, setiap hari  2  
2. Ya, tidak setiap hari  
3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14

1. Kadar nikotin rendah  1  
2. Kadar nikotin sedang  
3. Kadar nikotin tinggi

1. Tidak pernah  2  
2. Kadang-kadang  
3. Selalu

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*

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

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

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

0

3  6  0

6

6  0

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

2
5

### 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

<input type="checkbox"/>
--------------------------

Bila tidak, langsung ke no. 3

2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?

<input type="text"/>
----------------------

4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?

<input type="text"/>
----------------------

5. Kapan hari pertyama haid terakhir Anda ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

7. Berapa banyak pada saat Anda haid ?

1. Banyak 2. Sedikit

<input type="checkbox"/>
--------------------------

8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ?

1. Ya 2. Tidak

<input type="checkbox"/>
--------------------------

9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ?

1. Ya 2. Tidak

<input type="checkbox"/>
--------------------------

10. Apakah Anda sering menderita keputihan ?

1. Ya 2. Tidak

<input type="checkbox"/>
--------------------------

### KELUARGA BERENCANA

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

1. Ya    2. Tidak     2  
*Bila tidak langsung ke Vaksinasi*
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 ?
2. Apakah Anda pernah mendapatkn vaksinasi hepatitis ?

1. Ya    3. Tidak tahu     1  
2. Tidak
1. Ya    3. Tidak tahu     1  
2. Tidak

### DONOR DARAH

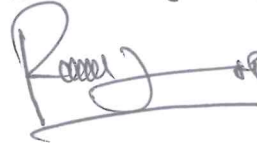
1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?
2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

1. Ya    2. Tidak     1
- 0 /  1 /  03 /  19

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

Balikpapan, 28 November 2019

Nama dan tanda tangan karyawan



( Puji Asti Prasojo )



## MEDICAL CHECK UP –2019

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	RIO AJI PRASOJO, Tn.	S/N	-	DEPT	-
------	----------------------	-----	---	------	---

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	120/90	mmHg	Pulse	85	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36	°C
Weight (W)	72	kg	Height (H)	168	cm	BMI	25,5	Waist	87	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, Calculus.
8	NECK	Adenopathi/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/ 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/ Rates/ 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	20/20		✓	Normal
Near	20/20	20/20					Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

### II. LABORATORIUM SUMMARY

*See attached result*

	Normal	<b>COMMENT:</b> <span style="color: blue;">Cholesterol 234 mg/dL (Meningkat), LDL 165 mg/dL (Meningkat)</span>
✓	Abnormal	

### III. CHEST X-RAY

*See attached result*

Pneumoconiosis	Yes	No <span style="float: right;">✓</span>
If Yes – ILO Classification		
Evidence of TB	Yes	No <span style="float: right;">✓</span>
Other Abnormalities		
<b>COMMENT</b>	Foto Thorax Normal	

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

*See attached result*

Normal <span style="float: right;">✓</span>	Abnormal	(specify) : <span style="color: blue;">Normal Sinus Rhythm</span>
---	----------	---

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

*See attached result*

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

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

*See attached result*

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

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

*See attached result*

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







**JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE**

Name : RIO AJI PRASOJO, Tn.  
MCU No. : 3235/GMI-MCU/XI/2019  
Date : 28/11/2019

Age (Years) : 28  
Job : Administrasi  
Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	28	-4
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	120/90	2
	High Normal	1		
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m <sup>2</sup> )	13,79-25,99	0	25,5	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	Medium	0
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		

<b>TOTAL SCORE</b>				<b>3</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) : 3235 /GMI-MCU/XI/2019

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama (Name)</b> : Tn. RIO AJI PRASOJO / M	<b>Umur (Age)</b> : 28	<b>Tahun (Years old)</b>
<b>Pekerjaan (Job Position)</b> : ADMINISTRASI	<b>Dokter (Doctor)</b> : Dr. Hendra AZ	
<b>Perusahaan (Company)</b> : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	<b>Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)</b> : 28 November 2019	

HEMATOLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine ( Hgb )	15,9	( F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL )
Hematocrit ( Hct )	47,2	( F: 35 ,0- 45,0%, M: 40,0 - 50,0 % )
Erythrocyt (RBC)	5,4	( 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)	8,4	( 4,0 - 10,0/mm <sup>3</sup> )
Differential Count		
Basophile	0,6	0,0 - 2,0%
Eosinophile	3,2	0 ,5- 6,0%
Neutrofil	59,8	50,0 - 70,0%
Lymphocyte	28,6	20,0% - 40,0%
Monocyte	7,8	3,0 - 12,0%
MCV	87	80 - 100 fl.
MCH	29	27-34 pg/sel
MCHC	33	32-36 g/dL
RDW- CV	12,8	11,0 - 16,0 %
RDW-SD	41,8	35,0 - 56,0 fl.
Thrombocyt	416	( 140 - 440 x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )

BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	77	70 - 110 mg/dL
Cholesterol total	234	Normal : <200mg/Dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl M:Normal > 55 mg/dl Boorderline 35 - 55 mg/dl Abnormal < 35 mg/dl F : Normal > 65 mg/dl Borderline 45 - 65 mg/dl Abnormal < 45 mg/dl
HDL Cholesterol	58	
LDL Cholesterol	165	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	55	Normal < 150 mg/dL Bordeleine 150 -199 mg/Dl Tinggi 200 -499 mg/dL
Uric Acid	4,5	(Dewasa M :3,5 - 7,2 mg/dL) (Dewasa F : 2,6 6,0 mg/ dL)
Creatinine	0,8	0.8 - 1.4 mg/dL
Ureum	19	10 - 50 mg/ dL
SGOT / AST	11	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGPT / ALT	20	M : s/d 40 U/L F : s/d 35 U/ L

URINALYSIS	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
<b>MACROS</b>		
Colour	Kuning Jernih	Jernih
Spec.Grav	1,010	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,

Dr. Hendra AZ  
**Laboratorium  
GRAND Medica**

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) : 3235

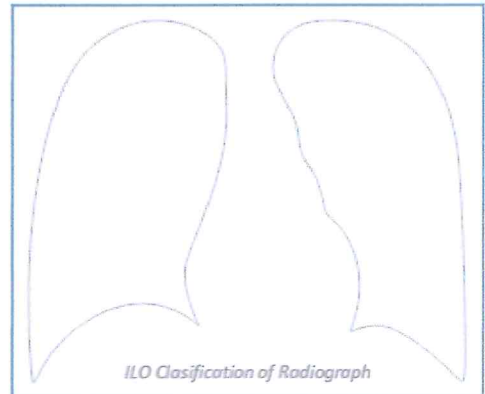
**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : RIO AJI PRASOJO, Tn.  
**Umur**  
(Age) : 28 **Tahun**  
(years old)  
**Jenis Kelamin**  
(Gender) : Male

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
**Pekerjaan**  
(Occupation) : ADMINISTRASI  
**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 28 November 2019

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

**Jenis Pemeriksaan**  
(Type of Examination) : Thorax  
**Posisi Penyinaran**  
(Exposure Position) : PA  
**Kondisi Penyinaran**  
(Exposure Condition) : kV : 55  
mAs : 3.20



**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)

No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto Thorax normal



**dr. ABDUL HARIS, Sp.Rad**  
Spesialis Radiologi





28-11-2019 08:37:40

ID : 3235  
Name : Rio Aji Prasajo  
Age : 28 Years  
Department: PT. Inspektindo

Gender : Male

HR	: 66	BP/MI
P Dur	: 108 ms	
PR int	: 177 ms	
QRS Dur	: 83 ms	
QT/QTc int	: 353/371 ms	
P/QRS/T axis	: 58/-15/21	°
RV5/SV1 amp	: 1.184/1.152 mV	
RV5+SV1 amp	: 2.336 mV	
RV6/SV2 amp	: 1.516/1.764 mV	

Technician : Rinda Amd/kep  
Report Confirmed by:

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

*Rinda*

dr. **ACHMAD YUSKI, SpJP**

SPECIALIS JANTING DAN PENCULUH DARAH

