

PERSONAL DATA

No. MCU : 1092/GMI-MCU/V/2020
No. Badge : -
N a m a : **NIKO ACHMAD, Tn.**
U m u r : 24 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : Asst. Inspector
Tgl Pemeriksaan : 08/05/2020
Alamat : Jl. Danau Tondano Perum. Griya Permata Asri No.131 Kel. Gn. Bahagia



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

**HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE
TAHUN 2020**



NAMA : Nico Achmad Zulfiansyah
TANGGAL LAHIR : 14 Mei 1995
JENIS KELAMIN : Pria
S/N :
IGG :
DEPT/SERVICE : Inspection / Testing
LOKASI KERJA : PHM Project
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 : Act. Inspector
- 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 : Perumahan Gerta Permaka, Ais, Jln Danau Tondano, No 131, kel. Gn Bahagia, Kelurahan Balikpapan, Sekeloa Telpon/HP 0821 58392811
- 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
- b. Tekanan darah rendah 1. Ya 2. Tidak
- c. Jantung 1. Ya 2. Tidak
- d. Stroke 1. Ya 2. Tidak
- e. Kencing Manis 1. Ya 2. Tidak

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

Bila tidak, langsung ke no. 6
- Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------
- Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut ?

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------
- Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?

1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
-------	----------	-------------------------------------
- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ?

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

Bila tidak, langsung ke no. 8
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?

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

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

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

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

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

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Rokok pertama di pagi
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
Bila tidak, langsung ke olahraga

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

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

8

60

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

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

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

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 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 mengikuti 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 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, Mei 08 2010

Nama dan tanda tangan karyawan



(..... Nico))

MEDICAL CHECK UP –2020

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	NIKO ACHMAD, Tn.	S/N	-	DEPT	Inspection
------	------------------	-----	---	------	------------

I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	120/80	mmHg	Pulse	80	x/m	Respiration	24	x/m	Temp.	36,4	°C
Weight (W)	80	kg	Height (H)	168	cm	BMI	28,34	Waist	89	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		✓	-
		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	20/40	20/40				✓	Normal
Near	20/20	20/20					Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

II. LABORATORIUM SUMMARY

	Normal	COMMENT: Gula Darah Puasa 121 mg/dl (Tinggi), Cholesterol 235 mg/dl (Meningkat), LDL 170 mg/dl (Tinggi), Uric Acid 8,4 mg/dl (Meningkat).	<i>See attached result</i>
✓	Abnormal		

III. CHEST X-RAY

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

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

Normal	✓	Abnormal	(specify) : Sinus Bradycardia, HR: 56	<i>See attached result</i>
--------	---	----------	--	----------------------------

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

Normal		Abnormal	(specify) :	<i>See attached result</i>
--------	--	----------	-------------	----------------------------

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

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

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

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

Tgl. Skrining : 08/05/2020

No. : 1092

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

Nama Lengkap: NIKO ACHMAD, Tn.	Tgl. Lahir: 14/05/1995	Umur : 24 tahun	Jenis Kelamin : Laki-Laki
Nama Perusahaan: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Alamat Rumah: Perum Griya Permata Asri Jl. Danau Tondano No. 131 Kel. Gn. Bahagia Kel.		Telp./HP : 0821 5839 2811

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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<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"/>		
2. Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih:		
a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi).	<input 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)
36,4	24	80

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/DPMPPT/SIP-D/2018

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, **11/05/2020**

ANNUAL MEDICAL CHECK UP

Kepada Yth : NIKO ACHMAD, Tn.	Umur : 24 tahun	S/N : -
Posisi : Asst. Inspector	MCU ID : 1092/GMI-MCU/V/2020	Dept. : Inspection

Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :
08/05/2020

TEMUAN :

- * Berat Badan = 80 Kg (Overweight), BMI = 28,34 ; BB Ideal = 50,80 - 70,56 Kg. Lingkar Perut : 89 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- * Riwayat Kesehatan = Keluhan typus. Tidak MEROKOK. BEROLAHRAGA 8x/bulan, Intensitas SEDANG.
- * Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga. Riwayat Vaksinasi = Vak. Tetanus & Vak. Hepatitis : TIDAK TAHU.
- * Fisik = TD : 120/80 mmHg (Normal). Romberg Test : Negatif. Mata : VODS : 20/40 (Mild), VF ODS : 85°. Test Buta Warna : Normal.
- * Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- * Lab = Kimia Darah : Gula Darah Puasa 121 mg/dl (Tinggi), Kolesterol 235 mg/dl (Meningkat), LDL 170 mg/dl (Tinggi), Uric Acid 8,4 mg/dl (Meningkat).
- * Rekam Jantung (EKG) = Sinus Bradycardia, HR : 56 bpm. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal.
- * Audiometri = Fungsi pendengaran dalam batas normal.
- * **Faktor Resiko Jantung Koroner berdasarkan Jakarta Cardiovascular Score = -2 -> 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 checked="" type="checkbox"/> M-3A	Ditemukan problem kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok resiko sedang
<input type="checkbox"/> M-3B	Ditemukan problem kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok resiko tinggi
<input type="checkbox"/> M-4	Ditemukan keterbatasan fisik untuk melakukan pekerjaan secara normal, hanya cocok untuk pekerjaan ringan.
<input type="checkbox"/> M-5	Dalam perawatan di rumah sakit atau dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan pekerjaan (status ijin sakit).

KESIMPULAN :

- FIT** Sebagai : **Asst. Inspector**
- UNFIT** Di : **PHM**
- TEMPORARY UNFIT**



SARAN - SARAN :

- * Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan pada DOKTER.
- * Diet RENDAH GULA ; Periksa ulang GULA DARAH Puasa dan 2 jam PP. Cek lab. HbA1C, untuk mengetahui kadar gula darah 3 bulan terakhir
- * Diet RENDAH LEMAK dan RENDAH PURIN; Batasi Makan GORENGAN; Lakukan pemeriksaan laboratorium DARAH 3 bulan kemudian.
- * Koreksi tajam penglihatan jauh dengan Kaca Mata yang tepat. Konsultasikan dengan dokter spesialis Mata.
- * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari.
- * 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 : **08/05/2021**

Mengetahui :

dr.

Hormat Kami,
Dokter Pemeriksa,



**Grand
MEDICA INDONESIA**

dr. Hendra Az.

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



JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE

Name	: NIKO ACHMAD, Tn.	Age (Years)	: 24
MCU No.	: 1092/GMI-MCU/V/2020	Job	: Asst. Inspector
Date	: 08/05/2020	Company	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	24	-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	28,34	1
	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				-2
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. (Lab. Number) : 1092 /GMI-MCU/V/2020

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name) : NIKO ACHMAD, Tn. / M **Umur** (Age) : 24 **Tahun** (Years old)

Pekerjaan (Job Position) : ASST. INSPECTOR **Dokter** (Doctor) : Dr. Hendra AZ

Perusahaan (Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan** (Date of Analysis) : 8 Mei 2020

HEMATOLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine (Hgb)	14,3	(F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL)
Hematocrit (Hct)	41,9	(F: 35 ,0- 45,0%, M: 40,0 - 50,0 %)
Erythrocyt (RBC)	4,8	(F:3,8-5,5x10 ⁶ sel/mm3, M:4,4-5,6x10 ⁶ sel/mm3)
Leucocyt (WBC)	6,9	(4,0 - 10,0/mm3)
Differential Count		
Basophile	0,7	0,0 - 2,0%
Eosinophile	5,7	0 ,5- 6,0%
Neutrofil	51,7	50,0 - 70,0%
Lymphocyte	36,4	20,0% - 40,0%
Monocyte	5,5	3,0 - 12,0%
MCV	85	80 - 100 fL
MCH	29	27-34 pg/sel
MCHC	34	32-36 g/dL
RDW- CV	12,3	11,0 - 16,0 %
RDW-SD	40,3	35,0 - 56,0 fL
Thrombocyt	236	(140 - 440 x 10 ³ /mm3)

BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	121	70 - 110 mg/dL
Cholesterol total	235	Normal : <200mg/dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl
HDL Cholesterol	42	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
LDL Cholesterol	170	Normal < 130 mg/dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	115	Normal < 150 mg/dl Bordeline 150 -199 mg/dl Tinggi 200 -499 mg/dl
Uric Acid	8,4	(Dewasa M :3,5 - 7,2 mg/dL) (Dewasa F : 2,6 6,0 mg/ dL)
Creatinine	1,0	0.8 - 1.4 mg/dL
Ureum	25	10 - 50 mg/ dL
SGOT / AST	15	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGPT / ALT	25	M : s/d 40 U/L F : s/d 35 U/ L

URINALYSIS	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
MACROS		
Colour	Kuning Jernih	Jernih
Spec.Grav	1,100	1,003 - 1,035
pH	6,5	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,

Laboratorium
Dr. Hendra AZ
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) : 1092

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : NIKO ACHMAD, Tn.

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Umur
(Age) : 24 **Tahun**
(years old)

Pekerjaan
(Occupation) : ASST. INSPECTOR

Jenis Kelamin
(Gender) : Male

Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 08 Mei 2020

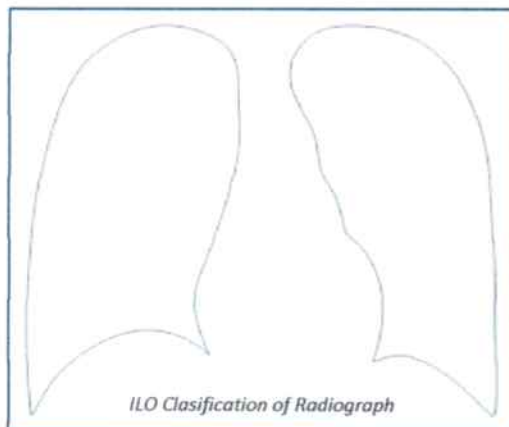
Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Thorax

Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA

Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : -

mAs : -



ILO Clasification of Radiograph

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



Grand
Dr. ABDUL MANTO, Sp.Rad
Spesialis Radiologi



Passion for excellence



Patient Data

ID Number	1092	Gender	Laki-laki
First Name	NIKO	Occupation	Asst. Inspector
Last Name	ACHMAD	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	24 Yo.	Test Date	8 Mei 2020

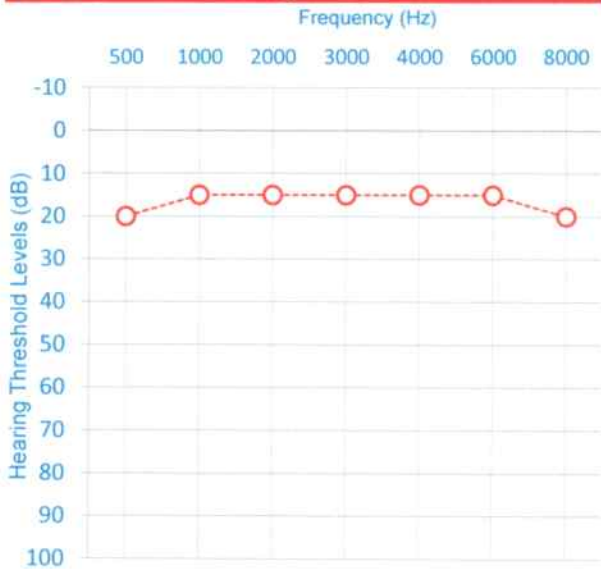
Occupational Noise Exposure

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

Otological History / Symptoms

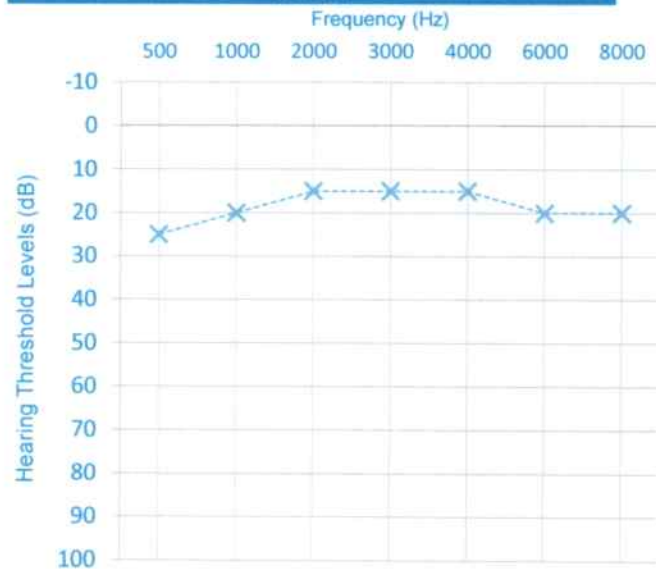
<input type="checkbox"/> Serious Head Injury	<input type="checkbox"/> Bleeding	Detail:
<input type="checkbox"/> Broken Ear Drum	<input type="checkbox"/> Pressure/Fullness	
<input type="checkbox"/> Ear Surgery	<input type="checkbox"/> Pain	
<input type="checkbox"/> Ear Infection	<input type="checkbox"/>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

Right Ear



O = Right Air Conduction; < = Right Bone Conduction

Left Ear



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

Canal	Normal							HTL
Ear Drum	Normal							RIGHT EAR
Conduction	Frequency (Hz)							15.0
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Air	20	15	15	15	15	15	
Bone								0.0

Left Ear Observation and Test Result

Canal	Normal							HTL
Ear Drum	Normal							LEFT EAR
Conduction	Frequency (Hz)							15.0
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Air	25	20	15	15	15	20	
Bone								0.0

Conclusion / Medical Report

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature

dr. Hendra A.Z.
Grand Medica Indonesia

Instrument used
SIBEL SOUND 400

Standard
OSHA



ID : 1092
Name : Niko Achmad
Age : 24 Years
Department: P.T. Inspektindo
Gender : Male

HR : 56 BPM
P Dur : 105 ms
PR int : 156 ms
QRS Dur : 70 ms
QT/QTc int : 391/381 ms
P/QRS/T axis : 43/31/30
RV5/SV1 amp : 1.929/0.413 mV
RV5+SV1 amp : 2.342 mV
RV6/SV2 amp : 1.408/0.541 mV

Technician : Rinda Amd. Kep
Report Confirmed by:

Diagnosis Information:
811: Sinus Bradycardia
Normal ECG

Brdy
Grand
MEDICA INDONESIA

dr. ACHMAD YUSRI, SpJP
SPECIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

