

## PERSONAL DATA

No. MCU : 1845/GMI-MCU/VIII/2020  
No. Badge : -  
N a m a : **SUHARDI MARICEN, Tn.**  
U m u r : 45 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : Inspector  
Tgl Pemeriksaan : 19/08/2020  
Alamat : Jl. Propinsi RT 03 Sesulu Kec. Waru Kab PPU

13415



**PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

## HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2020



NAMA : SUTARDI, MARICEN  
TANGGAL LAHIR : PALOPO 04-05-1975  
JENIS KELAMIN : LAKI-LAKI  
S/N : .....  
IGG : .....  
DEPT/SERVICE : INSPECTION DAN TESTING  
LOKASI KERJA : HANDIL - PTHM-  
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 : INSPECTOR
- 2. Golongan Darah : A / B / AB /  Rhesus : + / -
- 3. Status : (1) Belum kawin  Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 4. Jumlah anak : Anak laki-laki ..... Orang, Anak Perempuan ..... 2 ..... orang
- 5. Alamat sekarang : JL. PROPINSI RT 03 SEWU BGC - WARU  
KAB. PANAJAM PASIR UTARA  
Telpn /HP 0812 5404 6974
- 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	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 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"/> 1
k. Thypus	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

- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ?  
1. Ya 2. Tidak  2  
*Bila tidak, langsung ke no. 6*
- Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?
- Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut ?  
1. Ya 2. Tidak
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ?
- Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?  
1. Ya 2. Tidak
- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ?  
1. Ya 2. Tidak  2  
*Bila tidak, langsung ke no. 8*
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?
- Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?  
1. Ya 2. Tidak  2

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

**AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA**

1. Berapa banyak waktu yang Anda habiskan untuk duduk setiap harinya ? (dalam menit, dan termasuk waktu yang dihabiskan untuk duduk di tempat kerja maupun di waktu luang)
2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?
3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya ? (dalam menit)
4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?

- 12 JAM*
- 3 X*
- 20-30 MENIT*
1. Ringan    4. Berat     1  
2. Sedang    5. Sangat berat  
3. Cukup berat

**POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN**

- 1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan ?  4 x
- 2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran ?  Setiap hari

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

- 1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak  2
  - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak  2
  - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak  2
  - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak  2
  - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak  2
  - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak  2
  - g. Asma 1. Ya 2. Tidak  2
- 2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak  2
  - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak  2
  - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak  2
  - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak  2
  - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak  2
  - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak  2
  - g. Asma 1. Ya 2. Tidak  2
- 3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara Kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 tahun untuk laki-laki dan 55 tahun untuk perempuan ? 1. Ya 2. Tidak  2

**UNTUK KARYAWAN WANITA**

- 1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya 2. Tidak
- 2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?   *Bila tidak, laksanakan ke no. 3*
- 3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?
- 4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?
- 5. Kapan hari 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   

*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   

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, 19 - Agustus 2020.

Nama dan tanda tangan karyawan

  
(SUHARDI-MARLIEN)

**MEDICAL CHECK UP –2020**

**PHYSICAL EXAMINATION**

<b>NAME</b>	<b>SUHARDI MARICEN, Tn.</b>	<b>S/N</b>	<b>-</b>	<b>DEPT</b>	<b>-</b>
-------------	-----------------------------	------------	----------	-------------	----------

**I. VITAL SIGN**

Blood Pressure (supine)	<b>130/80</b> mmHg	Pulse	<b>59</b> x/m	Respiration	<b>20</b> x/m	Temp.	<b>36</b> °C
Weight (W)	<b>69</b> kg	Height (H)	<b>166</b> cm	BMI	<b>25,04</b>	Waist	<b>82</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 <i>(circle words of importance and explain)</i>
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
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/ Trachea/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit		✓	
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities		✓	
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender		✓	
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ enderness/ Nodes/ Scars		✓	
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/ Quality of sound/Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs		✓	
13	CHEST / LUNG	Excursion/Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/ Rales/ Wheezing/Ronchi/ Bruit		✓	
14	ABDOMEN	Bowel sounds/ Appearance/ Liver/ Spleen/ Masses/ Hernias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes		✓	
15	GROIN	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses		✓	
16	GENITAL	MALE		✓	
		FEMALE			
17	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/ Peripheral pulses/ Calf tenderness/Joints for swelling/ ROM		✓	
18	JOINTS	ROM/ Swelling / Inflammation /Deformity		✓	
19	SKIN	Color/Birthmark/Scars/ Tattoos /Texture/Rash/ Eczema / ulcers/Piercing		✓	
20	NEUROLOGICAL	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensor (touch,prick,vibrate)/ Coordination/ Romberg		✓	Romberg Test : Negative
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development		✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/ Hemorrhoids/ Fissure/ Masses /Prostate		✓	



## SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

### I. VISION

Vision	Unaided		With Spectacles		Depth Perception	Colour Blindness	
	Left	Right	Left	Right			
Distant	20/20	20/30				✓	Normal
Near	20/40	20/40					Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

### II. LABORATORIUM SUMMARY

	Normal	COMMENT: Triglycerida 267 mg/dl (Tinggi).	<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	Gambaran Bronchitis			

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

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

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

Normal	✓	Abnormal	(specify) : Negative Ischemic Response, 13 Mets.	<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 : 19/08/2020

No. : 1845

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

Nama Lengkap: <b>SUHARDI MARICEN, Tn.</b>	Tgl. Lahir: <b>04/05/1975</b>	Umur : <b>45</b> tahun	Jenis Kelamin : <b>Laki-Laki</b>
Nama Perusahaan: <b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b>	Alamat Rumah: <b>Jl. Propinsi RT 03 Sesulu Kec. Waru Kab PPU</b>	Telp./HP : <b>HP : 0812 5404 6974</b>	

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

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

Gejala:	Ya	Tidak
1. Apakah anda pernah mengalami demam atau riwayat demam dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Apakah anda pernah mengalami batuk/pilek/nyeri tenggorokan dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Apakah anda pernah mengalami sesak atau kesulitan bernapas (pneumonia) dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Faktor Risiko :	Ya	Tidak
1. Apakah anda memiliki riwayat perjalanan ke wilayah/negara/kota yang termasuk kategori transmisi lokal dalam waktu 14 hari terakhir.	<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 <b>ATAU</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 <b>ATAU</b>	<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)
<b>36</b>	<b>20</b>	<b>59</b>

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

Suara Napas	Ronchi	Wheezing
<b>Vesikuler +/+</b>	<b>-/-</b>	<b>-/-</b>

**Bagian E. Kategori Penilaian**

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

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

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





**JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE**

Name : SUHARDI MARICEN, Tn.  
MCU No. : 1845/GMI-MCU/VIII/2020  
Date : 19/08/2020

Age (Years) : 45  
Job : Inspector  
Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	45	0
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	130/80	1
	High Normal	1		
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m2)	13,79-25,99	0	25,04	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	Low	1
	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) : 1845 /GMI-MCU/VIII/2020

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama** (Name) : SUHARDI MARICEN, Tn. / **M** **Umur** (Age) : 45 **Tahun** (Years old)  
**Pekerjaan** (Job Position) : INSPECTOR **Dokter** (Doctor) : Dr. Hendra AZ  
**Perusahaan** (Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan** (Date of Analysis) : 19 Agustus 2020

**HEMATOLOGY**

	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine ( Hgb )	15,7	( F:12,0-16,0 g/dl, M:13,0-18,0 g/dl )
Hematocrit ( Hct )	45,4	( F: 35 ,0- 45,0%, M: 40,0 - 50,0 % )
Erythrocyt (RBC)	5,1	( F:3,8-5,5x10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup> , M:4,4-5,6x10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup> )
Leucocyt (WBC)	7,4	( 4,0 - 10,0/mm <sup>3</sup> )
Differential Count		
Basophile	0,1	0,0 - 2,0%
Eosinophile	2,1	0,5 - 6,0%
Neutrofil	66,2	50,0 - 70,0%
Lymphocyte	24,8	20,0% - 40,0%
Monocyte	6,5	3,0 - 12,0%
MCV	88	80 - 100 fl
MCH	28	27-34 pg/sel
MCHC	36	32-36 g/dl
RDW- CV	13,4	11,0 - 16,0 %
RDW-SD	46,7	35,0 - 56,0 fl
Thrombocyt	355	( 140 - 440 x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )

**BLOOD CHEMISTRY**

	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	85	70 - 110 mg/dl
Cholesterol total	198	Normal : <200mg/dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl M:Normal > 55 mg/dl Boorderline 35 - 55 mg/dl Abnormal < 35 mg/dl
HDL Cholesterol	59	F : Normal > 65 mg/dl Borderline 45 - 65 mg/dl Abnormal < 45 mg/dl
LDL Cholesterol	86	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	267	Normal < 150 mg/dl Bordeline 150 -199 mg/dl Tinggi 200 -499 mg/dl
Uric Acid	7,2	(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	29	10 - 50 mg/ dL
SGOT / AST	29	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGPT / ALT	34	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	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  
**GRAND Medica**  
Dr. Hendra AZ

Analisis Laboratorium

Syamsjar Am. Ak





Nomor Pasien  
(Patient Number) :

Nomor Film  
(Film Number) : 1845

**Data Pasien (Patient Detail)**

Nama  
(Name) : SUHARDI MARICEN, Tn.

Perusahaan  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Umur  
(Age) : 45 Tahun  
(years old)

Pekerjaan  
(Occupation) : INSPECTOR

Jenis Kelamin  
(Gender) : Male

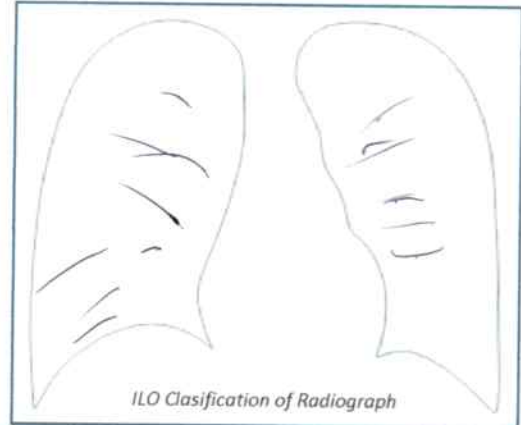
Tgl Pemeriksaan  
(Date of Analysis) : 19 Agustus 2020

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

Jenis Pemeriksaan  
(Type of Examination) : Thorax

Posisi Penyinaran  
(Exposure Position) : PA

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



ILO Classification 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)

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

Corakan bronko vaskular kasar

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Gambaran bronkitis

(Radiologist signature)





**Patient Data**

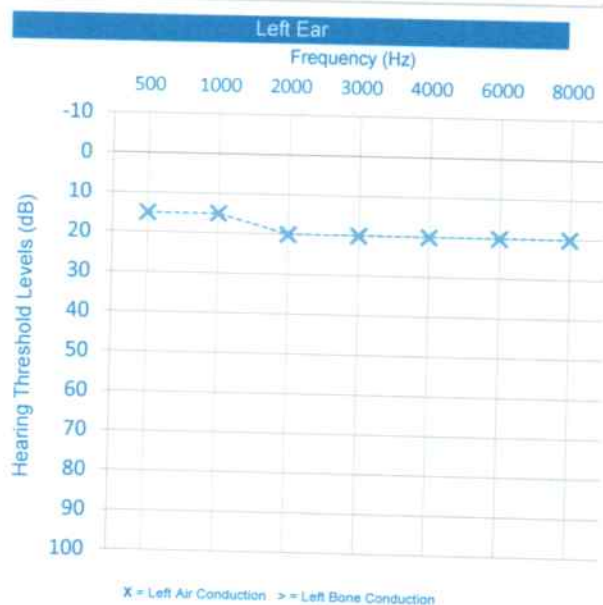
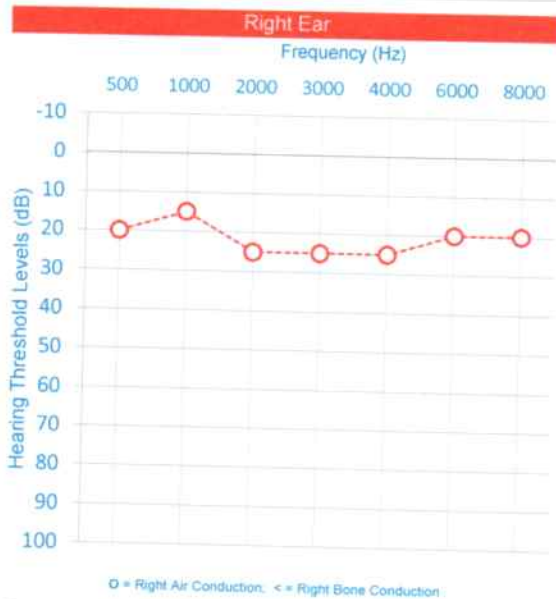
ID Number 1845 Gender **Laki-laki**  
 First Name **SUHARDI** Occupation **Inspector**  
 Last Name **MARICEN** Company **PT. Inspektindo Sinergi Persada**  
 Age **45** Yo. Test Date **19 Agustus 2020**

**Occupational Noise Exposure**

Present	Type of work: Inspector	Period of work: -	Hearing Protection Worn: No
Previous	1) -	-	-
	2) -	-	-
Military Services	-	-	-

**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:  Sound Booth  Other  
 Technician: **Susi Rindayani, A.Md.Kep**  
 Hours Away from Noise:  < 14 hours  14 - 24 hours  > 24 hours

**Right Ear Observation and Test Result**

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

**Left Ear Observation and Test Result**

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





**Patient Data**

ID Number	1845	Company	PT. Inspektindo Sinergi
Name	SUHARDI. M, Tn	Occupation	Inspector
Gender	Male	Test Date	19 August 2020
DOB / Age	04 May 1975 / / 45 Yo.	Weight (kg)	69
Height (cm)	166	BMI	25.04

**Pre-exercise Test**

Indication	Medical Check Up
Pre-exercise BP	130/80 mmHg
Heart Rate	59 bpm
Respiration	16 x/mnt
Resting ECG	RSN.

**Exercise Test Summary**

Exercise Time	12:05	mm:ss	End Stage	4
Max Heart Rate	183	bpm	Target Heart Rate	149 bpm
Max Blood Pressure	140/80	mmHg	Max Heart Rate	122,8 %
Aerobic Capacity	13	METS.	VO2 Max	42.77 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      Hipertensive Response

**Functional Classification**

Clas I      Clas II      Clas III

**Conclusion / Medical Report**

Negative Ischemic response  
Fit to work at Remote Area

**Recommendation :**

Cardiologist Signature

Dr. ACEHMAD YUSRI, SpJP

Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah



Instrument Used  
CONTEC 8000S S/N 140203027





ID : 1845  
Name : Suhardi, M  
Age : 45 Years  
Gender : Male  
Department: PT. Inspektindo Sinergi Persad

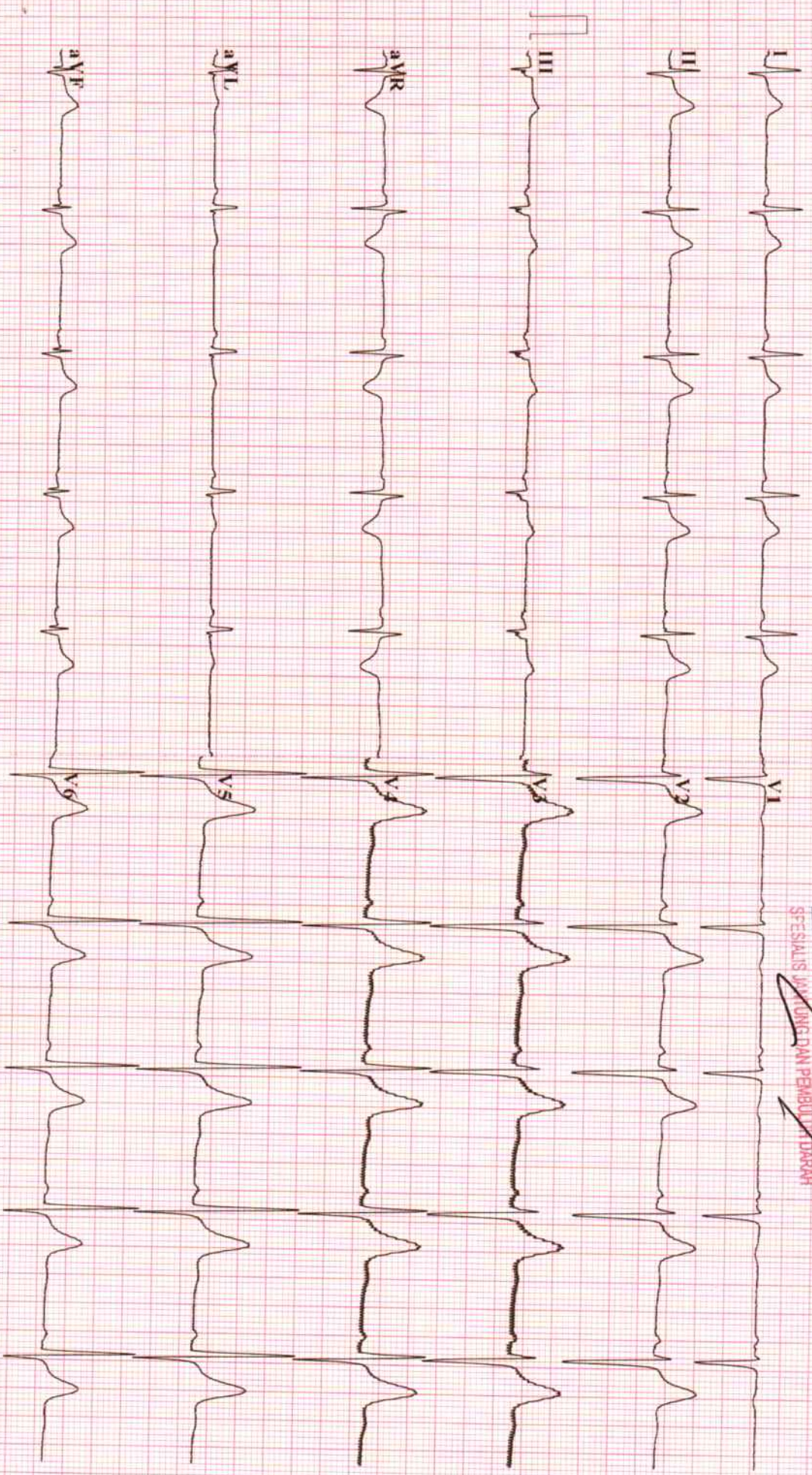
HR : 59 BPM  
P Dur : 102 ms  
PR int : 150 ms  
QRS Dur : 88 ms  
QT/QTc int : 380/378 ms  
P/QRS/T axis : -3/-25/50  
RV5/SV1 amp : 1.955/1.063 mV  
RV5+SV1 amp : 3.018 mV  
RV6/SV2 amp : 1.725/1.579 mV

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

NSR

Technician : Rinda Amd. Kep  
Report Confirmed by:

~~dr. ACHMAD YUSRI, Sp.JP~~  
SPECIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID:1845

Section:

Name: Suhardi, M

Sex: Male

Age: 45

Exam Time: 19-08-2020 14:26

DOB: 1975-05-04  
Height: 166.00 cm

Race: Oriental Race  
Weight: 69.00 kg

Smoking  
 Hypertension

Diabetic  
 Hyperlipidemia  
 History of MI  
 Family History

Indications: MCU

Medications:

Address:  
Telephone:

Stage Name HR(bpm) BP(mmHg)

PRE-EXE 101 130/80  
EXE1 114 130/80  
EXE2 126 ---/---  
EXE3 160 ---/---  
EXE4 161 ---/---  
RECI 162 140/80

Result

Protocol Name: BRUCE  
Target HR: 149 bpm  
Exercise Time: 12:05 mm:ss  
Max Speed: 6.8 km/h  
Max Grade: 16.0 %  
Exeed +/-100uV Leads:  
I II III aVL aVR aVF  
V1 V2 V3 V4 V5 V6  
DUKE Score: ---

Max Values  
HR: 183 bpm  
Target HR: 122.8 %  
METs: 13.5 METs  
HR\*BP: 14280.0 bpm\*mmHg  
SYS: 140.0 mmHg  
DIA: 80.0 mmHg

ST Segment  
Max Elevation: 0.53 mV 02:40 II  
Max Depression: -0.51 mV 02:40 aVL  
Max Elevation Change: 0.46 mV 01:10 V2  
Max Depression Change: -0.46 mV 03:20 II

Arrhythmia

Total Beats: 1710  
Total V: 110  
V Pairs: 0  
V Run: 2  
V bigeminal: 0  
V trigeminal: 0  
Total Long: 0

Abnormal Beats: 261  
Total S: 151  
S Pairs: 0  
S Run: 5  
S bigeminal: 0  
S trigeminal: 0

Reason for End :

Symptoms:

Conclusions:

Negative Isometric Response

Operator:

Dr. Achmad Yusri SpJP  
Reviewing Physician:



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID:1845

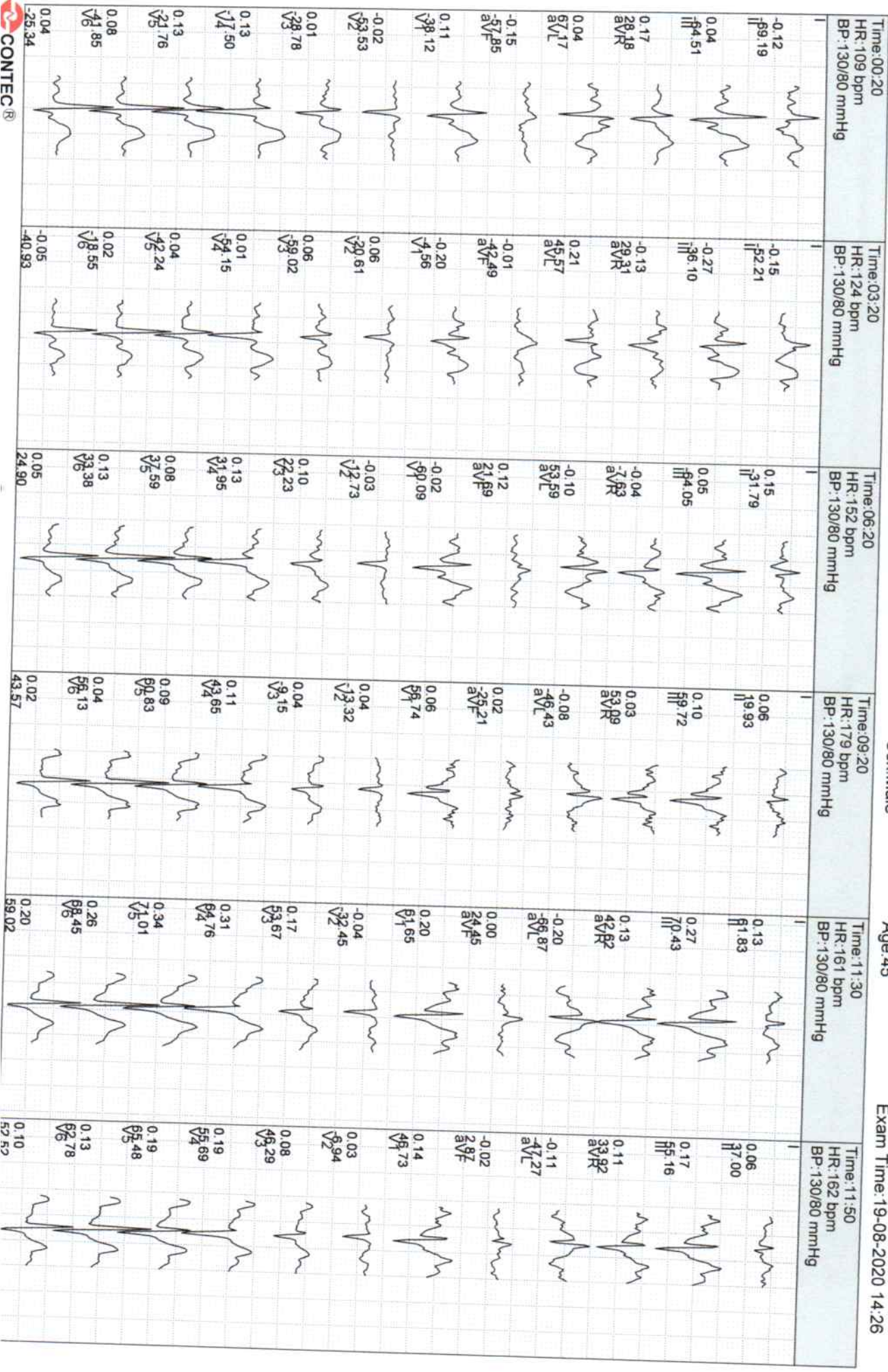
Section:

Name: Suhardi, M

Sex: Male

Age: 45

Exam Time: 19-08-2020 14:26



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

## ECG Strips

ID:1845

Section:

Name: Suhardi, M

Sex: Male

Age: 45

Exam Time: 19-08-2020 14:26

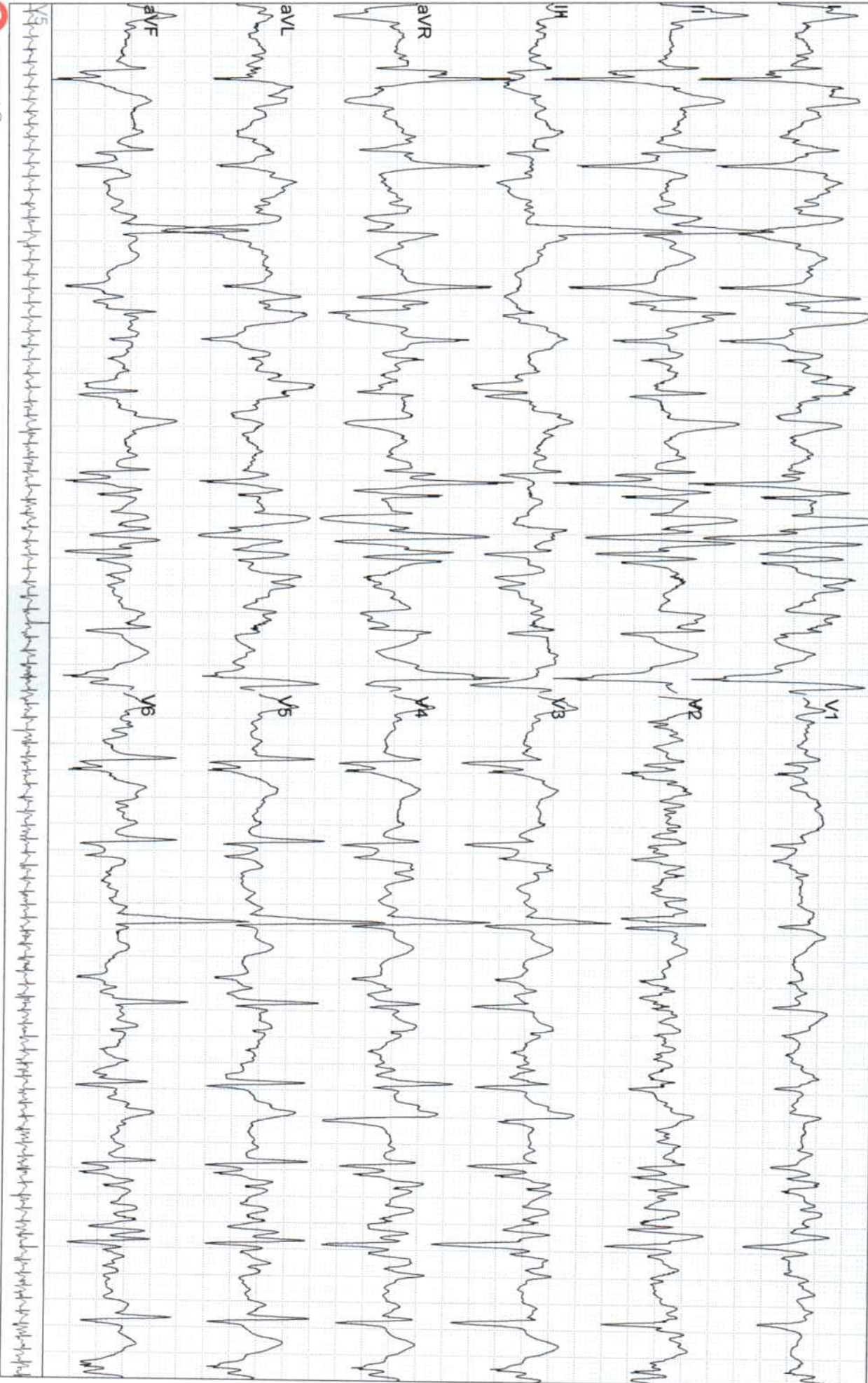
Time: 00:26

Stage: [ 1 / 6 ] PRE-EXE 00:26 [ 0.0 Km/h 0.0 % ]

HR: 109 bpm

BP: 130/80 mmHg

10mm/mV 25mm/s



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID:1845

Section:

Name: Suhardi, M

Sex: Male

Age: 45

Exam Time: 19-08-2020 14:26

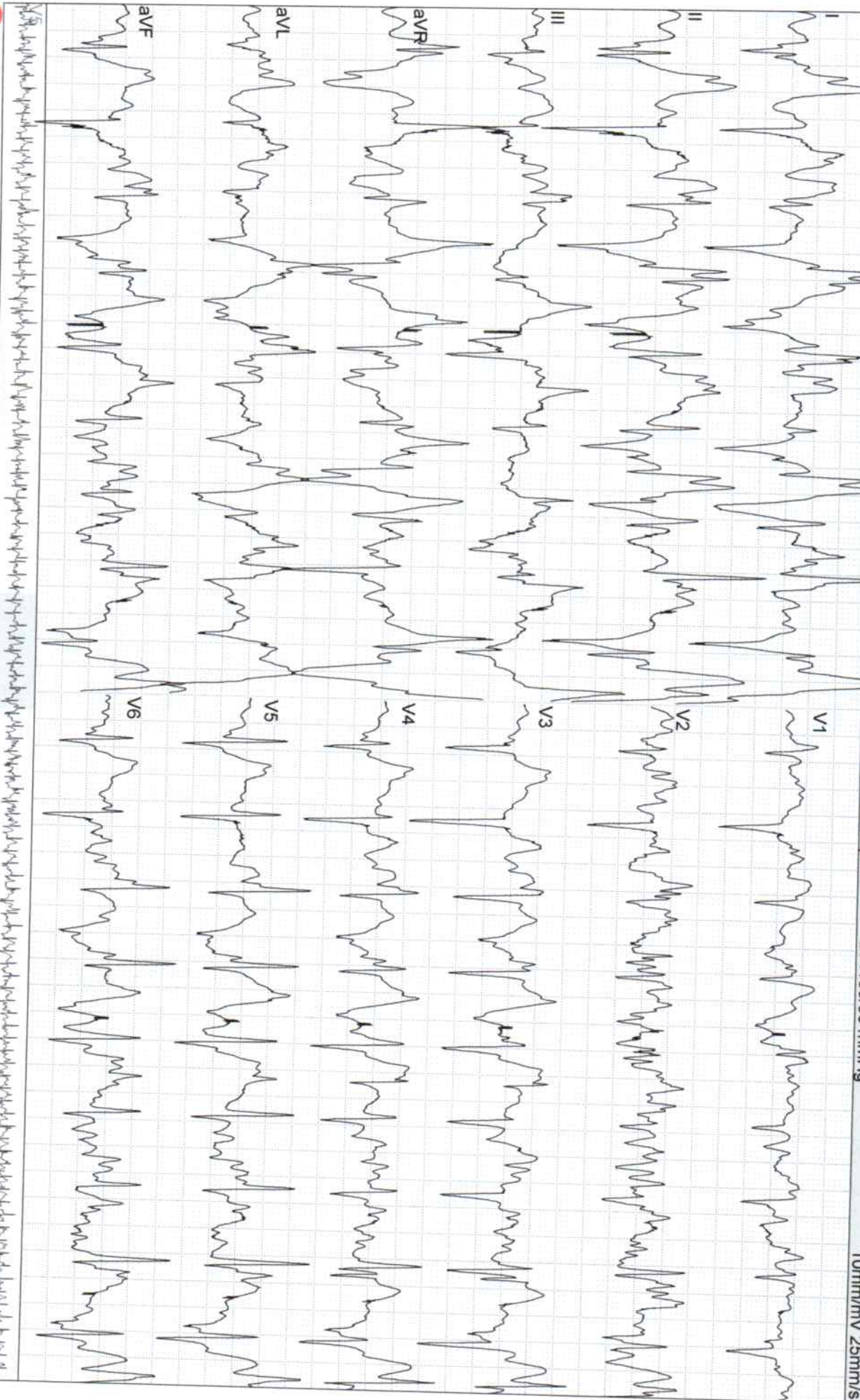
Time: 03:00

Stage: [ 2 / 6 ] EXE1 02:30 [ 2.7 Km/h 10.0 % ]

HR: 125 bpm

BP: 130/80 mmHg

10mm/mV 25mm/s



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

## ECG Strips

ID:1845

Section:

Name: Suhardi. M

Sex: Male

Age: 45

Exam Time: 19-08-2020 14:26

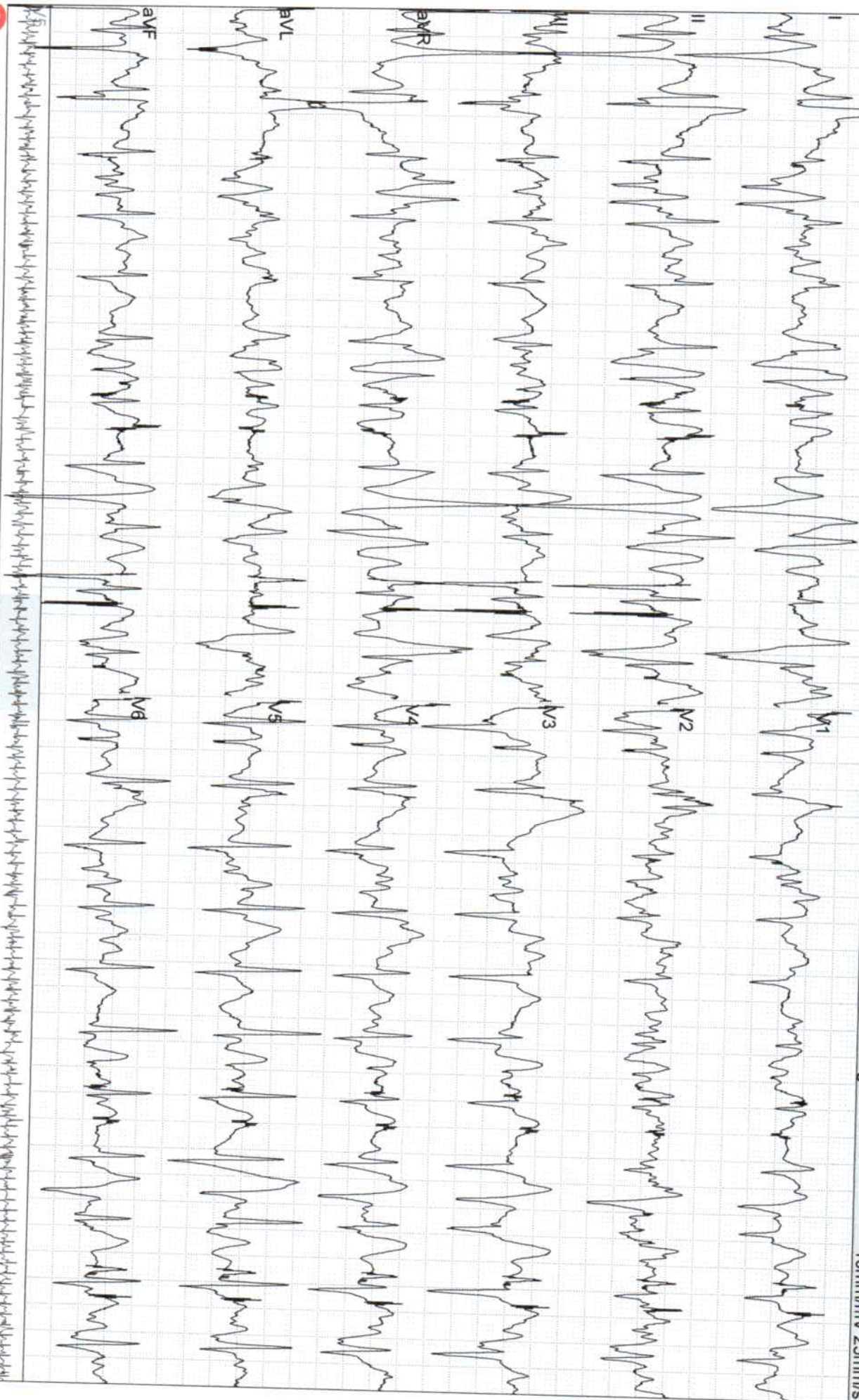
Time: 06:06

Stage: [ 3 / 6 ] EXE2 02:36 [ 4.0 Km/h 12.0 % ]

HR: 127 bpm

BP: 130/80 mmHg

10mm/mV 25mm/s



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

## ECG Strips

ID:1845

Section:

Name: Suhardi, M

Sex: Male

Age: 45

Exam Time: 19-08-2020 14:26

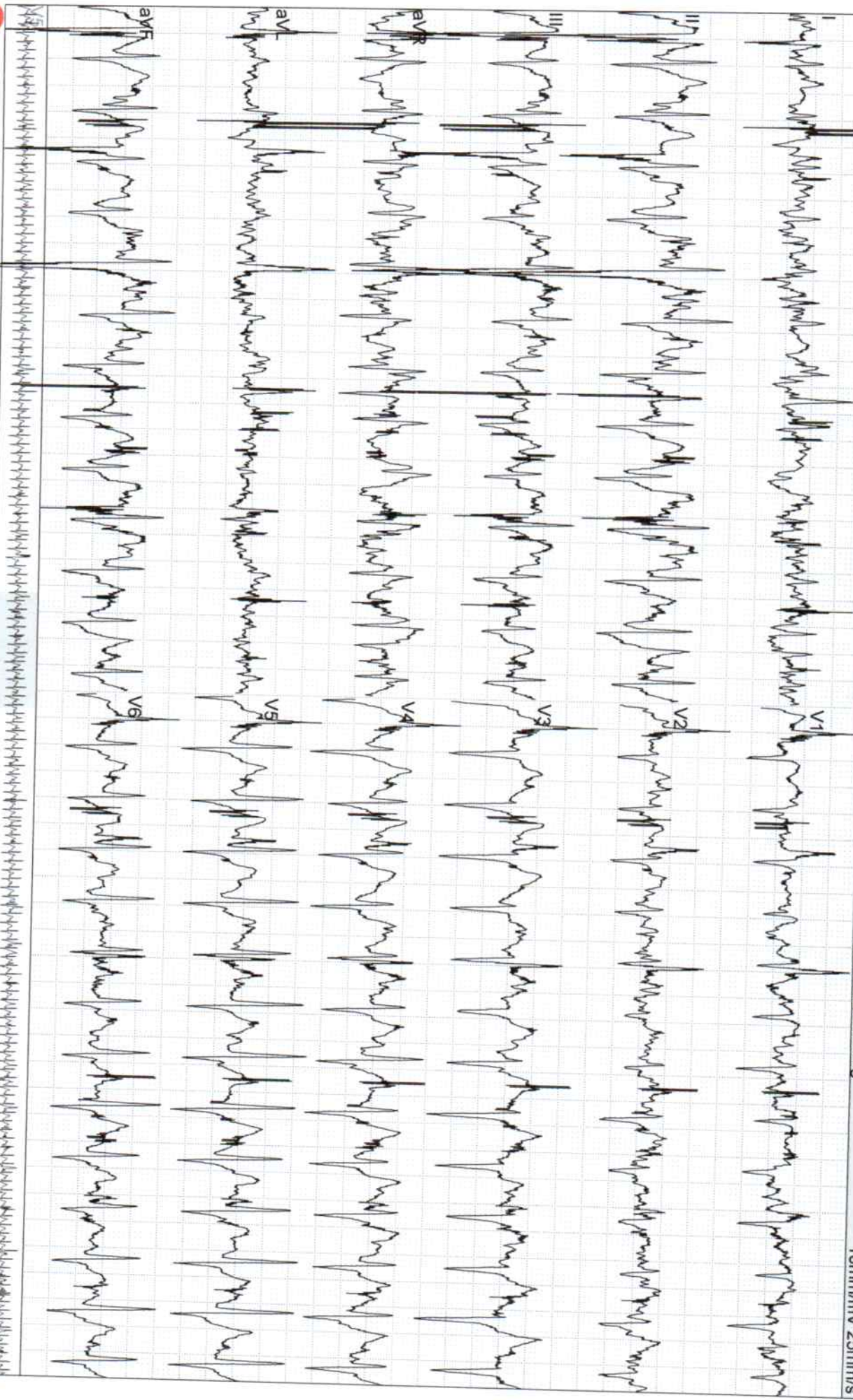
Time: 09:03

Stage: [ 4 / 6 ] EXE3 02:33 [ 5.5 Km/h 14.0 % ]

HR: 166 bpm

BP: 130/80 mmHg

10mm/mV 25mm/s



# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID:1845

Section:

Name: Suhardi, M

Sex: Male

Age: 45

Exam Time: 19-08-2020 14:26

Time: 11:10

Stage: [ 5 / 6 ] EXE4 01:40 [ 6.8 Km/h 16.0 % ]

HR: 161 bpm

BP: 130/80 mmHg

10mm/mV 25mm/s

## ECG Strips

