

## PERSONAL DATA

No. MCU : 1089/GMI-MCU/V/2020  
No. Badge : -  
N a m a : **ABDILLAH MUTTAQIN, Tn.**  
U m u r : 30 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : Asst. Inspector  
Tgl Pemeriksaan : 08/05/2020  
Alamat : Jl. Klamono Gatot No.441 RT 028 Kel. Margo Mulyo, Balikpapan



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

## HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2020



NAMA : Abdillah murtahin  
TANGGAL LAHIR : 20-12-1989  
JENIS KELAMIN : laki-laki  
S/N :  
IGG :  
DEPT/SERVICE : FO/INS (inspection)  
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 : Asst. 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 : Jl. Klamono Gah no. 441 Rt. 028 ket. margo mulyo  
Balikpapan
- 6. No. Extension Telpon. : Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) .....  
Telpon/HP 082151688989

**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 : 8 jam/hari
- 2. Warehouse : 3 jam/hari
- 3. Workshop : 3 jam/hari
- 4. Process area : 4 jam/hari
- 5. Well/Offshore : 5 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 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**

- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ?  
 1. Ya    2. Tidak      
*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      
*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

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

1  6

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

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

1  2  0

1. Ya 2. Tidak  2

1. Ya 2. Tidak  2

1. Ya 2. Tidak  2

1. Rokok pertama di pagi  2  
2. Rokok lainnya

Ya 2. Tidak

Ya 2. Tidak

*Langsung ke pertanyaan alkohol*

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

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

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

9  0

6

6  0

1. Ringan 4. Berat  3  
2. Sedang 5. Sangat berat  
3. Cukup berat

**POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN**

- 1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan ? 2
- 2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran ? 7

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

- 1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak 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 ?
- 3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?
- 4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?
- 5. Kapan hari petyama 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     

*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 ?

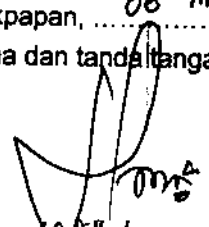
1. Ya      2. Tidak     

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

/  /

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

Balikpapan, 08 Mei ..... 2020  
Nama dan tanda tangan karyawan

  
(Agiloh Mustajim)

## MEDICAL CHECK UP –2020

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	ABDILLAH MUTTAQIN, Tn.	S/N	-	DEPT	FO/INS
------	------------------------	-----	---	------	--------

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	100/60	mmHg	Pulse	80	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36,5	°C
Weight (W)	51	kg	Height (H)	171	cm	BMI	17,44	Waist	78	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☉	✓		Missing, 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/Trrills/ 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	20/20				✓	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	COMMENT:
	Abnormal	

### III. CHEST X-RAY

*See attached result*

Pneumoconiosis	Yes	No	✓
If Yes – ILO Classification			
Evidence of TB	Yes	No	✓
Other Abnormalities			
COMMENT	Foto Thorax Normal		

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

*See attached result*

Normal	✓	Abnormal	(specify) : Normal 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
✓	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. : 1089

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

Nama Lengkap: <b>ABDILLAH MUTTAQIN, Tn.</b>	Tgl. Lahir: <b>20/12/1989</b>	Umur : <b>30</b> tahun	Jenis Kelamin : <b>Laki-Laki</b>
Nama Perusahaan: <b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b>	Alamat Rumah: <b>Jl. Klamono Gatu No. 441 RT 028 Kel. Margomulyo Balikpapan.</b>	Telp./HP : <b>0821 5168 8989</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)
36,5	20	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 <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

**PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

Balikpapan, **11/05/2020**

ANNUAL MEDICAL CHECK UP

Kepada Yth : <b>ABDILLAH MUTTAQIN, Tn.</b>	Umur : 30 tahun	S/N : -
Posisi : <b>Asst. Inspector</b>	MCU ID : 1089/GMI-MCU/V/2020	Dept. : <b>FO/INS</b>

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

**TEMUAN :**

- \* Berat Badan = 51 Kg (Underweight), BMI = 17,44 ; BB Ideal = 52,63 - 73,10 Kg. Lingkar Perut : 78 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- \* Riwayat Kesehatan = Tidak ada keluhan kesehatan. MEROKOK 16 batang/hari. BEROLAHRAGA 6x/bulan, Intensitas CUKUP BERAT.
- \* Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga. Riwayat Vaksinasi = Vak. Tetanus & Vak. Hepatitis : SUDAH
- \* Fisik = TD : 100/60 mmHg (Normal). Gigi : Missing, Caries. Romberg Test : Negatif. Mata : VODS : 20/20 (Normal), VF ODS : 85°. Test Buta Warna : Normal.
- \* Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- \* Lab = Kimia Darah : Dalam batas normal.
- \* Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal.
- \* Audiometri = Fungsi pendengaran dalam batas normal.
- \* **Faktor Resiko Jantung Koroner berdasarkan Jakarta Cardiovascular Score = 1 -> Low Risk (CV10 < 10 %)**

**STATUS KESEHATAN :**

Kategori	CATATAN
<input type="checkbox"/> M-1A	Tidak ditemukan problem kesehatan
<input type="checkbox"/> M-1B	Ditemukan problem kesehatan yang tidak serius
<input checked="" type="checkbox"/> M-2	Ditemukan problem kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok resiko rendah.
<input type="checkbox"/> M-3A	Ditemukan problem kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok resiko sedang
<input 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 :**

- \* Naikkan berat badan secara berkala sesuai berat badan IDEAL, dengan diet GIZI seimbang.
- \* Hentikan SEGERA kebiasaan merokok\_\_Pelajari EFEK BURUK merokok jangka panjang.
- \* Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI. 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,




**dr. Hendra AZ**  
No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/01/2017



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

**JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE**

Name : ABDILLAH MUTTAQIN, Tn.      Age (Years) : 30  
 MCU No. : 1089/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	30	-4
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	100/60	0
	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	17,44	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>1</b>
<b>CONCLUSION :</b>			<b>LOW RISK (CV10 &lt; 10%)</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) : 1089 /GMI-MCU/V/2020

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama (Name)** : ABDILLAH MUTTAQIN, Tn. / M **Umur (Age)** : 30 **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 )	14,8	( F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL )
Hematocrit ( Hct )	42,0	( F: 35 ,0- 45,0%, M: 40,0 - 50,0 % )
Erythrocyt (RBC)	4,4	( 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)	6,4	( 4,0 - 10,0/mm <sup>3</sup> )
Differential Count		
Basophile	0,5	0,0 - 2,0%
Eosinophile	5,1	0 ,5- 6,0%
Neutrofil	50,6	50,0 - 70,0%
Lymphocyte	38,7	20,0% - 40,0%
Monocyte	5,1	3,0 - 12,0%
MCV	95	80 - 100 fl
MCH	33	27-34 pg/sel
MCHC	35	32-36 g/dL
RDW - CV	13,0	11,0 - 16,0 %
RDW-SD	46,2	35,0 - 56,0 fl
Thrombocyt	169	( 140 - 440 x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )
BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	108	70 - 110 mg/dL
Cholesterol total	124	Normal : <200mg/dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl
HDL Cholesterol	32	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	78	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	71	Normal < 150 mg/dL Bordeline 150 -199 mg/dl Tinggi 200 -499 mg/dL
Uric Acid	5,2	(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	20	10 - 50 mg/ dL
SGOT / AST	16	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGPT / ALT	18	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	1,025	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

Penanggungjawab  
Laboratorium,

Dr. Hendra AZ  
**Laboratorium  
GRAND Medica**

Analisis Laboratorium

Syamsia 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) : 1089

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : ABDILLAH MUTTAQIN, Tn.

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

**Umur**  
(Age) : 30 Tahun  
(years old)

**Pekerjaan**  
(Occupation) : ASST INSPECTOR

**Jenis Kelamin**  
(Gender) : Male

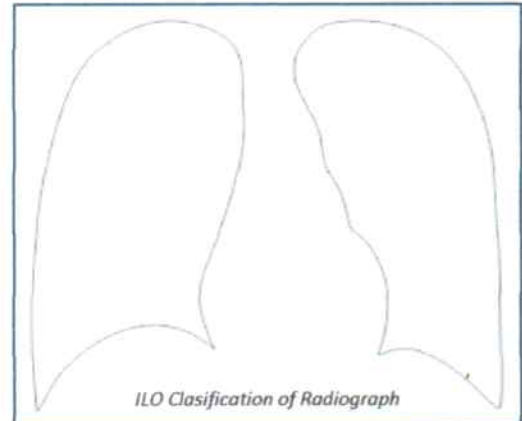
**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 08 Mei 2020

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

**Jenis Pemeriksaan**  
(Type of Examination) : Thorax

**Posisi Penyinaran**  
(Exposure Position) : PA

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



ILO 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)

<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**  
MEDICA INDONESIA  
Spesialis Radiologi

**Allengers**

Passion for excellence



**Patient Data**

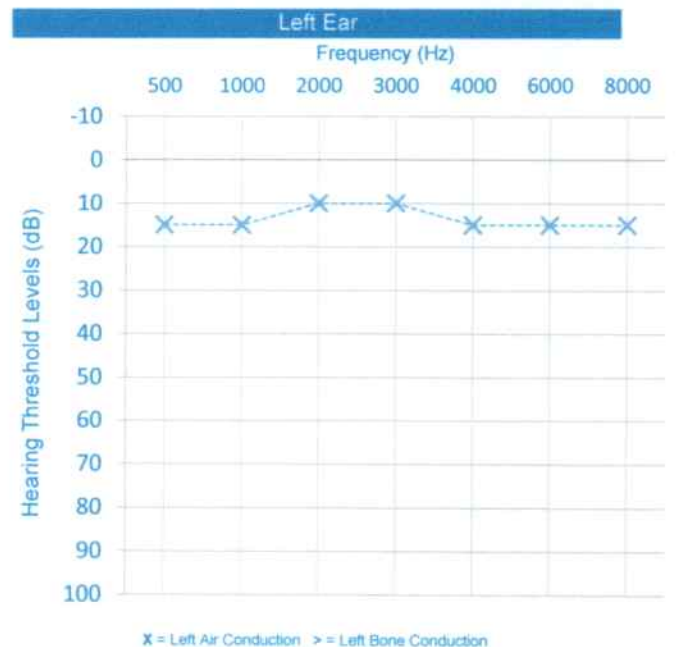
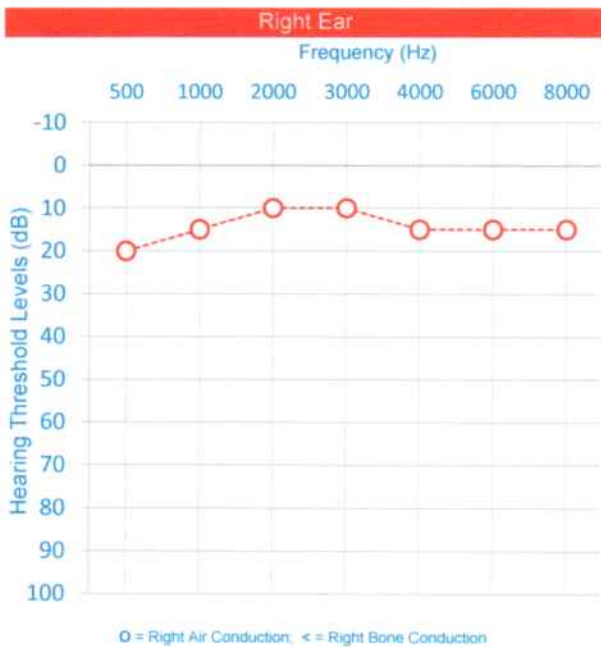
ID Number	1089	Gender	Laki-laki
First Name	ABDILLAH	Occupation	Asst. Inspector
Last Name	MUTTAQIN	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	30 Yo.	Test Date	8 Mei 2020

**Occupational Noise Exposure**

<b>Present</b>	Type of work: Asst. Inspector	Period of work: 1 Years	Hearing Protection Worn: Yes
<b>Previous</b>	1) - 2) -	- -	- -
<b>Military Services</b>	<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:  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**

**Left Ear Observation 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	10	10	15	15	15	11.7	Air	15	15	10	10	15	15	15	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:   
 dr. Hendra A.Z.

Instrument used  
 SIBELSOUND 400

Standard  
 OSHA



ID : 1089  
Name : Abdillah Muttaqin  
Age : 30 Years  
Gender : Male  
Department: PT. Inspektindo

HR : 59 BPM  
P Dur : 92 ms  
PR int : 146 ms  
QRS Dur : 80 ms  
QT/QTc int : 376/375 ms  
P/QRS/T axis : 53/96/76 °  
RV5/SV1 amp : 0.564/1.527 mV  
RV5+SV1 amp : 2.091 mV  
RV6/SV2 amp : 0.674/2.822 mV

Technician : Rinda Amd. Kep  
Report Confirmed by:

Diagnosis Information:  
800: Sinus Rhythm  
752: Lateral Myocardial Infarction(I,aVL)  
203: Right Axis Deviation

*HR*

**Dr. Achmad Yusri Sp.P**

**SPECIALIS JANTUNG DAN SANGKULAK DARAH**

