

*Bapak / Ibu Pelanggan*

*Medical Check – Up*

*Di –*

*Tempat*

*Dengan Hormat,*

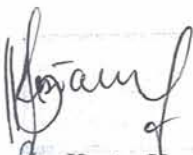
*Terimakasih atas kepercayaan yang Bapak/Ibu berikan kepada kami untuk melakukan pemeriksaan kesehatan tahunan di **Medical Check Up, Siloam Hospitals Balikpapan.***

*Merupakan suatu kehormatan bagi kami karena pada kesempatan ini kami dapat menyampaikan list rangkuman hasil pemeriksaan medical check – up.*

*Apabila ada hal yang ingin Bapak / Ibu tanyakan sehubungan dengan hasil pemeriksaan medical check – up, silahkan menghubungi kami di **No. Telp. ( 0542 ) 8862999, ext. 29211** dengan membuat perjanjian terlebih dahulu.*

*Sekali lagi kami ucapkan terimakasih dan kami berharap masih diberi kesempatan untuk memberikan pelayanan kesehatan tahunan bagi Bapak / Ibu beserta keluarga di masa yang akan datang.*

*Hormat Kami,*



*Dr. Kezia Kartika*  
*Medical Check Up*

RAHASIA



## **PT. Inspektindo Sinergi**

### **HEALTH AND MEDICAL CHECK UP**

**No. 0022/MCU-SHBP/IV/2019**

Nama : **Teguh Setiawan, Tn**  
Tanggal Lahir : **10 September 1978**  
Jenis Kelamin : **Pria**  
S/N :  
Jabatan / Posisi : -

Tanggal MCU : **05 April 2019**

Dilakukan oleh : **dr. Kezia Kartika**  
**dr. Santoso Suhendro, Sp. Rad**

Jl. MT Haryono Dalam No. 23 RT. 30 Kel. Damai Kec. Balikpapan Selatan  
Telp. 0542 -8862999 Fax. 0542 - 7206570  
e-mail: [rs.bpn@siloamhospitals.com](mailto:rs.bpn@siloamhospitals.com)  
website: <http://www.siloamhospitals.com>

**HEALTH AND MEDICAL CHECK UP**

No. 0022/MCU-SHBP/IV/2019

Kepada : **Teguh Setiawan, Tn** Umur/ Tanggal **41 tahun 10 Sep 1978** **Pria**  
 Dept : **PT. Inspektindo Sinergi**

Berikut adalah hasil pemeriksaan Medical Check Up yang telah dilaksanakan pada tanggal **05 April 2019**

- TEMUAN**
1. RPD : Riwayat diabetes melitus ± tahun 2009 tidak ada rutin minum obat.
  2. BMI : 28,79 kg/m (Overweight).
  3. Mata : Arcus senilis ODS.
  4. Gigi : Missing, decay.
  5. Kulit : Pedis dextra : prurigo.
  6. Laboratorium DL : Peningkatan jumlah eritrosit, SGOT, trigliserida, LDL, GDP, asam urat. Penurunan MCV, MCH.
  7. Laboratorium UL : Kuning tua. Glukosa (+), keton (+). Sel epitel meningkat.

**STATUS**

CATEGORY	NOTE
<b>1A</b>	Fit, tidak dijumpai problem kesehatan
<b>1B</b>	Fit, dijumpai problem kesehatan yang tidak serius
<b>2</b>	Fit, dengan problem kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok resiko rendah
<b>3A</b>	Dengan problem kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok resiko sedang
<b>3B</b>	Dengan problem kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok resiko tinggi
<b>4</b>	Unfit, dengan keterbatasan fisik untuk melakukan pekerjaan secara normal, hanya cocok untuk pekerjaan ringan
<b>5</b>	Unfit, sedang sakit, perawatan rumah sakit atau dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan pekerjaan (status ijin sakit)

**KESIMPULAN**

**FIT** sebagai \_\_\_\_\_ di Lokasi Kerja **PT. Inspektindo Sinergi**

- SARAN**
1. Pasien wajib melakukan konsultasi ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam untuk mengontrol ketat diabetes serta dislipidemia, hiperurisemia dan gangguan fungsi hati.
  2. Diet rendah lemak, rendah purine dan rendah karbohidrat.
  3. Rutin berolahraga 3x/minggu selama 60 menit untuk menurunkan berat badan (BB ideal 54,49-75,69 kg).
  4. Melakukan perawatan rutin ke Dokter Gigi minimal 6 bulan 1x.

Berlaku : **05 April 2020**

Bila masih ada hal yang perlu diperjelas, mohon segera menghubungi Dokter Pemeriksa. Terimakasih atas kerjasamanya

Dokter Pemeriksa,

  
**Dr. Kezia Kartika**

Medical Department

**HEALTH AND MEDICAL CHECK UP**

**PHYSICAL EXAMINATION**

<b>Name</b>	<b>Teguh Setiawan, Tn</b>	<b>S/N</b>		<b>DEPT</b>	<b>PT. Inspektindo Sinergi</b>
-------------	---------------------------	------------	--	-------------	--------------------------------

**I. GENERAL CONDITION**

Blood Pressure (mmHg)	110/80	Pulse (x/mnt)	78	Respiration (x/mnt)	18	Temp (° C)	36,4
Weight (kg)	87	Height (cm)	174	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	28,74	Waist (cm)	99

\* BMI = W / H<sup>2</sup> (Underweight = < 18-25, Overweight 25-30, Obese >30)

**II. PHYSICAL**

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		N	-
2	HEAD/SCALP	Size/Shape/Tender over sinuses/Hair/Eruption		N	-
3	EYES	Conjunctiva/ScleraCornea/Pupils/Ptosis/Tension/Eyelid/Bruit/Reflex/Range of Movement/		N	Arcus senilis ODS
4	EARS	Ext.canal/Membran perforation/Discharge/tophi/Hearing problem/Mastoids		N	-
5	NOSE/SINUSES	Septum/obstruction/turbinates/discharges		N	-
6	MOUTH/THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/Gums/Pharynx		N	-
7	TEETH	Caries ☉, filling (F), Missing (M), Radix ☉	A		Missing, decay
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/Trachea/Veins/Mass/Spine/Motion/Bruit		N	-
9	BACK/SPINE	Kyphosis/Scoliosis/Lordosis/mobility/CVA/Bone/Tenderness /other deformities		N	-
10	THORAX	Symmetry/movement/countour/tender		N	-
11	BREAST	Size/cosistency/Nipples/areolar/discharge/palpable mass/tenderness/nodes/scars		N	-
12	HEART	Rate/rhythm/apical/impulse/Trills/quality of sound/intensity/splitting/extra sound/murmurs		N	-
13	CHEST / LUNG	percussion/Quality of breath sound/rales/whezzing/ronchi/bruit		N	-
14	ABDOMEN	Bowel sounds/appearance/liver/spleen/masses/Hernias,murmur/countour/tenderness/bruit/nodes		N	-
15	GROIN	Hernia/inguinal nodes/femoral pulses		N	-
16	MALE GENITAL	Penis/testis/scrotum epididymis/varicocele/scars/Discharge/circumcised/piercing		N	-
17	FEMALE GENITAL	Vulva/vagina/Cervix/Uterus/adnexae/rectocele/Bartholini gland/urethra/discharge			-
18	EXTREMITIES	Deformity/clubbing/cyanosis/edema/nail/peripheral pulses/calf tenderness/joints for swelling/ROM		N	-
19	JOINTS	ROMS/swelling/inflamation/Deformity		N	-
20	SKIN	Color/birthmark/scars/tatoos/texture/rash/eczeme/ulcers/piercing	A		Pedis dextra : prurigo
21	NEUROLOGICAL	Reflexes/cranial nerve/tremor/paralysis/motoric/sensoric(touch,prick,vibrate)/coordination/romberg		N	-
22	MUSCULAR SYSTEM	Strength/wasting/development		N	-
23	RECTAL EXAM	Sphincter tone/hemorrhoids/fissure/masses/prostate		N	-

**SUPPORTIVE INVESTIGATIONS**

Name

Teguh Setiawan, Tn

**I. VISION**

Vision	Unaided		With spectacles		Night	Colour Blindness
	Left	Right	Left	Right		
						<input type="checkbox"/> Normal
Distant	-	-	-	-		<input type="checkbox"/> Red - Green Absent
Near	-	-	-	-		<input type="checkbox"/> Colour Blind
Visual fields (normal > 70°)			Left	-		Right
COMMENT :	-					

**II. LABORATORIUM SUMMARY**

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT :	Laboratorium DL : Peningkatan jumlah eritrosit, SGOT, trigliserida, LDL, GDP, asam urat. Penurunan MCV, MCH. Laboratorium UL : Kuning tua. Glukosa (+), keton (+). Sel epitel meningkat.
<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal		

**III. CHEST X-RAY**

Pneumoconiosis	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
If Yes - ILO Clasification	-	
Evidence of TB	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
Other Abnormalities	-	
COMMENT :	-	

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

See attached result

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT :	Tidak dilakukan pemeriksaan
<input type="checkbox"/> Abnormal		

**V. TREADMILL (Optional for over 40 years of age)**

See attached result

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT :	Tidak dilakukan pemeriksaan
<input type="checkbox"/> Abnormal		

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

Test	Predicted	Observed	Percentage	
VC	-	-	-	%
FVC	-	-	-	%
FEV 1	-	-	-	%
FEV/FVC	-	-	-	%
COMMENT :	Tidak dilakukan pemeriksaan			

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

See attached result

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

**VIII. USG**

COMMENT :	Tidak dilakukan pemeriksaan
-----------	-----------------------------

# MCU

Medical Check Up

No. Rekam Medis : \_\_\_\_\_  
Nama : Tn. Teguh Setiawan  
Perusahaan : \_\_\_\_\_  
Jabatan / Posisi : \_\_\_\_\_  
Tanggal MCU : 5/4/2019

**Medical Check Up 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 :  
 2. Status : (1) Belum Kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai  
 3. Jumlah anak : Anak laki-laki : Orang, Anak Perempuan : 2 Orang  
 4. Alamat sekarang : JL Moyjen Sutopo RT 41 No 59  
 5. No. Extension Telpon. : Kantor : Kamar (untuk lapangan) :  
 Telpon :

**HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN**

No	Posisi	Lama kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Kimia	Debu	Radiasi	Ergonomi	Lain-lain
	<del>Adm</del>	6							
	Admin Logistic	6thn	PT. WAS.	✓		✓			

**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 anda dalam sehari.

1. Office : 8 jam/hari  
 2. Warehouse : 2 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 DISAMPING 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 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Jantung              | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. Kencing Manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 1 |

f. Timbul benjolan/ tumor	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
g. Ayan/ gangguan syaraf lain	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
h. Asthma	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. Thyphus	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 type="checkbox"/>
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input 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-sendii	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**

01. Dalam satu tahun terakhir apakah anda mengalami kecelakaan akibat kerja ?	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
			<i>bila tidak langsung ke no. 6</i>
02. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir anda mengalami kecelakaan ?	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
03. Apakah anda perlu mendapatkan perawatan di RS karena kecelakaan tersebut ?	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
04. Berapa jumlah hari Anda dirawat di RS secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ?	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
05. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
06. 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>
07. Berapa jumlah hari Anda dirawat di Rumah Sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
08. Apakah Anda menderita penyakit yang harus dikontrol terus menerus selama 1 tahun terakhir ?	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>



### KEBIASAAN MEROKOK

01. Apakah Anda pernah merokok ? 1. Ya 2. Tidak  *bila tidak langsung ke alkohol*
02. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya ?
03. Apakah saat ini anda merokok ? 1. Ya, setiap hari   
2. Ya, tidak setiap hari   
3. Tidak - *bila tidak tangsung ke no. 12*
04. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?
05. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK) 1. Kadar nikotin rendah   
2. Kadar nikotin sedang   
3. Kadar nikotin tinggi
06. Seberapa sering anda menghisap dalam-dalam asap rokok ? 1. Tidak pernah   
2. Kadang-kadang   
3. Selalu
07. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok ?
08. Apakah anda lebih banyak merokok dalam 2 jam pertama di pagi hari ? 1. Ya  2. Tidak
09. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang di larang merokok ? 1. Ya  2. Tidak
10. Apakah anda tetap merokok di saat anda sedang sakit ? 1. Ya  2. Tidak
11. Dalam satu hari rokok manakah yang sulit di lewatkan ? *Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol* 1. Rokok pertama di pagi   
2. Rokok lainnya
12. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok ? (tahun)

### KONSUMSI ALKOHOL

01. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ? 1. Ya  2. Tidak  *bila tidak langsung ke olahraga*
02. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ? 1. Ya  2. Tidak  *bila tidak langsung ke olahraga*
03. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ? 1. Ya  2. Tidak  *bila tidak langsung ke olahraga*
04. Berapa kali anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?
05. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya ? (diperkirakan dlm satuan cc)

**AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA**

01. 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)

6 3 3

02. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?

03. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya ? (dalam menit)

04. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?

- 1. Ringan
- 2. Sedang
- 3. Cukup berat

- 4. Berat
- 5. Sangat berat

**POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN**

01. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan ?

2

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

2

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

01. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut :

- a. tekanan darah tinggi
- b. penyakit jantung
- c. stroke
- d. kencing manis
- e. kanker
- f. alergi
- g. asthma

- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak

2  
2  
2  
1  
2  
2  
2

02. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut :

- a. tekanan darah tinggi
- b. penyakit jantung
- c. stroke
- d. kencing manis
- e. kanker
- f. alergi
- g. asthma

- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak
- 1. Ya      2. Tidak

2  
2  
2  
1  
2  
2  
2

03. Diantara Ayah/Ibu/Saudara kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit diatas pada usia kurang dari 45 tahun untuk laki-laki dan 55 tahun untuk perempuan ? *YA*

**UNTUK KARYAWAN WANITA**

01. Apakah saat ini Anda sedang hamil ?

- 1. Ya      2. Tidak

*bila tidak langsung ke no. 3*

02. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?

03. Berapa jumlah kehamilan yang pernah dialami (termasuk kehamilan saat ini) ?

04. Berapa jumlah keguguran yang pernah dialami ?

05. Kapan hari pertama haid terakhir Anda ?   /   /

06. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?

07. Berapa banyak darah pada saat Anda haid ? 1. Banyak 2. Sedikit

08. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ? 1. Ya 2. Tidak

09. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ? 1. Ya 2. Tidak

10. Apakah Anda sering menderita keputihan ? 1. Ya 2. Tidak

### KELUARGA BERENCANA

01. Apakah keluarga Anda mengikuti Keluarga Berencana ? 1. Ya 2. Tidak  *bila tidak langsung ke vaksinasi*

02. Bila YA, metode KB apa Anda gunakan ? 1. Kondom 2. Pil 3. Suntik 4. Susuk 5. IUD 6. Vaksetomi 7. Tubektomi 8. Lainnya

### RIWAYAT VAKSINASI

01. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi Tetanus ? 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu

02. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi Hepatitis ? 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu

### DONOR DARAH

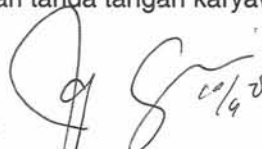
01. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila diperlukan ? 1. Ya 2. Tidak

02. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?   /   /

Formulir tersebut diatas telah saya isi dengan benar dan sesungguhnya

Balikpapan, 05 APRIL 2019

Nama dan tanda tangan karyawan

  
( Teguh Setiawan )

Patient Name : **TEGUH SETIAWAN, TN**  
 Address : **JALAN MAYJEND SUTOYO NO 59 RT 041**  
 Age : **40 Thn 6 Bln 26 Hr**  
 DOB/Sex : **10-09-1978 / Male**  
 Ward : **CHECKUP /**  
 Physician : **dr. Kezia Kartika H**  
 MR. No. : **00188210**  
 Clinical Info :

Order Time : **05-04-19 07:38**  
 Specimen Received : **05-04-19 09:13**  
 Print Out : **05-04-19 10:29**  
 Lab No. : **19014080 /**  
 Patient Category :  
 Reg. No. : **CPA1904050003**  
 Page : **1 / 2**

RUTIN

Test	Result	Unit	Reference Range	Method
------	--------	------	-----------------	--------

**HAEMATOLOGY**

**Hematologi Lengkap**

Hemoglobin	14.7	g/dL	14.0 - 18.0
Jumlah Lekosit	6.41	10 <sup>3</sup> /ul	4.50 - 11.50

**Hitung Jenis**

Eosinofil	2	%	1 - 3
Basofil	0	%	0 - 2
Neutrofil Segmen	59	%	50 - 70
Limfosit	33	%	18 - 42
Monosit	6	%	2 - 11
Hematokrit	42.2	%	40.0 - 54.0
Jumlah Trombosit	258	10 <sup>3</sup> /ul	150 - 450
Jumlah Eritrosit	<b>H</b> 6.55	10 <sup>6</sup> /uL	4.60 - 6.00

**MCV, MCH, MCHC**

MCV	<b>L</b> 64.4	fL	80.0 - 94.0
MCH	<b>L</b> 22.4	pg	26.0 - 32.0
MCHC	34.8	g/L	32.0 - 36.0
Laju Endap Darah 1 jam	8	mm	0 - 13

**CLINICAL CHEMISTRY**

SGPT	<b>H</b> 50.1	U/L	<45	IFCC
SGOT	36.9	U/L	<37	
Trigliserida	130	mg/dL	Normal: <150 mg/dL Borderline High: 150-199 mg/dL High: 200-499 mg/dL Very high: >= 500 mg/dL	
Kolesterol Total	<b>H</b> 218	mg/dL	Desirable: <200 mg/dL Borderline High: 200-239 mg/dL High: >= 240 mg/dL	PAP
HDL Kolesterol	43	mg/dL	Major risk: <40 mg/dL Negative risk: >= 60 mg/dL	
LDL Kolesterol	<b>H</b> 185	mg/dL	Optimal: <100 mg/dL Near optimal: 100-129 mg/dL Borderline high: 130-159 mg/dL	

Patient Name : **TEGUH SETIAWAN, TN**  
 Address : **JALAN MAYJEND SUTOYO NO 59 RT 041**  
 Age : **40 Thn 6 Bln 26 Hr**  
 DOB/Sex : **10-09-1978 / Male**  
 Ward : **CHECKUP**  
 Physician : **dr. Kezia Kartika H**  
 MR. No. : **00188210**  
 Clinical Info :

Order Time : **05-04-19 07:38**  
 Specimen Received : **05-04-19 09:13**  
 Print Out : **05-04-19 10:29**  
 Lab No. : **19014080**  
 Patient Category :  
 Reg. No. : **CPA1904050003**  
 Page : **2 / 2**

RUTIN

Test	Result	Unit	Reference Range	Method
			High:160-189 mg/dL Very high:>190 mg/dL	
Glukosa Darah Puasa	<b>H</b> 253	mg/dL	76 - 100	Hexo
Ureum Darah	15.4	mg/dL	<50	
Kreatinin Darah	0.73	mg/dL	0.70 - 1.20	
Asam Urat	<b>H</b> 7.5	mg/dL	3.4 - 7.0	Uric

**URINALISYS**

**Urin Lengkap**

**Makroskopis**

Warna	Kuning Tua	Kuning	
Kejernihan	Jernih	Jernih	
Berat Jenis	<b>H</b> 1.025	1.016 -1.022	Dipsticks
pH	5.0	4.8 - 7.4	
Lekosit	Negatif	Negatif	
Nitrit	Negatif	Negatif	
Protein	Negatif	Negatif	
Glukosa	500	Normal	
Keton	5	Negatif	
Urobilinogen	Normal	Normal	
Bilirubin	Negatif	Negatif	
Darah (Blood)	Negatif	Negatif	

**Sedimen**

Lekosit	0-1	/lpb	1 - 5
Eritrosit	0-1	/lpb	0 - 1
Silinder	Negatif		
Sel Epitel	1-3	/lpk	0 - 2
Kristal	Negatif		Negatif
Bakteri	Negatif		Negatif
Jamur	Negatif		Negatif

Clinical Pathologist

dr. Rita Dewi K, Sp.PK

Authorized By Nanung

Authorisation Date : 05-04-19 10:29

*Penilaian hasil laboratorium hanya dapat diberikan oleh Dokter yang memiliki data klinis pasien.*

