

## PERSONAL DATA

No. MCU	:	6097/GMI-MCU/X/2021
No. Badge	:	-
Nama	:	<b>TONY SETYAWAN, Tn.</b>
Umur	:	45 tahun
Perusahaan	:	<b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b>
Jabatan	:	Admin
Tgl Pemeriksaan	:	15/10/2021
Alamat	:	Jl. Merdeka Martadinata RT 36 No. 9



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE  
TAHUN 2021



NAMA : Tony Setyawan  
TANGGAL LAHIR : 27 Maret 1976  
JENIS KELAMIN : LAKI - LAKI  
S/N :  
IGG :  
DEPT/SERVICE : OFFICE - BALIKPAPAN  
LOKASI KERJA :  
JENIS PEMERIKSAAN :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement

## Medical Department

## HEALTH SURVEILLANCE

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

## IDENTITAS PEGAWAI

1. Posisi : .....  
 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. MED DEKA MARTADINATA RT 36 UD. 9 .....  
 6. No. Extension Telpon. : Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) ..... Telpon/HP ...081346577219

## HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama pekerjaan dalam jam/hari					
				Minggu	Bulan	Kuartal	Rabu	Inggris	Indo

## 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 | <input checked="" 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"/> 2            |

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"/> 2
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

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

## KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?      1. Ya      2. Tidak  2  
*Bila tidak, lengung ke alkohol*
2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kaliya ?
3. Apakah saat ini Anda merokok ?      1. Ya, setiap hari   
2. Ya, tidak setiap hari  
3. Tidak - bila tidak lengung ke no. 14
4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?
5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)      1. Kader nikotin rendah   
2. Kader nikotin sedang  
3. Kader nikotin tinggi
6. Seberapa sering Anda menghisap dalam-dalam asap rokok ?      1. Tidak pernah   
2. Kadang-kadang  
3. Setahu
7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok ?
8. Apakah Anda lebih banyak merokok dalam jam pertama di pagi hari ?      1. Ya      2. Tidak
9. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang dilarang 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 lengung ke pertanyaan alkohol*      1. Rokok pertama di pagi   
2. Rokok lainnya
12. Apakah anda ingin berhenti merokok ?      1. Ya      2. Tidak
13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti program Berhenti Merokok ?      1. Ya      2. Tidak  
*Lengung ke pertanyaan alkohol*
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok ? (tahun)

## KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?      1. Ya      2. Tidak  2  
*Bila tidak, lengung ke olahraga*
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?      1. Ya      2. Tidak   
*Bila tidak, lengung ke olahraga*
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?      1. Ya      2. Tidak   
*Bila tidak, lengung ke olahraga*
4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?
5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kaliinya ? (diperkirakan dalam satuan cc)

## AKTIVITAS 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 kaliinya ? (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 ?

2  
 5

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut

- |                         |       |          |                            |
|-------------------------|-------|----------|----------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. Penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. Kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. Kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| f. Alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| g. Asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

- |                         |       |          |                            |
|-------------------------|-------|----------|----------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. Penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. Kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. Kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| f. Alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| g. Asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 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

Silakan lengkapkan 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 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       2  
Bila tidak lengung ke Vaksinasi
2. Bila YA, metode KB apa yang Anda gunakan ?
- |           |              |                          |
|-----------|--------------|--------------------------|
| 1. Kondom | 5. IUD       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pil    | 6. Vasektomi | <input type="checkbox"/> |
| 3. Suntik | 7. Tubektomi | <input type="checkbox"/> |
| 4. Susuk  | 8. Lainnya   | <input type="checkbox"/> |

## 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       2
2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?       /  /

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

Balikpapan, ... 15 Oktober ... 2021

Nama dan tanda tangan karyawan



( ..... Tony Setyawan ..... )

## MEDICAL CHECK UP -2021

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	TONY SETYAWAN, Tn.	S/N	-	DEPT	-
------	--------------------	-----	---	------	---

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	130/70 mmHg	Pulse	87 x/m	Respiration	20 x/m	Temp.	36 °C
Weight (W)	74 kg	Height (H)	173 cm	BMI	24,73	Waist	80 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/ Turbinates /Discharges			✓	
6	MOUTH / THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx			✓	
7	TEETH	Caries (C), Filling(F), Missing (M), Radix@		✓		Caries, Missing
8	NECK	Adenopathy/Thyroid/Carotids/ Tracheal/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit			✓	
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities			✓	
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender			✓	
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ tenderness/ 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/ Hemias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes			✓	
15	GROIN	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses			✓	
16	GENITAL	MALE	Penis/Testis/Scrotum epididymis/ Varicocele/ Scars/ Discharge/ Circumcised/ Piercing		✓	
		FEMALE	Vulva/Vagina/ Cervix/ Uterus/ Adnexae/ Rectocele/ Bartholini gland/ Urethra/ Discharge			
17	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/ Peripheral pulses/ Calf tenderness/Joints for swelling/ ROM			✓	
18	JOINTS	ROM/ Swelling / Inflammation /Deformity			✓	
19	SKIN	Color/Birthmark/Scars/ Tattoos /Texture/Rash/ Eczema / ulcers/Piercing			✓	
20	NEUROLOGICAL	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensor (touch,prick,vibrate)/ Coordination/ Romberg			✓	Romberg Test : Negative
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development			✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/ Hemorrhoids/ Fissure/ Masses /Prostate			✓	

## SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

### I. VISION

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

### II. LABORATORIUM SUMMARY

*See attached result*

Normal	<b>COMMENT:</b> Triglycerida 280 mg/dL (Tinggi), Asam Urat : 8,5 mg/dL (Tinggi).
✓ Abnormal	

### III. CHEST X-RAY

*See attached result*

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

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

*See attached result*

Normal ✓	Abnormal	(specify) : <b>Sinus Rhythm, VES</b>
----------	----------	--------------------------------------

### 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	



## HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2021

Balikpapan, **23/10/2021**

ANNUAL MEDICAL CHECK UP

Kepada Yth : <b>TONY SETYAWAN, Tn.</b>	Umur : 45 tahun	S/N : -
Posisi : Admin	MCU ID: 6097/GMI-MCU/X/2021	Dept. : -

Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :

**15/10/2021**

### TEMUAN :

- \* Berat Badan = 74 Kg (Normal), BMI = 24,73 ; BB Ideal = 53,87 - 74,82 Kg. Lingkar Perut : 80 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- \* Riwayat Kesehatan = Tidak ada keluhan kesehatan. Tidak MEROKOK. Tidak BEROLAH RAGA.
- \* Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga. Riwayat Vaksinasi = Vak. Tetanus & Vak. Hepatitis : TIDAK TAHU.
- \* Fisik = TD : 130/70 mmHg (Normal-Tinggi). Gigi : Caries, Missing. Romberg test : Negative.
- \* Fisik = Mata : VODS : 20/20 (Normal), VF ODS : 85° (Normal). Test Buta Warna : Normal.
- \* Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- \* Lab = Kimia Darah : Trigliserida 280 mg/dL (Tinggi), Asam Urat : 8,5 mg/dL (Tinggi).
- \* Rekam Jantung (EKG) = Sinus Rhythm, VES. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal.
- \* Faktor Resiko Jantung Koroner berdasarkan Jakarta Cardiovascular Score = 4 -> Moderate Risk (CV10 = 10-20 %)

### 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 :

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> FIT  | Sebagai : Admin          |
| <input type="checkbox"/> UNFIT           | Di : Office - Balikpapan |
| <input type="checkbox"/> TEMPORARY UNFIT |                          |



### SARAN - SARAN :

- \* Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.
- \* Periksa Tekanan Darah secara teratur, DIET RENDAH GARAM, konsultasi rutin ke dokter perusahaan.
- \* Diet RENDAH LEMAK dan RENDAH PURIN. Konsultasi ke dokter untuk pengobatan. Lakukan pemeriksaan laboratorium DARAH 3 bulan kemudian.
- \* Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI.
- \* 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 : **15/10/2022**

Mengetahui :

dr. ....



Hormat Kami,

Dokter Pemeriksa,



dr. Hendra Az.

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/IIK/X/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

**Patient Data**

ID Number :	6097/GMI-MCU/X/2021		
Name :	<b>TONY SETYAWAN, Tn.</b>	Company :	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Gender :	Laki-Laki	Occupation :	Admin
DOB / Age :	27/03/1976	/ 45 Yo.	Test Date : 15/10/2021
Height (cm)	173	Weight (kg) :	74
		BMI :	24,73

**Jakarta Cardiovascular Risk Table**

Risk Factor		Score	Result	Poin
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		
	Normal	0		
Blood Pressure	High Normal	1	130/70	1
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m2)	13,79 - 25,99	0	24,73	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	No	2
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		
<b>Total Point</b>				<b>4</b>

Determine the 10-year CVD risk (%)		
Total Points	10-year CVD risk (%)	
-4	Low Risk	<1
-3	Low Risk	2,6
-2	Low Risk	4,2
-1	Low Risk	5,8
0	Low Risk	7,4
1	Low Risk	9
2	Moderate Risk	10,0
3	Moderate Risk	13,1
4	Moderate Risk	17,2
5	High Risk	20,0
6	High Risk	21,2
7	High Risk	22,5
8	High Risk	23,7
9	High Risk	25
10	High Risk	26,2
11	High Risk	27,5
12	High Risk	28,7
13	High Risk	>30

Result
Estimated 10-year CVD Risk
<b>17,2%</b>
Risk Category
<b>Moderate Risk</b>

**Advice**

Patients with HIGH RISK scores should be counseled aggressively about social factors contributing to their risk (smoking, exercise, weight, diet, etc) and also managed with blood pressure and lipid evaluation.

**References**

Kusmana. Dede. The Jakarta Cardiovascular Score, A Modified Framingham Score, Is A Simple Method For Cardiovascular Risk Stratification In Developing Countries. 21st Scientific Meeting of the International Society of Hypertension, 2006; 201.



**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

Result of Laboratorium Analysis

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 6097 /GMI-MCL/X/2021

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama (Name)</b>	: TONY SETYAWAN, Th.	/ Laki-Laki	<b>Umur (Age)</b>	: 45 Tahun (Years old)
<b>Pekerjaan (Job Position)</b>	: ADMIN		<b>Dokter (Doctor)</b>	: Dr. Hendra AZ
<b>Perusahaan (Company)</b>	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		<b>Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)</b>	: 15 Oktober 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RIJUKAN / Reference Value	SATUAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>HEMATOLOGI RUTIN</b>			
Hemoglobine ( Hgb )	15,1	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit ( Hct )	44,7	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	5,7	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup>
Leucocyt (WBC)	7,5	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 <sup>3</sup> /µL
Differential Count			
Basophile	0,1	0 - 2	%
Eosinophile	1,0	0 - 3	%
Neutrofil	57,0	50- 70	%
Lymphocyte	34,3	20 - 40	%
Monocyte	5,3	3 - 12	%
MCV	87	80- 100	fL
MCH	28	27 - 34	pg/cell
MCHC	35	32 - 36	g/dL
RDW- CV	13	11- 16	%
RDW- SD	38	35 - 56	fL
Thrombocyt	252	140 - 440	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>KIMIA KLINIK</b>			
<b>METABOLISME GLUKOSA/DIABETES</b>			
Glucose Fasting	110	Normal : 70 - 110	mg/dL
<b>PROFIL LEMAK</b>			
Cholesterol total	189	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	280	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	60	Rendah : < 40	mg/dL





## HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.  
(Lab. Number) : 6097 /GMI-MCLU/X/2021

### Data Pasien (Patient Detail)

<u>Nama</u> (Name)	: TONY SETYAWAN, Trn.	/ Laki-Laki	<u>Umur</u> (Age)	: 45 Tahun (Years old)
<u>Pekerjaan</u> (Job Position)	: ADMIN		<u>Dokter</u> (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
<u>Perusahaan</u> (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		<u>Tgl Pemeriksaan</u> (Date of Analysis)	: 15 Oktober 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	73	Tinggi : >= 60 Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	1,2	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
FUNGSI HATI			
SGOT / AST	27	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	21	0 - 40	U/L
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	8,5	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	1,4	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	28	10 - 50	mg/dL
URINALISA			
MAKROSKOPIS URIN			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
KIMIA			
Berat jenis	1,010	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	6,5	Normal : 4,5 - 8	
Protein	Negatif	Normal : < 7,5 (Negatif)	mg/dL
Glucose	Negatif	Normal : < 0,018 (Negatif)	mg/dL
Leukosit esterase	Negatif	Normal : < 9 (Negatif)	Leu/jul.
Ketone	Negatif	Normal : < 2,5 (Negatif)	mg/dL
Urobilin	Negatif	Normal : < 0,2 (Negatif)	mg/dL
Bilirubin	Negatif	Normal : < 0,4 (Negatif)	mg/dL
Nitrite	Negatif	Normal : < 0,05 (Negatif)	mg/dL
Blood	Negatif	Normal : < 0,018 (Negatif)	mg/dL

Tanggal pengambilan sampel : 15 Oktober 2021

Penanggung Jawab  
Laboratorium,  
**Laboratorium**  
**GRAND Medica**  
Dr. Hendra Agus Z

Analis Laboratorium

Syamalar Am. Ak





Nomor Pasien  
(Patient Number)

Nomor Film  
(Film Number)

: 6097

**Data Pasien (Patient Detail)**

Nama  
(Name) : TONY SETYAWAN, Tn.

Perusahaan  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Umur  
(Age) : 45 Tahun  
(years old)

Pekerjaan  
(Occupation) : ADMIN

Jenis Kelamin  
(Gender) : Male

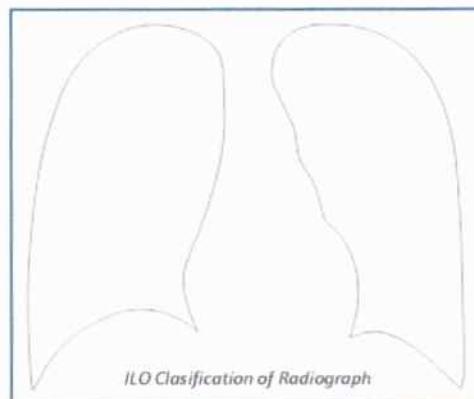
Tgl Pemeriksaan  
(Date of Analysis) : 15 Oktober 2021

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

Jenis Pemeriksaan  
(Type of Examination) : Foto thorax

Posisi Penyiniran  
(Exposure Position) : PA

Kondisi Penyiniran  
(Exposure Condition) : kV : 58  
mAs : 0,30



ILO Classification of Radiograph

**Interpretasi Foto Thorak oleh Spesialis Radiologi**  
(Chest X-ray Interpretation by the Radiologist)

**Penjelasan Keadaan Abnormal**  
(Comment on Abnormalities)

1. Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?  
(Skeleton and/or Soft Tissue Abnormalities)
2. Kelainan Bayangan Jantung?  
(Abnormal heart shadows)
3. Kelainan Hilus dan/atau Kelenjar Limfa?  
(Abnormal hilar and/or lymphatic gland)
4. Kelainan Diafragma dan Sudut Costophrenic?  
(Abnormal Diaphragms and Costophrenic angles)
5. Kelainan Paru-paru?  
(Abnormal Lung Fields)
6. Gambaran Lainnya dari Lesi TBC?  
(Any evidence of tubercular lesions)
7. Gambaran Abnormal Lainnya?  
(Detail of Other Abnormalities)

<input type="radio"/> No	Yes →

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

*foto thorax normal*

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

**Allengers**  
Passion for excellence

15.10.2021 09:29:29

ID : 6097  
Name : Tony Setyawan  
Age : 45 Years  
Department: PT. Inspektindo  
Gender : Male

HR : 87 BPM  
P Dur : 126 ms  
PR int : 173 ms  
QRS Dur : 96 ms  
QT/QTC int : 338/408 ms  
P/QRS/T axis : 55.2/41.3  
RV5/SVT amp : 1.48/1.424 mV  
RV5+SVT amp : 2.908 mV  
RV6/SV2 amp : 1.151/0.986 mV

Diagnosis Information:  
800: Sinus Rhythm  
846: Frequent Premature Ventricular Contraction  
508: Right Atrial Enlargement

Technician : Rinda A.Md.Kep  
Report Confirmed by:

dr. ACHMAD YUSRI, SpJP

SPESIALIS JANTUNG DAN PEMERIKSA DARAH

81 - Kuta  
Uter

