



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

*Make SMILE and Be HEALTHY*

## PERSONAL DATA

No. MCU : 5776/GMI-MCU/X/2021  
No. Badge : -  
N a m a : **ACHMAD FUAD KALTIMUJA, Tn.**  
U m u r : 29 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : Inspector  
Tgl Pemeriksaan : 04/10/2021  
Alamat : Jl. M. Hatta RT 022 Muara Jawa Ulu

---



**Medical Department**

**HEALTH SURVEILLANCE**

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

**IDENTITAS PEGAWAI**

- 1. Posisi : 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 ... 1 ... Orang, Anak Perempuan ... 1 ... orang
- 5. Alamat sekarang : Δ C. M. HIATTA RT 022 mumpu Jawa UU
- 6. No. Extension Telpon. : Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) .....  
Telpon /HP 082152294637

**HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN**

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Debu	Kimia	Radiasi	Ergonomi	lain-lain
	<u>INSPECTOR</u>	<u>3 thn</u>	<u>LSP</u>			<input checked="" type="checkbox"/>			

**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 : 7 jam/hari
- 2. Warehouse : 7 jam/hari
- 3. Workshop : 7 jam/hari
- 4. Process area : 7 jam/hari
- 5. Well/Offshore : 7 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  2
- b. Tekanan darah rendah 1. Ya 2. Tidak  2
- c. Jantung 1. Ya 2. Tidak  2
- d. Stroke 1. Ya 2. Tidak  2
- e. Kencing Manis 1. Ya 2. Tidak  2

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. 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 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 ?  
1. Ya 2. Tidak  *Bila tidak, langsung ke alkohol*
2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya ?
3. Apakah saat ini Anda merokok ?  
1. Ya, setiap hari   
2. Ya, tidak setiap hari  
3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14
4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?
5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)  
1. Kadar nikotin rendah   
2. Kadar nikotin sedang  
3. Kadar nikotin tinggi
6. Seberapa sering Anda menghisap dalam-dalam asap rokok ?  
1. Tidak pernah   
2. Kadang-kadang  
3. Selalu
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 langsung 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  
*Langsung ke pertanyaan alkohol*
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok ? (tahun)

## KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?  
1. Ya 2. Tidak  *Bila tidak, langsung ke olahraga*
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?  
1. Ya 2. Tidak  *Bila tidak, langsung ke olahraga*
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?  
1. Ya 2. Tidak  *Bila tidak, langsung ke olahraga*
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. 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 ?

5
6

### RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. 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. Asma
2. 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. Asma
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
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2
1. Ya	2. Tidak	2

### UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ?
2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?
3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?
4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?
5. Kapan hari pertyama haid terakhir Anda ?
6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?
7. Berapa banyak pada saat Anda haid ?
8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ?
9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ?
10. Apakah Anda sering menderita keputihan ?

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
<i>Bila tidak, langsung ke no. 3</i>				
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		<input type="text"/>
1. Banyak	2. Sedikit	<input type="checkbox"/>		
1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		

**KELUARGA BERENCANA**

1. Apakah keluarga Anda mengikut keluarga berencana ?

1. Ya      2. Tidak       1

*Bila tidak langsung ke Vaksinasi*

2. Bila YA, metode KB apa yang Anda gunakan ?

1. Kondom      5. IUD       4

2. Pili      6. Vasektomi

3. Suntik      7. Tubektomi

4. Susuk      8. Lainnya

**RIWAYAT VAKSINASI**

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya      3. Tidak tahu       3

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis ?

1. Ya      3. Tidak tahu       3

2. Tidak

**DONOR DARAH**

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?

1. Ya      2. Tidak       1

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

/   /

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

Balikpapan, 4 Oktober ..... 2021..

Nama dan tanda tangan karyawan



(.....ACHMAD Fuad F.....)

## MEDICAL CHECK UP –2021

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	ACHMAD FUAD KALTIMUJA, Tn.	S/N	-	DEPT	-
------	----------------------------	-----	---	------	---

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	130/70	mmHg	Pulse	57	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36,4	°C
Weight (W)	81	kg	Height (H)	175	cm	BMI	26,45	Waist	86	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©	✓		Radix
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/ Trachea/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit		✓	
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities		✓	
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender		✓	
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ ederness/ 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	20/30	20/30				✓	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 151 mg/dl (Meningkat).
✓	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>	Foto Thorax Normal		

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

See attached result

Normal	✓	Abnormal	(specify) : Sinus Bradycardia, HR ; 57 bpm
--------	---	----------	--

### 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

<b>CONCLUSION</b>		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	

**Patient Data**

ID Number :	5776/GMI-MCU/X/2021		
Name :	<b>ACHMAD FUAD KALTIMUJA, Tn.</b>		Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Gender :	Laki-Laki		Occupation : Inspector
DOB / Age :	10/02/1992	/ 29 Yo.	Test Date : 04/10/2021
Height (cm)	175	Weight (kg) : 81	BMI : 26,45

**Jakarta Cardiovascular Risk Table**

Risk Factor		Score	Result	Poin	Determine the 10-year CVD risk (%)			
Sex	Female	0	Male	1	Total Points	10-year CVD risk (%)		
	Male	1						
Age	25-34	-4	29	-4			-4	Low Risk <1
	35-39	-3					-3	Low Risk 2,6
	40-44	-2					-2	Low Risk 4,2
	45-49	0					-1	Low Risk 5,8
	50-54	1					0	Low Risk 7,4
	55-59	2					1	Low Risk 9
	60-64	3					2	Moderate Risk 10,0
Blood Pressure	Normal	0	130/70	1			3	Moderate Risk 13,1
	High Normal	1					4	Moderate Risk 17,2
BMI (Kg/m2)	Grade 1 Hypertension	2	26,45	1			5	High Risk 20,0
	Grade 2 Hypertension	3					6	High Risk 21,2
	Grade 3 Hypertension	4			7	High Risk 22,5		
Smoke	13,79 - 25,99	0	Never	0	8	High Risk 23,7		
	26,00 - 29,99	1			9	High Risk 25		
	30,00 - 35,58	2			10	High Risk 26,2		
Diabetes Mellitus	Never	0	No	0	11	High Risk 27,5		
	Ex Smoker	3			12	High Risk 28,7		
Physical Exercise/Activity	Smoker	4	Low	1	13	High Risk >30		
	No	0			6	High Risk 21,2		
	Yes	2			7	High Risk 22,5		
Total Point	No	2	0	0	8	High Risk 23,7		
	Low	1			9	High Risk 25		
	Medium	0			10	High Risk 26,2		
		High			11	High Risk 27,5		
					12	High Risk 28,7		
					13	High Risk >30		

<b>Result</b>
Estimated 10-year CVD Risk
<b>7,4%</b>
Risk Category
<b>Low 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.** : 5776 /GMI-MCU/X/2021  
*(Lab. Number)*

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama</b> <i>(Name)</i>	: ACHMAD FUAD K, Tn.	/ Laki-Laki	<b>Umur</b> <i>(Age)</i>	: 29 Tahun <i>(Years old)</i>
<b>Pekerjaan</b> <i>(Job Position)</i>	: INSPECTOR		<b>Dokter</b> <i>(Doctor)</i>	: Dr. Hendra AZ
<b>Perusahaan</b> <i>(Company)</i>	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		<b>Tgl Pemeriksaan</b> <i>(Date of Analysis)</i>	: 4 Oktober 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>HEMATOLOGI RUTIN</b>			
Hemoglobine { Hgb }	15,4	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit { Hct }	43,6	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,6	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
<b>Differential Count</b>			
Basophile	0,1	0 - 2	%
Eosinophile	1,5	0 - 3	%
Neutrofil	52,6	50 - 70	%
Lymphocyte	39,9	20 - 40	%
Monocyte	5,8	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	44	35 - 56	fL
Thrombocyt	321	140 - 440	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>KIMIA KLINIK</b>			
<b>METABOLISME GLUKOSA/DIABETES</b>			
Glucose at random	80	Tinggi : > 180	mg/dL
<b>PROFIL LEMAK</b>			
Cholesterol total	155	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	151	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	57	Rendah : < 40	mg/dL





**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

*Result of Laboratorium Analysis*

**Nomor Lab.** : 5776 /GMI-MCU/X/2021  
*(Lab. Number)*

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama** : ACHMAD FUAD K, Tn. / Laki-Laki **Umur** : 29 Tahun  
*(Name)* *(Age)* *(Years old)*  
**Pekerjaan** : INSPECTOR **Dokter** : Dr. Hendra AZ  
*(Job Position)* *(Doctor)*  
**Perusahaan** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan** : 4 Oktober 2021  
*(Company)* *(Date of Analysis)*

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	68	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	
<b>FUNGSI HATI</b>			
SGOT / AST	10	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	27	0 - 40	U/L
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Uric Acid	7,1	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	0,8	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	39	10 - 50	mg/dL
<b>URINALISA</b>			
<b>MAKROSKOPIS URIN</b>			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
<b>KIMIA</b>			
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/ $\mu$ L
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 : 4 Oktober 2021

Penanggung Jawab  
Laboratorium,

Dr. Hendra Agus Z  
**Laboratorium**  
**GRAND Medica**

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak





Nomor Pasien  
(Patient Number) :

Nomor Film  
(Film Number) : 5776

**Data Pasien (Patient Detail)**

Nama  
(Name) : **ACHMAD FIJAD K, Tr.**

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

Umur  
(Age) : **29** Tahun  
(years old)

Pekerjaan  
(Occupation) : **INSPECTOR**

Jenis Kelamin  
(Gender) : **Male**

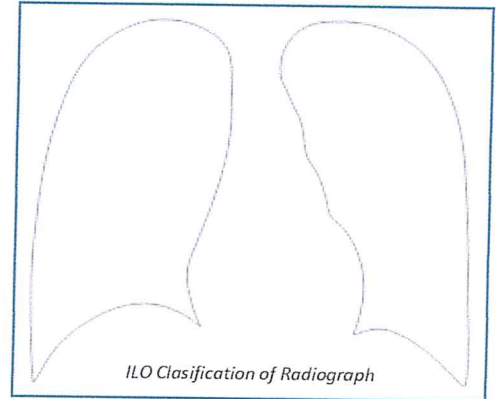
Tgl Pemeriksaan  
(Date of Analysis) : **04 Oktober 2021**

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

Jenis Pemeriksaan  
(Type of Examination) : **Foto thorax**

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

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



**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	<input type="radio"/> Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes →

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

*Foto Thorax Normal*

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

**Patient Data**

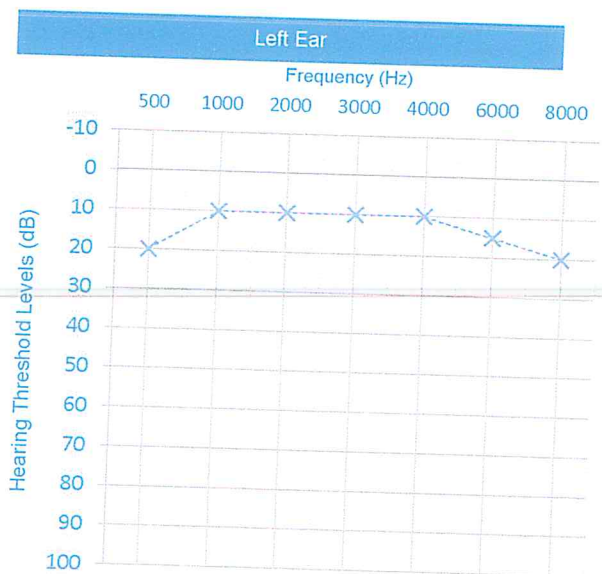
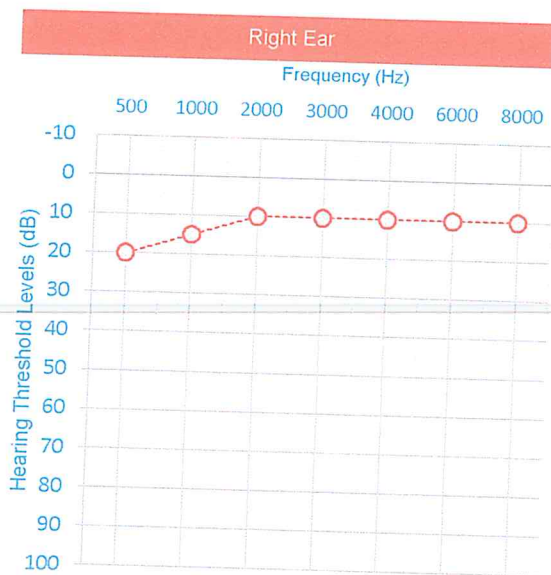
ID Number	5776	Gender	Laki-laki
First Name	ACHMAD	Occupation	Inspector
Last Name	FUAD. K	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	29 Yo.	Test Date	04 Oktober 2021

**Occupational Noise Exposure**

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

**Test Detail**

<b>Test Location</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sound Booth <input type="checkbox"/> Other	<b>Hours Away from Noise</b>	<input type="checkbox"/> < 14 hours <input type="checkbox"/> 14 - 24 hours <input type="checkbox"/> > 24 hours
<b>Technician</b>	Eka Wanda A.Md. Kep		



O = Right Air Conduction; < = Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction > = Left Bone Conduction

**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	10	10	10	10	10	
Bone									10,0

**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	20	10	10	10	10	15	20	
Bone									10,0
									0,0

**Conclusion / Medical Report**

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.  
Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature



dr. Henira A.Z.

Instrument used  
SIBELSOUND 427

Standard  
OSHA



ID : 5776  
Name : Achmad Fuad  
Age : 29 Years  
Department: PT. Inspektindo

Gender : Male

HR : 57 BPM  
P Dur : 121 ms  
PR int : 155 ms  
QRS Dur : 91 ms  
QT/QTc int : 392/382 ms  
P/QRS/T axis : 39/72/52 °  
RV5/SV1 amp : 2.031/1.181 mV  
RV5+SV1 amp : 3.212 mV  
RV6/SV2 amp : 1.495/1.616 mV

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

Diagnosis Information:  
811 : Sinus Bradycardia  
\*\*\*Normal ECG\*\*\*

*Wanda Pusri Wardi*

**dr. Achmad Yusry, SpJP**  
SPECIALIS JAWA BANG DAN PEMERIKHA DHDARAH

