



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

*Make SMILE and Be HEALTHY*

## PERSONAL DATA

**No. MCU** : 2690/GMI-MCU/X/2019  
**No. Badge** : -  
**N a m a** : **RASDI, Tn.**  
**U m u r** : 27 tahun  
**Perusahaan** : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
**Jabatan** : Asst. Inspector  
**Tgl Pemeriksaan** : 07/10/2019  
**Alamat** : Jl. Ruhui Rahayu Perum PGRI Blok Q1 No.1 Ringroad

2640.



**PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

## HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2019



**NAMA** : RASDI .....  
**TANGGAL LAHIR** : ~~Laki laki~~ 20-06-1992 .....  
**JENIS KELAMIN** : laki laki .....  
**S/N** : .....  
**IGG** : .....  
**DEPT/SERVICE** : Inspection & testing .....  
**LOKASI KERJA** : Pertamina Hulu Mahakam .....  
**JENIS PEMERIKSAAN** :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement

**Medical Department**

**HEALTH SURVEILLANCE**

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

**IDENTITAS PEGAWAI**

- 1. Posisi : ASST. Inspector
- 2. Golongan Darah : A / B / AB / 0 Rhesus : + / -
- 3. Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 4. Jumlah anak : Anak laki-laki 1 Orang, Anak Perempuan 0 orang
- 5. Alamat sekarang : Jln. Puhwi Bahaya Perumahan Komplek  
PTI Block Q1 No1 Ringroad. Balikpapan  
Selatan Balikpapan. Telpon/HP 0813-4054 9709
- 6. No. Extension Telpon. : Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) .....

**HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN**

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Debu	Kimia	Radiasi	Ergonomi	lain-lain
1	ASST. INSPEKTOR / 8 jam / ISP			✓	—	—	—	—	

**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 : 2 jam/hari
- 5. Well/Offshore : 12 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. 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

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

**KEBIASAAN MEROKOK**

1. Apakah anda pernah merokok ?

1. Ya 2. Tidak  1  
Bila tidak, langsung ke alkohol

2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya ?

1  7

3. Apakah saat ini Anda merokok ?

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

4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?

0  6

5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)

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

6. Seberapa sering Anda menghisap dalam-dalam asap rokok ?

1. Tidak pernah  1  
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  2

9. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang dilarang merokok ?

1. Ya 2. Tidak  2

10. Apakah Anda tetap merokok di saat Anda sedang sakit ?

1. Ya 2. Tidak  2

11. Dalam satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?  
*Deri no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol*

1. Rokok pertama di pagi  2  
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  2  
*Bila tidak, langsung ke olahraga*

2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?

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

3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?

1. Ya 2. Tidak  2  
*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)

3  6  0

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?

0  4

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

1  2  0

4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?

1. Ringan 4. Berat  2  
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 ?

### RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak
  - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak
  - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak
  - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak
  - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak
  - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak
  - g. Asma 1. Ya 2. Tidak
2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak
  - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak
  - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak
  - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak
  - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak
  - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak
  - g. Asma 1. Ya 2. Tidak
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

### UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya 2. Tidak   
*Bila tidak, langsung 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 mengikuti keluarga berencana ?
2. Bila YA, metode KB apa yang Anda gunakan ?

1. Ya    2. Tidak   

*Bila tidak langsung ke Vaksinasi*

1. Kondom    5. IUD
2. Pili    6. Vasektomi
3. Suntik    7. Tubektomi
4. Susuk    8. Lainnya

### RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?
2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis ?

1. Ya    3. Tidak tahu   

2. Tidak

1. Ya    3. Tidak tahu   

2. Tidak

### DONOR DARAH

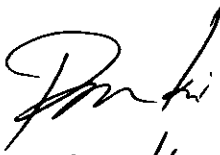
1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?
2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

1. Ya    2. Tidak   

26 /  12 /  16

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

Balikpapan, 07. Oktober ..... 20.19  
Nama dan tanda tangan karyawan

  
( ..... Rusdi ..... )

## MEDICAL CHECK UP –2019

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	RASDI, Tn.	S/N	-	DEPT	INS Inspection & Testing
------	------------	-----	---	------	--------------------------

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	120/70	mmHg	Pulse	72	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36	°C
Weight (W)	74	kg	Height (H)	174	cm	BMI	24,4	Waist	87	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®	✓		Caries, Radix, Calculus
8	NECK	Adenopathi/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/ enderness/ Nodes/ Scars		✓	
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/ Quality of sound/Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs		✓	
13	CHEST / LUNG	Excursion/Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/ Rales/ Wheezing/Ronchi/ Bruit		✓	
14	ABDOMEN	Bowel sounds/ Appearance/ Liver/ Spleen/ Masses/ Hernias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes		✓	
15	GROIN	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses		✓	
16	GENITAL	MALE		✓	
		FEMALE			
17	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/ Peripheral pulses/ Calf tenderness/Joints for swelling/ ROM		✓	
18	JOINTS	ROM/ Swelling / Inflammation /Deformity		✓	
19	SKIN	Color/Birthmark/Scars/ Tattoos /Texture/Rash/ Eczema / ulcers/Piercing		✓	
20	NEUROLOGICAL	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensor (touch,prick,vibrate)/ Coordination/ Romberg		✓	Romberg test: (-) Negatif
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> Triglicerida 216 mg/dL; Uric Acid 7.8 mg/dL
✓	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) : 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	3.46	5.10	68	%
FEV 1	3.05	4.27	71	%
FEV/FVC	88.2	84.5	104	%

### 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	

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, **11/10/2019**

Kepada Yth : <b>RASDI, Tn.</b>	Umur : 27 tahun	S/N : -
Posisi : <b>Asst. Inspector</b>	MCU ID : 2690/GMI-MCU/X/2019	Dept. : <b>INS Inspection &amp; Testing</b>

Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :  
**07/10/2019**

**TEMUAN :**

- \* Berat Badan = 74 Kg (Normal), BMI = 24,4 ; BB Ideal = 54,5 - 75,7 Kg. Lingkar Perut = 87 cm (N ≤ 90 cm).
- \* Riwayat Kesehatan = Tidak ada keluhan kesehatan. MEROKOK 6 batang/hari. BEROLAHRAGA 4x/bulan, intensitas SEDANG.
- \* Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit keluarga. Riwayat Vaksinasi = Vak.Tetanus & Vak.Hepatitis : TIDAK TAHU.
- \* Fisik = TD : 120/70 mmHg (Normal). Gigi : Caries, Radix, Calculus. 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 : Trigliseride 216 mg/dL (Tinggi, N < 150 mg/dL), Uric Acid 7.8 mg/dL (Meningkat, N 3.5-7.2 mg/dL).
- \* Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal.
- \* Spirometri = Restriksi ringan. Audiometri = Fungsi pendengaran dalam batas normal.
- \* Faktor Resiko Jantung Koroner berdasarkan Jakarta Cardiovascular Score adalah : 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 :**

- \* Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.
- \* Hentikan SEGERA kebiasaan merokok\_Pelajari EFEK BURUK merokok jangka panjang.
- \* Diet RENDAH LEMAK dan RENDAH PURIN; Batasi Makan GORENGAN; Lakukan pemeriksaan laboratorium 3 bulan kemudian; Tingkatkan AKTIFITAS FISIK.
- \* Gunakan MASKER PERNAFASAN bila berada di area berdebu/berasap/dll; Identifikasi penyebab GANGGUAN PERNAFASAN di tempat kerja.
- \* 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, 0811 540 8080, 0821 5721 3030.  
Terima kasih atas kerjasamanya.

**Catatan :**

\* Status Medical Check Up ini berlaku sampai dengan tanggal : **07/10/2020**

Mengetahui :

dr. ....

Hormat Kami,  
Dokter Pemeriksa,



**dr. Hendra AZ**  
Grand MEDICA INDONESIA

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017






## JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE

Name : RASDI, Tn.  
MCU No. : 2690/GMI-MCU/X/2019  
Date : 07/10/2019

Age (Years) : 27  
Job : Asst. Inspector  
Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	27	-4
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	120/70	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	24,4	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) : 2690 /GMI-MCU/X/2019

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama</b> (Name)	: Tn. RASDI / M	<b>Umur</b> (Age)	: 27	<b>Tahun</b> (Years old)
<b>Pekerjaan</b> (Job Position)	: ASST. INSPECTOR	<b>Dokter</b> (Doctor)	: Dr. Hendra AZ	
<b>Perusahaan</b> (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	<b>Tgl Pemeriksaan</b> (Date of Analysis)	: 7 Oktober 2019	

HEMATOLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine ( Hgb )	17,5	( F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL )
Hematocrit ( Hct )	45,0	( F: 35 - 45%, M: 40 - 50 % )
Erythrocyt (RBC)	5,0	( 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)	8,2	( 4,0 - 10,0/mm <sup>3</sup> )
Differential Count		
Basophile	0	0 - 2%
Eosinophile	2	0 - 6%
Stab	2	0 - 12%
Segmen	44	50 - 70%
Lymphocyte	45	20% - 40%
Monocyte	7	0 - 11%
MCV	87	80 - 100 fL
MCH	29	27-34 pg/sel
MCHC	36	32-36 g/dL
Thrombocyt	257	( 140 - 440 x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )

BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	80	70 - 110 mg/dL
Cholesterol total	185	Normal : <200mg/Dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl
HDL Cholesterol	42	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	100	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	216	Normal < 150 mg/dL Bordeline 150 -199 mg/Dl Tinggi 200 -499 mg/dL
Uric Acid	7,8	(Dewasa M :3,5 - 7,2 mg/dL) (Dewasa F : 2,6 6,0 mg/ dL)
Creatinine	0,9	0.8 - 1.4 mg/dL
Ureum	18	10 - 50 mg/ dL
SGOT / AST	33	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGPT / ALT	33	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
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

Penanggung Jawab  
Laboratorium,

Dr. Hendra AZ  
**Laboratorium  
GRAND Medica**

Analisis Laboratorium

Syamsiar 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

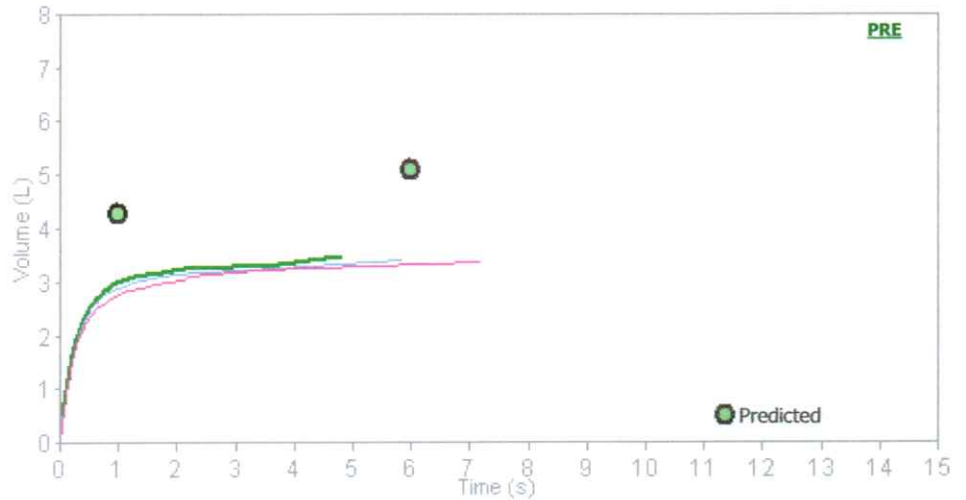
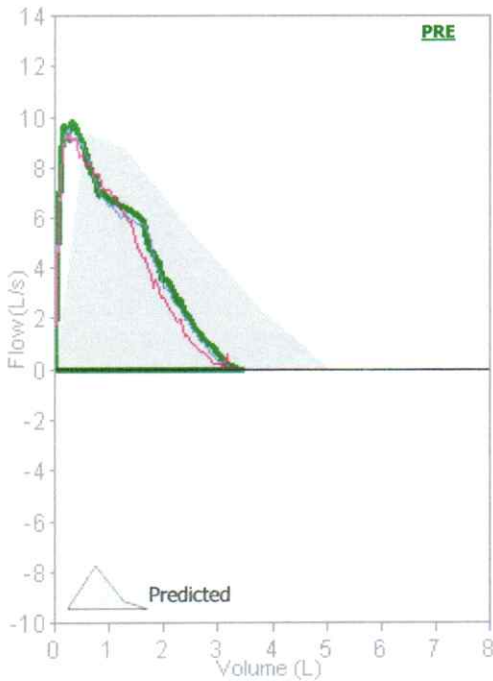
**Pulmonary Function Test Results**



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

**Visit date 07/10/2019**

Patient code 2690. 2019	Age	27
Surname RASDI.	Gender	Male
Name RASDI	Height, cm	174
Date of birth 20/06/1992	Weight, kg	74
Ethnic group Oriental	BMI	24,44
Smoke Smoker	Pack-Year	0
Patient group		



Quality Control Grade: A    Variability: FEV1=0,1L (3,39%), FVC=0,05L (1,47%)  
5 Acceptable trials

**Interpretation**

Moderate Restriction



**PRE Trial date 07/10/2019 11:32:38**

Parameters	LLN	Pred	PRE # 1	%Pred	Z-score	PRE # 2	PRE # 3	POST#1	%Pred	%Chg
FVC L	4,05	5,10	3,46	68	-2,57	<b>3,41</b>	<b>3,36</b>			
FEV1 L	3,40	4,27	3,05	71	-2,32	<b>2,95</b>	<b>2,81</b>			
FEV1/FVC %	74,4	84,5	88,2	104	0,59	86,5	83,6			
PEF L/s	6,00	9,42	10,22	109	0,39	10,17	9,36			
ELA Years		27	69	256		72	77			
FEF2575 L/s	2,80	4,58	3,98	87	-0,55	3,80	3,18			
FET s		6,00	4,80	80		5,87	7,18			
FIVC L	4,05	5,10								
FEV1/VC %	74,4	84,5								

BTPS 1,063 31 °C (87,8 °F) - Predicted Knudson

**Conclusion / Medical report**

*Restriksi Ringan*

\*Berdasarkan nilai prediksi orang Indonesia (PPI)

Signature **Grand MEDICA INDONESIA**  
**Dr. Hendra AZ.**

**LLN FVC : 3.501**  
**LLN FEV1 : 2.928**

Instrument used  
Spirobank II new S/N Y04391  
Last calibration check 18/02/2019 8:01:13



**Nomor Pasien**  
(Patient Number)

**Nomor Film**  
(Film Number) : 2690

**Data Pasien (Patient Detail)**

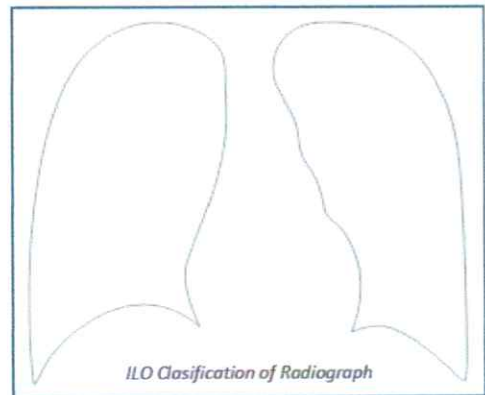
<b>Nama</b> (Name)	: RASDI, Tn.	<b>Perusahaan</b> (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
<b>Umur</b> (Age)	: 27 <b>Tahun</b> (years old)	<b>Pekerjaan</b> (Occupation)	: ASST. INSPECTOR
<b>Jenis Kelamin</b> (Gender)	: Male	<b>Tgl Pemeriksaan</b> (Date of Analysis)	: 7 Oktober 2019

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

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

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

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



**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



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





Patient Data

ID Number	2690	Gender	Laki-laki
First Name	RASDI	Occupation	Asst. Inspector
Last Name	-	Company	PT. Inspectindo Sinergi Persada
Age	27 Yo.	Test Date	7 Oktober 2019

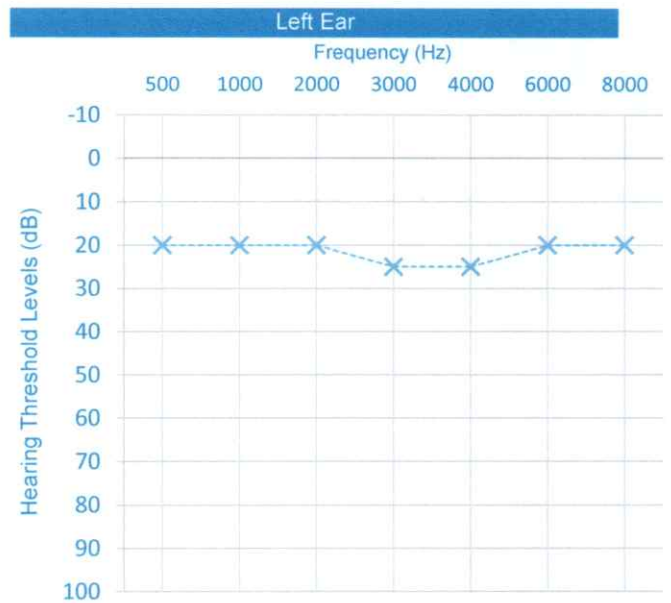
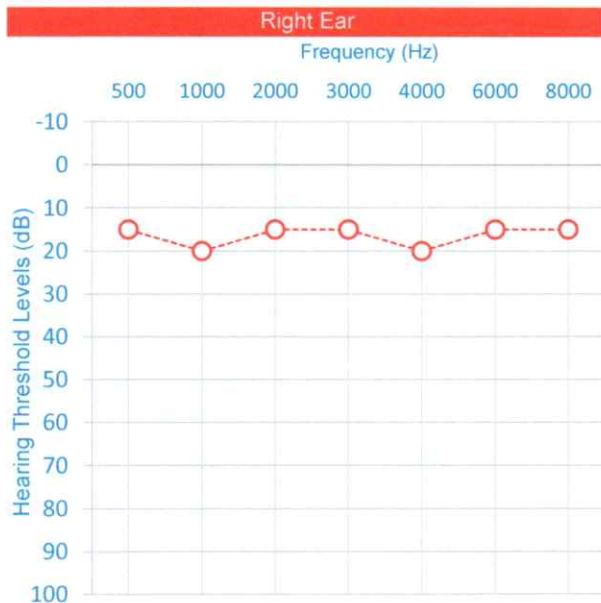
Occupational Noise Exposure

<b>Present</b>	Type of work: Asst. Inspector	Period of work: 6 Month	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               |
| <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             |

Detail:



O = Right Air Conduction; <= Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction >= Left Bone Conduction

Test Detail

Test Location  Sound Booth  Other  
 Technician **Susi Rindayani, Amd.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)							RIGHT	Conduction	Frequency (Hz)							LEFT
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000			500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
Air	15	20	15	15	20	15	15	16,7	Air	20	20	20	25	25	20	20	23,3
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. Masnawati  
 Grand MEDICA INDONESIA

Instrument used  
 SIBELSOUND 400

Standard  
 OSHA



07-10-2019 11:25:11

ID : 2690  
Name : Rasdi  
Age : 27 Years  
Department: PT. Inspektindo  
Gender : Male

Diagnosis Information:  
800: Sinus Rhythm  
701: Poor R Wave Progression(V2,V3)

*TRR*

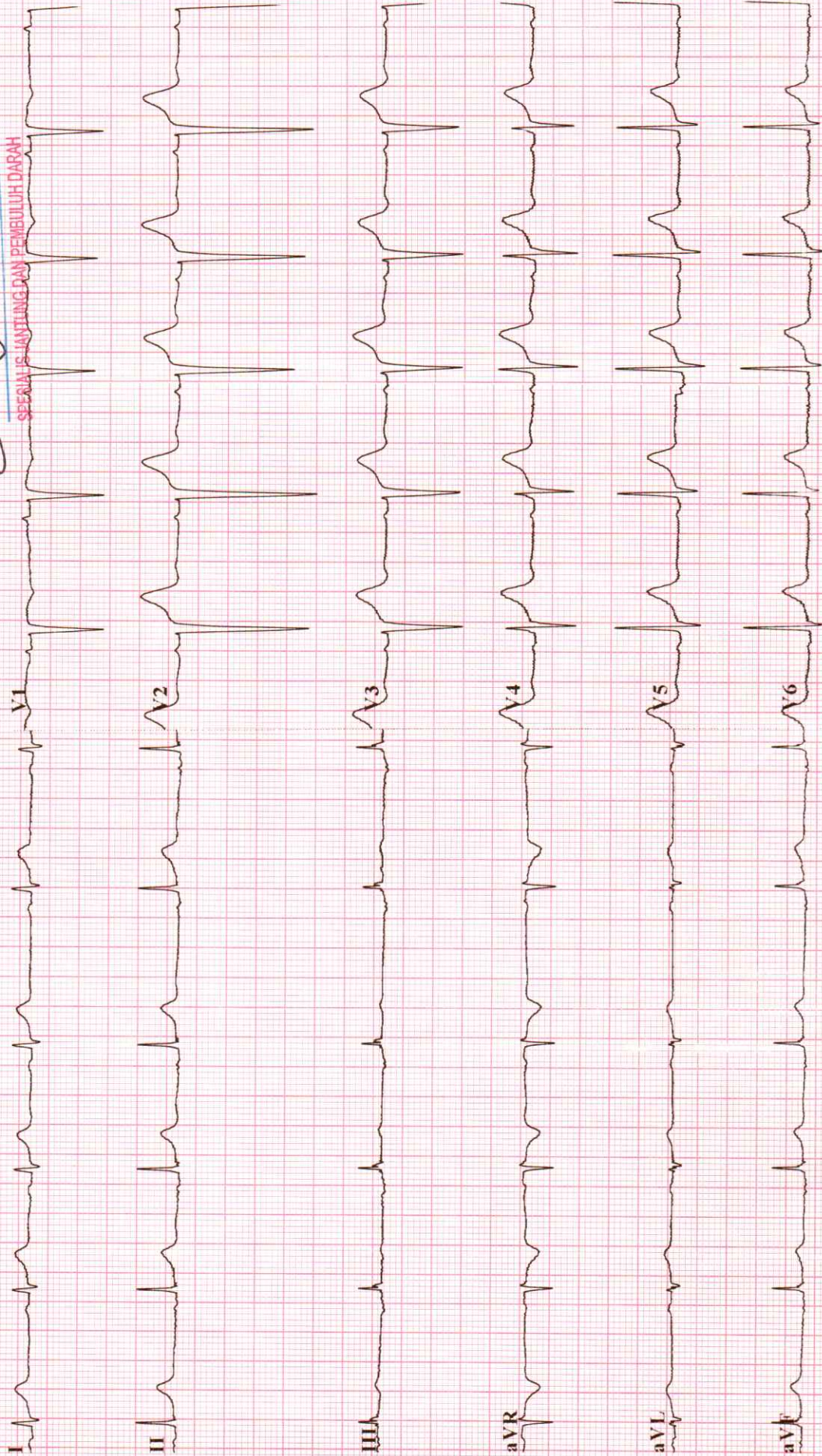


HR : 68 BPM  
P Dur : 74 ms  
PR int : 145 ms  
QRS Dur : 81 ms  
QT/QTc int : 376/400 ms  
P/QRST axis : 0/73/41 °  
RV5/SV1 amp : 1.162/1.248 mV  
RV5+SV1 amp : 2.410 mV  
RV6/SV2 amp : 1.205/2.238 mV

Technician : Rinda Amd. Kep  
Report Confirmed by:

**dr. ACHMAD YUSRI, SpJP**

SPECIALIS JANTING DAN PEMBULUH DARAH





**CONFIDENTIAL**

**UNTUK DIISI DOKTER**

**MEDICAL CHECK UP -2019**

**PHYSICAL EXAMINATION**

<b>NAME</b>	RASDI, I. W.	<b>S / N</b>		<b>DEPT</b>	
-------------	--------------	--------------	--	-------------	--

**I. VITAL SIGN**

Blood Pressure (supine)	120/70	Pulse	72 x/m	Respiration	20 x/m	Temp.	36 °C
Weight (W)	70 kg	Height (H)	174 cm	BMI	22.9	Waist	87 cm

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

**II. PHYSICAL EXAMINATION**

No	PHYSICAL	A = ABNORMAL N = NORMAL		A	N	Describe abnormalities in detail <i>(circle words of importance and explain)</i>
1	GENERAL APPEARANCE	Appearance age/Nutritional/Development/ Mental & emotional status/Posture/Gait/Speech			✓	
2	HEAD / SCALP	Size/Shape/Tender over sinuses/Hair/Eruption/ Masses/Bruit			✓	
3	EYES	Conjunctiva /Sclera/Cornea/Pupils/Ptosis/Tension/Eye lid/Bruit/Reflex/Range of Movement			✓	
4	EARS	Ext. canal/Membran perforation/Discharge/ Tophi/ Hearing problem/Mastoids			✓	
5	NOSE / SINUSES	Septum/obstruction/ Turbinate /Discharges			✓	
6	MOUTH / THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx			✓	
7	TEETH	Caries ⊕, Filling (F), Missing (M), Radix ⊕		✓		(C) (P) kalkulus
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/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/ Hernias/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 : negatif
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development			✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/Hemorrhoids/Fissure/Masses/Prostate			✓	