



**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Maka SMILE and Be HEALTHY

PERSONAL DATA

No. MCU : 1078/GMI-MCU/V/2020
No. Badge : -
N a m a : **GUNAWAN RAMADHAN, Tn.**
U m u r : 26 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : Inspector
Tgl Pemeriksaan : 06/05/2020
Alamat : Jl. Mulawarman Perum. Iqbal Blok I/1 RT 13, Balikpapan Timur



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2020



NAMA : Gunawan Ramadhan
TANGGAL LAHIR : 16-02-1994
JENIS KELAMIN : L
S/N :
IGG :
DEPT/SERVICE : Inspection
LOKASI KERJA : PHM / Belitupayan
JENIS PEMERIKSAAN : Pre-employment
 Annual
 Pre-retirement

Medical Department

HEALTH SURVEILLANCE

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

IDENTITAS PEGAWAI

- 1. Posisi : Inspector
- 2. Golongan Darah : A / B / AB / O Rhesus : + / -
- 3. Status : (1)Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 4. Jumlah anak : Anak laki-laki Orang, Anak Perempuan orang
- 5. Alamat sekarang : Perumahan Hutan Blok I/1 RT. 13 Jl. Mekarwasaan Balikpapan Timur.
- 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

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 : 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. Thypus	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
n. Penyakit kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
o. Kuning / Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
p. Gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
u. Gigi / mulut	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
y. Sendi - sendi	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ?
1. Ya 2. Tidak
Bila tidak, langsung ke no. 6
- Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?
- Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut ?
1. Ya 2. Tidak
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ?
- Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?
1. Ya 2. Tidak
- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ?
1. Ya 2. Tidak
Bila tidak, langsung ke no. 8
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?
- Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?
1. Ya 2. Tidak

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?

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 ? 4
2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran ? 7

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
 - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak 2
 - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak 2
 - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak 2
 - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak 2
 - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak 2
 - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak 2
 - g. Asma 1. Ya 2. Tidak 2
2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
 - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak 2
 - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak 2
 - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak 2
 - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak 2
 - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak 2
 - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak 2
 - g. Asma 1. Ya 2. Tidak 2
3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara Kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 tahun untuk laki-laki dan 55 tahun untuk perempuan ? 1. Ya 2. Tidak 2

UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya 2. Tidak
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 mengikut keluarga berencana ?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak langsung ke Vaksinasi

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

1. Kondom 5. IUD

2. Pil 6. Vasektomi

3. Suntik 7. Tubektomi

4. Susuk 8. Lainnya

RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya 3. Tidak tahu

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis ?

1. Ya 3. Tidak tahu

2. Tidak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?

1. Ya 2. Tidak

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

/ /

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

Balikpapan, 06 Mei 2020

Nama dan tanda tangan karyawan

(Gunawan Romadhun)

MEDICAL CHECK UP –2020

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	GUNAWAN RAMADHAN, Tn.	S/N	-	DEPT	Inspection
------	-----------------------	-----	---	------	------------

I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	120/80 mmHg	Pulse	80 x/m	Respiration	20 x/m	Temp.	36,5 -C
Weight (W)	63 kg	Height (H)	173 cm	BMI	21,05	Waist	82 cm

(* BMI = W / H² (Underweight = <18, Normal 18-25, Overweight 25-30, Obese > 30)

II. PHYSICAL EXAMINATION

No	PHYSICAL	A = ABNORMAL; N = NORMAL	A	N	Describe abnormalities in detail (circle words of importance and explain)
1	GENERAL APPEARANCE	Appearance age/ Nutritional/ Development/ Mental & emotional status/Posture/Gait/Speech		✓	-
2	HEAD / SCALP	Size/Shape/Tender over sinuses/ Hair/ Eruption/ Masses/Bruit		✓	-
3	EYES	Conjunctiva /Sclera/ Cornea/ Pupils/ Ptosis/ Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/ Range of Movement		✓	-
4	EARS	Ext. canal/Membran perforation/ Discharge/ Tophi/ Hearing problem/ Mastoids		✓	-
5	NOSE / SINUSES	Septum/obstruction/ Turbinate /Discharges		✓	-
6	MOUTH / THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx		✓	-
7	TEETH	Caries ☉, Filling(F), Missing (M), Radix☉	✓		Missing
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/ Trachea/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit		✓	-
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities		✓	-
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender		✓	-
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ enderness/ Nodes/ Scars		✓	-
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/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	20/50				✓	Normal
Near	20/20	20/20					Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

II. LABORATORIUM SUMMARY

	Normal	COMMENT: Cholesterol : 210 mg/dL (Meningkat, N < 200 mg/dl), LDL : 152 mg/dL (Meningkat, N < 130 mg/dL).	<i>See attached result</i>
✓	Abnormal		

III. CHEST X-RAY

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

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

Normal	✓	Abnormal	(specify) : Normal Sinus Rhythm.	<i>See attached result</i>
--------	---	----------	---	----------------------------

V. TREADMILL (Optional for over 35 years of age)

Normal	Abnormal	(specify) :	<i>See attached result</i>
--------	----------	-------------	----------------------------

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

Test	Observed	Predicted	% Prediction	
VC				%
FVC				%
FEV 1				%
FEV/FVC				%

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

CONCLUSION		Change since last audiometric examination	<i>See attached result</i>
✓	Normal	If Yes, what change :	Yes
	Abnormal	Recommended Action:	No
		Refer to safety department: <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	

Tgl. Skrining : 06 Mei 2020

No. : 1078

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

Nama Lengkap: GUNAWAN RAMADHAN, Tn.	Tgl. Lahir: 16/02/1994	Umur : 26 tahun	Jenis Kelamin : Laki-Laki
Nama Perusahaan: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Alamat Rumah: Perum. Iqbal Blok I/1 RT 13 Jl. Mulawarman Balikpapan Timur		Telp./HP : -

Bagian B. Informasi Riwayat Kesehatan (diisi oleh pasien)

Berilah tanda centrang (v) pada setiap kolom pertanyaan sesuai keadaan sebenarnya:

Gejala:		Ya	Tidak
1. Apakah anda pernah mengalami demam atau riwayat demam dalam 14 hari terakhir?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Apakah anda pernah mengalami batuk/pilek/nyeri tenggorokan dalam 14 hari terakhir?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Apakah anda pernah mengalami sesak atau kesulitan bernapas (pneumonia) dalam 14 hari terakhir?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Faktor Risiko :		Ya	Tidak
1. Apakah anda memiliki riwayat perjalanan ke wilayah/negara/kota yang termasuk kategori transmisi lokal dalam waktu 14 hari terakhir.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jakarta <input type="checkbox"/> Manado <input type="checkbox"/> Bandung <input type="checkbox"/> Pontianak <input type="checkbox"/> Yogyakarta <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Depok <input type="checkbox"/> Denpasar <input type="checkbox"/> Tangerang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bogor <input type="checkbox"/>			
2. Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih:			
a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 ATAU		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi).		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bagian C. Pemeriksaan Tanda Vital (diisi oleh petugas pemeriksa)

Pengukuran Suhu Tubuh (°C)	Laju Pernapasan (x/menit)	Laju Nadi (x/menit)
36,5	20	80

Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)

Suara Napas	Ronchi	Wheezing
Vesikuler +/-	-/-	-/-

Bagian E. Kategori Penilaian

Kategori	Keterangan	Kesimpulan
• Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Gejala No. 1 + No. 2 + No. 3 DAN faktor risiko No. 1 ATAU Gejala No. 1 ATAU No. 2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 ATAU Gejala No.3 (Berat)	<input type="checkbox"/>
• Orang Dalam Pemantauan (ODP)	Gejala No. 1 ATAU No.2 DAN Faktor Risiko No.1 ATAU Gejala No.2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2	<input type="checkbox"/>
• Orang Tanpa Gejala (OTG)	Tidak ada gejala DAN Memiliki faktor risiko No.2.	<input type="checkbox"/>
• Bukan Termasuk Salah Satunya.		<input checked="" type="checkbox"/>

Saya menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan di atas adalah benar dan telah diisi sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Saya setuju hasil pemeriksaan saya disimpan dalam bentuk dokumen tertulis maupun elektronik dan jika diperlukan informasi medis yang berhubungan dengan pekerjaan saya, dapat diberikan kepada pimpinan perusahaan tempat saya bekerja.

Pasien/Karyawan	Petugas Skrining	Dokter Pemeriksa
	 SUPARLAN	  dr. Malikinna SIP: 449.1/2/5/P.3/DPMPPT/SIP-D/2018

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, **09/05/2020**

ANNUAL MEDICAL CHECK UP

Kepada Yth : GUNAWAN RAMADHAN, Tn.	Umur : 26 tahun	S/N : -
Posisi : Inspector	MCU ID : 1078/GMI-MCU/V/2020	Dept. : Inspection

Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :
06/05/2020

TEMUAN :

- * Berat Badan = 63 Kg (Normal), BMI = 21,05 ; BB Ideal = 53,87 - 74,82 Kg. Lingkar Perut : 82 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- * Riwayat Kesehatan = Tidak ada keluhan kesehatan. MEROKOK 10 batang/hari. BEROLAHRAGA 30x/bulan, Intensitas RINGAN.
- * Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga. Riwayat Vaksinasi = Vak. Tetanus & Vak. Hepatitis : TIDAK TAHU.
- * Fisik = TD : 120/80 mmHg (Normal), Gigi : Missing. Romberg Test : Negatif. Mata : VOD : 20/50 (Mild), VOS : 20/20 (Normal), VF ODS : 85°. Test Buta Warna : Normal.
- * Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- * Lab = Kimia Darah : Kolesterol : 210 mg/dL (Meningkat, N < 200 mg/dl), LDL : 152 mg/dL (Meningkat, N < 130 mg/dL).
- * Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal.
- * Audiometri = Fungsi pendengaran dalam batas normal.
- * **Faktor Resiko Jantung Koroner berdasarkan Jakarta Cardiovascular Score = 2 -> 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 | : | Inspector |
| <input type="checkbox"/> UNFIT | Di | : | PHM |
| <input type="checkbox"/> TEMPORARY UNFIT | | | |



SARAN - SARAN :

- * Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.
- * Hentikan SEGERA kebiasaan merokok_Pelajari EFEK BURUK merokok jangka panjang.
- * Koreksi tajam penglihatan jauh dengan Kaca Mata yang tepat. Konsultasikan dengan dokter spesialis Mata.
- * Diet RENDAH LEMAK; Batasi Makan GORENGAN; Lakukan pemeriksaan laboratorium LEMAK DARAH 3 bulan kemudian; Tingkatkan AKTIFITAS FISIK.
- * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari.
- * OLAHRAGA secara teratur dan teratur 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 : **06/05/2021**

Mengetahui :

dr.

Hormat Kami,
Dokter Pemeriksa,


dr. Hendra AZ

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

Jl. Marsma R. Iswahyudi No.19 RT.08
Balikpapan. Kalimantan Timur
P: 0542-721-4552; 0823-6655-3030
F: 0542-721-4553 E: grandmedica@gmail.com



JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE

Name : GUNAWAN RAMADHAN, Tn. **Age (Years)** : 26
MCU No. : 1078/GMI-MCU/V/2020 **Job** : Inspector
Date : 06/05/2020 **Company** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	26	-4
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	120/80	0
	High Normal	1		
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m ²)	13,79-25,99	0	21,05	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	Low	1
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		

TOTAL SCORE

2

CONCLUSION :



MODERATE RISK (CV10 = 10-20%)

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 :



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 1078 /GMI-MCU/V/2020
(Lab. Number)

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: GUNAWAN RAMADHAN, Tn.	/	M	Umur (Age)	: 26	Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: INSPECTOR			Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ	
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA			Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 6 Mei 2020	

HEMATOLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine (Hgb)	15,1	(F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL)
Hematocrit (Hct)	42,7	(F: 35,0- 45,0%, M: 40,0 - 50,0 %)
Erythrocyt (RBC)	4,8	(F:3,8-5,5x10 ⁶ sel/mm ³ , M:4,4-5,6x10 ⁶ sel/mm ³)
Leucocyt (WBC)	8,5	(4,0 - 10,0/mm ³)
Differential Count		
Basophile	0,8	0,0 - 2,0%
Eosinophile	6,0	0,5- 6,0%
Neutrofil	52,2	50,0 - 70,0%
Lymphocyte	35,9	20,0% - 40,0%
Monocyte	6,2	3,0 - 12,0%
MCV	89	80 - 100 fL
MCH	31	27-34 pg/sel
MCHC	35	32-36 g/dL
RDW- CV	13,2	11,0 - 16,0 %
RDW-SD	45,2	35,0 - 56,0 fL
Thrombocyt	305	(140 - 440 x 10 ³ /mm ³)

BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	110	70 - 110 mg/dL
Cholesterol total	210	Normal : <200mg/dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl 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
HDL Cholesterol	42	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
LDL Cholesterol	152	Normal < 150 mg/dL Borderline 150 -199 mg/Dl Tinggi 200 -499 mg/dL
Triglycerides	80	(Dewasa M :3,5 - 7,2 mg/dL) (Dewasa F : 2,6 6,0 mg/ dL)
Uric Acid	5,2	0.8 - 1.4 mg/dL
Creatinine	1,2	10 - 50 mg/ dL
Ureum	10	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGOT / AST	17	M : s/d 40 U/L F : s/d 35 U/ L
SGPT / ALT	10	

URINALYSIS	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
MACROS		
Colour	Kuning Jernih	Jernih
Spec.Grav	1,010	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
GRAND Medica

Dr. Hendra AZ

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



Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 1078

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : GUNAWAN RAMADHAN, Tn.

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Umur
(Age) : 26 Tahun
(years old)

Pekerjaan
(Occupation) : INSPECTOR

Jenis Kelamin
(Gender) : Male

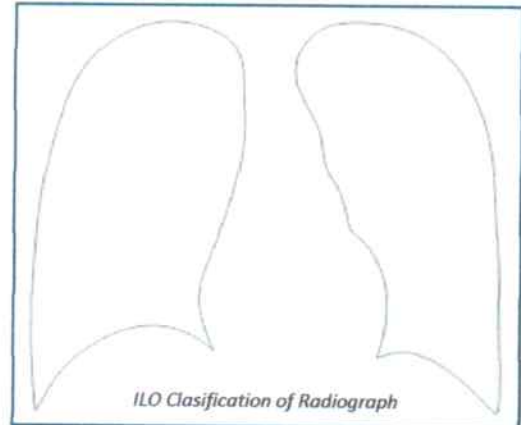
Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 06 Mei 2020

Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Thorax

Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA

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



ILO Classification of Radiograph

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

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

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

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

Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)

Foto Thorax Normal



Grand
MEDICA INDONESIA
dr. ABDUL HAKIS, Sp.Kec

Spesialis Radiologi

Allengers

Passion for excellence



Patient Data

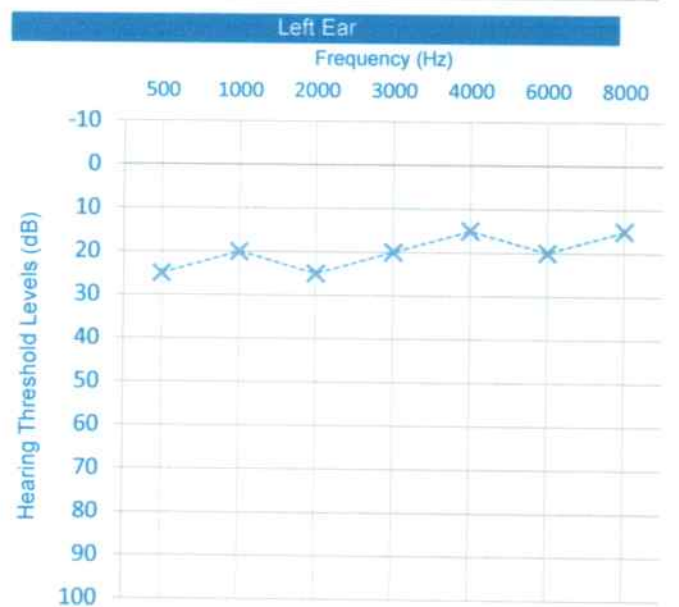
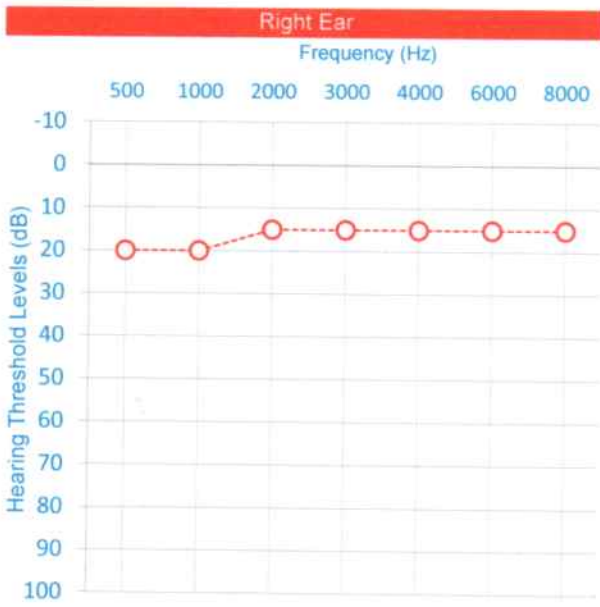
ID Number	1078	Gender	Laki-laki
First Name	GUNAWAN	Occupation	Inspector
Last Name	RAMADHAN	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	26 Yo.	Test Date	6 Mei 2020

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work: Inspector	Period of work: 1 Years	Hearing Protection Worn: Yes
Previous	1) -	-	-
	2) -	-	-
Military Services	<input type="checkbox"/> -		

Otological History / Symptoms

<input type="checkbox"/> Serious Head Injury	<input type="checkbox"/> Bleeding	Detail:
<input type="checkbox"/> Broken Ear Drum	<input type="checkbox"/> Pressure/Fullness	
<input type="checkbox"/> Ear Surgery	<input type="checkbox"/> Pain	
<input type="checkbox"/> Ear Infection	<input type="checkbox"/> Tinnitus	
<input type="checkbox"/> Decrease Hearing	<input type="checkbox"/> Exposure to Loud Blast	
<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Medication	



O = Right Air Conduction; <= Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction >= Left Bone Conduction

Test Detail

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

Right Ear Obseration and Test Result

Left Ear Obseration and Test Result

Canal	Normal							HTL	Canal	Normal							HTL												
								RIGHT		Ear Drum								LEFT											
Ear Drum	Normal							EAR	Ear Drum		Normal							EAR											
	Conduction									15.0	Conduction								20.0										
								Frequency (Hz)																					
								500	1000	2000	3000	4000	6000	8000									500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Air	20	20	15	15	15	15	15	15.0	Air	25	20	25	20	15	20	15	20.0												
Bone								0.0	Bone								0.0												

Conclusion / Medical Report

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature



Instrument used
SIBELSOUND 400

Standard
OSHA



ID : 1078
Name : Gunawan Ramadhan
Age : 26 Years
Gender : Male
Department: PT. Inspektindo

HR : 66 BPM
P Dur : 121 ms
PR Int : 167 ms
QRS Dur : 99 ms
QT/QTc Int : 362/381 ms
P/QRS/T axis : 69/14/43 °
RV5/SV1 amp : 3.158/0.348 mV
RV6/SV1 amp : 3.506 mV
RV6/SV2 amp : 2.572/0.432 mV

Technician : Rinda Amd.Kej
Report Confirmed by:

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
301: High Voltage(Left Ventricle)

RSR



Dr. Achmad Yusri, SpJP

SEKELUAS JANTING DANI PEMBULUH DARAH

