



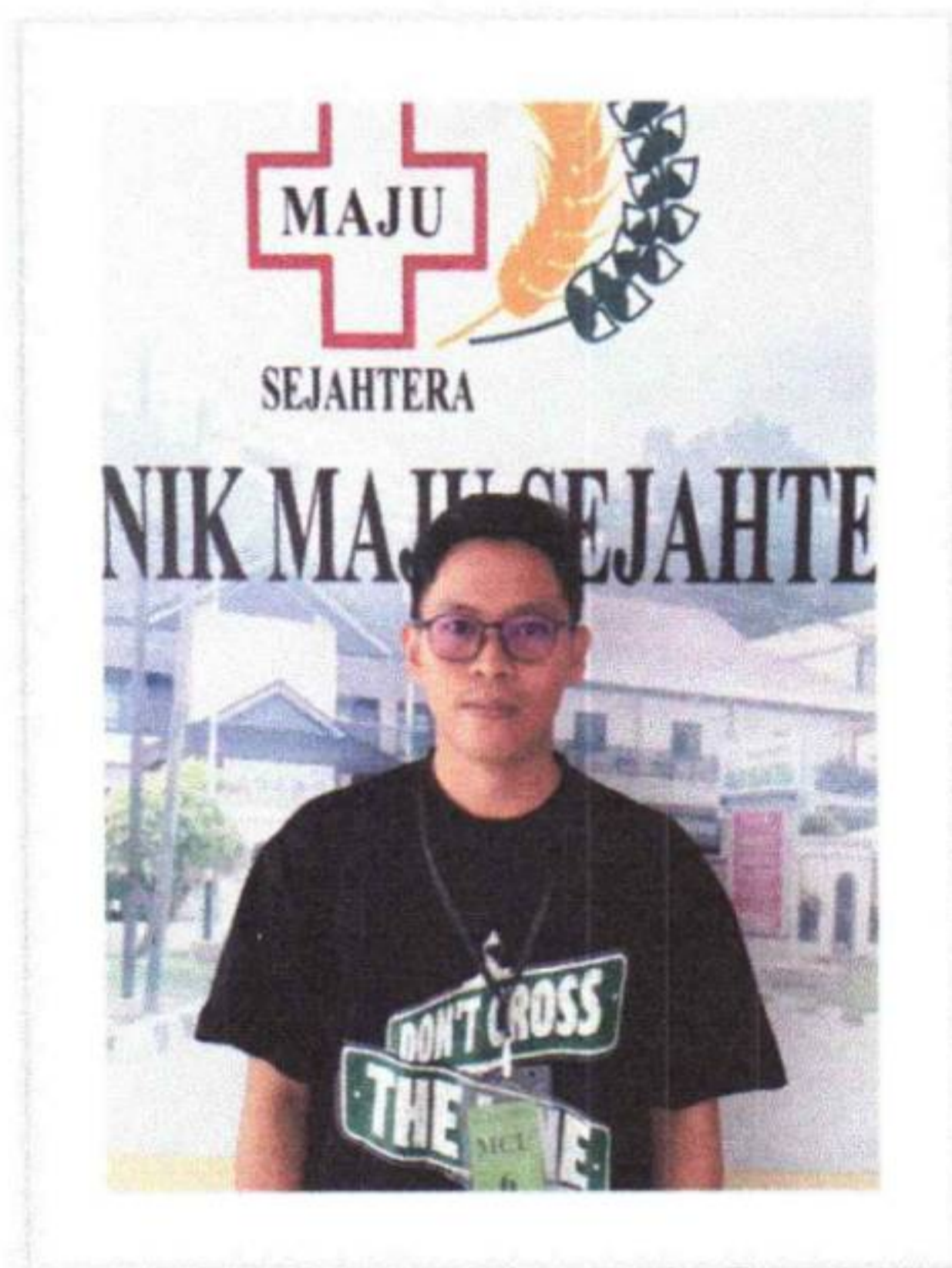
MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

MEDICAL CHECK UP 2026

KLINIK MAJU SEJAHTERA



Nama : Tn. Toni Surya Prayetno
NIK : 6402043006020002
Tanggal Lahir / Umur : 30 Juni 2002 / 24 Tahun
Jenis Kelamin : Laki – Laki
Perusahaan : KSO PT. Geotindo Survey Services – PT. Binav Maju Sejahtera
Jabatan : Surveyor
Tanggal Pemeriksaan : 24 April 2026
Jenis Pemeriksaan : Annual



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

RAHASIA KEDOKTERAN



HASIL PEMERIKSAAN MEDICAL CHECK UP 2026

Nama : Tn. Toni Surya Prayetno
Tgl Lahir / Umur : 30 Juni 2002 / 24 Tahun
Perusahaan : KSO PT. Geotindo Survey Services - PT. Binav Maju Sejahtera

Berikut hasil pemeriksaan Medical Check Up yang dilaksanakan pada tanggal : **24 April 2026**

Ringkasan Temuan Hasil Pemeriksaan :

Riwayat Medis : Tidak ditemukan kondisi kelainan
Pemeriksaan Fisik : Tekanan Darah : 117 / 66 mmHg, Nadi : 64 x/mnt, Pernafasan : 18 x/mnt, Suhu : 37,0 °C, LP : 90 cm, TB : 165 cm, BB : 64 kg, BMI : 23,5 cm/m² , Pemeriksaan Mata : Visus OD 6/10 ; OS 6/10, Buta Warna : Normal, Riwayat Kesehatan Diri Sendiri : Tidak ada, Riwayat Kesehatan Keluarga : Hipertensi, Kebiasaan : Olahraga 4 Kali/bulan, Intensitas : Sedang, JAKARTA
CARDIOVASCULER SCORE : LOW RISK (-3)

Laboratorium : Tidak ditemukan kondisi kelainan
ECG : Tidak ditemukan kondisi kelainan
Rontgen : Tidak ditemukan kondisi kelainan
Audiometry : Tidak ditemukan kondisi kelainan
Spirometry : Tidak ditemukan kondisi kelainan
USG Abdomen : Tidak ditemukan kondisi kelainan
Treadmill : Tidak dilakukan pemeriksaan

STATUS DERAJAT KESEHATAN :

<input type="checkbox"/>	P1	Tidak ditemukan kelainan medis
<input type="checkbox"/>	P2	Ditemukan kelainan medis yang tidak serius
<input checked="" type="checkbox"/>	P3	Ditemukan kelainan medis , risiko kesehatan rendah
<input type="checkbox"/>	P4	Ditemukan kelainan medis, bermakna dapat menjadi serius, risiko kesehatan sedang
<input type="checkbox"/>	P5	Ditemukan kelainan medis yang serius, risiko kesehatan tinggi
<input type="checkbox"/>	P6	Ditemukan keterbatasan fisik untuk melakukan pekerjaan normal
<input type="checkbox"/>	P7	Tidak dapat bekerja untuk posisi apapun, dalam perawatan dirumah sakit atau dalam status izin sakit (sick leave)

KESIMPULAN :

P3 : Laik Kerja dengan Catatan	: Sebagai Surveyor di lokasi PT. Pertamina Hulu Mahakam
---------------------------------------	--

SARAN - SARAN : 1). Gunakan Kacamata Sesuai Pemeriksaan mata

DATE OF EXPIRED : 24 April 2027 (FOR CONTRACTOR > 12 MONTHS)

Bila masih ada hal yang perlu dijelaskan, mohon segera menghubungi Dokter pemeriksa.
 Terima kasih atas kerjasamanya.

Mengetahui,

Dr. _____

Klinik kami,

 dr. H. Budi Santoso Purwoatmojo
 M.Dokter Pemeriksa



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

JAKARTA CARDIOVASCULER SCORE

RISK FACTOR	SCORE
SEX	
· FEMALE	0
· MALE	1
AGE	
· 20 – 34	-4
· 35 – 39	-3
· 40 – 44	-2
· 45 – 49	0
· 50 – 54	1
· 55 – 59	2
· 60 – 64	3
BLOOD PRESSURE	
· Normal (<135/<85)	0
· High Normal (130-139 / 85-89)	1
· Grade 1 Hypertension (140-159 / 90-99)	2
· Grade 2 Hypertension (160-179 / 100-109)	3
· Grade 3 Hypertension (≥ 180 / ≥ 110)	4
BODY MASS INDEX (kg/m²)	
· 13.79 – 25.99	0
· 26.00 – 29.99	1
· 30.00 – 35.58	2
SMOKING	
· Never	0
· Ex-smoker	3
· Smoker	4
DIABETUS MELLITUS	
· No	0
· Yes	2
PHYSICAL EXERCISE/ACTIVITY	
· No	2
· Low	1
· Medium	0
· High	-3
SUMMARY	-3

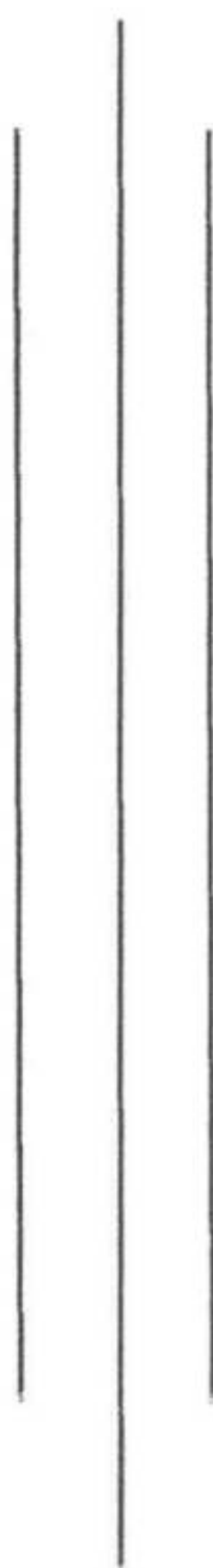
SCORE :

- -7 – 1 : LOW RISK
- 2 – 4 : MODERATE RISK
- ≥ 5 : HIGH RISK

PERTAMINA HULU MAHAKAM

KUESIONER KESEHATAN

TAHUN 2026



Nama Lengkap : Toni Surya Prayetno.....
Jenis Kelamin : Laki-laki / ~~Perempuan~~
Perusahaan : PT BINA V.....
No. Pekerja :
Jenis Pemeriksaan : Calon karyawan
 Berkala
 Sebelum Pensiun

PERTAMINA HULU MAHAKAM

SURVEILANCE KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

- 1. NIK : 6402043006020002
- 2. Tempat/Tanggal Lahir : Sungai Mariam / 30, Juni 2002
- 3. Posisi Pekerjaan/Jabatan : Surveyor
- 4. Fungsi/Entitas :

<input type="checkbox"/> SDP	<input type="checkbox"/> DWI/WLI	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> SCM	<input type="checkbox"/> PRJ	<input type="checkbox"/> HSSE
<input type="checkbox"/> ICT	<input type="checkbox"/> CRC	<input type="checkbox"/> LEG	<input type="checkbox"/> LMF	<input type="checkbox"/> HC	<input type="checkbox"/> FIN
<input type="checkbox"/> GM	<input type="checkbox"/> Other:.....				
- 5. Status Kontrak :

<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> TKJP	<input type="checkbox"/> Contract Service	<input type="checkbox"/> OJT	<input type="checkbox"/> Other:.....
------------------------------------	-------------------------------	---	------------------------------	--------------------------------------
- 6. Lokasi Kerja :

<input type="checkbox"/> BPN	<input type="checkbox"/> SNP	<input type="checkbox"/> HCA	<input type="checkbox"/> CPU	<input type="checkbox"/> NPU
<input type="checkbox"/> SPU	<input type="checkbox"/> BKP	<input type="checkbox"/> POMA	<input type="checkbox"/> Other:	
- 7. Golongan Darah : A, B, AB, **⓪**
- 8. Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 9. Jumlah Anak : Anak laki-laki: ... orang, Anak perempuan: ... orang
- 10. Alamat sekarang : Jl. Bhayangkara, Rt. 12, Kec. Anjeyana, Kab. KUKAR, Prov. Kalimantan Timur Telpon: 085240720152
- 11. No. Extension Telpon : Kantor: Kamar (untuk lapangan) :

RIWAYAT PEKERJAAN DAN PAPARAN BAHAYA KESEHATAN

No	Posisi	Lama kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Kimia	Debu	Radiasi	Ergonomi	Lain-lain
1.	Surveyor	-	PT BINAU	2	-	-	-	-	-

RIWAYAT TEMPAT KERJA

Tuliskan lama kerja pada masing-masing tempat kerja yang sesuai dengan posisi Anda. Jumlah jam harus sesuai dengan lama kerja Anda dalam sehari.

- 1. Office : _____ jam/hari
- 2. Warehouse : _____ jam/hari
- 3. Workshop : _____ jam/hari
- 4. Process area : _____ jam/hari
- 5. Well/Offshore : 8 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. Riwayat Penyakit Terdahulu:

a. Tekanan darah tinggi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
b. Tekanan darah rendah	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
c. Jantung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
d. Stroke	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
e. Kencing Manis	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
f. Timbul benjolan/tumor	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
g. Ayan / gangguan syaraf lain	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
Sebutkan :			<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

2. Obat rutin yang anda konsumsi:.....

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
			<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?

5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh?

1. Ya 2. Tidak

6. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak langsung ke no.8

7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir?

8. Apakah Anda menderita penyakit yang harus 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 apayang Anda isap? (DITULIS MERK)

1. Kadar nikotin rendah

2. Kadar nikotin sedang

3. Kadar nikotin tinggi

6. Seberapa sering Anda mengisap 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 2jam 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 disaat Anda sedang sakit?

1. Ya 2. Tidak

11. Dalam satu hari, rokok manakah yang sulit dilewatkan?

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 bln 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 hari Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan?
 5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap Kalinya? (diperkirakan dalam satuan cc)

KONSUMSI KOPI

1. Apakah Anda minum kopi?
 2. Apakah setiap hari anda minum kopi?
 3. Berapa gelas kopi yang anda minum dalam 1 hari?

1. Ya	2. Tidak	1
1. Ya	2. Tidak	2
		0 1

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
2. Sedang	5. Sangat berat	
3. Cukup berat		

0	3	0
	4	x
0	6	0

Jogging
Mini Soccer

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan?
 2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran?
 3. Program Diet yang dilakukan saat ini? (Contoh: Diet tinggi protein, Dll) :.....

3
3

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Apakah Orangtua Anda ada yang menderita penyakit berikut

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

1. Ayah	1	2. Ibu	
1. Ayah		2. Ibu	
1. Ayah		2. Ibu	
1. Ayah		2. Ibu	
1. Ayah		2. Ibu	
1. Ayah		2. Ibu	
1. Ayah		2. Ibu	

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

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

3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara kandung Anda, apakah adayang meninggalkarena penyakit-penyakit di atas padausia kurang dari 45 th untuk laki-laki dan 55 th 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 dialami (termasuk kehamilan kali ini)?

4. Berapa jumlah keguguran yang pernah dialami?

5. Kapan hari pertama haid terakhir anda?

 / /

6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama?

7. Berapa banyak darah 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?

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

3. Apakah anda pernah mendapatkan vaksin yang lain? Jika Ya, 2. Tidak

Sebutkan: *vaksin covid : 2x*

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan?

1. Ya 2. Tidak

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir?

 - / - /

Formulir tersebut diatas telah saya isi dengan benar dan sesungguhnya.

Balikpapan, *21 April* 20*26*.


(*Toni Surya Prayetno*)

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	COMPANY	DATE
Tn. Toni Surya Prayetno	PT. Geotindo Survey Services - PT. Binav Maju Sejahtera	24 April 2026

I. GENERAL CONDITION

Blood Pressure	117 / 66 mmHg	Pulse	64 x/m	Respiration	18 x/m	Temp.	37,0 0C
Weight	64 kg	Height	165 cm	BMI	23,5	Waist	90 cm

II. PHYSICAL

No	PHYSICAL	A = ABNORMAL N = NORMAL	A	N	Describe abnormalities detail
1	GENERAL APPEARANCE	Appearance age / Nutritional/Development/ Mental & emotional status/ Posture/Gait/Speech	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
2	HEAD / SCALP	Size/Shape/Tender over sinuses/ Hair/Eruption/Masses/Bruit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
3	EYE	Conjunctiva/Sclera/Cornea/Pupils/Ptosis/Tension /Eye lid/Bruit/Reflex/Range of movement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
4	EARS	Ext. canal/Membran perforation/ Discharge/ Tophi/ Hearing problem/Mastoids	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
5	NOSE / SINUSES	Septum/ Obstruction/ Turbinates/ Discharge	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
6	MOUTH / THROAT	Odor/ Lips/ Tongue/ Tonsils/ Gums/ Pharynx	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
7	TEETH	Caries (c),Filling (F),Missing (M),Radix (R)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
8	NECK	Adenophati/Thyroid/Carotieds/Trachea/Veins/Mass /Spine/Motion/Bruit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
9	BACK / SPINE	Khyposis/Scoliosis/Lordosis/Mobility/CVA/Bone/ Tenderness/Other deformities	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
10	THORAX	Symmetry/ Movement/ Contour/ Tender	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
11	BREAST	Size/Consistency/Niple/Areola/Discharge/Palpable mass/Tenderness/Nodes/Scars	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/Quality of sound/ Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
13	CHEST / LUNG	Excurtion/ Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/Rales/ Wheezing /Ronchi/Bruit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
14	ABDOMENT	Bowel sound/Appearance/Liver/Spleen/Masses/ Hernia/Murmur/Contour/Tenderness/Bruit/Nodes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
15	GROIN	Hernia/ Inguinal nodes/ Femoral pulse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
16	MALE GENITAL	Penis/Testis/Scrotum epididymis/Varicocele/Scars/ Discharge/Circumcised/Piercing	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
17	FEMALE GENITAL	Vulva/Vagina/Cervix/Uterus/Adnexae/Retococole/Bartolini gland/Urethra/Discharge	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
18	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/Peripheral pulse/Calf tenderness/Joint for swelling/ROM	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
19	JOINT	ROM/ Sweeling/ Inflammation/ Deformity	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
20	SKIN	Color/Birthmark/Scars/Tatoos/Texture/Rash/ Eczeme/Ulcer/Piercing	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
21	NEUROLOGICAL	Reflexes/ Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensoric (touch,prick,vibrate) / Coordination/ Romberg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
22	MUSCULAR SYSTEM	Strength/ Wasting/ Development	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
23	RECTAL EXAM.	Sphincter tone/ Hemorrhoids / Fissure/Masses/ Prostate	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-



SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

I. VISION

Vision	Left	Right	Colour Blindness
			<input checked="" type="checkbox"/> Normal
Distant	6 / 10	6 / 10	<input type="checkbox"/> Red-Green Absent
6 Meter			<input type="checkbox"/> Colour Blind

II. LABORATORIUM SUMMARY

<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	COMMENT :
<input type="checkbox"/> ABNORMAL	
	-

III. CHEST X-RAY

Pneumoconiosis	-
If Yes - ILO Classification	-
Evidence of TB	-
Other Abnormalities	-
COMMENT	Normal

IV. ECG

<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL (Specify) : -
--	---

V. TREADMILL

<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL (Specify) : -
---------------------------------	---

VI. SPIROMETRY

<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL (Specify) : -
--	---

VII. AUDIOMETRY

<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL (Specify) : -
--	---

LEMBAR HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM
(MEDICAL CHECK UP)

Nama Pasien : Tn. Toni Surya Prayetno
Tanggal Lahir : 30 Juni 2002 / 24 Tahun
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Perusahaan : KSO PT. Geotindo Survey Services - PT. Binav
Posisi : Surveyor
dokter Pemeriksa : dr. H. Budi Santoso Purwoatmojo

URAIAN	HASIL	URAIAN	HASIL
DARAH RUTIN			
Hemoglobine (12 - 18)	16,6 g%	Hitung Jenis (diff. Count)	30/5/65
Eritrosit (3.6 - 6.5)	5,5 juta	LED (L : 0 - 15 ,P : 0 - 20)	15 mm/hour
Leukosit (5000 - 10.000)	7800 /mmk	Golongan Darah	-
Trombosit (150.000 - 450.000)	272 ribu	Malaria (Serology)	-

METABOLISME		KIMIA DARAH	
Gula Darah Puasa (70 - 115)	87 mg/dl	SGOT (< 40 (37°C))	18 U/L
Gula Darah 2 jam PP (<140)	94 mg/dl	SGPT (< 40 (37°C))	14 U/L
HbA1c (3.8 - 5.8)	- %	Gamma GT (L : 11 - 50, P : 7 - 32)	- U/L
Cholesterol Total (< 200)	165 mg/dl	Bilirubin Total (0,2 - 1,10)	0,77 mg/dl
HDL Cholesterol (L : 30 - 70, P : 30 - 85)	37 mg/dl	Bilirubin Direct (≤ 0,4)	- mg/dl
LDL Cholesterol (<129)	64 mg/dl	Bilirubin Indirect (≤ 1,0)	- mg/dl
Trigliserida (L : 40 - 160, P : 35 - 135)	136 mg/dl	Alkali Phospatase (60 - 170)	- U/L
		Cholinesterase (L : 4620-11500, P : 3930-1080)	- U/L

URINE			
Makroskopik		Protein	Negatif
Colour	Yellow	Urobilinogen	Negatif
Turbidity	Clear	Nitrite	Negatif
Reagent Strips		Leukocytes	Negatif
Glucose	Negatif	Mikroskopik	
Bilirubin	Negatif	WBC	0 - 1
Ketone	Negatif	RBC	0 - 2
Specific Grafity	1.030	Bacteria	Negatif
Blood	Negatif	Crystal	Negatif
pH	5,5	Epithel	Negatif

SEROIMONULOGY		FUNGSI GINJAL	
Hbs Ag	-	Creatinin (L : 0,9 - 1,3, P : 0,6 - 1,1)	0,8 mg/dl
Anti HBs Ag	-	Urea (10, - 50)	32 mg/dl
VDRL	-	Uric Acid (1,5 - 7,0)	4,1 mg/dl

WIDAL			
S. Typhi O	-	S. Typhi H	-
S. Parayphi OA	-	S. Parayphi HA	-
S. Parayphi OB	-	S. Parayphi HB	-
a S. Parayphi OC	-	S. Parayphi HC	-

DRUG	
	-

Lab. Technician	Signature	Date
Suhartatik, S.Tr. Kes		24 April 2026

Maju Sejahtera



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

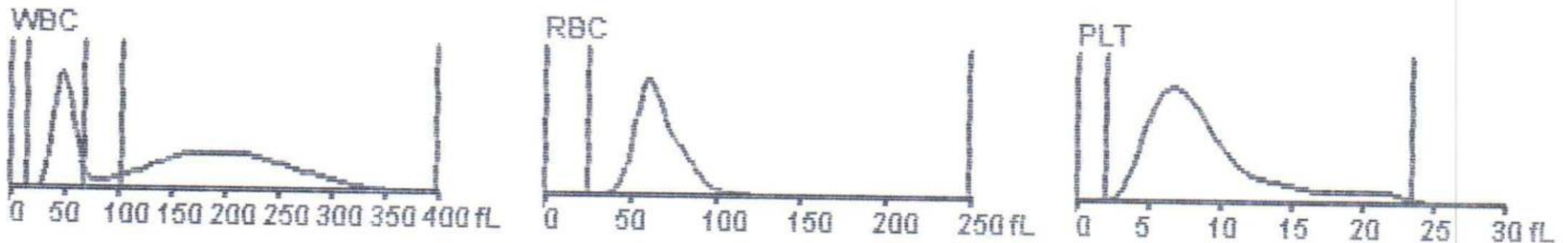
Klinik MAJU SEJAHTERA
Test Report

Name: Tn. Toni Surya P
Type: Whole blood
Reference: General

Sex: Male
Age:
Dept.: PT. Binav

No.: 6
Medical No.:
Bed No.:

Item	Result	Reference	Note
WBC	7.85 $10^3/uL$	5.00-10.00	
LYM#	2.38 $10^3/uL$	0.60-4.10	
MID#	0.43 $10^3/uL$	0.10-0.90	
GRA#	5.03 $10^3/uL$	2.00-7.80	
LYM%	30.3 %	20.0-50.0	
MID%	5.5 %	3.0-10.0	
GRA%	64.2 %	40.0-70.0	
RBC	5.55 $10^6/uL$	3.80-6.50	
HGB	18.6 g/dL	12.0-18.0	
MCHC	33.6 g/dL	32.0-36.0	
MCH	30.0 pg	26.5-33.5	
MCV	88.3 fL	80.0-99.0	
RDW-CV	10.9 %	10.0-15.0	
RDW-SD	34.5 fL	35.0-58.0	L
HCT	49.5 %	35.0-52.0	
PLT	272 $10^3/uL$	150-450	
MPV	8.7 fL	7.0-11.0	
PDW	12.9 fL	10.0-18.0	
PCT	0.237 %	0.100-0.500	
P-LCR	22.0 %	13.0-43.0	



Flags:

Applicant:

Inspector: SUHARTATIK, S.Tr.Kes Verifier: dr. H. BUDI SANTOSO

Test Time: 04/24/2026 09:49:52

Print Date: 04/24/2026



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

HASIL PEMBACAAN FOTO RONTGEN

Yang terhormat TS :

Nama Pasien : Tn. Toni Surya Prayetno

Jenis Kelamin : Laki - laki

Umur : 30 Juni 2002 / 24 Tahun

Keterangan : Medical Check Up

Jawaban : Foto Thorax PA

Corakan Vaskuler kedua paru dalam batas normal, tidak tampak infiltrat

Cor, Aorta normal

Kedua sinus dan diafragma normal

Rangka skeleton thorax intak, tidak tampak fraktur

Kesan : Foto Thorax Normal

Klinik
Muara Jawa, 24 April 2026

Maju Sejahtera

Dr. Andi Muhammad Idris, SpRad, M.Si



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

HASIL PEMBACAAN EKG

Yang Terhormat TS :

Nama Pasien : Tn. Toni Surya Prayetno

Jenis Kelamin : Laki - Laki

Umur : 24 Tahun

Keterangan : Medical Check Up

Jawaban :

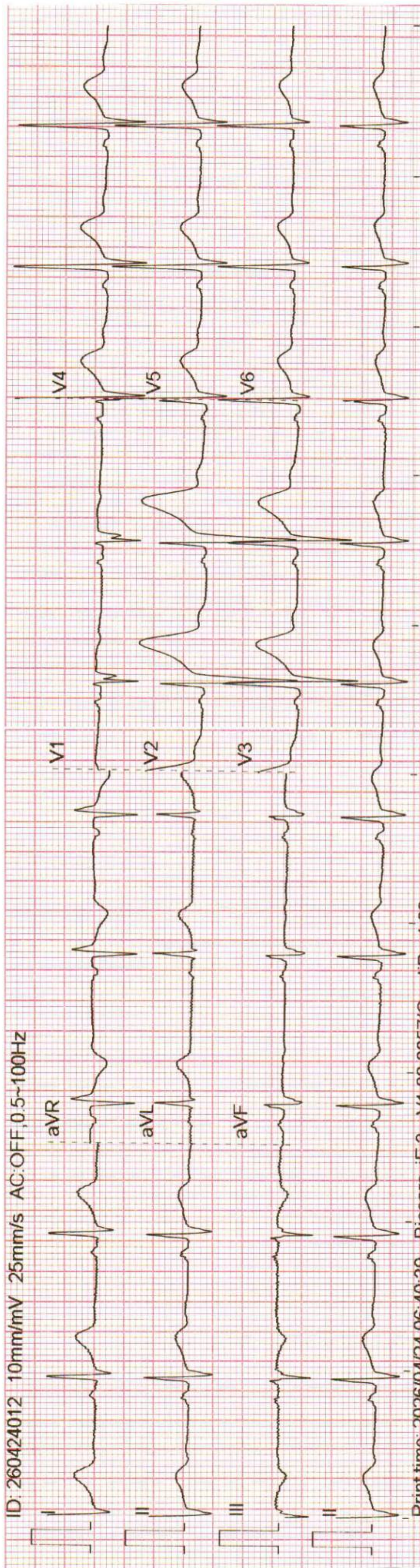
Normal ECG

Muara Jawa, 24 April 2026



Name	TONI Sunya - P	***** Analyse Result *****
ID Number	260424012	8110 Sinus rhythm
Sub-ID No.	KSD	21 Moderate left axis deviation
Gender	Male	** Normal ECG **
Age	24 h	
Heart rate	64 bpm	PR interval : 146 ms
P/QRS duration	106/108 ms	QT/QTc interval : 412/419 ms
P/QRS/T axis	48/-20/14°	RV5/SV1 voltage : 1.51/0.65 mV
RV5+SV1 voltage	2.16 mV	[Minnesota code]
		92 941

Doctor needs to confirm the report.
 Check time: 2026/04/24,06:40:50
 Print time: 2026/04/24,06:40:51 Biocare iE 3



LEMBAR KUESIONER TES SPIROMETRI

(Untuk Peserta MCU)

Nama Pasien : Toni Surya Prayetno
Umur : 23
Nama Perusahaan : PT BINAU

No	Pertanyaan untuk Tes Spirometri	Ya	Tidak
1	Apakah Anda dalam keadaan sehat ?	X	
2	Apakah Anda merokok 1 jam yang lalu ?		X
3	Apakah Anda menggunakan pelega nafas atau konsumsi obat 1 jam lalu ?		X
4	Apakah anda makan 1 jam yang lalu ?	X	
5	Apakah Anda mengalami gangguan pernafasan dalam waktu 3 minggu yang lalu		X
6	Apakah Anda gangguan telinga dalam waktu 3 minggu yang lalu ?		X
7	Apakah Anda baru saja di operasi ?		X
8	Apakah Anda menggunakan gigi palsu ?		X

(Untuk Petugas MCU)

No	Pertanyaan untuk Tes Spirometri	Ya	Tidak
1	Apakah orang yang diperiksa ragu - ragu dan salah memulai meniup		✓
2	Apakah orang yang diperiksa batuk pada saat meniup		✓
3	Apakah meniupnya tertahan di tenggorokan		✓
4	Apakah meniupnya tidak tuntas		✓
5	Apakah ada yang bocor pada pipa spirometry		✓
6	Apakah meniupnya bertahap/ tidak tuntas		✓
7	Apakah meniupnya terlambat dari aba-aba		✓

Petugas MCU,

[Signature]

Muara Jawa, 24 April 2026

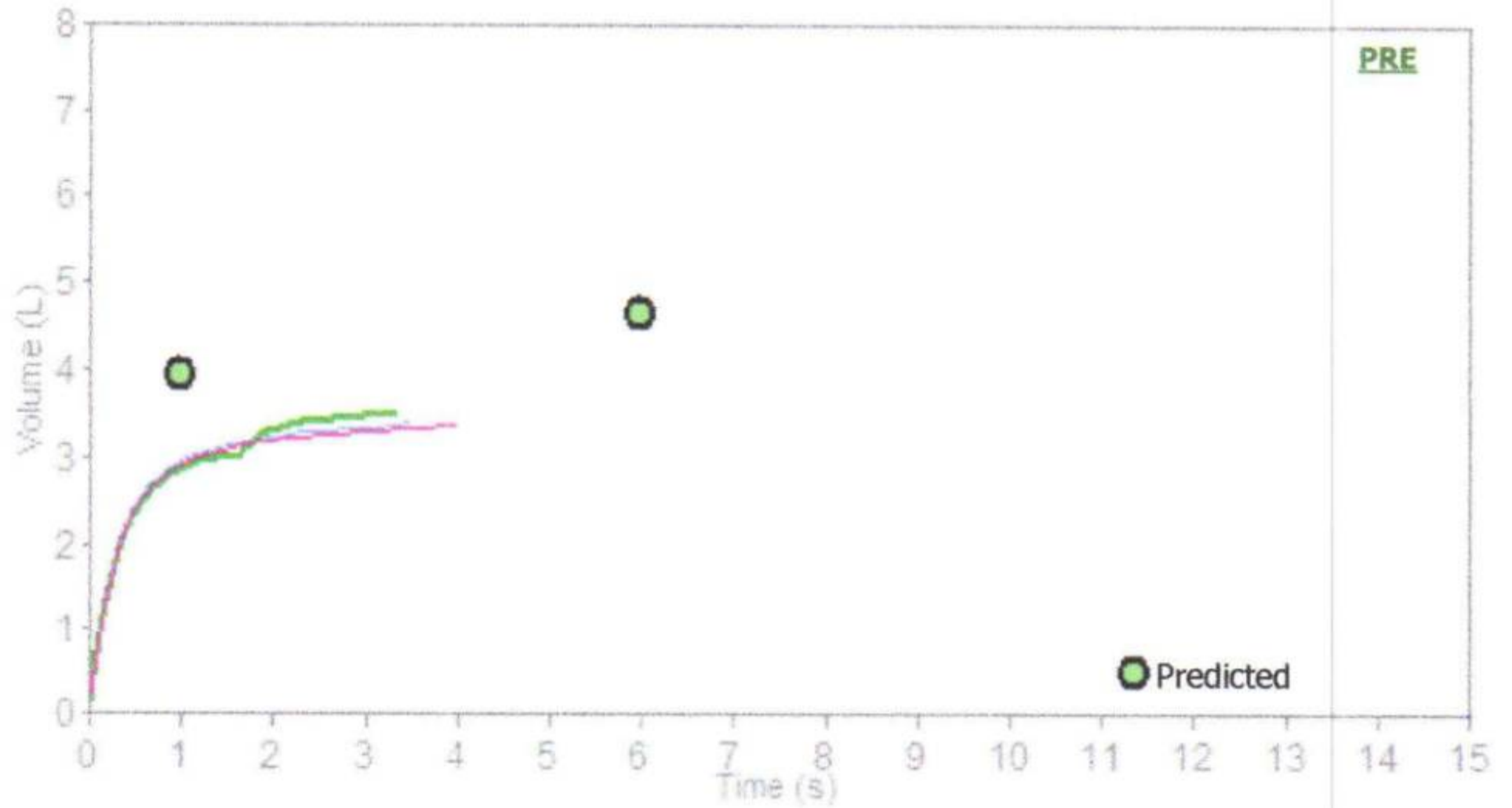
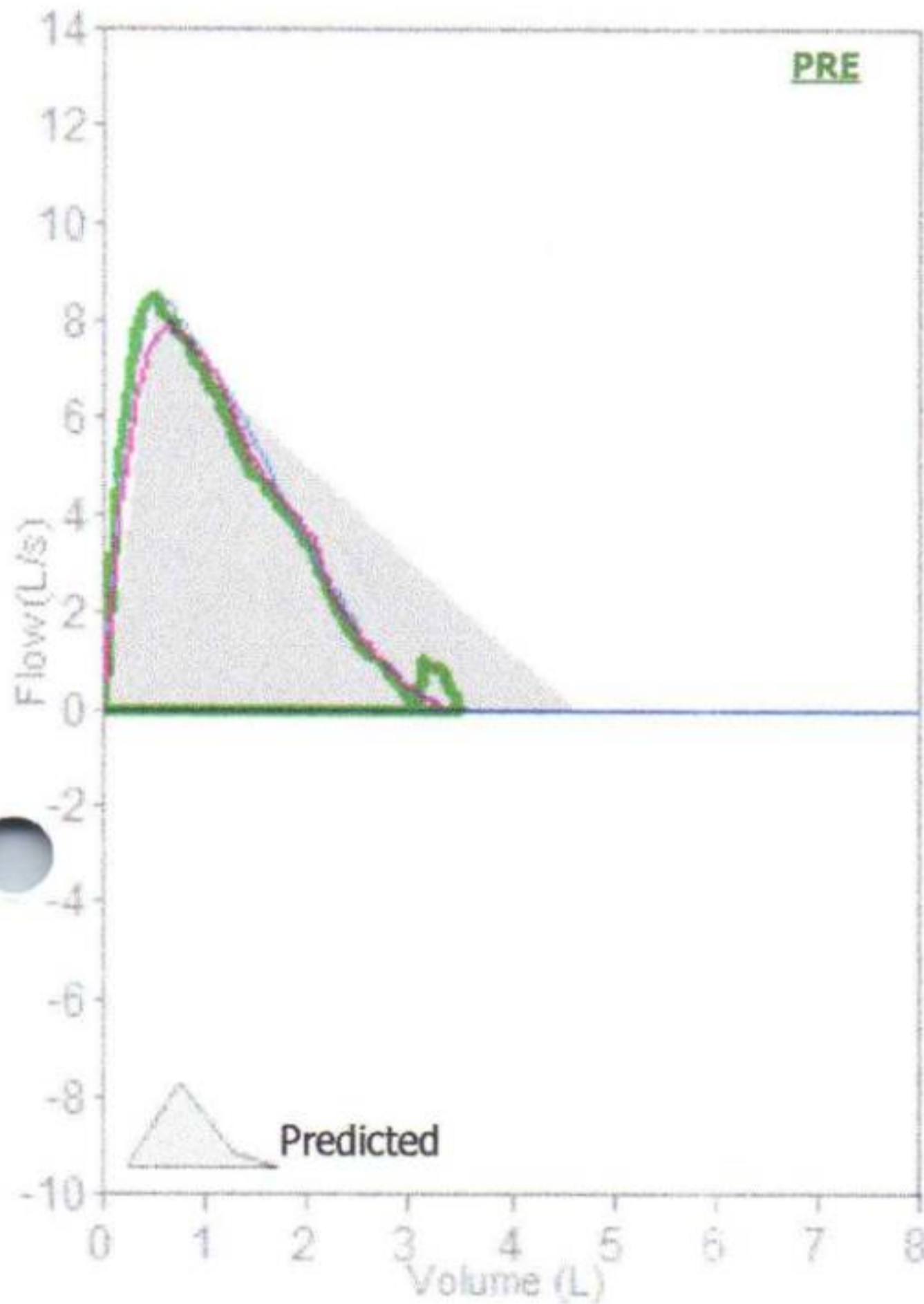
Pasien,

[Signature]
Toni Surya . P.

Pulmonary Function Test Results

Visit date 24/04/2026

Patient code	BINAV-003	Age	23
Surname	PRAYETNO	Gender	Male
Name	Toni Surya	Height, cm	165
Date of birth	30/06/2002	Weight, kg	64
Ethnic group	Caucasian	BMI	23,51
Smoke	No smoker	Pack-Year	
Patient group			



Quality Control Grade: A Variability: FEV1=0,01L (0,34%), FVC=0,03L (0,89%)
3 Acceptable trials

Interpretation

Mild Restriction



PRE Trial date 24/04/2026 10:02:31

Parameters	LLN	Pred	Best	%Pred	Z-score	PRE # 1	PRE # 2	PRE # 3	POST	%Pred	%Chg
FVC L	3,75	4.63	3,50*	76	-2.11	3,13	3,19	3.41	*		
FEV1 L	3,18	3.94	2,96*	75	-2.12	2,70	2,76	2.96	*		
FEV1/FVC %	73,7	85.5	84,6*	99	-0.13	86,3	86,5	86.8	*		
PEF L/s	6,04	8.76	8,51*	97	-0.15	6,49	4,87	8.40	*		
ELA Years		23									
FEF2575 L/s	2,78	4.33	3,18	73	-1.18	3,49	3,48	3.70			
FET s		6.00	3,33	56		3,97	3,15	3.48			
FIVC L	3,75	4.63									
FEV1/VC %	73,7	85.5									

*Best values from all loops - BTPS 1,073 29 °C (84,2 °F) - Predicted GLI Caucasian

Conclusion / Medical report

Signature 

 Dr. Okky Fuadillah Sp. OK

Normal Spirometry

Instrument used
Spirobank II new S/N Y09797



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

LEMBAR KUESIONER TES AUDIOMETRI

(Untuk Peserta MCU)

Nama : Toni Surya Prayekno
Umur : 23
Perusahaan : PT BINAV

No	Pertanyaan untuk Tes Audiometri	Ya	Tidak
1	Apakah Anda bekerja ditempat bising ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sudah berapa lama anda bekerja ditempat tersebut ?	-	bulan/tahun
3	Apakah anda selalu menggunakan alat pelindung telinga ketika pada saat bekerja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan pendengaran sebelumnya ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Apakah Anda pernah menggunakan alat bantu mendengar (ABM) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Apakah saat ini Anda menggunakan alat bantu mendengar (ABM) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Dalam waktu 12 bulan terakhir, apakah anda menagalami telinga berdenging/gemuruh ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Apakah dalam kurun waktu 6 bulan ke belakang anda pernah kontrol ke Dokter THT ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Diluar waktu kerja, apakah anda pernah terpajan (Terpapar, berhubungan dengan kebisingan lainnya seperti musik, diskotik, mesin potong rumput, dll ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Apakah dalam kurun waktu 6 bulan ke belakang anda pernah ekstraksi cerumen ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Petugas MCU

[Signature]

Pasien,

[Signature]
Toni Surya.P



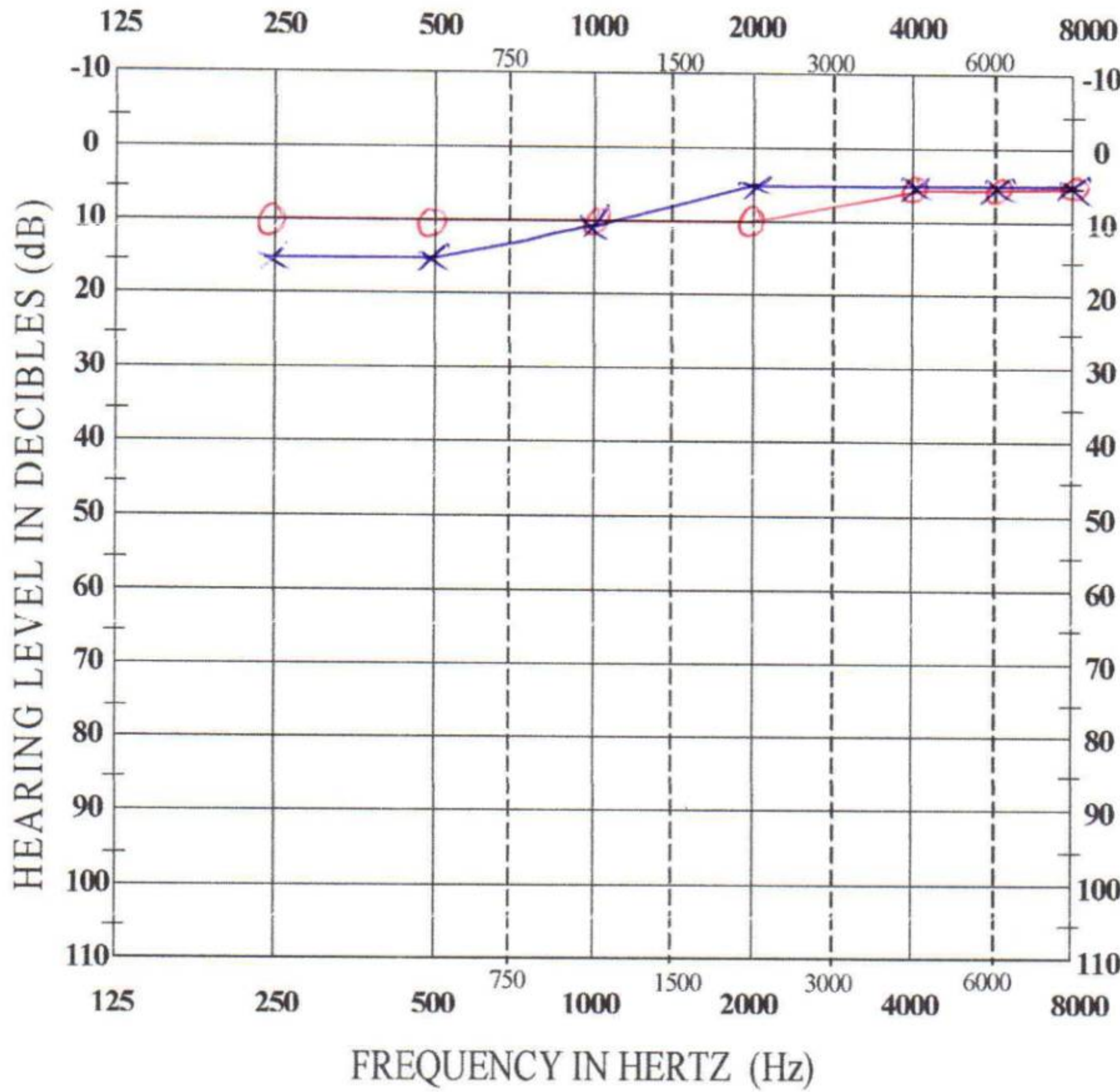
MEDICAL CHECK - UP
 " Klinik Maju Sejahtera "
 Muara Jawa

AUDIOMETRI

NAME : Tn. Toni Surya Prayetno

Date : 24-Apr-26

BY : Sulpaidah, Amd Kep



AUDIOGRAM KEY	
	Right Left
AC Unmasked	○ ×
AC Masked	△ □
BC Mastoid Unmasked	< >
BC Mastoid Masked	□ □
BC Forehend Masked	└ ┘

Both	
BC Forehend Unmasked	∩
BC Forehend Masked	∩
BC Sound Field	∩

	Right Ear	Left Ear
S R T		
Discrim		
MCL		
UCL		

Age 23 Male
 Operator PT. BINAV

TELEPHONE 0852-4072-8152
 Surveyor

DATE _____ TESTED BY _____ RIGHT EAR LEFT EAR

	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
AIR CONDUCTION	10	10	10	-	10	-	5	5	5	15	15	10	-	5	-	5	5	5
BONE CONDUCTION																		

SRT _____ dB DISCRIM _____ % _____ dB DISCI

REMARKS NORMAL AUDIOMETRY

PTA (D) : 8,75 DB

PTA (S) : 8,75 DB

Dr. Okky Fuadillah Sp. OK



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

Yang Terhormat TS :

Nama pasien : Tn. Toni Surya Prayetno

Jenis kelamin : Laki - Laki

TTL : 30 Juni 2002 / 24 Tahun

Keterangan : Medical Check Up

Hasil pemeriksaan USG Abdomen :

- Hepar : Bentuk, ukuran dan echo densitas jaringan normal, Vaskuler dan bile duct intrahepatic normal, tidak tampak Sol .
- GB : Bentuk, ukuran dan dinding normal, Echo internal normal, tidak tampak batu/sludge
- Lien : Bentuk, ukuran dan echo jaringan normal, tidak tampak sol
- Pankreas : Bentuk, ukuran dan echo jaringan normal, tidak tampak sol
- Kedua Ren : Bentuk, ukuran dan echo differensiasi korteks-medula normal. Pelviocaliceal system normal, tidak tampak echo batu/sol.
- Buli- Buli : Bentuk, ukuran dan echo internal normal, tidak tampak echo batu/ sol , dinding normal, tidak tampak debris
- Paraumbilikal : Echo usus normal, tidak tampak tanda obtruksi, Tidak tampak pseudo kidney

Kesan : USG Abdomen Normal

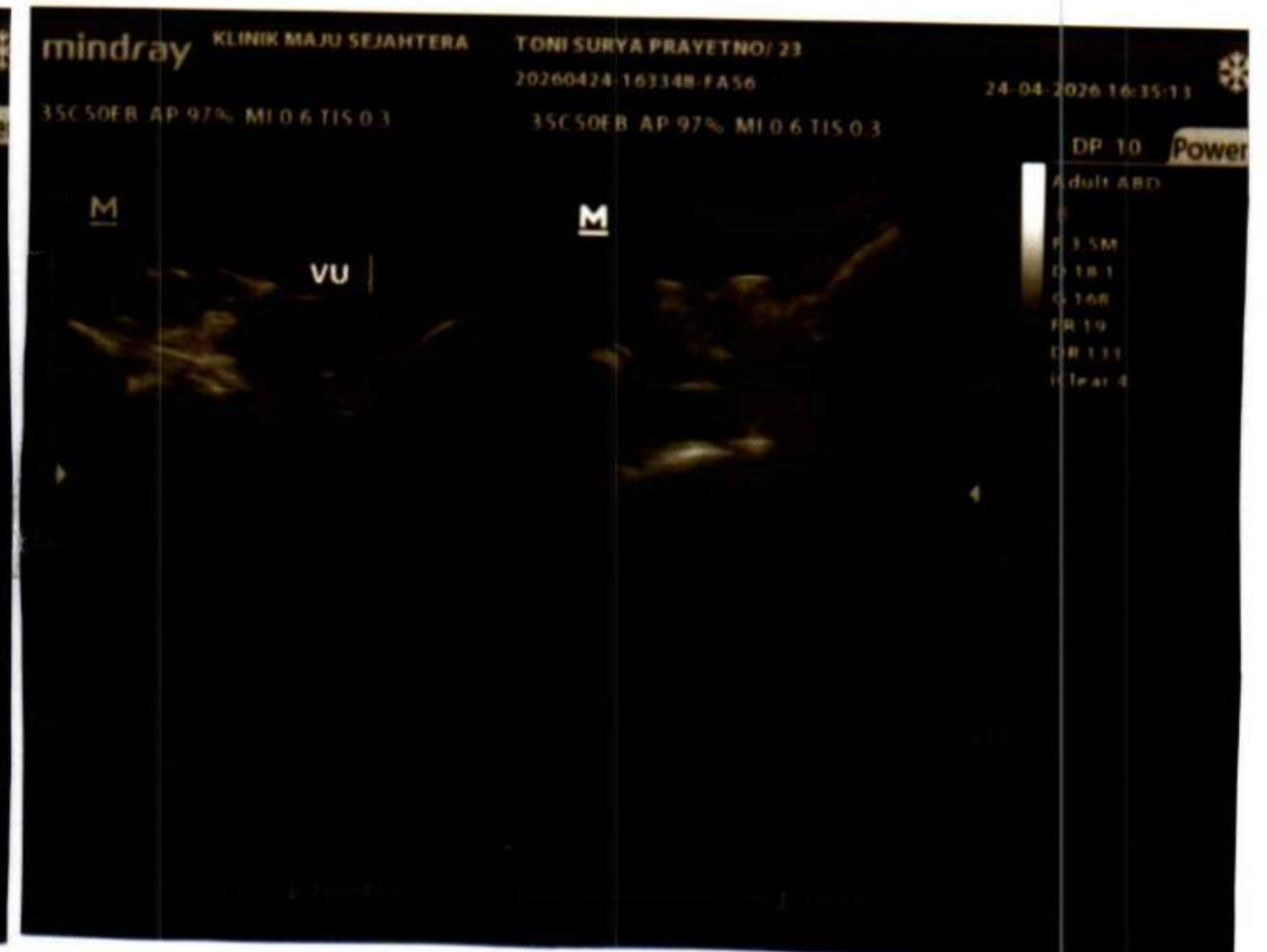
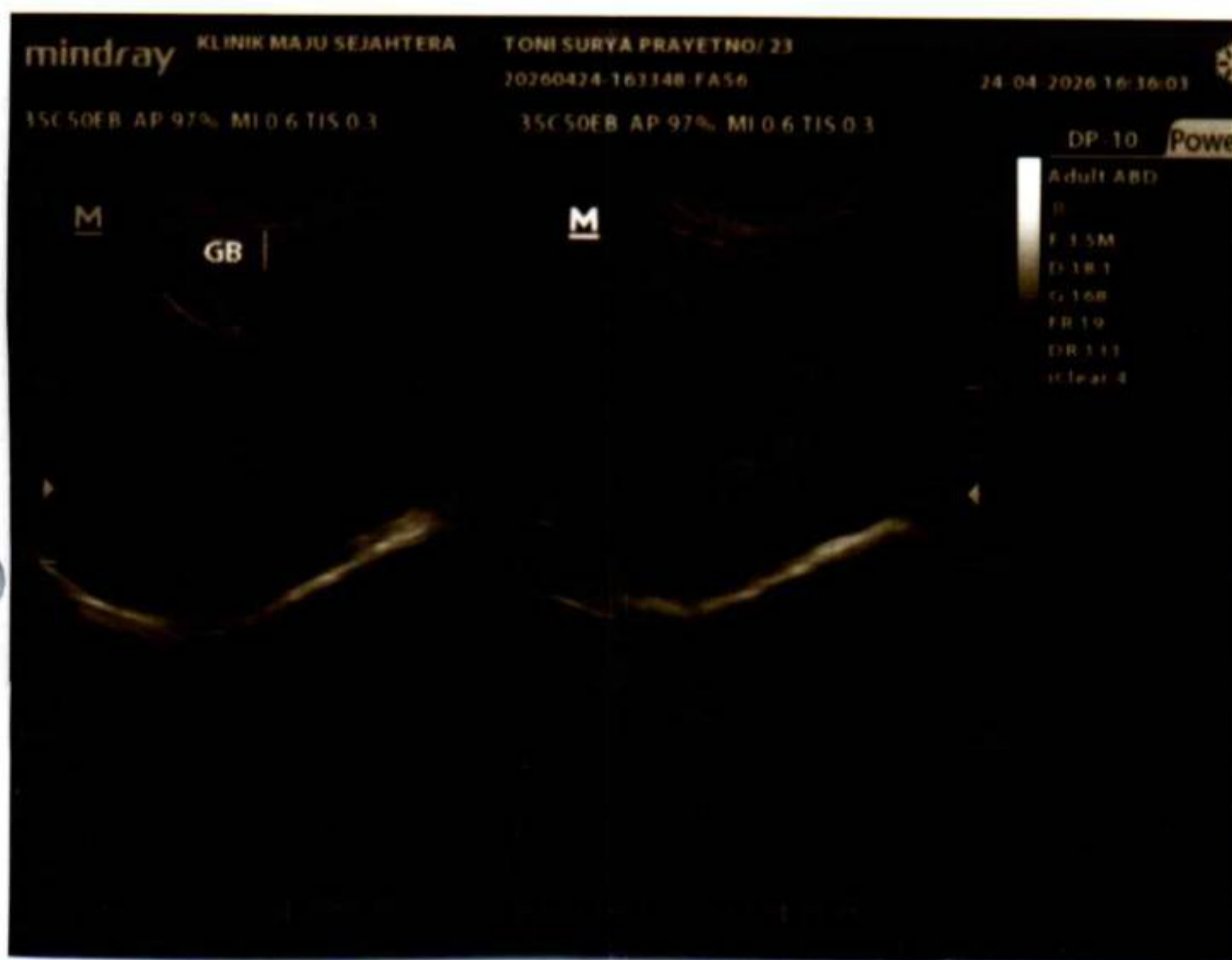
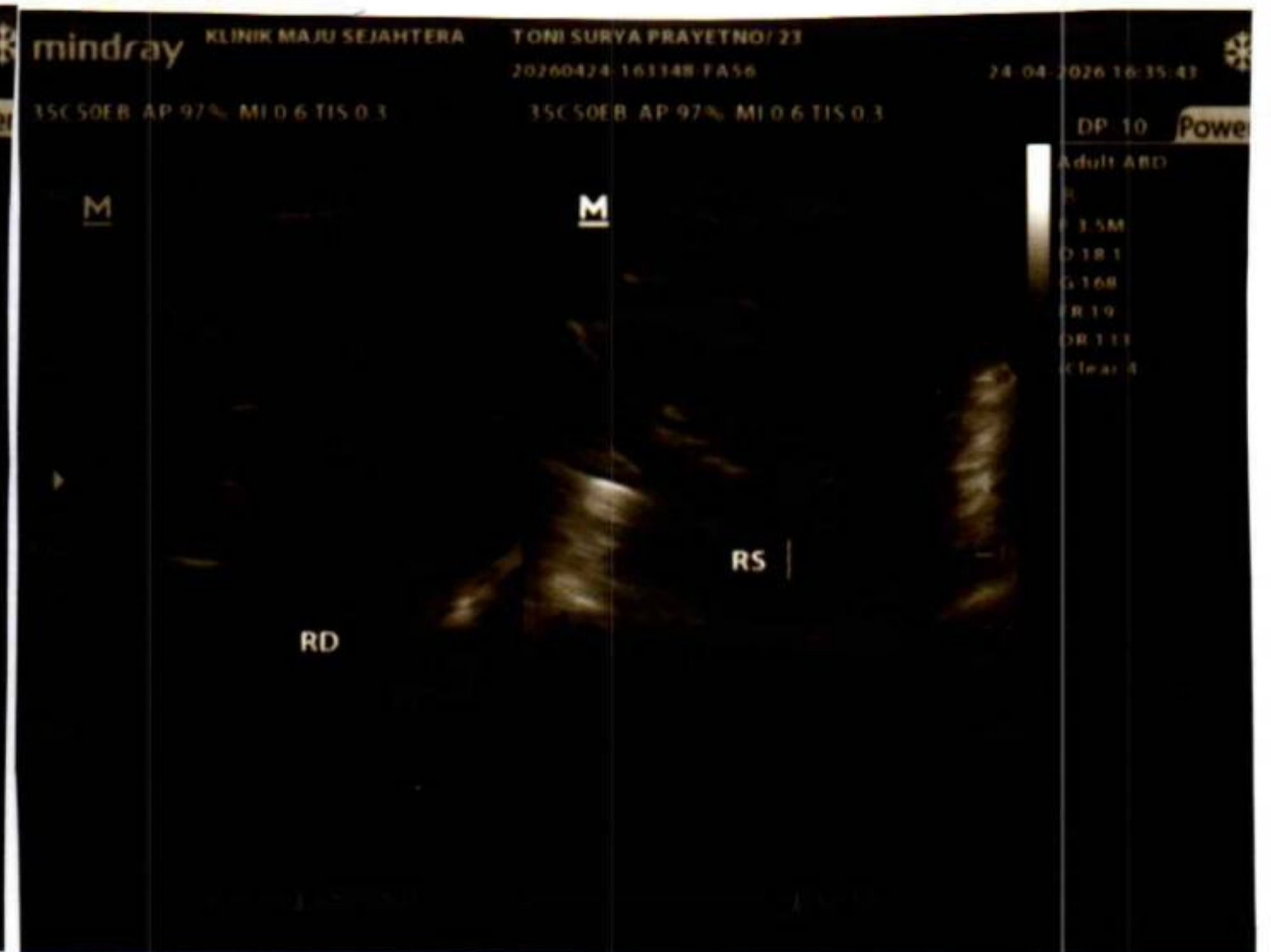
Muara Jawa, 24 April 2026

Dokter ^{Klinik} Pemeriksa

dr. Andi Muhammad Idris, Sp.Rad., M.Si



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa





MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

Nama : Toni Surya Prayekno
Perusahaan : PT BINAV

SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ) 29

Petunjuk:

Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda selama 30 hari terakhir. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom Y (berarti Ya). Sebaliknya, Apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom T (Tidak). Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Y dan T. Kami tegaskan bahwa jawaban Anda bersifat rahasia dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

NO.	PERTANYAAN	Y	T
1	Apakah Anda sering merasa sakit kepala?		X
2	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?		X
3	Apakah tidur Anda tidak nyenyak?		X
4	Apakah Anda mudah merasa takut?		X
5	Apakah Anda merasa cemas, tegang atau khawatir?		X
6	Apakah tangan Anda gemetar?		X
7	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?		X
8	Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?		X
9	Apakah Anda merasa tidak bahagia?		X
10	Apakah Anda lebih sering menangis?		X
11	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?		X
12	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan?		X
13	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai?		X
14	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini?		X
15	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?		X
16	Apakah Anda merasa tidak berharga?		X
17	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?		X
18	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu?		X
19	Apakah Anda merasa tidak enak di perut?		X
20	Apakah Anda mudah lelah?		X
21	Apakah Anda minum alkohol lebih banyak dari biasanya atau Apakah Anda menggunakan narkoba?		X
22	Apakah Anda yakin bahwa seseorang mencoba mencelakai Anda dengan cara tertentu?		X
23	Apakah ada yang mengganggu atau hal yang tidak biasa dalam pikiran Anda?		X
24	Apakah Anda pernah mendengar suara tanpa tahu sumbernya atau yang orang lain tidak dapat mendengar?		X
25	Apakah Anda mengalami mimpi yang mengganggu tentang suatu bencana/musibah atau adakah saat-saat Anda seolah mengalami kembali kejadian bencana itu?		X
26	Apakah Anda menghindari kegiatan, tempat, orang atau pikiran yang mengingatkan Anda akan bencana tersebut?		X
27	Apakah minat Anda terhadap teman dan kegiatan yang biasa Anda lakukan berkurang?		X
28	Apakah Anda merasa sangat terganggu jika berada dalam situasi yang mengingatkan Anda akan bencana atau jika Anda berpikir tentang bencana itu?		X
29	Apakah Anda kesulitan memahami atau mengekspresikan perasaan Anda?		X

Muara Jawa, 20/11/2026

(Toni Surya . P.)