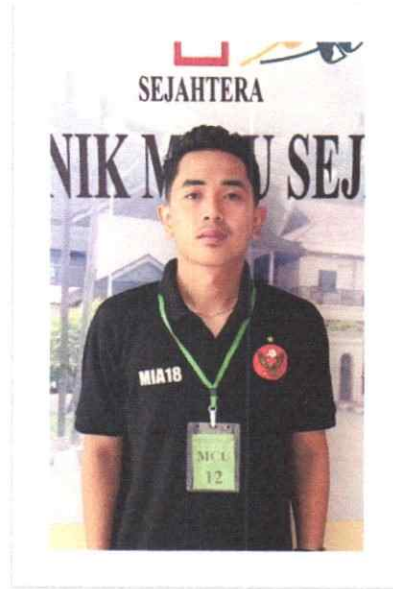




MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

MEDICAL CHECK UP 2026

KLINIK MAJU SEJAHTERA



Nama : Tn. Muhammad Ihsan Anshari
NIK : 64021418020300003
Tanggal Lahir / Umur : 18 Februari 2003 / 23 Tahun
Jenis Kelamin : Laki – Laki
Perusahaan : KSO PT. Geotindo Survey Services – PT. Binav Maju Sejahtera
Jabatan : HSSE Officer
Tanggal Pemeriksaan : 12 Februari 2026
Jenis Pemeriksaan : Pre - Employment



HASIL PEMERIKSAAN MEDICAL CHECK UP 2026

Nama : Tn. Muhammad Ihsan Anshari
Tgl Lahir / Umur : 18 Februari 2003 / 23 Tahun

Perusahaan : KSO PT. Geotindo Survey Services - PT. Binav Maju Sejahtera

Berikut hasil pemeriksaan Medical Check Up yang dilaksanakan pada tanggal :

12 Februari 2026

Ringkasan Temuan Hasil Pemeriksaan :

Riwayat Medis : Tidak ditemukan kondisi kelainan
Pemeriksaan Fisik : Tekanan Darah : 117 / 64 mmHg, Nadi : 71 x/mnt, Pernafasan : 18 x/mnt, Suhu : 36,8 °C, LP : 88 cm, TB : 168 cm, BB : 61,9 kg, BMI : 21,9 cm/m², Pemeriksaan Mata : Visus OD 6/6 ; OS 6/7, Buta Warna : Normal, Telinga : Cerumen D, Gigi : Missing Teeth 6 | 6, Riwayat Kesehatan Diri Sendiri : Tidak ada, Riwayat Kesehatan Keluarga : Tidak ada, Kebiasaan : Olahraga 10 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 HSSE Officer di lokasi PT. Pertamina Hulu Mahakam
---------------------------------------	--

SARAN - SARAN : 1). Konsul ke THT untuk evaluasi lebih lanjut

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

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

Mengetahui,

Dr. _____

Respectfully,

dr. H. Budi Santoso Purwoatmojo
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 2025

Nama Lengkap : Muhammad Ihsan Anshari

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Perusahaan : Pt BinaV

No. Pekerja : _____

Jenis Pemeriksaan : Calon karyawan
 Berkala
 Sebelum Pensiun

PERTAMINA HULU MAHAKAM
SURVEILANCE KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

- 1. NIK : 6402141002030003
- 2. Tempat/Tanggal Lahir : Muara Jawa, 10/02/2003
- 3. Posisi Pekerjaan/Jabatan : HSE OFFICER
- 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. M. Hatta hanti 9 Rt.023 kel. muara jawa
Kab. Kuker Telpon: 009774003068
- 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	HSE OFFICER	-	PT Binav						

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 : _____ 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 checked="" type="checkbox"/>
b. Tekanan darah rendah	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
c. Jantung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
d. Stroke	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
e. Kencing Manis	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
f. Timbul benjolan/tumor	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
g. Ayan / gangguan syaraf lain	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
h. Asma	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
i. Batu Ginjal	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
j. Alergi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
Sebutkan :			<input type="checkbox"/>
k. Thypus	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
n. Penyakit kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
o. Kuning/Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
p. Gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
u. Gigi/mulut	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
y. Sendi - sendi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

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

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

1. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja? 1. Ya 2. Tidak
Bila tidak langsung ke no. 6
2. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan?
3. Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut? 1. Ya 2. Tidak

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?

1. Ya 2. Tidak

2. Apakah setiap hari anda minum kopi?

1. Ya 2. Tidak

3. Berapa gelas kopi yang anda minum dalam 1 hari?

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)

m

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan?

X

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

m

(joging)

4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan?

1. Ringan 4. Berat
2. Sedang 5. Sangat berat
3. Cukup berat

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan?

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

3. Program Diet yang dilakukan saat ini? (Contoh: Diet tinggi protein, DII) : *Tidak*

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Apakah Orangtua Anda ada yang menderita penyakit berikut

a. tekanan darah tinggi

1. Ayah 2. Ibu

b. penyakit jantung

1. Ayah 2. Ibu

c. stroke

1. Ayah 2. Ibu

d. kencing manis

1. Ayah 2. Ibu

e. kanker

1. Ayah 2. Ibu

f. alergi

1. Ayah 2. Ibu

g. asma

1. Ayah 2. Ibu

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 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 langsungke 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 langsungke 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, Sebutkan: V. Booster 1

2. Tidak

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,12/02/2026.....

(.....M. Hassan A.....)

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	COMPANY	DATE
Tn. Muhammad Ihsan Anshari	PT. Geotindo Survey Services - PT. Binav Maju Sej	12 Februari 2026

I. GENERAL CONDITION

Blood Pressure	117 / 64 mmHg	Pulse	71 x/m	Respiration	18 x/m	Temp.	36,8 0C
Weight	61,9 kg	Height	168 cm	BMI	21,9	Waist	88 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerumen D
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M 6 6
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/Apiical/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/Retococcele/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/ Hemorroids / Fissure/Masses/ Prostate	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-

SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

I. VISION

Vision	Left	Right	Colour Blindness	
			<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Red-Green Absent
Distant 6 Meter	6 / 7	6 / 6	<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. Muhammad Ihsan Anshari
Tanggal Lahir : 18 Februari 2003 / 23 Tahun
Jenis Kelamin : Laki - Laki

Perusahaan : KSO PT. Geotindo Survey Services - PT. Bina
Posisi : HSSE Officer
dokter Pemeriksa : dr. H. Budi Santoso Purwoatmojo

URAIAN	HASIL	URAIAN	HASIL
--------	-------	--------	-------

DARAH RUTIN

Hemoglobine (12 - 18)	15,0 g%	Hitung Jenis (diff. Count)	43/10/47
Eritrosit (3.6 - 6.5)	5,2 juta	LED (L : 0 - 15 ,P : 0 - 20)	10 mm/hour
Leukosit (5000 - 10.000)	6600 /mmk	Golongan Darah	-
Trombosit (150.000 - 450.000)	237 ribu	Malaria (Serology)	-

METABOLISME

Gula Darah Puasa (70 - 115)	85 mg/dl
Gula Darah 2 jam PP (<120)	94 mg/dl
HbA1c (3.8 - 5.8)	- %
Cholesterol Total (< 200)	194 mg/dl
HDL Cholesterol (L : 30 - 70, P : 30 - 85)	46 mg/dl
LDL Cholesterol (<129)	81 mg/dl
Trigliserida (L : 40 - 160, P : 35 - 135)	82 mg/dl

KIMIA DARAH

SGOT (< 40 (37°C))	18 U/L
SGPT (< 40 (37°C))	21 U/L
Gamma GT (L : 11 - 50, P : 7 - 32)	- U/L
Bilirubin Total (0,2 - 1,10)	0,90 mg/dl
Bilirubin Direct (≤ 0,4)	- mg/dl
Bilirubin Indirect (≤ 1,0)	- mg/dl
Alkali Phosphatase (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 - 1
Specific Gravity	1.010	Bacteria	Negatif
Blood	Negatif	Crystal	Negatif
pH	6.0	Epithel	Negatif

SEROIMONULOGY

Hbs Ag	-
Anti Hbs Ag	-
VDRL	-

FUNGSI GINJAL

Creatinin (L : 0,9 - 1,3, P : 0,6 - 1,1)	1,0 mg/dl
Urea (10, - 50)	35 mg/dl
Uric Acid (1,5 - 7,0)	5,0 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		12 Februari 2026



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

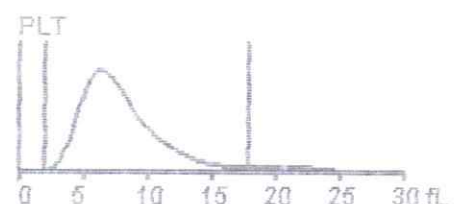
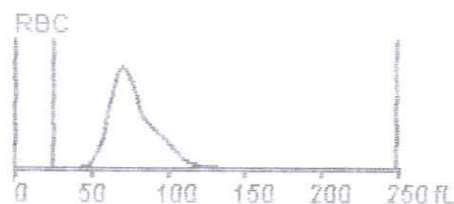
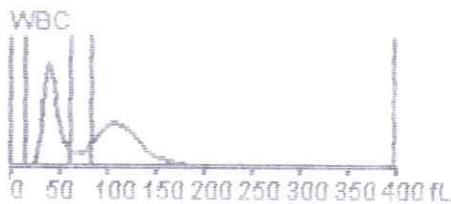
Klinik MAJU SEJAHTERA
Test Report

Name: Tn. Muh Ihsan Anshari
Type: Whole blood
Reference: General

Sex: Male
Age:
Dept.: PT. MEINDO

No.: 12
Medical No.:
Bed No.:

Item	Result	Reference	Note
WBC	6.66 $10^3/uL$	5.00-10.00	
LYM#	2.81 $10^3/uL$	0.60-4.10	
MID#	0.62 $10^3/uL$	0.10-0.00	
GRA#	3.23 $10^3/uL$	2.00-7.90	
LYM%	42.2 %	20.0-50.0	
MID%	9.3 %	3.0-10.0	
GRA%	48.4 %	40.0-70.0	
RBC	5.20 $10^6/uL$	3.60-6.50	
HGB	15.0 g/dL	12.0-18.0	
MCHC	34.8 g/dL	32.0-38.0	
MCH	28.8 pg	28.5-33.5	
MCV	82.7 fL	80.0-99.0	
RDW-CV	10.8 %	10.0-15.0	
RDW-SD	38.8 fL	35.0-58.0	
HCT	43.0 %	35.0-52.0	
PLT	237 $10^3/uL$	150-450	
MPV	7.3 fL	7.0-11.0	
PDW	12.8 fL	10.0-18.0	
PCT	0.172 %	0.100-0.500	
P-LCR	11.4 %	13.0-43.0	L



Flags:

Applicant:

Inspector: SUHARTATIK, AMAK

Verifier: dr. H. BUDI SANTOSO

Test Time: 02/12/2026 08:59:50

Print Date: 02/12/2026



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

HASIL PEMBACAAN FOTO RONTGEN

Yang terhormat TS :

Nama Pasien : Tn. Muhammad Ihsan Anshari
Jenis Kelamin : Laki - laki
Umur : 18 Februari 2003 / 23 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

Muara Jawa, 12 Februari 2026



dr. Andi Muhammad Idris, SpRad, M.Si,



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

HASIL PEMBACAAN EKG

Yang Terhormat TS :

Nama Pasien : Tn. Muhammad Ihsan Anshari
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Umur : 23 Tahun
Keterangan : Medical Check Up
Jawaban :

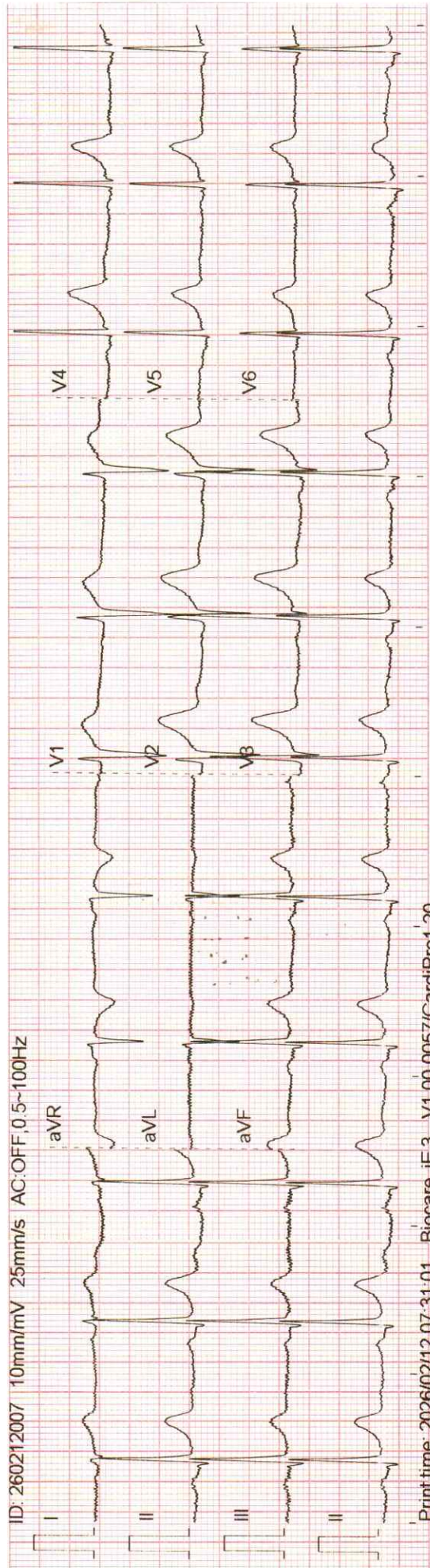
Normal ECG

Muara Jawa, 12 Februari 2026



Name	M IHSAN ANSHARI	***** Analyse Result *****
ID Number	260212007	8110 Sinus rhythm
Sub-ID No.	BMS	** Normal ECG **
Gender	Male	
Age	23 Years	
Heart rate	63 bpm	
P/QRS duration	129/97 ms	
P/QRS/T axis	65/84/63°	
RV5+SV1 voltage	2.37 mV	
PR interval	171 ms	
QT/QTc interval	398/403 ms	
RV5/SV1 voltage [Minnesota code]	1.27/1.10 mV	
	941	

Doctor needs to confirm the report.
Check time: 2026/02/12, 07:31:11
Print time: 2026/02/12, 07:31:13 Biocare IE 3



LEMBAR KUESIONER TES SPIROMETRI

(Untuk Peserta MCU)

Nama Pasien : Muhammad Ihsan Arshari
Umur : 22 tahun
Nama Perusahaan : Pt. Binov Maju Sejahtera

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

(Untuk Petugas MCU)

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

Petugas MCU,

[Signature]

Muara Jawa, 12/02/2026

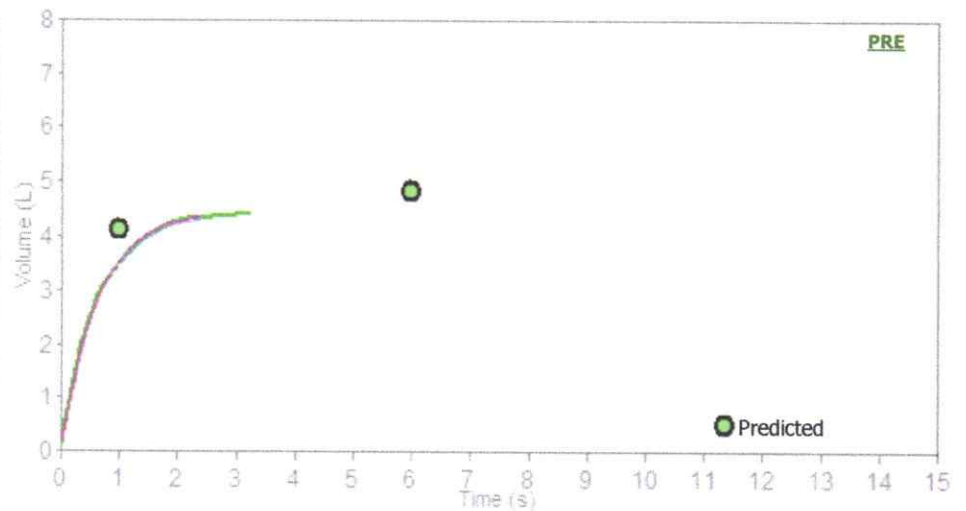
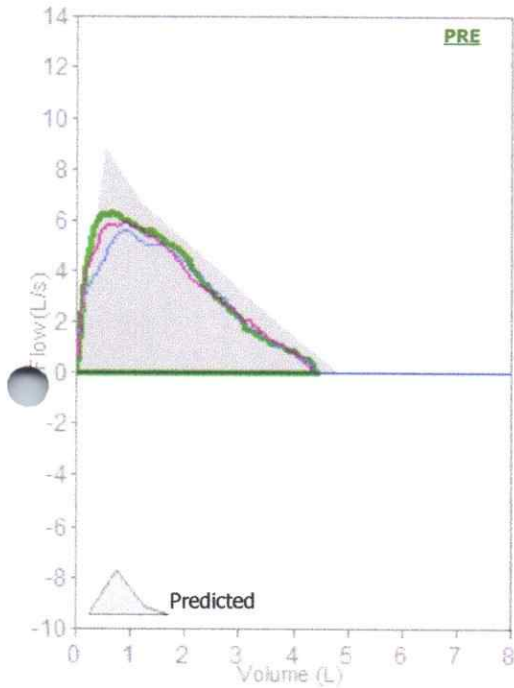
Pasien,

[Signature]
M. Ihsan A.

Pulmonary Function Test Results

Visit date **12/02/2026**

Patient code	BMS-003	Age	22
Surname	ANSHARI	Gender	Male
Name	Muhammad Ihsan	Height, cm	168
Date of birth	18/02/2003	Weight, kg	61
Ethnic group	Caucasian	BMI	21,61
Smoke	No smoker	Pack-Year	
Patient group			



Quality Control Grade: D Variability: FEV1=0,01L (0,28%), FVC=0,04L (0,91%)
1 Acceptable trials

Interpretation

Normal Spirometry

PRE Trial date 12/02/2026 10:37:03

Parameters	LLN	Pred	Best	%Pred	Z-score	PRE # 1	PRE # 2	PRE # 3	POST	%Pred	%Chg
FVC L	3,92	4.83	4,45*	92	-0.69	4,22	4,36	4.41	*		
FEV1 L	3,33	4.11	3,56*	87	-1.17	3,23	3,56	3.52	*		
FEV1/FVC %	73,7	85.5	80,0*	94	-0.81	76,5	81,7	79.8	*		
PEF L/s	6,14	8.86	6,34*	72	-1.52	3,91	5,94	5.66	*		
ELA Years		22									
FEF2575 L/s	2,90	4.50	3,31	74	-1.19	3,02	3,42	3.35			
FET s		6.00	3,22	54		4,20	2,35	2.38			
FIVC L	3,92	4.83									
FEV1/VC %	73,7	85.5									

*Best values from all loops - BTPS 1,082 27 °C (80,6 °F) - Predicted GLI Caucasian

Conclusion / Medical report

Klinik
Signature 
Maju Sejahtera
Dr. Okky Fuadillah Sp. OK

Normal Spirometry

Instrument used
Spirobank II new S/N Y09797

LEMBAR KUESIONER TES AUDIOMETRI

(Untuk Peserta MCU)

Nama : Muhammad Ihsan Anshari
Umur : 22 tahun
Perusahaan : Pt. Binav Maju Sejahtera

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

Petugas MCU

A. Andri

Pasien,

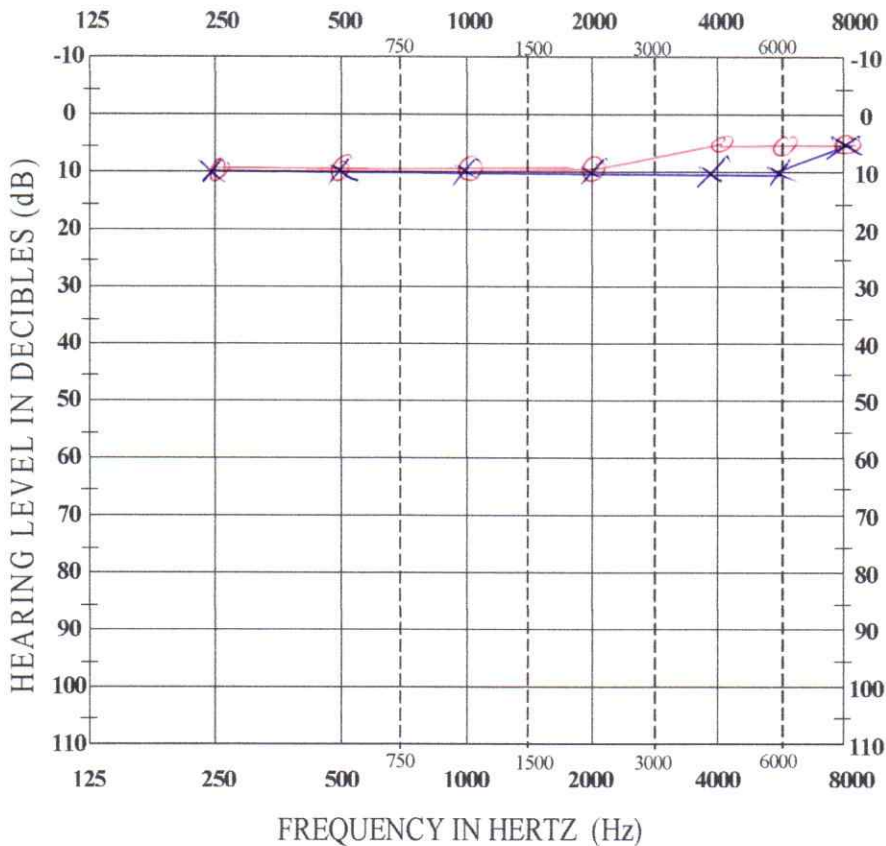
M. Ihsan Anshari



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
 Muara Jawa

AUDIOMETRI

NAME : **Tn. Muhammad Ihsan Anshari** Date : **12 Februari 2026** BY : **Sulpaidah , Amd Kep**



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

Both	
BC Forehend Unmasked Sound Field	∨ S

	Right Ear	Left Ear
S R T		
Discrim		
MCL		
UCL		

Age 22 Male TELEPHONE 0895-704083068
 Operator PT. BMS HSE Officer

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	10	10	10	-	10	-	10	10	5
BONE CONDUCTION																		

SRT _____ dB DISCRIM _____ % _____ dB DISCI

REMARKS NORMAL AUDIOMETRY
PTA (D) : 8,75 DB
PTA (S) : 10 DB

Klinik

Dr. Okky Fuadillah Sp. OK
Maju Sejahtera



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

Yang Terhormat TS :

Nama pasien : Tn. Muhammad Ihsan Anshari

Jenis kelamin : Laki - Laki

TTL : 18 Februari 2003 / 23 Tahun


Keterangan : Medical Check Up

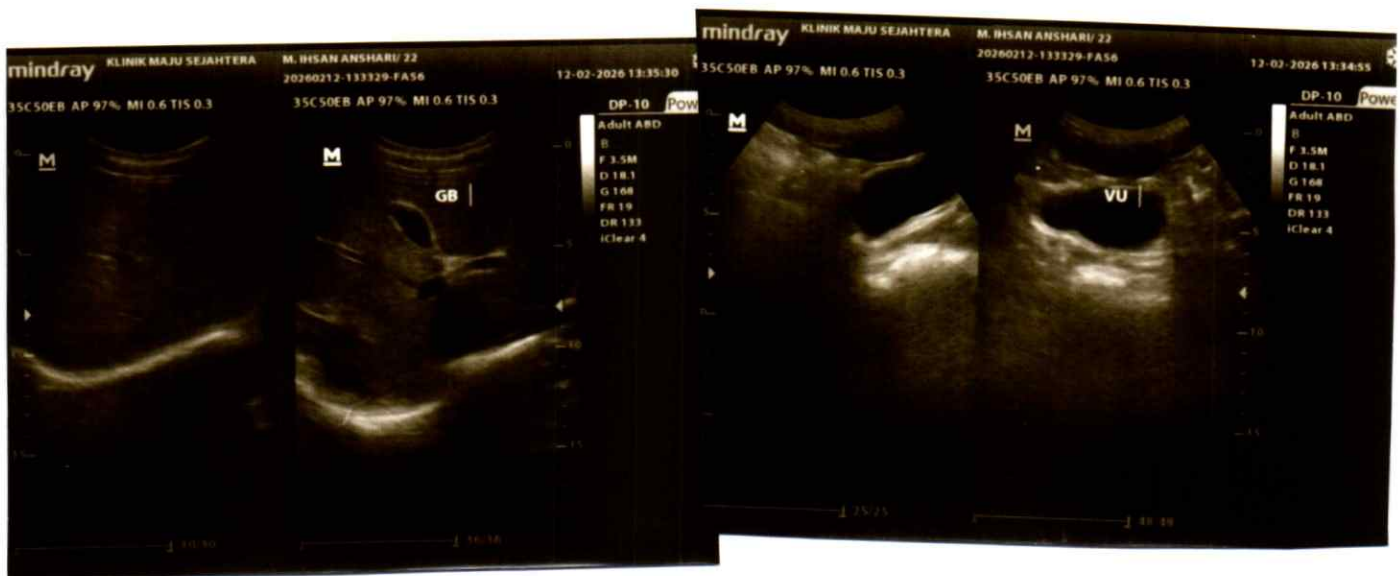
Hasil pemeriksaan USG Abdomen :

- 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 kortex-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, 12 Februari 2026

Dokter Pemeriksa


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



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