

MEDICAL CHECK UP 2025

KLINIK MAJU SEJAHTERA



Nama : Tn. Ivan Kristian Tambunan
NIK : 6211081909980002
Tanggal Lahir / Umur : 19 September 1998 / 27 Tahun
Jenis Kelamin : Laki – Laki
Perusahaan : KSO PT. Geotindo Survey Services – PT. Binav Maju Sejahtera
Jabatan : HSSE Coordinator
Tanggal Pemeriksaan : 16 Desember 2025
Jenis Pemeriksaan : Annual



HASIL PEMERIKSAAN MEDICAL CHECK UP 2025

Nama : Tn. Ivan Kristian Tambunan
Tgl Lahir / Umur : 19 September 1998 / 27 Tahun

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

Berikut hasil pemeriksaan Medical Check Up yang dilaksanakan pada tanggal :

16 Desember 2025

Ringkasan Temuan Hasil Pemeriksaan :

Riwayat Medis : Tidak ditemukan kondisi kelainan
Pemeriksaan Fisik : Tekanan Darah : 98 / 56 mmHg, Nadi : 62 x/mnt, Pernafasan : 16 x/mnt, Suhu : 36,5 °C, LP : 81 cm, TB : 171 cm, BB : 68,4 kg, BMI : 23,4 cm/m², Pemeriksaan Mata : Visus OD 6/7 ; OS 6/6, Buta Warna : Normal, Riwayat Kesehatan Diri Sendiri : Tidak ada, Riwayat Kesehatan Keluarga : Tidak ada, Kebiasaan : Olahraga 12 Kali/bulan, Intensitas : Sedang, JAKARTA
CARDIOVASCULAR SCORE : LOW RISK (-3)

Laboratorium : Darah Rutin : Leucopenia : 4.700/mm³
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 :

☐ P1	Tidak ditemukan kelainan medis
☐ P2	Ditemukan kelainan medis yang tidak serius
☒ P3	Ditemukan kelainan medis , risiko kesehatan rendah
☐ P4	Ditemukan kelainan medis, bermakna dapat menjadi serius, risiko kesehatan sedang
☐ P5	Ditemukan kelainan medis yang serius, risiko kesehatan tinggi
☐ P6	Ditemukan keterbatasan fisik untuk melakukan pekerjaan normal
☐ 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 Coordinator di lokasi PT. Pertamina Hulu Mahakam
--------------------------------	---

SARAN - SARAN : 1). Follow Up hasil Laboratorium : Leucosit Menurun (Konsul Internist)

DATE OF EXPIRED : 16 Desember 2025 (FOR CONTRACTOR > 12 MONTHS)

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

Mengetahui,

Dr. _____

Hormat kami,

dr. Gita Yusmira
Dokter Pemeriksa

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 : Ivan Kristian Tambunan.....
Jenis Kelamin : Laki-laki / ~~Perempuan~~
Perusahaan : PT. Binar Maju Sejahtera.....
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 : 6211081909980002
2. Tempat/Tanggal Lahir : Balige, 19 - 09 - 1998
3. Posisi Pekerjaan/Jabatan : HSE Coordinator
4. Fungsi/Entitas : ☐ SDP ☐ DWI/WLI ☐ PO ☐ SCM ☐ PRJ ☒ HSSE
☐ ICT ☐ CRC ☐ LEG ☐ LMF ☐ HC ☐ FIN
☐ GM ☐ Other:.....
5. Status Kontrak : ☐ Permanent ☐ TKJP ☒ Contract Service ☐ OJT ☐ Other:.....
6. Lokasi Kerja : ☐ BPN ☐ SNP ☐ HCA ☐ CPU ☐ NPU
☐ SPU ☐ BKP ☐ POMA ☒ Other: Area PHM
7. Golongan Darah : (A) B, AB, O
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. Anggrek 1 RT 01 Rw 01 Mekar Jaya Sebangau Kuala
Kalimantan Tengah. Telpon: 082282201225
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 coordinator	3 th	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 : 8 jam/hari
2. Warehouse : jam/hari
3. Workshop : jam/hari
4. Process area : 4 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	☒
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	☒
g. Ayan / gangguan syaraf lain	1. Ya	2. Tidak	☒
h. Asma	1. Ya	2. Tidak	☒
i. Batu Ginjal	1. Ya	2. Tidak	☒
j. Alergi	1. Ya	2. Tidak	☒
Sebutkan :			☒
k. Thypus	1. Ya	2. Tidak	☒
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	☒
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	☒
n. Penyakit kelamin	1. Ya	2. Tidak	☒
o. Kuning/Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	☒
p. Gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak	☒
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	☒
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	☒
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	☒
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	☒
u. Gigi/mulut	1. Ya	2. Tidak	☒
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	☒
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	☒
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	☒
y. Sendi - sendi	1. Ya	2. Tidak	☒
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	☒

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

Tidak ada

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	☒
-------	----------	-------------------------------------

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)

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

(joging)

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 ada

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 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, Sebutkan: Vaksin Covid Booster

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, 16 Desember 2025.

(Ivan Kristian Tambunan)

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	COMPANY	DATE
Tn. Ivan Kristian Tambunan	PT. Geotindo Survey Services - PT. Binav Maju Sejahtera	16 Desember 2025

I. GENERAL CONDITION

Blood Pressure	98 / 56 mmHg	Pulse	62 x/m	Respiration	16 x/m	Temp.	36,5 0C
Weight	68,4 kg	Height	171 cm	BMI	23,4	Waist	81 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	☐	☒	-
2	HEAD / SCALP	Size/Shape/Tender over sinuses/ Hair/Eruption/Masses/Bruit	☐	☒	-
3	EYE	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/ Turbinates/ Discharge	☐	☒	-
6	MOUTH / THROAT	Odor/ Lips/ Tongue/ Tonsils/ Gums/ Pharynx	☐	☒	-
7	TEETH	Caries (c),Filling (F),Missing (M),Radix (R)	☐	☒	-
8	NECK	Adenophati/Thyroid/Caroties/Trachea/Veins/Mass /Spine/Motion/Bruit	☐	☒	-
9	BACK / SPINE	Khyposis/Scoliosis/Lordosis/Mobility/CVA/Bone/ Tenderness/Other deformities	☐	☒	-
10	THORAX	Symmetry/ Movement/ Contour/ Tender	☐	☒	-
11	BREAST	Size/Consistency/Niple/Areola/Discharge/Palpable mass/Tenderness/Nodes/Scars	☐	☒	-
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/Quality of sound/ Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs	☐	☒	-
13	CHEST / LUNG	Excursion/ Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/Rales/ Wheezing /Ronchi/Bruit	☐	☒	-
14	ABDOMENT	Bowel sound/Appearance/Liver/Spleen/Masses/ Hernia/Murmur/Contour/Tenderness/Bruit/Nodes	☐	☒	-
15	GROIN	Hernia/ Inguinal nodes/ Femoral pulse	☐	☒	-
16	MALE GENITAL	Penis/Testis/Scrotum epididymis/Varicocele/Scars/ Discharge/Circumcised/Piercing	☐	☒	-
17	FEMALE GENITAL	Vulva/Vagina/Cervix/Uterus/Adnexae/Retococole/Bartolini gland/Urethra/Discharge	☐	☒	-
18	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/Peripheral pulse/Calf tenderness/Joint for swelling/ROM	☐	☒	-
19	JOINT	ROM/ Sweeling/ Inflammation/ Deformity	☐	☒	-
20	SKIN	Color/Birthmark/Scars/Tatoos/Texture/Rash/ Eczeme/Ulcer/Piercing	☐	☒	-
21	NEUROLOGICAL	Reflexes/ Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensoric (touch,prick,vibrate) / Coordination/ Romberg	☐	☒	-
22	MUSCULAR SYSTEM	Strength/ Wasting/ Development	☐	☒	-
23	RECTAL EXAM.	Sphincter tone/ Hemorroids / Fissure/Masses/ Prostate	☐	☒	-

SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

I. VISION

Vision	Left	Right	Colour Blindness
			☒ Normal
Distant	6 / 6	6 / 7	☐ Red-Green Absent
6 Meter			☐ Colour Blind

II. LABORATORIUM SUMMARY

☐ NORMAL	COMMENT : Darah Rutin : Leucopenia : 4.700/mm ³
☒ ABNORMAL	

III. CHEST X-RAY

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

IV. ECG

☒ NORMAL	☐ ABNORMAL (Specify) : -
--	---

V. TREADMILL

☐ NORMAL	☐ ABNORMAL (Specify) : -
---------------------------------	---

VI. SPIROMETRY

☒ NORMAL	☐ ABNORMAL (Specify) : -
--	---

VII. AUDIOMETRY

☒ NORMAL	☐ ABNORMAL (Specify) : -
--	---

LEMBAR HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM
(MEDICAL CHECK UP)

Nama Pasien : Tn. Ivan Kristian Tambunan
Tanggal Lahir : 19 September 1998 / 27 Tahun
Jenis Kelamin : Laki - Laki

Perusahaan : KSO PT. Geotindo Survey Services - PT. Binav
Posisi : HSSE Coordinator
dokter Pemeriksa : dr. Gita Yasmira

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

DARAH RUTIN

Hemoglobine (12 - 18)	16,7 g%	Hitung Jenis (diff. Count)	34/14/52
Eritrosit (3.6 - 6.5)	5,4 juta	LED (L : 0 - 15 , P : 0 - 20)	12 mm/hour
Leukosit (5000 - 10.000)	4700 /mmk	Golongan Darah	-
Trombosit (150.000 - 450.000)	220 ribu	Malaria (Serology)	-

METABOLISME

Gula Darah Puasa (70 - 115)	90 mg/dl
Gula Darah 2 jam PP (<120)	103 mg/dl
HbA1c (3.8 - 5.8)	- %
Cholesterol Total (<200)	134 mg/dl
HDL Cholesterol (L : 30 - 70, P : 30 - 85)	42 mg/dl
LDL Cholesterol (<129)	86 mg/dl
Trigliserida (L : 40 - 160, P : 35 - 135)	124 mg/dl

KIMIA DARAH

SGOT (< 40 (37°C))	21 U/L
SGPT (< 40 (37°C))	28 U/L
Gamma GT (L : 11 - 50, P : 7 - 32)	- U/L
Bilirubin Total (0,2 - 1,10)	0,86 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 Gracity	1.030	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)	26 mg/dl
Uric Acid (1,5 - 7,0)	4,5 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, AMAK		16 Desember 2025

Klinik
Maju Sejahtera



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

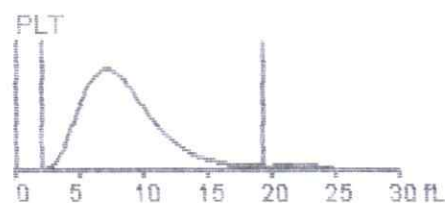
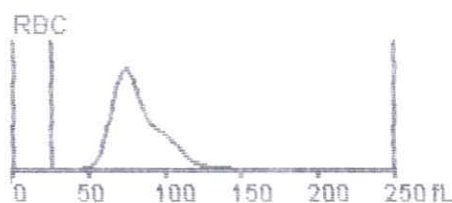
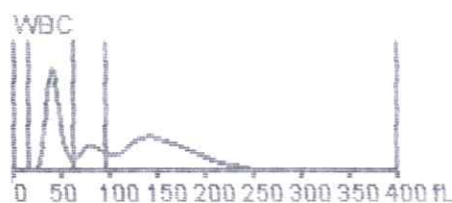
Klinik MAJU SEJAHTERA
Test Report

Name: Tn. Ivan Kristian T
Type: Whole blood
Reference: General

Sex: Male
Age:
Dept.: Pribadi

No.: 9
Medical No.:
Bed No.:

Item	Result	Reference	Note
WBC	4.79 $10^3/\mu\text{L}$	5.00-10.00	L
LYM#	1.62 $10^3/\mu\text{L}$	0.60-4.10	
MID#	0.64 $10^3/\mu\text{L}$	0.10-0.90	
GRA#	2.52 $10^3/\mu\text{L}$	2.00-7.80	
LYM%	33.9 %	20.0-50.0	
MID%	13.5 %	3.0-10.0	H
GRA%	52.7 %	40.0-70.0	
RBC	5.45 $10^6/\mu\text{L}$	3.60-6.50	
HGB	16.7 g/dL	12.0-18.0	
MCHC	35.5 g/dL	32.0-36.0	
MCH	30.7 pg	26.5-33.5	
MCV	86.4 fL	80.0-99.0	
RDW-CV	10.8 %	10.0-15.0	
RDW-SD	41.3 fL	35.0-58.0	
HCT	47.1 %	35.0-52.0	
PLT	220 $10^3/\mu\text{L}$	150-450	
MPV	7.8 fL	7.0-11.0	
PDW	13.5 fL	10.0-18.0	
PCT	0.171 %	0.100-0.500	
P-LCR	13.6 %	13.0-43.0	



Flags:

Applicant:

Inspector: SUHARTATIK, AMAK

Verifier: dr. H. BUDI SANTOSO

Test Time: 12/18/2025 10:13:45

Print Date: 12/18/2025



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

HASIL PEMBACAAN FOTO RONTGEN

Yang terhormat TS :

Nama Pasien : Tn. Ivan Kristian Tambunan

Jenis Kelamin : Laki - Laki

Umur : 19 September 1998 / 27 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, 16 Desember 2025


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



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

HASIL PEMBACAAN EKG

Yang Terhormat TS :

Nama Pasien : Tn. Ivan Kristian Tambunan
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Umur : 27 Tahun
Keterangan : Medical Chek Up
Jawaban

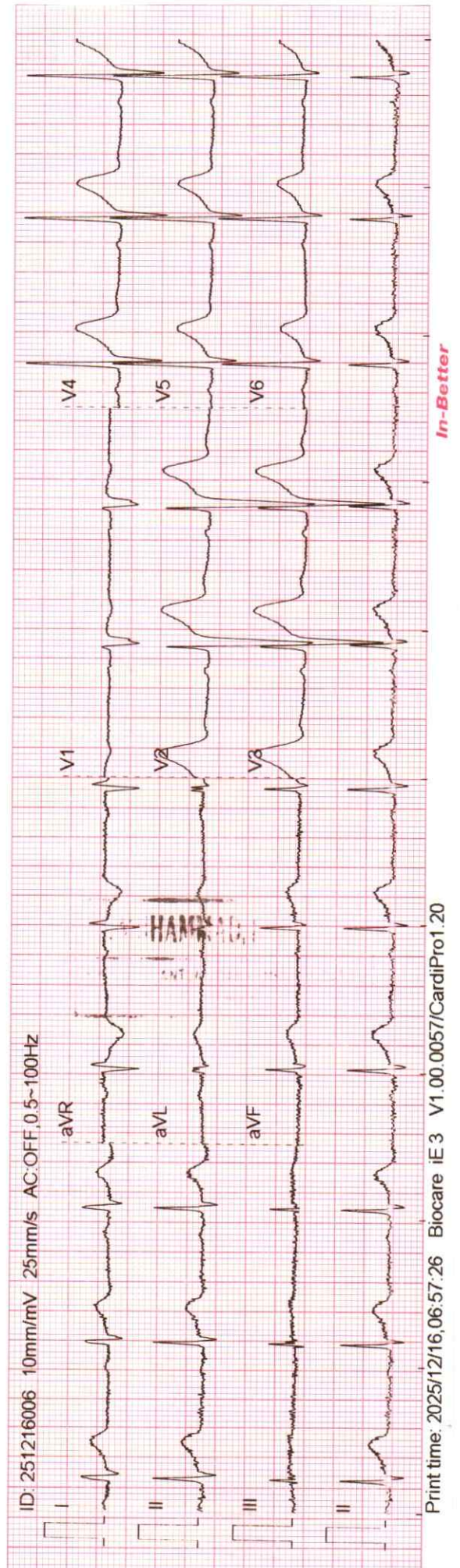
Normal ECG

Muara Jawa, 16 Desember 2025

Klinik
 **Dr. MUHAMMAD, IQBAL Sp.JP**
SPESIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
(Cardiologist)
Maju Sejahtera

Name : IVAN KRISTIAN T...		***** Analyse Result *****	
ID Number : 251216006		8110 Sinus rhythm	
Sub-ID No. : BMS		2161 Nonspecific ST elevation(-II, aVF)	
Gender : Male		** Borderline ECG **	
Age : 27 Years			
Heart rate : 63 bpm	PR interval : 183 ms		
P/QRS duration : 102/116 ms	QT/QTc interval : 389/394 ms		
P/QRS/T axis : 0/66/40°	RV5/SV1 voltage : 1.72/0.54 mV		
RV5+SV1 voltage : 2.26 mV	[Minnesota code] 92		

Doctor needs to confirm the report:
Check time: 2025/12/16, 06:57:37
Print time: 2025/12/16, 06:57:38 Biocare IE 3



LEMBAR KUESIONER TES SPIROMETRI

(Untuk Peserta MCU)

Nama Pasien : Ivan kristian Tambunan
Umur : 27
Nama Perusahaan : KSO Creatindo - Binay

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

(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,

Rahma

Muara Jawa, 16 Desember 2025

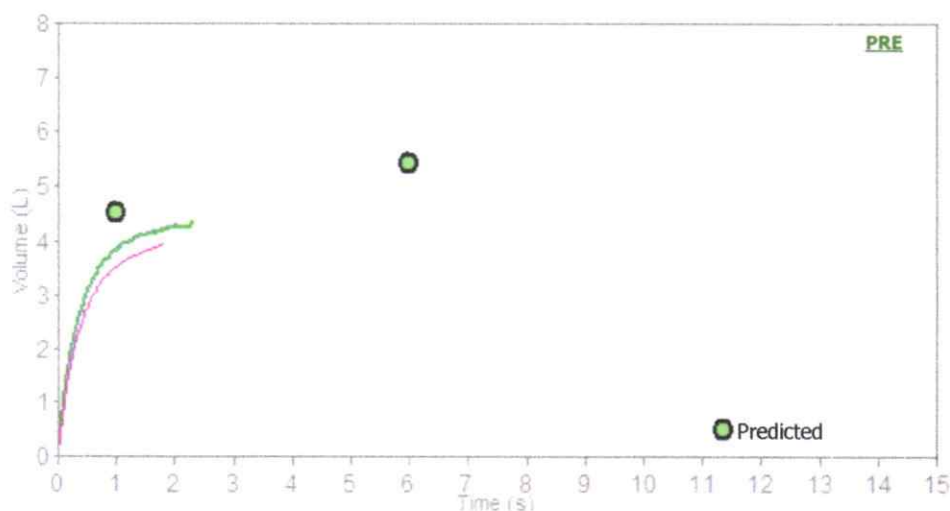
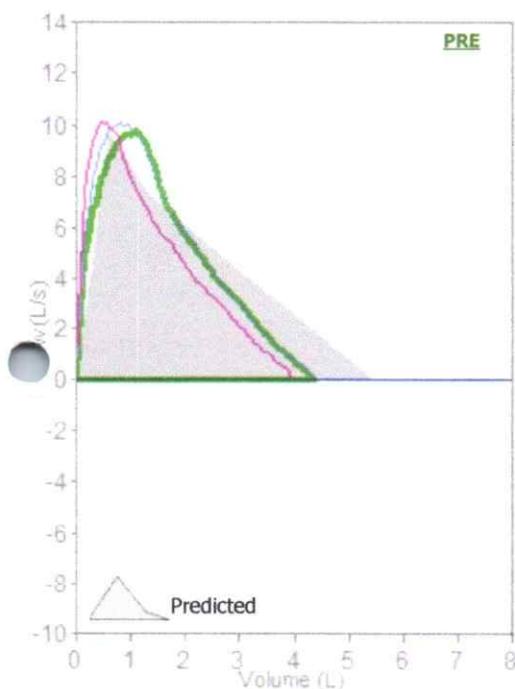
Pasien,

Ivan kristian T

Pulmonary Function Test Results

Visit date 16/12/2025

Patient code KSO-003
 Surname KRISTIAN TAMBUN
 Name Ivan
 Date of birth 19/09/1998
 Ethnic group Caucasian
 Smoke No smoker
 Patient group
 Age 27
 Gender Male
 Height, cm 177
 Weight, kg 68
 BMI 21,71
 Pack-Year



Quality Control Grade: F Variability: FEV1=0L (0%), FVC=0,03L (0,69%)
 0 Acceptable trials

Interpretation
 Normal Spirometry

PRE Trial date 16/12/2025 10:24:33

Parameters	LLN	Pred	Best	%Pred	Z-score	PRE # 1	PRE # 2	PRE # 3	POST	%Pred	%Chg
FVC L	4,39	5.44	4,37*	80	-1.68	3,95	4,34	4.37	*		
FEV1 L	3,62	4.52	3,91*	87	-1.12	3,57	3,91	3.91	*		
FEV1/FVC %	72,3	83.5	89,5*	107	1.03	90,4	90,1	89.5	*		
PEF L/s	6,27	9.69	10,20*	105	0.24	10,20	10,14	9.79	*		
ELA Years		27	49	181		60	49	49			
FEF2575 L/s	2,95	4.68	4,73	101	0.04	4,20	4,78	4.73			
FET s		6.00	2,29	38		1,80	2,05	2.29			
FIVC L	4,39	5.44									
FEV1/VC %	72,3	83.5									

*Best values from all loops - BTPS 1,087 26 °C (78,8 °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 : Ivan Kristian Tambunan
Umur : 27
Perusahaan : KSO Cico tindo - Bina V

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

Rahma

Pasien,

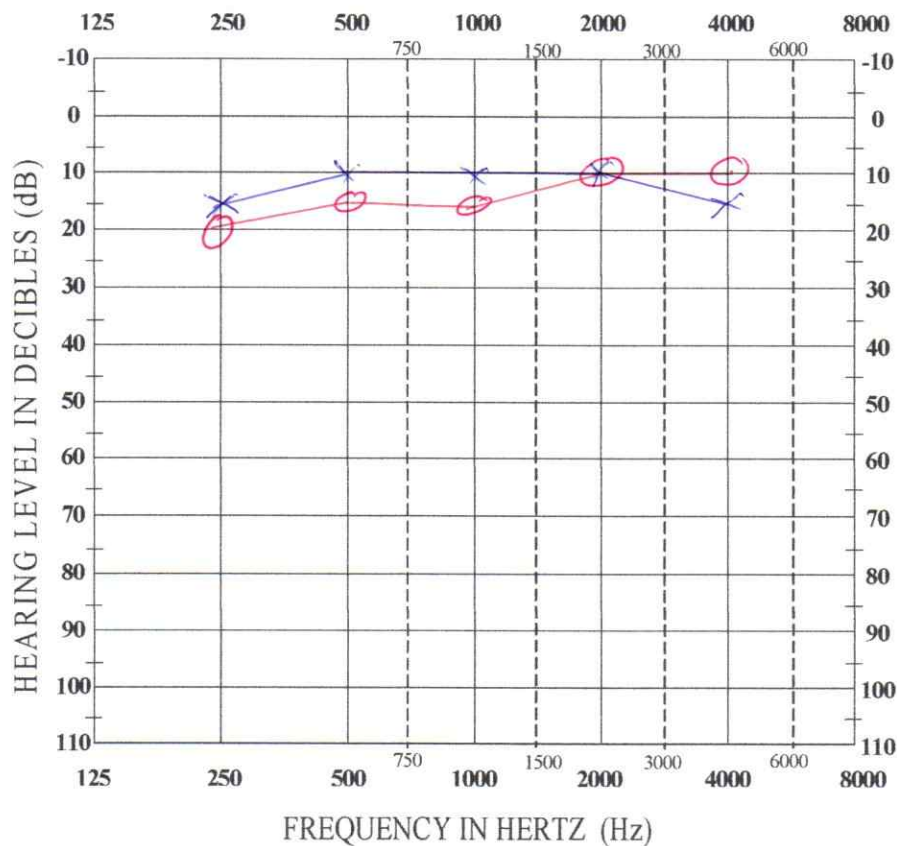
Ivan Kristian T.

AUDIOMETRI

NAME : Tn. Ivan Kristian Tambunan

Date : 16-Dec-25

BY : Rahma, A.md Kep



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

Both	
BC	↓
Forehend	↓
Unmasked	↓
Sound Field	↓

	Right Ear	Left Ear
S R T		
Discrim		
MCL		
UCL		

Age 27
 Operator _____

Male
 PT. KSO

TELEPHONE 0822-82201225
 HSE Coordinator

DATE _____ TESTED BY _____ RIGHT EAR

LEFT EAR

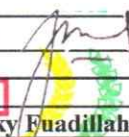
	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
AIR CONDUCTION	20	15	15	-	10	-	10	-	-	15	10	10	-	10	-	15	-	-
BONE CONDUCTION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

SRT _____ dB DISCRIM _____ % _____ dB DISCI

REMARKS NORMAL AUDIOMETRY

PTA (D) : 12,5 DB

PTA (S) : 11,25 DB

Klinik

 Dr. Okky Fuadillah Sp. OK
 Maju Sejahtera



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

Yang Terhormat TS :

Nama pasien : Tn. Ivan Kristian Tambunan

Jenis kelamin : Laki - laki

TTL : 19 September 1998 / 27 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

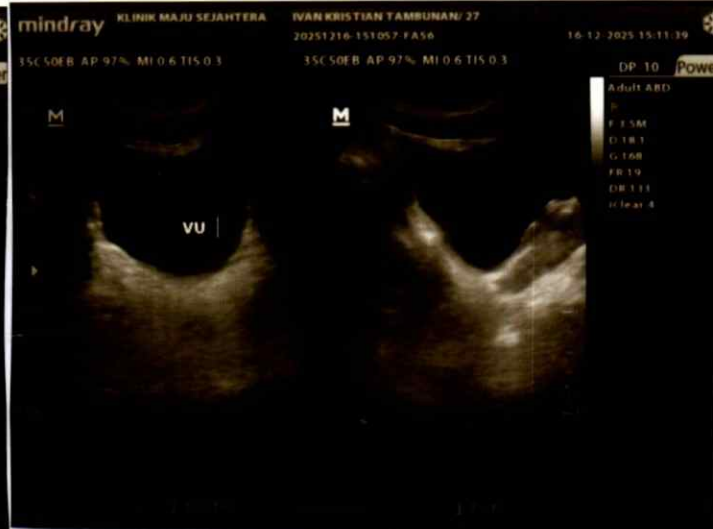
Kesan : USG Abdomen Normal

Muara Jawa, 16 Desember 2025

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