



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

MEDICAL CHECK UP 2025

KLINIK MAJU SEJAHTERA



Nama : Tn. Dedy Permana
NIK : 6471051510860003
Tanggal Lahir / Umur : 15 Oktober 1986 / 39 Tahun
Jenis Kelamin : Laki – Laki
Perusahaan : PT. PAGEO UTAMA
Jabatan : Engineer
Tanggal Pemeriksaan : 21 Agustus 2025
Jenis Pemeriksaan : Annual



HASIL PEMERIKSAAN MEDICAL CHECK UP 2025

Nama : Tn. Dedy Permana
 Tgl Lahir / Umur : 15 Oktober 1986 / 39 Tahun
 Perusahaan : PT. PAGEO UTAMA

Berikut hasil pemeriksaan Medical Check Up yang dilaksanakan pada tanggal : **21 Agustus 2025**

Ringkasan Temuan Hasil Pemeriksaan :

Riwayat Medis : Tidak ditemukan kondisi kelainan
 Pemeriksaan Fisik : Tekanan Darah : 117 / 73 mmHg, Nadi : 74 x/mnt, Pernafasan : 18 x/mnt, Suhu : 36,3 °C, LP : 94 cm, TB : 167 cm, BB : 77 kg, BMI : 27,6 cm/m² , Pemeriksaan Mata : Visus OD 6/20 ; OS 6/10, Buta Warna : Normal, Telinga : AD & AS Cerumen, Gigi : Prothesa Teeth, Riwayat Kesehatan Diri Sendiri : Asma, Alergi, Riwayat Kesehatan Keluarga : Asma, Kebiasaan : Olahraga 6 Kali/bulan, Intensitas : Sedang, JAKARTA CARDIOVASCULER SCORE : LOW RISK (-1)
 Laboratorium : Uric Acid 7,6 mg/dl
 ECG : Sinus Rhytm, Ischemic Anterolateral Wall
 Rontgen : Tidak ditemukan kondisi kelainan
 Audiometry : Tidak ditemukan kondisi kelainan
 Spirometry : Tidak ditemukan kondisi kelainan
 USG Abdomen : Tidak ditemukan kondisi kelainan
 USG Beast / Mammae : Tidak dilakukan pemeriksaan
 Treadmill : Positive Ischemic Response (13,6 METS)

STATUS DERAJAT KESEHATAN :

<input type="checkbox"/>	P1	Tidak ditemukan kelainan medis
<input type="checkbox"/>	P2	Ditemukan kelainan medis yang tidak serius
<input 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 checked="" 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 :

P6 : Laik Kerja Dengan Penyesuaian / Pembatasan Pekerjaan	: Sebagai Engineer di lokasi PT. Pertamina Hulu Mahakam
--	--

SARAN - SARAN : 1). Konsultasi ke Cardiologist Untuk Evaluasi Hasil ECG dan Treadmill
 2). Mengatur pola makan dan olahraga teratur untuk mengurangi berat badan
 3). Gunakan Kacamata Sesuai Pemeriksaan mata
 4). Konsul ke THT untuk evaluasi lebih lanjut
 5). Follow Up hasil Laboratorium : Asam Urat Meningkat (Konsul Internist)

DATE OF EXPIRED : **21 Agustus 2026 (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 Xashira
 Dokter Pemeriksa
 Maju Sejahtera



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	-1

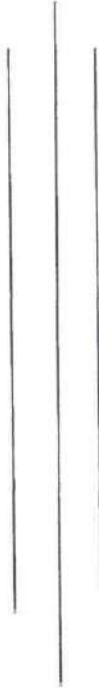
SCORE :

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

PERTAMINA HULU MAHAKAM

KUESIONER KESEHATAN

TAHUN 2025



Nama Lengkap : Dedy Permana
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
Perusahaan : PT. PAGEO UTAMA
No. Pekerja :
Jenis Pemeriksaan : Calon karyawan
 Berkala
 Sebelum Pensiun

PERTAMINA HULU MAHAKAM

SURVEILANCE KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

- 1. NIK : 647105151086 0003
- 2. Tempat/Tanggal Lahir : Balikpapan 15 Oct 1986
- 3. Posisi Pekerjaan/Jabatan : Engineer
- 4. Fungsi/Entitas :

<input type="checkbox"/> SDP	<input type="checkbox"/> DWI/WLI	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> SCM	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Other: All SITE	
- 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: **2** orang, Anak perempuan: **1** orang
- 10. Alamat sekarang : Perumahan **TBS, V.I.P. 2, RT. 25 NO. 28B Block. B**
KEL. GRAHA INDAH Telpon: **0852 47421661**
- 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
	Engineer	16 Th	PAGEFO						✓

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 : 2 jam/hari
- 2. Warehouse : 1 jam/hari
- 3. Workshop : 3 jam/hari
- 4. Process area : 4 jam/hari
- 5. Well/Offshore : 1 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"/> 1
i. Batu Ginjal	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
j. Alergi Sebutkan : <u>sea food</u>	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 1
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: 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	<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"/> 2

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

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 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: " BOSTEP 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, 21 AUG - 2025.

(.....Serie.....)

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	COMPANY	DATE
Tn. Dedy Permana	PT. PAGEO UTAMA	21 Agustus 2025

I. GENERAL CONDITION

Blood Pressure	117 / 73 mmHg	Pulse	74 x/m	Respiration	18 x/m	Temp.	36,3 0C
Weight	77 kg	Height	167 cm	BMI	27,6	Waist	94 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"/>	AD & AS Cerumen
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"/>	Prothesa
8	NECK	Adenophati/Thyroid/Carotieds/Trachea/Veins/Mass /Spine/Motion/Bruit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
9	BACK / SPINE	Khyphosis/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	Excursion/ 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/ Swelling/ 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 / 6	6 / 6	<input type="checkbox"/> Red-Green Absent
6 Meter			<input type="checkbox"/> Colour Blind

II. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> NORMAL	COMMENT : Uric Acid 7,6 mg/dl
<input checked="" type="checkbox"/> ABNORMAL	

III. CHEST X-RAY

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

IV. ECG

<input type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> ABNORMAL (Specify) : Sinus Rhythm, Ischemic Anterolateral Wall
---------------------------------	--

V. TREADMILL

<input type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> ABNORMAL (Specify) : Positive Ischemic Response (13,6 METS)
---------------------------------	--

VI. SPIROMETRY

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

VII. AUDIOMETRY

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



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

KLINIK MAJU SEJAHTERA

Name: Tn. Dedi Permana

Sample ID: 202508215

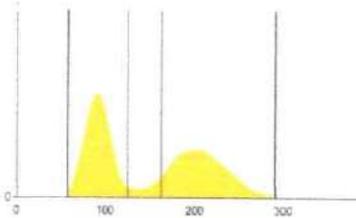
Gender: Male

Age: 0 Year

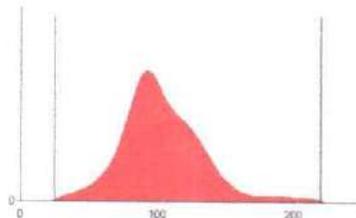
Sample Type: Whole Blood

ID	Item	Result	Reference	Unit
WBC	WBC	6.10	5.00-10.00	10 ³ /uL
Lym%	Lym%	48.1	20.0-50.0	%
Mid%	Mid%	6.0	3.0-10.0	%
Gran%	Gran%	46.0	40.0-70.0	%
Lym#	Lym#	2.93	0.60-4.10	10 ³ /uL
Mid#	Mid#	0.36	0.10-0.90	10 ³ /uL
Gran#	Gran#	2.80	2.00-7.80	10 ³ /uL
RBC	RBC	5.48	3.60-6.50	10 ⁶ /uL
HGB	HGB	15.9	12.0-18.0	g/dL
MCHC	MCHC	30.4	L 32.0-36.0	g/dL
MCH	MCH	28.9	26.5-33.5	pg
MCV	MCV	95.3	80.0-99.0	fL
RDW-CV	RDW-CV	13.1	10.0-15.0	%
RDW-SD	RDW-SD	43.9	35.0-56.0	fL
HCT	HCT	52.2	H 35.0-52.0	%
PLT	PLT	170	150-450	10 ³ /uL
MPV	MPV	10.3	7.0-11.0	fL
PDW	PDW	18.4	H 10.0-18.0	fL
PCT	PCT	0.175	0.100-0.500	%
P-LCR	P-LCR	46.5	H 13.0-43.0	%
P-LCC	P-LCC	79	11-135	10 ⁹ /L

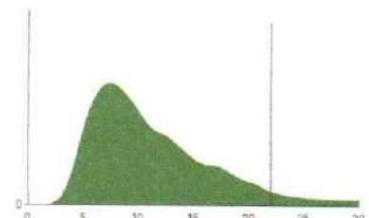
WBC



RBC



PLT



Operator: admin

Run Date: 2025/08/21 09:45

Verifier: admin

Report Date: 2025/08/21 09:45

Remarks:

Jl. Moch. Hatta Handil III - Kec. Muara Jawa, Kab. Kutai Kartanegara - Kalimantan Timur

Telp. (0541) 691891 Fax. (0541) 691892 Email : maju.sejahteraklinik@gmail.com



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

HASIL PEMBACAAN FOTO RONTGEN

Yang terhormat TS :

Nama Pasien : Tn. Dedy Permana

Jenis Kelamin : Laki - laki

Umur : 15 Oktober 1986 / 39 Tahun

Keterangan : Medical Check Up

Jawaban : Foto Thorax PA

Corakan Vaskuler kedua paru dalam batas normal, tidak tampak infiltrat

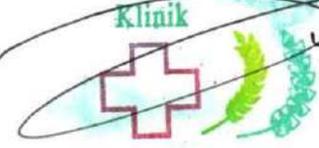
Cor, Aorta normal

Kedua sinus dan diafragma normal

Rangka skeleton thorax intak, tidak tampak fraktur

Kesan : Foto Thorax Normal

Muara Jawa, 21 Agustus 2025


Klinik

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

LEMBAR KUESIONER TES SPIROMETRI

(Untuk Peserta MCU)

Nama Pasien : Dedy Permana
Umur : 39 Th
Nama Perusahaan : PT. PABED UTAMA

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 ?	✓	no
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 meniupan		
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,



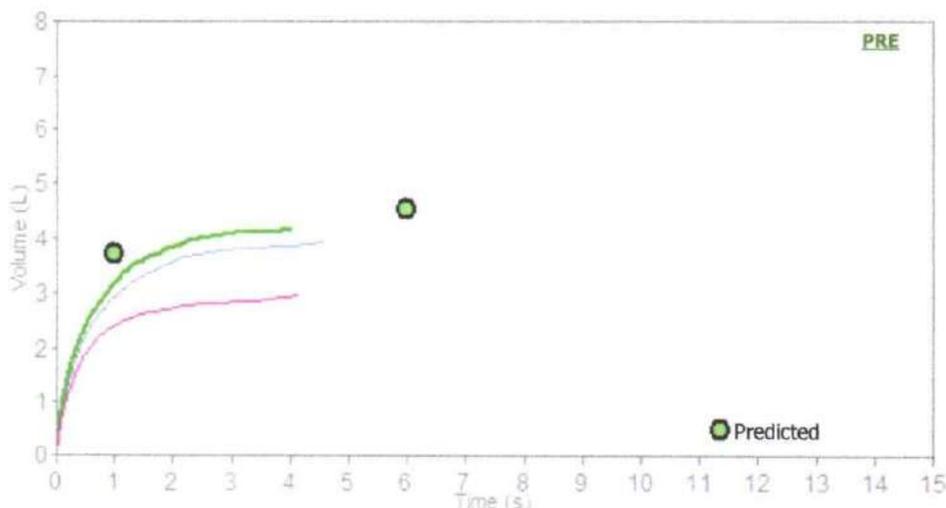
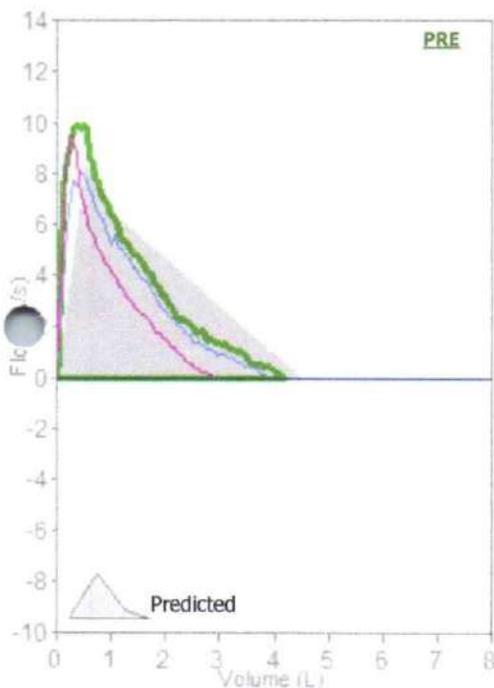
Muara Jawa, 21 Aug 2025
Pasien,



Pulmonary Function Test Results

Visit date **21/08/2025**

Patient code	PAGEO-092	Age	38
Surname	PERMANA	Gender	Male
Name	Dedy	Height, cm	167
Date of birth	15/10/1986	Weight, kg	77
Ethnic group	Caucasian	BMI	27,61
Smoke	No smoker	Pack-Year	
Patient group			



Quality Control Grade: D Variability: FEV1=0,27L (9,18%), FVC=0,28L (7,14%)
3 Acceptable trials

Interpretation
Normal Spirometry



PRE Trial date 21/08/2025 10:50:21

Parameters	LLN	Pred	Best	%Pred	Z-score	PRE # 1	PRE # 2	PRE # 3	POST	%Pred	%Chg
FVC	L	3,62	4.53	4,20*	93	-0.60	2,96	3,92	4.20	*	
FEV1	L	2,94	3.70	3,21*	87	-1.07	2,44	2,94	3.21	*	
FEV1/FVC	%	71,2	81.8	76,4*	93	-0.88	82,4	75,0	76.4	*	
PEF	L/s	4,93	8.35	10,02*	120	0.81	9,66	8,24	10.02	*	
ELA	Years		38	57	150		83	66	57		
FEF2575	L/s	2,20	3.75	2,52	67	-1.27	2,36	2,27	2.52		
FET	s		6.00	4,01	67		4,16	4,59	4.01		
FIVC	L	3,62	4.53								
FEV1/VC	%	71,2	81.8								
FEV3	L	3,26	4.31	4,12	96		2,88	3,81	4.12		
FEV3/FVC	%	95,0	95.0	98,1	103		97,3	97,2	98.1		
FEF25	L/s			6,04			5,08	5,23	6.04		
FEF50	L/s			2,64			2,61	2,64	2.64		
FEF75	L/s	0,69	1.40	1,23	88	-0.31	1,08	0,96	1.23		
PIF	L/s	4,93	8.35								
FIV1	L	2,94	3.70								
MVV(cal)	L/min		130.2	112,4	86		85,4	102,9	112.4		
FEV05	L			2,41			1,91	2,24	2.41		
FEV05%	%			57,4			64,5	57,1	57.4		
FEV075	L			2,86			2,24	2,65	2.86		
FEV075%	%			68,1			75,7	67,6	68.1		

*Best values from all loops - BTPS 1,087 26 °C (78,8 °F) - Predicted GLI Caucasian

Conclusion / Medical report

Normal Spirometry

Dr. Okky Fuadillah Sp. OK
Maju Sejahtera

LEMBAR KUESIONER TES AUDIOMETRI

(Untuk Peserta MCU)

Nama : Dedy Permana
Umur : 39 Th
Perusahaan : P. PRABEO UTAMA

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



Pasien,



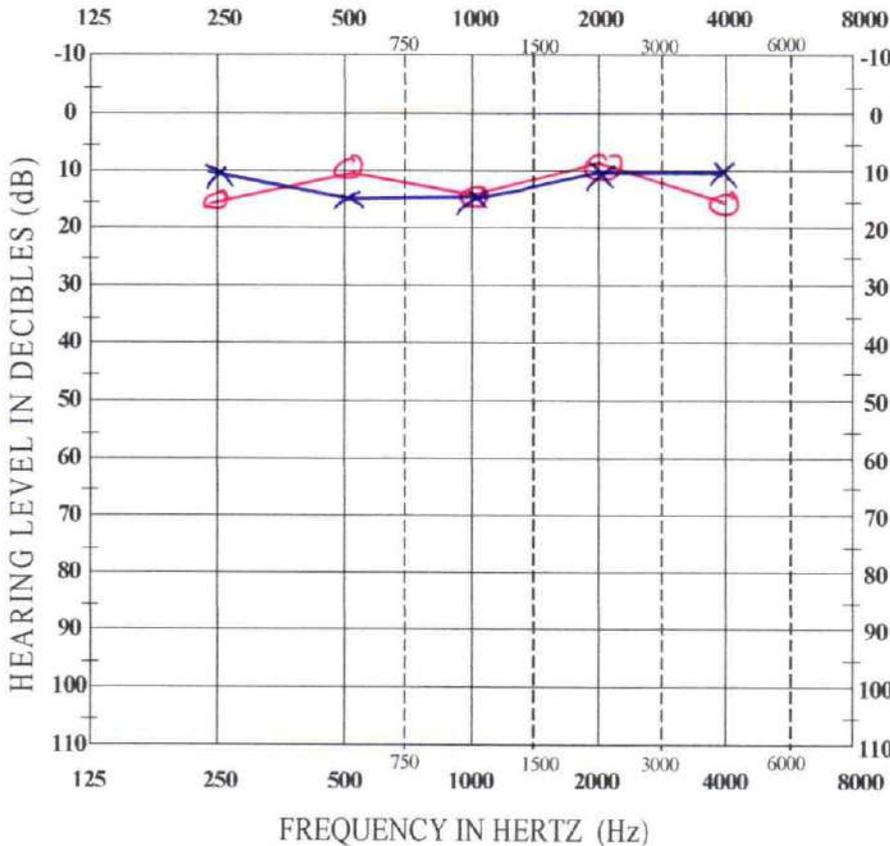


AUDIOMETRI

NAME : **Tn. Dedy Permana**

Date : **21 Agustus 2025**

BY : **Nurtaelah N, A.Md Kep**



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

Both	
BC Forehend Unmasked Sound Field	∨ \$

	Right Ear	Left Ear
SRT		
Discrim		
MCL		
UCL		

Age 38 Male
 Operator PT. PAGEO UTAMA

TELEPHONE 0852-4749-1661
 Engineer

DATE _____ TESTED BY _____ RIGHT EAR

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

SRT _____ dB DISCRIM _____ % _____ dB DISCI _____

REMARKS NORMAL AUDIOMETRY

PTA (D) : 12,5 DB

PTA (S) : 12,5 DB


 Maju Sejahtera Klinik
 Dr. Okky Muadillah Sp. OK



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

Yang Terhormat TS :

Nama pasien : Tn. Dedy Permana
Jenis kelamin : Laki - laki
TTL : 15 Oktober 1986 / 39 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, 21 Agustus 2025

Dokter Pemeriksa


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



SKRINING PSIKOLOGI
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

NO.	PERTANYAAN	Y	T
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



MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

HASIL PEMBACAAN EKG

Yang Terhormat TS :

Nama Pasien : Tn. Dedy Permana
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Umur : 38 Tahun
Keterangan : Medical Check Up
Jawaban :

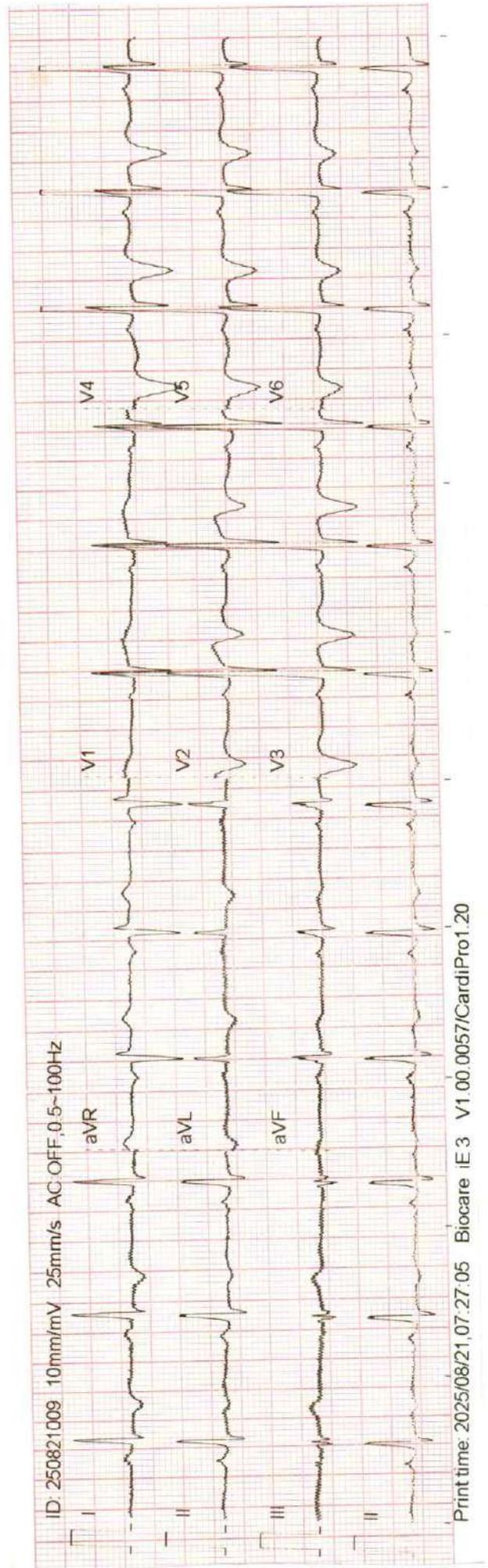
SINUS RHYTHM, ISCHEMIC
ANTEROLATERAL WALL

Muara Jawa, 21 Agustus 2025



Name	Tn. Dedy Permana	**** Analyse Result ****
ID Number	250821009	8110 Sinus rhythm
Sub-ID No	Pageo	2102 Minimal ST depression(a-VL, V5, V6)
Gender	Male	2126 T wave abnormality, consistent with anterolateral ischemia(I, V3, V4, V5, V6)
Age	39 Yrs	** Abnormal ECG **
Heart rate	71 bpm	
P/QRS duration	107/88 ms	
P/QRS/T axis	30/26/146°	
RV5+SV1 voltage	2.67 mV	
PR interval	154 ms	
QT/QTc interval	393/412 ms	
RV5/SV1 voltage	2.11/0.57 mV	
[Minnesota code]	43 44 51 52 941	

Doctor needs to confirm the report:
Check time: 2025/08/21, 07:27:15
Print time: 2025/08/21, 07:27:17 Biocare IE 3



Print time: 2025/08/21, 07:27:05 Biocare IE 3 V1 00.0057/CardiPro1.20



MEDICAL CHECK - UP
" Klinik Maju Sejahtera "
Muara Jawa

PERSETUJUAN TINDAKAN TES TREADMILL

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Deely Permana
Umur : 39 th

Bersedia melaksanakan test fisik yang berupa **UJI LATIH BEBAN ELECTROCARDIOGRAM** yang dilakukan oleh petugas treadmill dibawah pengawasan dokter spesialis Jantung

Tujuan test ini adalah untuk menilai ada atau tidaknya penyakit jantung , evaluasi pengobatan serta guna menilai kesegaran jasmani saya. Untuk latihan atau olahraga dan melaksanakan tugas sehari-hari

Saya memahami bahwa saya dalam melakukan test ini saya akan berjalan diatas suatu alat **TREADMILL**.

Selama pemeriksaan test fisik dengan alat Treadmill ini, elektrogram dan tekanan darah saya akan dimonitor secara berkala

Test ini akan berlangsung sesuai protocol standar sampai tercapai titik akhir dari test. Apabila terjadi respon abnormal , test ini akan segera dihentikan.

Selama test ini berlangsung, mungkin akan terjadi rasa tidak enak, dada berdebar-debar, sesak nafas, lemas, kepala pusing, kejang kaki dan lain –lain

Meskipun demikian, saya menyadari bahwa pada test ini dipersiapkan dengan peralatan dan tenaga yang terlatih untuk suatu tindakan medis. Oleh karena saya tidak akan menuntut kepada **KLINIK MAJU SEJAHTERA** atau **PETUGAS YANG MELAKUKAN TEST INI** bila terjadi hal-hal seperti diatas pada diri saya.

Muara Jawa, 21 Aug 2025

Petugas Treadmill,


Rina Yunita

Pasien,


.....

KLINIK MAJU SEJAHTERASTress Exercise Report

ECG Strips

ID:PT.PAGEO UTAMA

Section:ENGINEER

Name:DEDY PERMANA

Sex:Male

Age:39

Exam Time:2025-08-21 11:27



KLINIK MAJU SEJAHTERASTress Exercise Report

ECG Strips

ID:PT.PAGEO UTAMA

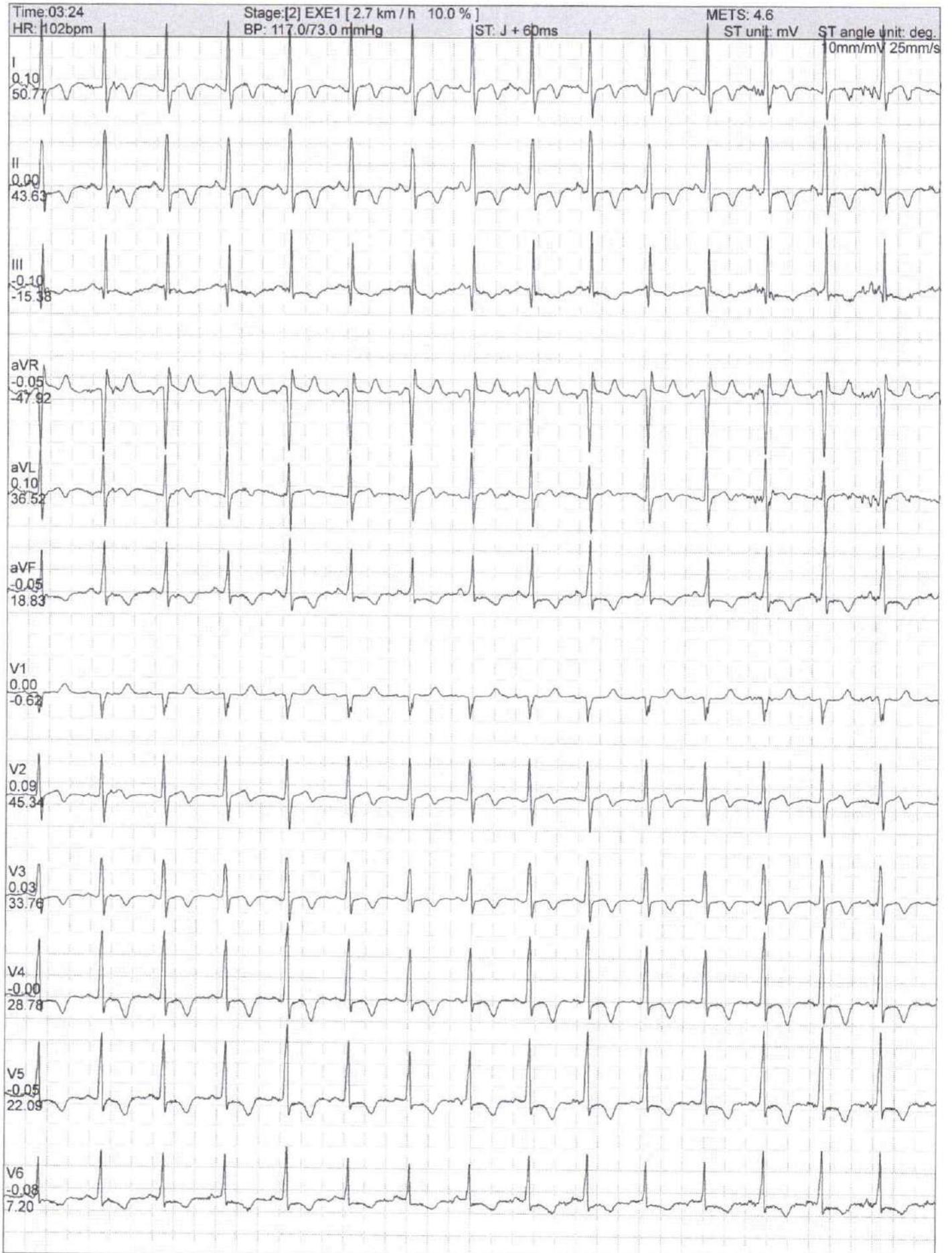
Section:ENGINEER

Name:DEDY PERMANA

Sex:Male

Age:39

Exam Time:2025-08-21 11:27



KLINIK MAJU SEJAHTERASTress Exercise Report

ECG Strips

ID:PT.PAGEO UTAMA

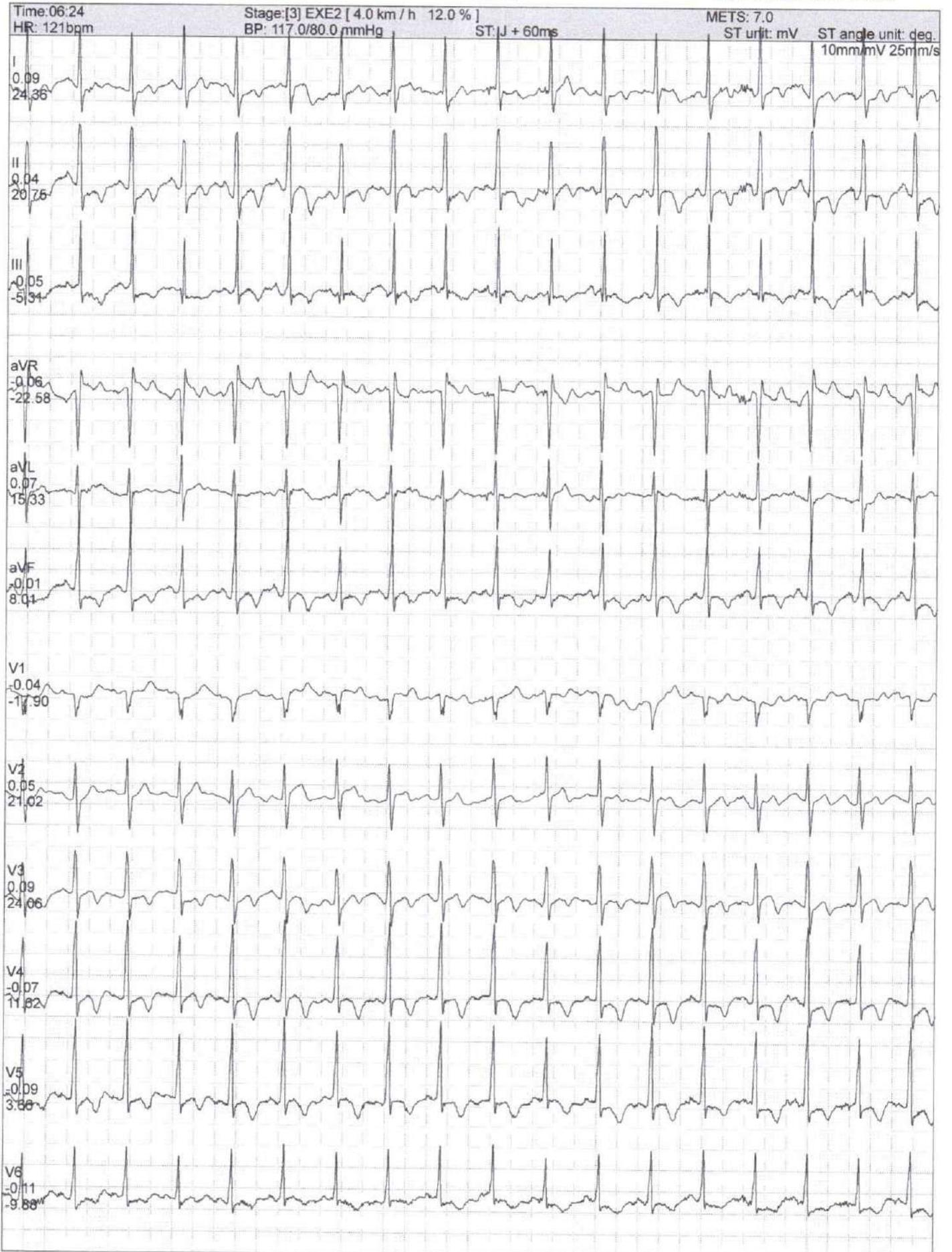
Section:ENGINEER

Name:DEDY PERMANA

Sex:Male

Age:39

Exam Time:2025-08-21 11:27



KLINIK MAJU SEJAHTERASTress Exercise Report

ECG Strips

ID:PT.PAGEO UTAMA

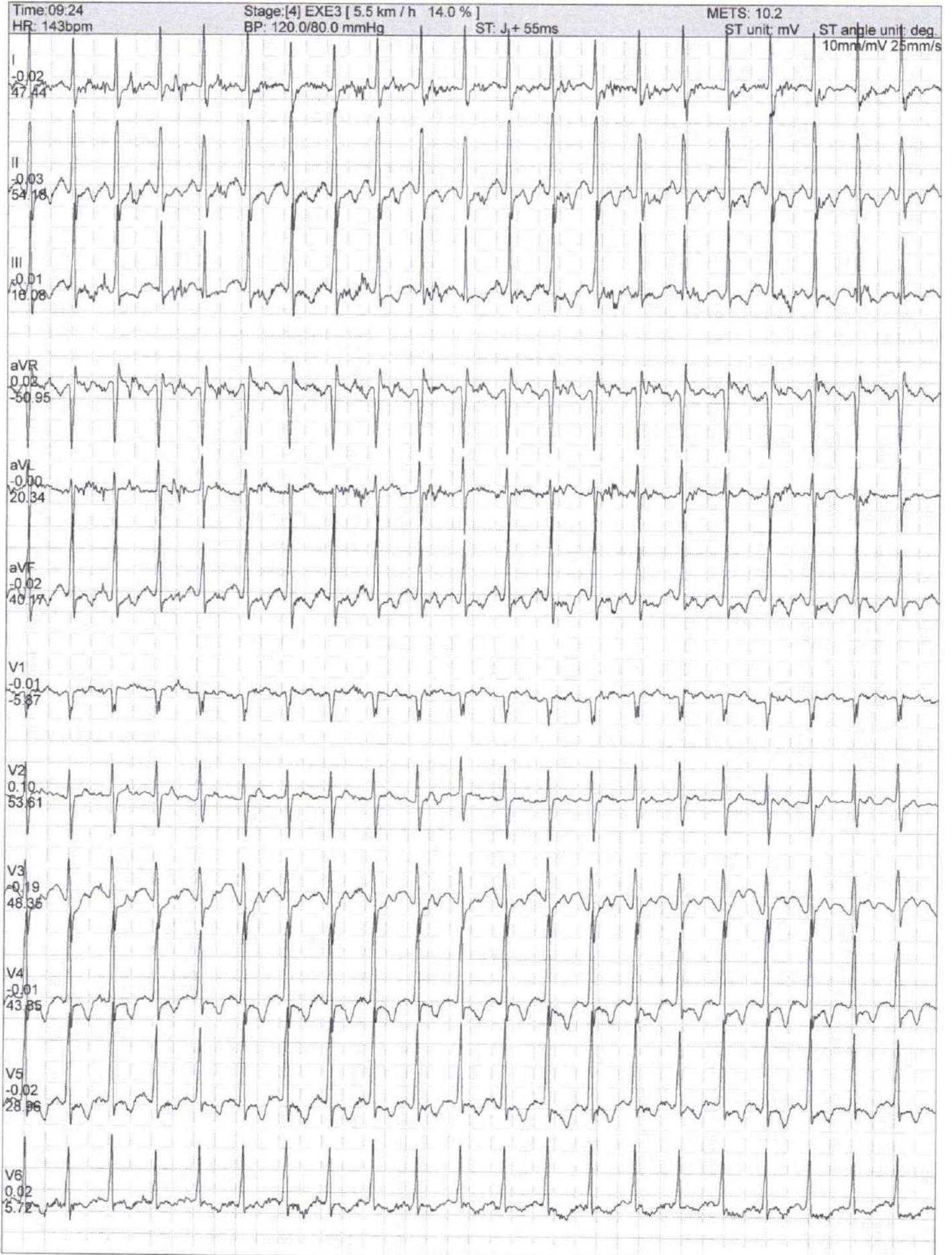
Section:ENGINEER

Name:DEDY PERMANA

Sex:Male

Age:39

Exam Time:2025-08-21 11:27



KLINIK MAJU SEJAHTERASTress Exercise Report

ECG Strips

ID:PT.PAGEO UTAMA

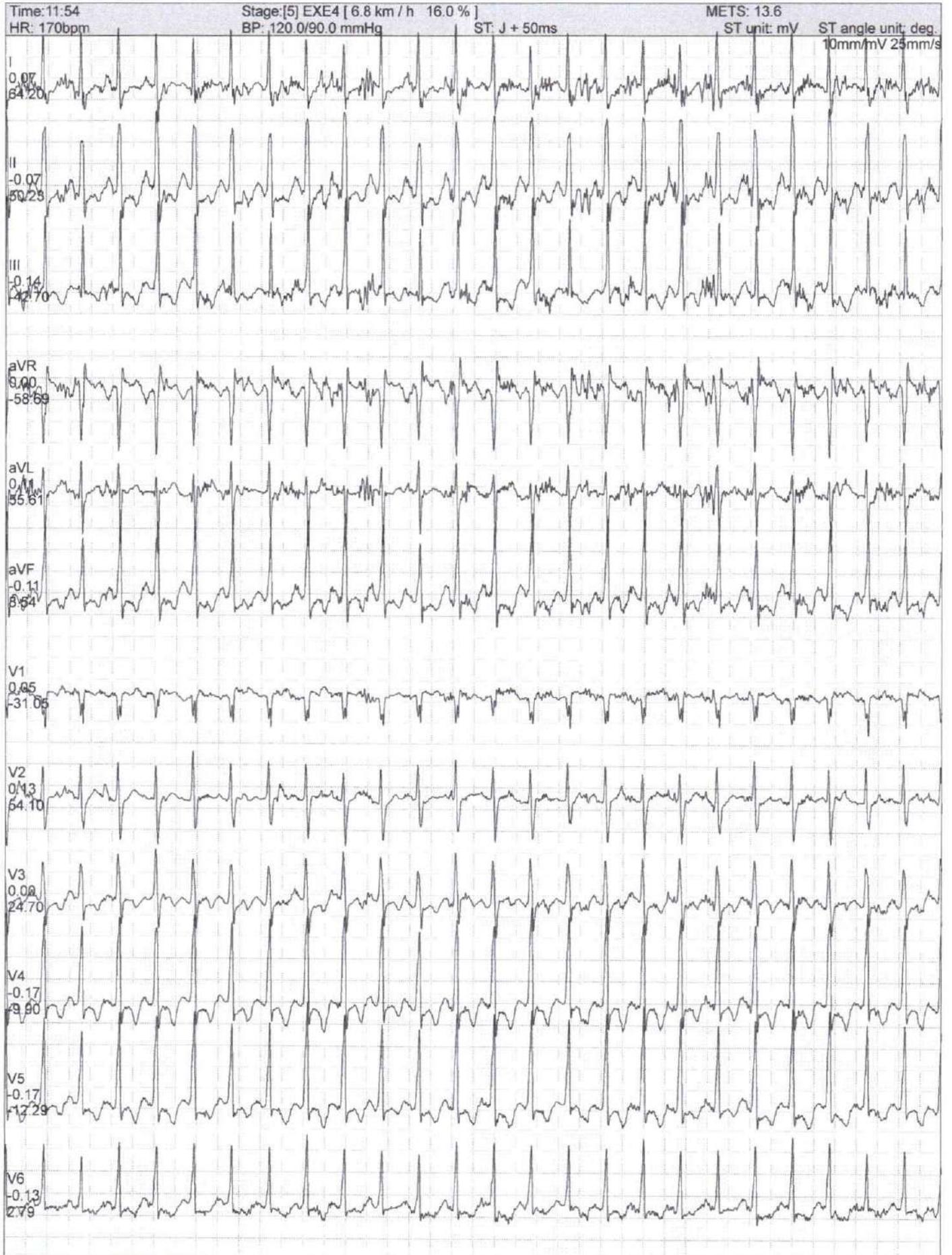
Section:ENGINEER

Name:DEDY PERMANA

Sex:Male

Age:39

Exam Time:2025-08-21 11:27



KLINIK MAJU SEJAHTERASTress Exercise Report

ECG Strips

ID:PT.PAGEO UTAMA

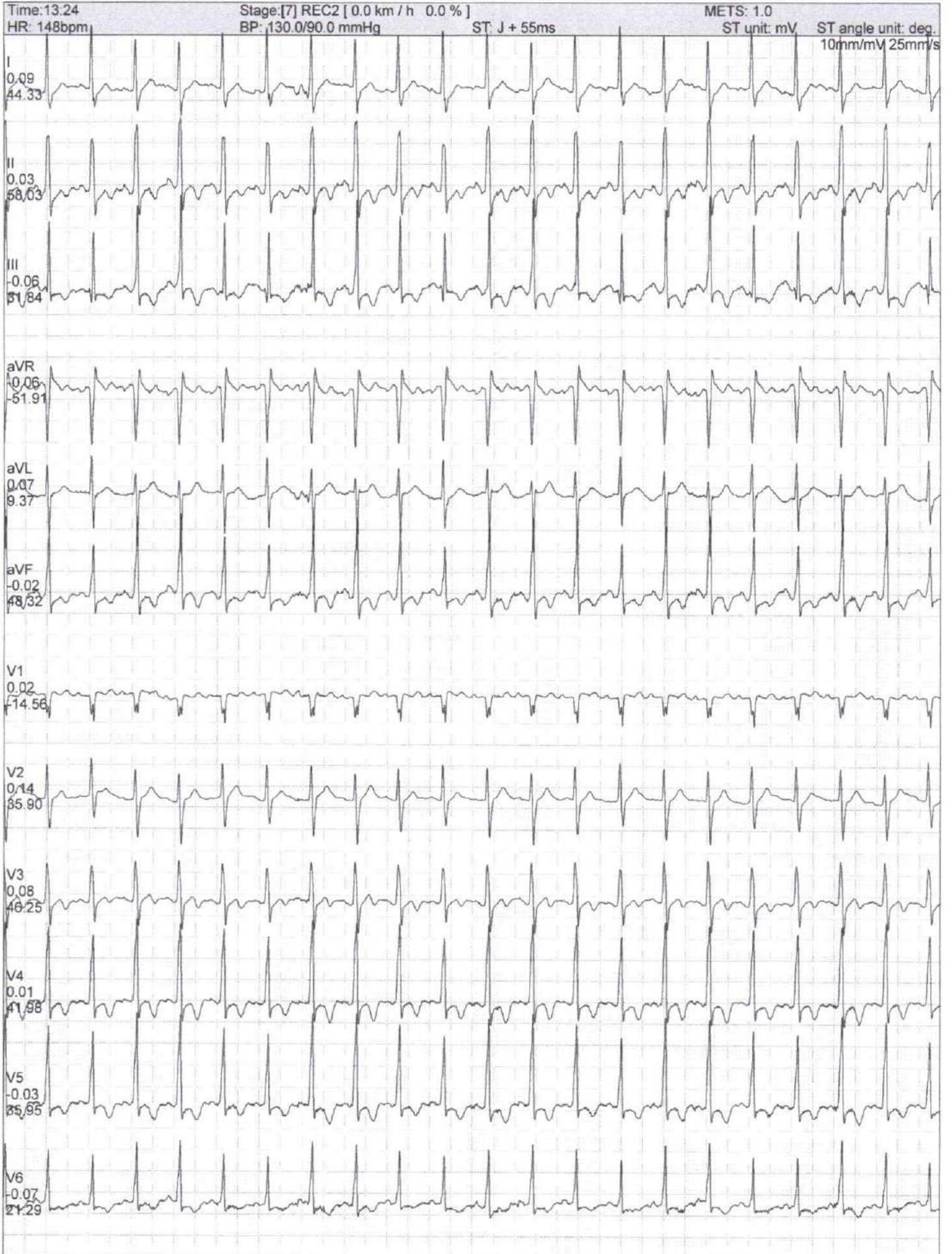
Section:ENGINEER

Name:DEDY PERMANA

Sex:Male

Age:39

Exam Time:2025-08-21 11:27





MEDICAL CHECK - UP

" Klinik Maju Sejahtera "

Muara Jawa

LAPORAN TREADMILL EXERCISE TEST (PROTOCOL BRUCE)

Nama
Umur
Jenis Kelamin
Perusahaan

Tn. Dedy Permana
: 39 Tahun
: Male
: Pt. Pango Utama (Engineer

Tanggal : 21-08-25
Berat Badan : 77 kg
Tinggi Badan : 167 cm
Tekanan Darah : 117/73 mmHg

Lama Test : 13 menit 37 detik
Denyut jantung maksimal : 171 x/menit (94 % dari target maksimal)
Tekanan darah maksimal : 130/90 mmHg
Test dihentikan karena :

- Fatigue
- Dyspnoe
- Angina
- Pusing
- Terdapat perubahan segmen ST - T
- Target denyut tercapai

Perubahan Segmen ST - T :
 Upsloping
 ST Depresi 0,5 - 1 mm
 Bermakna (ST Depresi > 1 mm)
 Tidak terdapat perubahan

Kapasitas Aerobik : 13.6 Mets

Tingkat kebugaran Jasmani
 Rendah
 Kurang
 Sedang
 Baik
 Sangat Baik

Respon tekanan darah :
 Normal
 Responsif hipertensif

VO2 Max : 22.5 ml/kg. min

VO2 Max Classification
 Superior
 Excellent
 Above Average
 Average
 Below Average
 Poor
 Very Poor

KESIMPULAN :
 Response Ischemic Positive
 Response Ischemic Negative
 Borderline Stress Test
 Indeterminate (Target denyut jantung tidak tercapai)
 UNFIT to work in remote area

SARAN :



Dr. Muhammad Iqbal, Sp. JP