



HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2025

MCU ID : 00520240400327 / 2512150004

Nama : Tn. Ferry Fernando Madea

Jabatan : Safety Officer

Umur : 31 Tahun 10 Bulan

Perusahaan : BINAV MAJU SEJAHTERA, PT

Berikut adalah hasil pemeriksaan kesehatan anda yang telah dilaksanakan tanggal : **15-12-2025**

TEMUAN :

- Hasil Fisik : Tekanan darah : 120/80 mmHg, Berat badan : 102 Kg, Tinggi badan : 162 cm, BMI : 38.87 Kg/m² (Obesity Class II), Kedua Mata : 20/20, Buta Warna : Tidak ditemukan
- Hasil Lab : SGOT : 26 U/L, SGPT : 34 U/L, Bilirubin Total : 0.60 mg/dL, Glukosa Puasa : 82 mg/dL, Glukosa 2 Jam Postprandial : 116 mg/dL, Kolesterol Total : 184 mg/dL, Trigliserida : 94 mg/dL, Kolesterol LDL : 90 mg/dL, Kolesterol HDL : 56 mg/dL, Ureum : 30 mg/dL, Kreatinin : 0.66 mg/dL, Asam Urat : 7.9 mg/dL (Hyperuricemia), Urine Rutin : (N)
- Jakarta Cardiovascular Score : -4, Faktor Resiko Jantung Koroner berdasarkan Jakarta Kardiovaskular Score adalah Low Risk (10 years CAD event < 10 %)
- EKG : Normal ECG & Rontgen Thorax : Normal Chest X-Ray
- Spirometri : Normal Spirometry & Audiometri : Normal Hearing
- USG Abdomen By Radiologist : Fatty Liver

STATUS KESEHATAN

KATEGORI		CATATAN
☐	P 1	Tidak ditemukan kelainan medis
☐	P 2	Ditemukan kelainan medis yang tidak serius
☐	P 3	Ditemukan kelainan medis bermakna - Resiko kesehatan rendah
☐	P 4	Ditemukan kelainan medis bermakna yang dapat menjadi serius - Resiko kesehatan sedang
☒	P 5	Ditemukan kelainan medis serius - Resiko kesehatan tinggi, hanya untuk bekerja di lokasi dengan paparan risiko rendah dan relatif dekat dengan fasilitas medis
☐	P 6	Ditemukan keterbatasan fisik untuk melakukan pekerjaan secara normal - Hanya untuk pekerjaan ringan dan dengan paparan risiko rendah
☐	P 7	Dalam perawatan di rumah sakit atau dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan pekerjaan (status izin sakit)

KESIMPULAN

☐ FIT FOR THE JOB ☒ FIT WITH NOTE ☐ UNFIT ☐ TEMPORARY UNFIT ☐ UNCOMPLETE RESULT

Sebagai : Safety Officer

Di lokasi : PHM Area

SARAN - SARAN

- Konsul ke dokter spesialis penyakit dalam untuk penatalaksanaan lebih lanjut temuan dihasil USG Abdomen.
- Konsul ke dokter spesialis gizi klinik disertai diet rendah lemak dan olahraga rutin untuk menurunkan berat badan.
- Diet rendah purin (kurangi konsumsi hati, otak, ginjal & kerang-kerangan) dan konsul ke dokter untuk pengobatan

Kembali kontrol : 10-12-2026

Balikpapan, 17-12-2025

Hormat kami,


dr. Reghina Kusumawardhani
Medical Review Officer

Validasi

Dokter Perusahaan

Serve with Trust, Quality & Excellence

RAHASIA / CONFIDENTIAL



MEDICAL ASSESSMENT REPORT



No. MCU : 2512150004

Nama : Tn. Ferry Fernando Madea

Umur : 31 Tahun 10 Bulan

Perusahaan : BINAV MAJU SEJAHTERA, PT



00520240400327

AESCULAP MEDICAL CENTER
Medical Services Provider

1. INFORMASI PRIBADI / PERSONAL INFORMATION



00520240400327

Nama / Name of Employee : Tn. Ferry Fernando Madea
Tempat & tanggal lahir / Place & DOB : Parigi, 07-02-1994
Umur / Age : 31 Tahun 10 Bulan
Jenis Kelamin / Gender : Laki - laki
No. Karyawan / Number of employees : -
Agama / Religion : Kristen
Alamat / Address : Komp Bangun Reksa Blok BB No 19...
No. Telepon / Phone Number : 082158120955

PERUSAHAAN / COMPANY

■ **Nama Perusahaan / Company name**
BINAV MAJU SEJAHTERA, PT

■ **Jabatan / Position**
Safety Officer

■ **Departemen / Departement**
-

■ **Lokasi / Job Site**
PHM Area

Paket MCU / MCU package : MCU Pre Employment
Tanggal Pemeriksaan / Date of examination : 15-12-2025
Masa berlaku / Valid until : 10-12-2026



2512150004

Tn. Ferry Fernando Madea / 31 Tahun 10 Bulan

Serve with Trust, Quality & Excellence

2. RIWAYAT KESEHATAN / HEALTH QUESTIONARE

☐ Alergi / Allergies

Tidak

☐ Nyeri dada / Chest Pain

Tidak

☐ Penyakit Jantung / Heart Disease

Tidak

☐ Tekanan Darah Tinggi / Hypertension

Tidak

☐ Nyeri Punggung / Low back pain

Tidak

☐ Sakit kuning / Hepatitis

Tidak

☐ Masalah mata / Eye Problem

Tidak

☐ Kelainan kulit / Skin Disorder

Tidak

☐ Kelainan Mental / Mental Disorder

Tidak

☐ Masalah kelenjar / Glandular Problem

Tidak

☐ Masalah perut / Abdominal Problem

Tidak

☐ Penyakit akibat hubungan seks / Sexuality Transmitted Disease

Tidak

☐ Tumor / Tumor

Tidak

☐ Asma / Asthma

Tidak

☐ Sesak nafas / Breathless

Tidak

☐ Kencing Manis / Diabetes Mellitus

Tidak

☐ Kejang, Epilepsi / Convulsion, Epilepsy

Tidak

☐ Radang Paru - paru / Tuberculosis

Tidak

☐ Malaria / Malaria

Tidak

☐ Masalah Telinga / Ear Problem

Tidak

☐ Kelainan Saraf / Neurology Disorder

Tidak

☐ Sakit kepala atau migrain / Headache or migraine

Tidak

☐ Hernia / Hernia

Tidak

☐ Masalah Ginjal & Kandung Kemih / Renal & urinary tract problem

Tidak

☐ Diare berulang / Recurrent diarrhea

Tidak

☐ Ambeien / Haemorrhoid

Tidak

- Pernahkah berkonsultasi dengan dokter 1 tahun terakhir / Have you consulted in a doctor in the past 1 year : Tidak
- Pernahkah anda dirawat di Rumah Sakit 1 tahun terakhir / Have you been hospitalized in the past 1 year : Tidak
- Pernahkah anda menjalani operasi bedah / Have You had any surgery operations : Tidak
- Pernahkah anda mendapat cedera/kecelakaan serius / Have you had any serious injuries or accident : Tidak
- Pernahkah anda mendapat imunisasi. Sebutkan waktu dan jenis / Have you been immunised . Please elaborate clearly (mention date and what kind of inoculation) : Tidak



2512150004

Tn. Ferry Fernando Madea / 31 Tahun 10 Bulan

3

Serve with Trust. Quality & Excellence

**POTENSI BAHAYA AKIBAT PEKERJAAN /
POTENSIAL HAZARD**

Kebisingan / *Noise* :- , Lama Pajanan jam/hari
Panas / *Heat* :- , Lama Pajanan jam/hari
Debu / *Dust* :- , Lama Pajanan jam/hari
Radiasi / *Radiations* :- , Lama Pajanan jam/hari
Kimia / *Chemical* :- , Lama Pajanan jam/hari
Ergonomi (Posisi kerja) / *Ergonomic* :- , Lama Pajanan jam/hari

KEBIASAAN / HABITS

Olah raga / *Sport* : Ya , durasi 12 jam/minggu
Merokok / *Smoking* : -
Perhari / *Amount day* : -
Obat / *Drugs* : -
Minuman Keras / *Alcohol* : -

RIWAYAT MENSTRUASI / MENSTRUATION HISTORY

■ Umur berapa anda mulai haid /
When was your first menstruation

-

■ Datang haid anda teratur atau tidak /
Is your menstruation regular

-

■ Sakitkah waktu haid /
Is your menstruation painfull

-

■ Berapa lama anda haid /
How long do you menstruate

-

■ Sudah berapa kali hamil /
How many times have been pregnant

-

■ Apakah anda memakai alat kontrasepsi /
Are you currently using any kind of contraceptive

-

RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA / FAMILY MEDICAL HISTORY

Ayah / *Father* : -

Ibu / *Mother* : -

Saudara Kandung / *Brother or Sister* : -

3. RIWAYAT PEKERJAAN / CAREER HISTORY

No	Nama Perusahaan	Jabatan	Lama Kerja
1	-	-	-
2	-	-	-
3	-	-	-
4	-	-	-
5	-	-	-



2512150004

Tn. Ferry Fernando Madea / 31 Tahun 10 Bulan

4

Serve with Trust. Quality & Excellence

4. PEMERIKSAAN FISIK / PHYSICAL EXAMINATION

KONDISI UMUM / GENERAL CONDITION

Tekanan darah / Blood Pressure : 120/80 mmHg
Nadi / Pulse : 81 x/min
Pernafasan / Breathing rate : 20 x/min
SpO2 / Oxygen Saturation : - %
Suhu Badan / Body Temperature : 36.3 ° C

ANTROPOMETRI / ANTHROPOMETRY

Tinggi badan / Height : 162 cm
Berat badan / Weight : 102 kg
BMI / Body Mass Index : 38.87 kg/m²
Lingkar Pinggang / Waist Circumference : 110 cm
Lingkar Panggul / Hip Circumference : cm

PEMERIKSAAN FISIK MENYELURUH / HEAD TO TOE EXAMINATION

■ Kepala & Wajah / Head

Normal, deformitas (-), luka (-), tumor (-)

■ Mata / Eyes

Normal, ikterik (-), anemis (-) strabismus (-), katarak (-), pterygium (-), kecacatan (-)

VISUAL ACTIVITY / KEMAMPUAN PENGLIHATAN (Dengan atau tanpa kaca mata)

1	Kemampuan Penglihatan / Visual Activity	20/20	20/22
	Kedua Mata / Both Eyes	20/20	
2	Visus Dekat / Reading Test (Near Visus)	20/20	
3	Tes Jaeger / Jaeger Test	-	-
	Kedua Mata / Both Eyes	-	
4	Buta Warna / Colour Blindness	Tidak ditemukan	
5	Lapang Pandang / Field of Vision :	Right Eyes	Left Eyes
	Nasal	45 °	45 °
	Temporal	85 °	85 °
6	Kedalaman Penglihatan / Depth of vision	Abnormal	
7	Penglihatan Malam / Night vision	Normal	
8	Pemulihan Silau / Glare recovery	Normal	



2512150004

Tn. Ferry Fernando Madea / 31 Tahun 10 Bulan

5

Serve with Trust. Quality & Excellence

■ Telinga / Ears Normal, cerumen (-), perforasi membran tympani (-), tanda infeksi (-), OMP (-)	■ Hidung / Nose Normal (-), hiperemis (-), deviasi septum (-), sekret (-), oedema (-)
■ Tenggorokan / Throat Normal, hiperemis (-), hipertrofi tonsil (-)	■ Gigi & Mulut / Teeth & Mouth Stomatitis (-), caries (-), karang gigi (-), gigi tanggal (-), gigi berlubang (-), impaksi (-), gigi palsu (-), tambalan (-), sisa akar (-)
■ Leher / Neck Normal, Pembesaran kel. getah bening (-), pembesaran kel. tiroid (-)	■ Dada / Chest Normal, deformitas (-), pigeon chest (-), barrel chest (-)
■ Paru / Lung Normal, rhonchi (-), wheezing (-)	■ Jantung / Heart Normal, Murmur (-), Gallop (-)
■ Perut / Abdomen Normal, nyeri tekan (-), pembesaran hati & limpa (-), nyeri ketok kosto vertebrae (-)	■ Neurologi / Neurology Normal, tremor (-), paresis (-), reflek patologis (-), romberg tes (-)
■ Muskuloskeletal / Musculoskeletal Normal, deformitas (-), tinell sign (-), phalen test (-)	■ Kulit / Skin Normal, dermatitis (-), tinea / mikosis (-), infeksi (-), tato (-)
■ Punggung & Tulang Belakang / Spine Normal, kyphosis (-), skoliosis (-), lordosis (-), laseque test (-), patrick test (-), contra-patrick tes (-)	■ Urogenital / Genital Normal, hernia (-), hemoroid (-) varicocelle (-)
■ Pemeriksaan Khusus / Specific Examination -	■ Lain - lain / Others -



2512150004

Tn. Ferry Fernando Madea / 31 Tahun 10 Bulan

5. PEMERIKSAAN PENUNJANG / SUPPORTING EXAMINATION

■ Pemeriksaan Laboratorium / *Laboratory Examination*

Temuan utama / *Major findings* : Asam Urat : 7.9 mg/dL

■ Pemeriksaan Radiologi - Thoraks PA / *Radiological Examination - Thorax PA*

Kesimpulan / *Conclusion* : Normal Chest X-Ray

■ Pemeriksaan Radiologi - USG Abdomen / *Radiological Examination - USG Abdomen*

Kesimpulan / *Conclusion* : Fatty Liver

■ Pemeriksaan EKG Istirahat / *Resting EKG Examination*

Kesimpulan / *Conclusion* : Normal ECG

■ Pemeriksaan Treadmill Stress Test / *Treadmill Stress Test Examination*

Kesimpulan / *Conclusion* : -

■ Pemeriksaan Spirometri / *Spirometry Examination*

Kesimpulan / *Conclusion* : Normal Spirometry

■ Pemeriksaan Audiometri / *Audiometry Examination*

Kesimpulan / *Conclusion* : Normal Hearing



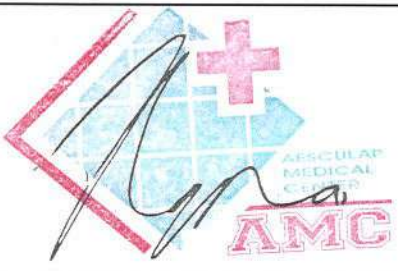
2512150004

Tn. Ferry Fernando Madea / 31 Tahun 10 Bulan

7

Serve with Trust, Quality & Excellence

6. KESIMPULAN DAN SARAN / SUMMARY AND SUGGESSTION

KESIMPULAN (SUMMARY)		SARAN (SUGGESTION)
Ditemukan Fatty Liver (perlemakan hati) pada pemeriksaan USG Abdomen.		Konsul ke dokter spesialis penyakit dalam untuk penatalaksanaan lebih lanjut temuan dihasil USG Abdomen.
Obesity Class II (BMI 35.00 - 39.99)		Konsul ke dokter spesialis gizi klinik disertai diet rendah lemak dan olahraga rutin untuk menurunkan berat badan.
Hyperuricemia		Diet rendah purin (kurangi konsumsi hati, otak, ginjal & kerang-kerangan) dan konsul ke dokter untuk pengobatan
REKOMENDASI (RECOMENDATION)		
	Fit for the job	
X	Fit with note	
	Unfit	
	Temporary Unfit	
	Uncomplete Result	
Dokter Penanggung Jawab Medical Review Officer		Alamat (Cap) Address (Stamp)
		Jl Indrakila No. 17 (Strat 3) Kel. Gunung Samarinda Telp. (0542)440404,444055 Fax. (0542) 415366 Ballkpapan - Kalimantan Timur E-mail: mcu@amc-balikpapan.com
dr. Reghina Kusumawardhani SIP : 449.1/8310/SIP/DPMPTSP SK KEMENAKER : 5/252/AS.01.04/III/2024		Date of examination : 15-12-2025 Valid until : 10-12-2026



2512150004

Tn. Ferry Fernando Madea / 31 Tahun 10 Bulan

Serve with Trust, Quality & Excellence



Nama Pasien : Tn. Ferry Fernando Madea
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 07-02-1994 / 31 Tahun 10 Bulan
Alamat : Komp Bangun Reksa Blok BB No 19 RT
021/000 Balikpapan

No. Lab / Tgl : 2512150004 / 15-12-2025
Dokter : dr. Aswar Makruf, MKKK
Alamat : Jl. Indrakila (Straat 3) No. 17 RT. 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	14.1	13.4 - 17.3	g/dL
Leukosit	8.7	5.0 - 11.1	10 ³ /uL
Eritrosit	4.6	3.5 - 6.3	10 ⁶ /uL
Trombosit	282	150 - 450	10 ³ /uL
Hematokrit	41.9	39.9 - 51.1	%
LED 1 Jam	5	0 - 10	mm/jam
Basofil	0	0 - 1	%
Eosinofil	0	0 - 3	%
LYM %	34	20 - 40	%
MID %	7	3 - 15	%
GRA %	59	50 - 70	%
MCV	92.2	73.4 - 100.0	fl
MCH	30.9	24.2 - 34.0	pg
MCHC	33.6	31.9 - 36.0	g/dL
RDW	14.7	11.3 - 16.0	%
KIMIA KLINIK			
FUNGSI HATI			
SGOT	26	0 - 37	U/L
SGPT	34	0 - 40	U/L
Bilirubin Total	0.60	0.30 - 1.10	mg/dL
METABOLISME KARBOHIDRAT / DIABETES			
Glukosa Puasa	82	70 - 100	mg/dL
Glukosa 2 Jam Postprandial	116	< 140	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Kolesterol Total	184	< 200	mg/dL
Trigliserida	94	< 150	mg/dL
Kolesterol LDL	90	< 100	mg/dL
Kolesterol HDL	56	40 - 60	mg/dL
FUNGSI GINJAL			
Ureum	30	10 - 50	mg/dL



2512150004

Tn. Ferry Fernando Madea / 31 Tahun 10 Bulan



Nama Pasien : Tn. Ferry Fernando Madea
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 07-02-1994 / 31 Tahun 10 Bulan
Alamat : Komp Bangun Reksa Blok BB No 19 RT
021/000 Balikpapan

No. Lab / Tgl : 2512150004 / 15-12-2025
Dokter : dr. Aswar Makruf, MKKK
Alamat : Jl. Indrakila (Straat 3) No. 17 RT. 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
Kreatinin	0.66	0.60 - 1.30	mg/dL
Asam Urat	7.9 *	3.5 - 7.2	mg/dL

URINALISA

Urine Rutin

Kimia

- Berat Jenis	1015	1003 - 1030
- pH	5	4.5 - 8
- Leukosit Esterase	Negatif	Negatif
- Nitrit	Negatif	Negatif
- Albumin	Negatif	Negatif
- Glukosa	Negatif	Negatif
- Keton	Negatif	Negatif
- Urobilinogen	Normal	<= 1
- Bilirubin	Negatif	Negatif
- Darah	Negatif	Negatif

Sedimen Mikroskopis

- Eritrosit	0-1	0 - 1.00 / LPB	LPB
- Leukosit	1-3	1.00 - 5.00 / LPB	LPB
- Silinder	Negatif	Negatif	
- Epithel	2-3	< 10 / LPK	LPK
- Bakteri	Negatif	Negatif	
- Kristal	Negatif	Negatif	
- Lain-lain	Negatif	Negatif	

Makroskopis

- Warna	Kuning	Kuning
- Kejernihan	Jernih	Jernih

LAIN - LAIN

Jakarta Cardiovascular Score	-4	Low Risk (-7 s/d 1)
Screening Psikologi - SRQ 29	Normal	



2512150004

Tn. Ferry Fernando Madea / 31 Tahun 10 Bulan



Nama Pasien : Tn. Ferry Fernando Madea
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 07-02-1994 / 31 Tahun 10 Bulan
Alamat : Komp Bangun Reksa Blok BB No 19 RT
021/000 Balikpapan

No. Lab / Tgl : 2512150004 / 15-12-2025
Dokter : dr. Aswar Makruf, MKKK
Alamat : Jl. Indrakila (Straat 3) No. 17 RT. 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
<i>Hasil berupa angka menggunakan sistem desimal dengan separator titik. Tanda * menunjukkan nilai di atas atau di bawah nilai rujukan.</i>			



2512150004

Tn. Ferry Fernando Madea / 31 Tahun 10 Bulan

11

Serve with Trust. Quality & Excellence



Jakarta Cardiovascular Score

Nama : Tn. Ferry Fernando M
Umur : 31 tahun
Tgl. Periksa : 15 Desember 2025
Perusahaan : PT. BMS

Risk Factor		Score
Sex	Male	1
Age	25-34	-4
Blood Pressure	Normal (<130/<85)	0
BMI	30.00-35.58	2
Smoking	Never	0
Diabetes Mellitus	No	0
Physical Exercise/Activity	High	-3
Total Score	-4	
Low Risk (CV10 < 10%)		

PatilD

ECG Report

ECG No. 2512150004

Name Tn. Ferry Ferr Sex M Age 31Y Req.Dept. Bed/Wards InPatNo BINA MAJU SEJA



ECG Parameters :

HR =76 bpm
 PR =218 ms
 QRS=105 ms
 QRS Axis=72(Deg.)
 QT/QTc=368/415 ms
 RV5/SV1=1.3/0.625 mV

ECG Diagnosis:

sinus rhythm, 76 bpm, normal

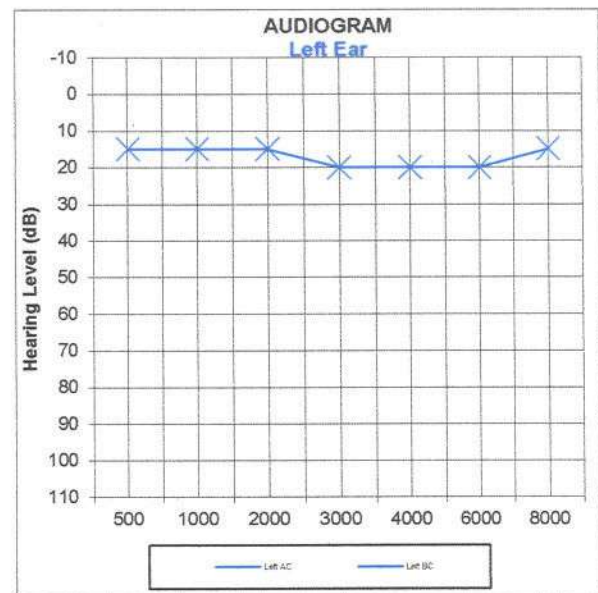
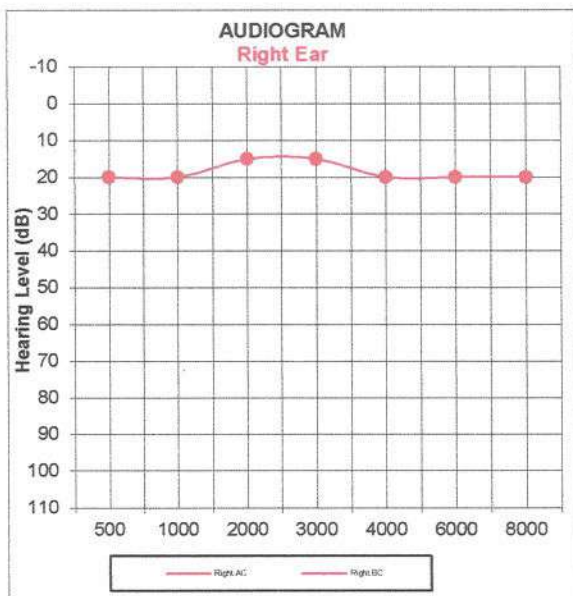
normal sinus rhythm

Exam/Dr.:

Rpt.Date: 15-Dec-25 8:33:37 AM

PEMERIKSAAN AUDIOMETRI

No : 2512150004
 Nama : Tn. Ferry Fernando Madea
 Umur : 31 Tahun
 Tgl. Periksa : 15 Desember 2025
 Perusahaan : PT BINAV MAJU SEJAHTERA



Hearing Level	Frequency In Hertz (Hz)						
In dB	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Right AC	20	20	15	15	20	20	20
Right BC							

Hearing Level	Frequency In Hertz (Hz)						
In dB	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Left AC	15	15	15	20	20	20	15
Left BC							

Telinga Kanan : Ambang Dengar 19 dB (Normal Hearing)

Telinga Kiri : Ambang Dengar 16 dB (Normal Hearing)

Kesimpulan : Normal Hearing


AESCULAP MEDICAL CENTER
dr. Reghina Kusumawardhani

Pulmonary Function Test Results



KLINIK UTAMA
AESCULAP MEDICAL CENTER
Medical Services Provider

Patient ID 2512150004
Surname Ferry Fernando
Name Ferry Fernando
Company binav
Male | 162 cm | 102 kg | BMI: 38,87 | Polynesian
Date of birth: 07/02/1994 | Non-smoker | Pack-Year: 00
Worklist

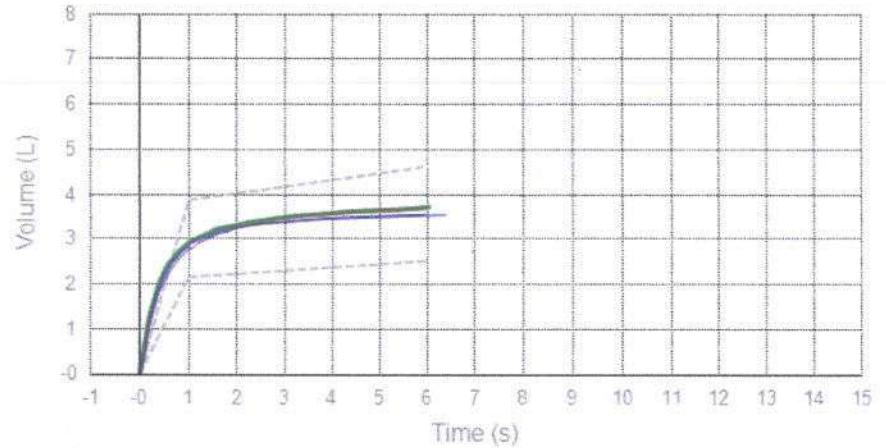
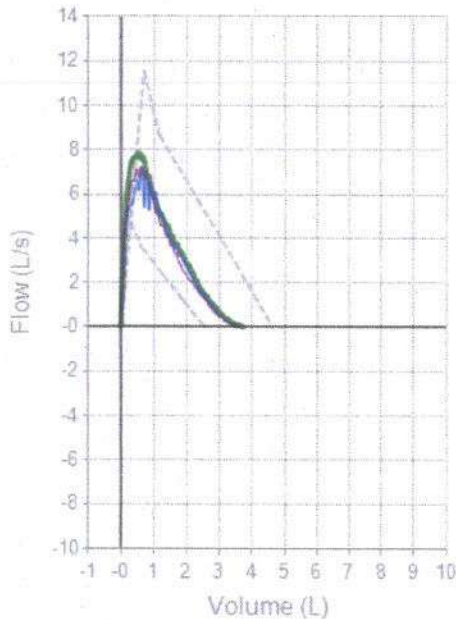
FVC
PRE

FEV1
PRE

FEV1/FVC
PRE

PRE 3 PRE 2 PRE 1

PRE 3 PRE 2 PRE 1



Quality Control Grade PRE: FVC C, FEV1 A

Acceptable Trials: 3

Interpretation

Normal spirometry

Trial date 15/12/2025 08.43

Parameters		LLN	Pred	PRE	%Pred	Z-Score	PRE#1	PRE#2	PRE#3
FVC	L	2,52	3,57	3,72	104,19	0,23	3,72*	3,54	3,56
FEV1	L	2,16	3,02	2,91	96,43	-0,21	2,91*	2,86	2,78
FEV1/FVC	%	75,29	85,47	78,23	91,53	-1,17	78,20	80,80	78,10
FEV6	L	2,52	3,57	3,69	103,35	0,19	3,69*	3,52	3,56
FEV1/FEV6	%	-	84,38	78,90	93,50	-	78,90*	81,30	78,10
PEF	L/s	4,73	8,15	7,86	96,44	-0,14	7,86*	6,98	7,22
FEF2575	L/s	1,96	3,74	2,52	67,43	-1,12	2,52*	2,71	2,40
FET	s	-	6,00	6,04	100,67	-	6,04*	6,38	5,97
ELA	Years	-	32	35	109,88	-	35*	37	40
FEV1/VC	%	-	-	-	-	-	-	-	-

BTPS 1,073 - Temperature: 29 °C (84 °F) - Predicted: Knudson - Knudson - Position: Not specified

Best values *

Annotations

Reported by :

Performed by :

Instrument used

Spirobank II s/n Y21884

Last calibration check: 09/12/2025 07.41

Page 1 of 1



Printed by MIR Spiro 2.1

Serve with Trust, Quality & Excellence



HASIL PEMERIKSAAN USG ABDOMEN

Result of IISG Abdomen Examination



No.MCU

2512150004

Nama / Name

Tn. Ferry Fernando Madea / Laki -
07-02-1994

Umur /Age

31 Tahun 10 Bulan
BINAV MAJU SEJAHTERA PT

Jabatan / Job Position :

Perusahaan / Company :

Tanggal MCU / Date :

Hepar	:	Bentuk ukuran normal, dan echogenic inhomogen, bile duct normal, tidak tampak fokal noduler, vaskulator dalam batasan normal.
Vesica Fellea	:	Dinding normal, batu (-), SOL (-)
Pancreas	:	Normal
Lien	:	Normal
Ren Dextra	:	Bentuk , Ukuran dan posisi normal, system pelvocalyceal normal, batu (-)
Ren Sinistra	:	Bentuk , Ukuran dan posisi normal, system pelvocalyceal normal, batu (-)
Vesica Urinaria	:	Dinding normal , batu (-)
Prostat	:	Normal
Lainnya	:	Normal

KESIMPULAN :

- Fatty Liver
- Organ Abdominal Lainnya Normal

Pemeriksaan



(dr.Abd.Haris, M.Kes, Sp.Rad, Subspes,RI (K))



STEREO OPTICAL INDUSTRIAL VISION TESTER RECORD FORM



No. MCU : 2512150004 Jabatan :
Nama : Tn. Ferry Fernando Madea / Laki - Lokasi/Perusahaan :
07-02-1994
Umur : 31 Tahun 10 Bulan Tanggal :
BINAV MAJU SEJAHTERA PT
Kacamata : Ya / Tidak

		INTERMEDIATE DISTANCE TEST													
TEST DISTANCE		INCHES	20	22	26	31	40								
		CM	50	57	66	80	100								
Far Point (20 Ft.) Tests	Demonstration														
	1 Slide	Fitur.													
	Alternate														
	Test No. Target	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	2 Both Eyes	↑	→	→	←	↑	↓	←	→	←	↓	→	↓	↑	→
	3 Right	↑	←	↑	↑	↓	↓	←	↓	→	↑	→	←	↓	→
	4 Left	←	→	←	↓	→	↑	↑	↓	→	↑	↓	→	↑	←
	Snellen	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Equivalents	200	100	70	50	40	35	30	25	22	20	18	17	15	13
	5 Stereo	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
5 Depth	↓	←	↓	↑	↑	←	→	←	→						
6 Color		A	B	C	D	E	F								
		12	5	26	6	16	0								
7 Vertical	1	2	3	4	5	6	7								
8 Lateral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
" 14 Other	Test No. Target	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	9 Both Eyes	→	←	↑	→	↓	→	↑	←	↑	←	↓	→	↓	←
	10 Right	↑	↓	↑	↓	→	↑	→	←	↓	→	→	←	↑	
	11 Left	↓	←	↓	→	↑	←	↑	↓	→	←	→	↑	←	
	12 Lateral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

13 Lapangan pandang (field of view)

Nasal / Medial :

Temporal / Lateral :

kanan (right)

kiri (left)

45°

45°

85°

70°

55°

85°

70°

55°

14 Penglihatan malam (night vision) :

normal / abnormal (20/25)

15 Pemulihan silau (glare recovery) :

normal / abnormal (20/20)

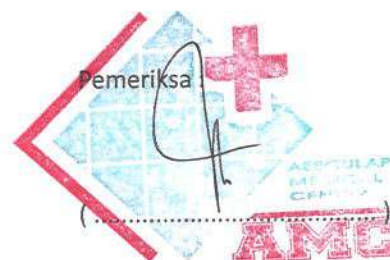
Kesimpulan

Visus Jauh :

20/20

Buta Warna :

10





CHEST X-RAY

NO. ID / LAB : 00520240400327 / 2512150004

Umur : 31 Tahun 10 Bulan

Nama : Tn. Ferry Fernando Madea

Jabatan : HSE Coordinator

Tanggal Periksa : 15-12-2025

Perusahaan : BINA MAJU SEJAHTERA, PT

1. Jantung / Cor
Cardiac Shadow



Normal



Abnormal

2. Sinus dan Diafragma
(Sinus and Diaphragms)



Normal



Abnormal

3. Tulang dan Jaringan Lunak
Skeleton and Soft Tissue



Normal



Abnormal

4. Paru - paru (Pulmo)
Lung Fields



Normal



Abnormal

5. Kelenjar Hiller dan Limfatik
Hillar and Lymphatic Glands



Normal



Abnormal

6. Gambaran Lainnya
Details of Other Abnormalities



Normal



Abnormal

Kesan
Conclusion

Normal Chest X-Ray

Balikpapan 15-12-2025

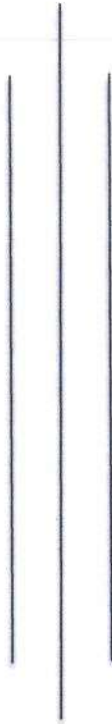
dr. Abd. Haris, M.Kes, Sp.Rad (K)...
Radiologist



PERTAMINA HULU MAHAKAM

KUESIONER KESEHATAN

TAHUN 20....²⁰



Nama Lengkap

: FERRY FERNANDO

Jenis Kelamin

: Laki-laki / Perempuan

Perusahaan

: PT. BINAWA

No. Pekerja

:

Jenis Pemeriksaan

: ☒ Calon karyawan

☐ Berkala

☐ Sebelum Pensiun

PERTAMINA HULU MAHAKAMN

SURVEILLANCE KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

1. NIK : 6471070702940001
2. Tempat/Tanggal Lahir : Parigi 07 Februari 1994
3. Posisi Pekerjaan/Jabatan : HSE KORDINATOR
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: HANDAL ✓
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: 0 orang, Anak perempuan: 0 orang
10. Alamat sekarang : BAHU PAPAN
11. No. Extension Telpon : Kantor: Kamar (untuk lapangan) : Telpon: 0821 58120955

RIWAYAT PEKERJAAN DAN PAPARAN BAHAYA KESEHATAN

No	Posisi	Lama kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Kimia	Debu	Radiasi	Ergonomi	Lain-lain

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 : 12 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	☒
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:.....

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

1. Ya	2. Tidak	☒
-------	----------	-------------------------------------

karena kecelakaan tersebut?

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 apa yang Anda isap? (DITULIS MEREK)

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 2 jam pertama di pagi hari?

1. Ya

2. Tidak

9. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang dilarang merokok?

1. Ya

2. Tidak

10. Apakah Anda tetap merokok di saat Anda sedang sakit?

1. Ya

2. Tidak

11. Dalam satu hari, rokok manakah yang sulit 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 ALKOHOH

- | | | |
|---|-------|---|
| 1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol? | 1. Ya | 2. Tidak ☒
Bila langsung ke olahraga |
| 2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? | 1. Ya | 2. Tidak ☒
Bila langsung ke olahraga |
| 3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir? | 1. Ya | 2. Tidak ☒
Bila langsung ke olahraga |
| 4. Berapa hari Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan? | | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap Kalinya? (diperkirakan dalam satuan cc) | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

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? | | <input type="text"/> <input type="text"/> |

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) | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Jam |
| 2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan? | | <input type="text"/> <input type="text"/>
20 |
| 3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya? (dalam menit) | | <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Jam |
| 4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan? | 1. Ringan
2. Sedang
③. Cukup berat | 4. Berat ☐
5. Sangat berat ☐ |

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

- | | |
|---|---|
| 1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan? | <input type="text"/> <input type="text"/>
7 hari |
| 2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran? | <input type="text"/> <input type="text"/>
7 hari |
| 3. Program Diet yang dilakukan saat ini? (Contoh: Diet tinggi protein, DII) | Intermittent fasting + keto |

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 ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia 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 | ☐ |
| 2. Tidak | | |

3. Apakah anda pernah mendapatkan vaksin yang lain? Jika Ya, Sebutkan: MM, Cak, Cak, Cak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan?

1. Ya

2. Tidak

☒

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir?

08

/

12

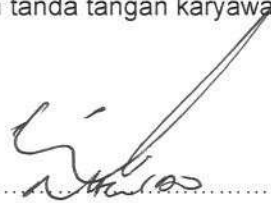
/

25

Formulir tersebut diatas telah saya isi dengan benar dan sesungguhnya.

Balikpapan, 15 Desember 2025

Nama dan tanda tangan karyawan

()

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?		✓
2.	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?		✓
3.	Apakah tidur Anda tidak nyenyak?		✓
4.	Apakah Anda mudah merasa takut?		✓
5.	Apakah Anda merasa cemas, tegang atau khawatir?		✓
6.	Apakah tangan Anda gemetar?		✓
7.	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?		✓
8.	Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?		✓
9.	Apakah Anda merasa tidak bahagia?		✓
10.	Apakah Anda lebih sering menangis?		✓
11.	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?		✓
12.	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan?		✓
13.	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai?		✓
14.	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini?		✓
15.	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?		✓
16.	Apakah Anda merasa tidak berharga?		✓
17.	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?		✓
18.	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu?		✓
19.	Apakah Anda merasa tidak enak di perut?		✓
20.	Apakah Anda mudah lelah?		✓
21.	Apakah Anda minum alkohol lebih banyak dari biasanya atau Apakah Anda menggunakan narkoba?		✓

NO.	PERTANYAAN	Y	T
22.	Apakah Anda yakin bahwa seseorang mencoba mencelakai Anda dengan cara tertentu?		✓
23.	Apakah ada yang mengganggu atau hal yang tidak biasa dalam pikiran Anda?		✓
24.	Apakah Anda pernah mendengar suara tanpa tahu sumbernya atau yang orang lain tidak dapat mendengar?		✓
25.	Apakah Anda mengalami mimpi yang mengganggu tentang suatu bencana/musibah atau adakah saat-saat Anda seolah mengalami kembali kejadian bencana itu?		✓
26.	Apakah Anda menghindari kegiatan, tempat, orang atau pikiran yang mengingatkan Anda akan bencana tersebut?		✓
27.	Apakah minat Anda terhadap teman dan kegiatan yang biasa Anda lakukan berkurang?		✓
28.	Apakah Anda merasa sangat terganggu jika berada dalam situasi yang mengingatkan Anda akan bencana atau jika Anda berpikir tentang bencana itu?		✓
29.	Apakah Anda kesulitan memahami atau mengekspresikan perasaan Anda?		✓

Dengan ini saya menyatakan jawaban diatas adalah benar dan sesuai kondisi saya dalam 30 hari terakhir.

Balikpapan, 15/12/2025

Nkugo
(Nama & tanda-tangan)

Hasil Interpretasi :

Normal



dr. Reghina Kusumawardhani
Medical Review Officer