



HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2025

MCU ID : 00520250300289 / 2510150042

Nama : Tn. Yohan Febrianto

Jabatan : Surveyor

Umur : 33 Tahun 4 Bulan

Perusahaan : BINA MAJU SEJAHTERA, PT

Berikut adalah hasil pemeriksaan kesehatan anda yang telah dilaksanakan tanggal : **15-10-2025**

TEMUAN :

- Riwayat kesehatan saat ini : merokok 2 batang/hari
- Hasil Fisik : Tekanan darah : 120/80 mmHg, Berat badan : 82 Kg, Tinggi badan : 168 cm, BMI : 29.05 Kg/m² (Overweight), Kedua Mata : 20/20, Buta Warna : Tidak ditemukan
- gigi tanggal, sisa akar dan karang gigi pada pemeriksaan gigi
- Hasil Lab : SGOT : 14 U/L, SGPT : 22 U/L, Alkali Fosfatase : 114 U/L, Bilirubin Total : 0.44 mg/dL, Cholinesterase : 10388 U/L, HbA1c : 4.2 %, Glukosa Puasa : 96 mg/dL, Glukosa 2 Jam Postprandial : 121 mg/dL, Kolesterol Total : 120 mg/dL, Triglycerida : 91 mg/dL, Kolesterol LDL : 87 mg/dL, Kolesterol HDL : 48 mg/dL, Ureum : 17 mg/dL, Kreatinin : 0.94 mg/dL, Asam Urat : 4.5 mg/dL, Urine Rutin : (N)
- Jakarta Cardiovascular Score : -1, Faktor Resiko Jantung Koroner berdasarkan Jakarta Cardiovascular Score adalah Low Risk (10 years CAD event < 10 %)
- EKG : Normal ECG & Rontgen Thorax : Normal Chest X-Ray
- USG Abdomen By Radiologist : Fatty Liver (Ringan)

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 : Surveyor

Di lokasi : PHE & PHM Area

SARAN - SARAN

- Mulailah berhenti merokok dan terapkan hidup sehat dengan menghindari kebiasaan buruk yang dapat mengganggu kesehatan
- Diet rendah lemak dan olah raga rutin untuk menurunkan berat badan
- Kontrol ke dokter gigi setiap 6 bulan untuk perawatan / penanganan masalah gigi.
- Hindari konsumsi obat-obatan, jamu kecuali atas instruksi dokter, batasi konsumsi makanan berlemak, perbanyak nutrisi buah-buahan dan sayur-sayuran, olah raga teratur serta menghindari stress.

Kembali kontrol : 10-10-2026

Balikpapan, 16-10-2025

Hormat kami,

Validasi

dr. Reghina Kusumawardhani

Medical Review Officer

Serve with Trust, Quality & Excellence

Dokter Perusahaan

RAHASIA / CONFIDENTIAL



MEDICAL ASSESSMENT REPORT



No. MCU : 2510150042

Nama : Tn. Yohan Febrianto

Umur : 33 Tahun 4 Bulan

Perusahaan : BINAV MAJU SEJAHTERA, PT



00520250300289

AESCULAP MEDICAL CENTER
Medical Services Provider

1. INFORMASI PRIBADI / PERSONAL INFORMATION



00520250300289

Nama / Name of Employee : Tn. Yohan Febrianto
Tempat & tanggal lahir / Place & DOB : Malang, 23-05-1992
Umur / Age : 33 Tahun 4 Bulan
Jenis Kelamin / Gender : Laki - laki
No. Karyawan / Number of employees : -
Agama / Religion : Islam
Alamat / Address : Jalan Telaga Sari IV No 37 Rt 032/000...
No. Telepon / Phone Number : 082112499272

PERUSAHAAN / COMPANY

■ **Nama Perusahaan / Company name** : BINAV MAJU SEJAHTERA, PT
■ **Jabatan / Position** : Surveyor
■ **Departemen / Departement** : -
■ **Lokasi / Job Site** : PHE & PHM Area

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



2510150042

Tn. Yohan Febrianto / 33 Tahun 4 Bulan

2

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

Ya

■ 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



2510150042

Tn. Yohan Febrianto / 33 Tahun 4 Bulan



**POTENSI BAHAYA AKIBAT PEKERJAAN /
POTENSIAL HAZARD**

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

KEBIASAAN / HABITS

Olah raga / Sport : Ya , durasi 3 jam/minggu
Merokok / Smoking : Ya
Perhari / Amount day : 2 Batang /hari
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 : Stroke

Saudara Kandung / Brother or Sister : -

3. RIWAYAT PEKERJAAN / CAREER HISTORY

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



2510150042

Tn. Yohan Febrianto / 33 Tahun 4 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* : 86 x/min
Pernafasan / *Breathing rate* : 19 x/min
SpO2 / *Oxygen Saturation* : - %
Suhu Badan / *Body Temperature* : 36.3 ° C

ANTROPOMETRI / ANTHROPOMETRY

Tinggi badan / *Height* : 168 cm
Berat badan / *Weight* : 82 kg
BMI / *Body Mass Index* : 29.05 kg/m²
Lingkar Pinggang / *Waist Circumference* : 90 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 / <i>Visual Activity</i>	20/20	20/22
	Kedua Mata / <i>Both Eyes</i>	20/20	
2	Visus Dekat / <i>Reading Test (Near Visus)</i>	20/20	
	Tes Jaeger / <i>Jaeger Test</i>	-	-
3	Kedua Mata / <i>Both Eyes</i>	-	
4	Buta Warna / <i>Colour Blindness</i>	Tidak ditemukan	
5	Lapang Pandang / <i>Field of Vision</i> :	Right Eyes	Left Eyes
	Nasal	45 °	45 °
	Temporal	85 °	85 °
6	Kedalaman Penglihatan / <i>Depth of vision</i>	Normal	
7	Penglihatan Malam / <i>Night vision</i>	Normal	
8	Pemulihan Silau / <i>Glare recovery</i>	Normal	



2510150042

Tn. Yohan Febrianto / 33 Tahun 4 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**



2510150042

Tn. Yohan Febrianto / 33 Tahun 4 Bulan

6

Serve with Trust. Quality & Excellence



5. PEMERIKSAAN PENUNJANG / SUPPORTING EXAMINATION

■ Pemeriksaan Laboratorium / Laboratory Examination

Temuan utama / Major findings : -

■ 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 (Ringan)

■ 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 : -

■ Pemeriksaan Audiometri / Audiometry Examination

Kesimpulan / Conclusion : -



2510150042

Tn. Yohan Febrianto / 33 Tahun 4 Bulan

7

Serve with Trust. Quality & Excellence

6. KESIMPULAN DAN SARAN / SUMMARY AND SUGGESSTION

KESIMPULAN (SUMMARY)	SARAN (SUGGESTION)
- Riwayat kesehatan saat ini : merokok 2 batang/hari - Hasil Fisik : Tekanan darah : 120/80 mmHg, Berat badan : 82 Kg, Tinggi badan : 168 cm, BMI : 29.05 Kg/m² (Overweight), Kedua Mata : 20/20, Buta Warna : Tidak ditemukan - gigi tanggal, sisa akar dan karang gigi pada pemeriksaan gigi - Hasil Lab : SGOT : 14 U/L, SGPT : 22 U/L, Alkali Fosfatase : 114 U/L, Bilirubin Total : 0.44 mg/dL, Cholinesterase : 10388 U/L, HbA1c : 4.2 % ,Glukosa Puasa : 96 mg/dL ,Glukosa 2 Jam Postprandial : 121 mg/dL ,Kolesterol Total : 120 mg/dL ,Trigliserida : 91 mg/dL ,Kolesterol LDL : 87 mg/dL ,Kolesterol HDL : 48 mg/dL ,Ureum : 17 mg/dL ,Kreatinin : 0.94 mg/dL ,Asam Urat : 4.5 mg/dL ,Urine Rutin : (N) - Jakarta Cardiovascular Score : -1 , Faktor Resiko Jantung Koroner berdasarkan Jakarta Cardiovascular Score adalah Low Risk (10 years CAD event < 10 %) - EKG : Normal ECG & Rontgen Thorax : Normal Chest X-Ray - USG Abdomen By Radiologist : Fatty Liver (Ringan)	- Mulailah berhenti merokok dan terapkan hidup sehat dengan menghindari kebiasaan buruk yang dapat mengganggu kesehatan - Diet rendah lemak dan olah raga rutin untuk menurunkan berat badan - Kontrol ke dokter gigi setiap 6 bulan untuk perawatan / penanganan masalah gigi. - Hindari konsumsi obat-obatan, jamu kecuali atas instruksi dokter, batasi konsumsi makanan berlemak, perbanyak nutrisi buah-buahan dan sayur-sayuran, olah raga teratur serta menghindari stress.
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 : 15-10-2025 Valid until : 10-10-2026



2510150042

Tn. Yohan Febrianto / 33 Tahun 4 Bulan

Serve with Trust. Quality & Excellence



Nama Pasien : Tn. Yohan Febrianto
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 23-05-1992 / 33 Tahun 4 Bulan
Alamat : Jalan Telaga Sari IV No 37 Rt 032/000
Balikpapan

No. Lab / Tgl : 2510150042 / 15-10-2025
Dokter : dr. Aswar Makruf, MKKK
Alamat : Jl. Indrakila (Straat 3) No. 17 RT. 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	16.4	13.4 - 17.3	g/dL
Leukosit	11.1	5.0 - 11.1	10 ³ /uL
Eritrosit	6.1	3.5 - 6.3	10 ⁶ /uL
Trombosit	301	150 - 450	10 ³ /uL
Hematokrit	49.9	39.9 - 51.1	%
LED 1 Jam	6	0 - 10	mm/jam
Basofil	0	0 - 1	%
Eosinofil	0	0 - 3	%
LYM %	28	20 - 40	%
MID %	10	3 - 15	%
GRA %	62	50 - 70	%
MCV	81.8	73.4 - 100.0	fl
MCH	26.8	24.2 - 34.0	pg
MCHC	32.8	31.9 - 36.0	g/dL
RDW	15.1	11.3 - 16.0	%
KIMIA KLINIK			
FUNGSI HATI			
SGOT	14	0 - 37	U/L
SGPT	22	0 - 40	U/L
Alkali Fosfatase	114	53 - 128	U/L
Bilirubin Total	0.44	0.30 - 1.10	mg/dL
Cholinesterase	10388	3930 - 11500	U/L
METABOLISME KARBOHIDRAT / DIABETES			
HbA1c	4.2	< 5.7	%
Glukosa Puasa	96	70 - 100	mg/dL
Glukosa 2 Jam Postprandial	121	< 140	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Kolesterol Total	120	< 200	mg/dL
Trigliserida	91	< 150	mg/dL



2510150042

Tn. Yohan Febrianto / 33 Tahun 4 Bulan

9

Serve with Trust. Quality & Excellence



Nama Pasien : Tn. Yohan Febrianto
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 23-05-1992 / 33 Tahun 4 Bulan
Alamat : Jalan Telaga Sari IV No 37 Rt 032/000
Balikpapan

No. Lab / Tgl : 2510150042 / 15-10-2025
Dokter : dr. Aswar Makruf, MKKK
Alamat : Jl. Indrakila (Straat 3) No. 17 RT. 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
Kolesterol LDL	87	< 100	mg/dL
Kolesterol HDL	48	40 - 60	mg/dL
FUNGSI GINJAL			
Ureum	17	10 - 50	mg/dL
Kreatinin	0.94	0.60 - 1.30	mg/dL
Asam Urat	4.5	3.5 - 7.2	mg/dL
URINALISA			
Urine Rutin			
Kimia			
- Berat Jenis	1030	1003 - 1030	
- pH	6	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	3-4	1.00 - 5.00 / LPB	LPB
- Silinder	Negatif	Negatif	
- Epithel	1-4	< 10 / LPK	LPK
- Bakteri	Negatif	Negatif	
- Kristal	Negatif	Negatif	
- Lain-lain	Negatif	Negatif	
Makroskopis			
- Warna	Kuning	Kuning	
- Kejernihan	Jernih	Jernih	

LAIN - LAIN



2510150042

Tn. Yohan Febrianto / 33 Tahun 4 Bulan

10

Serve with Trust. Quality & Excellence



Nama Pasien : Tn. Yohan Febrianto
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tgl. Lahir / Umur : 23-05-1992 / 33 Tahun 4 Bulan
Alamat : Jalan Telaga Sari IV No 37 Rt 032/000
Balikpapan

No. Lab / Tgl : 2510150042 / 15-10-2025
Dokter : dr. Aswar Makruf, MKKK
Alamat : Jl. Indrakila (Straat 3) No. 17 RT. 24

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
Jakarta Cardiovascular Score	-1	Low Risk (-7 s/d 1)	
Screening Psikologi - SRQ 29	Normal		

Hasil berupa angka menggunakan sistem desimal dengan separator titik.
Tanda * menunjukkan nilai di atas atau di bawah nilai rujukan.



2510150042

Tn. Yohan Febrianto / 33 Tahun 4 Bulan

11

Serve with Trust. Quality & Excellence



Jakarta Cardiovascular Score

No : 2510150042
Nama : Tn. Yohan Febrianto
Umur : 47 Tahun
Tgl. Periksa : 15 Oktober 2025
Perusahaan : PT. BINA MAJU SEJAHTERA

Risk Factor		Score
Sex	Male	1
Age	25-34	-4
Blood Pressure	Normal (<130/<85)	0
BMI	26.00-29.99	1
Smoking	Smoker	4
Diabetes Mellitus	No	0
Physical Exercise/Activity	High	-3
Total Score	-1	
Low Risk (CV10 < 10%)		

ECG Report

PatID

ECG No. 2510150042

Name Yohan F

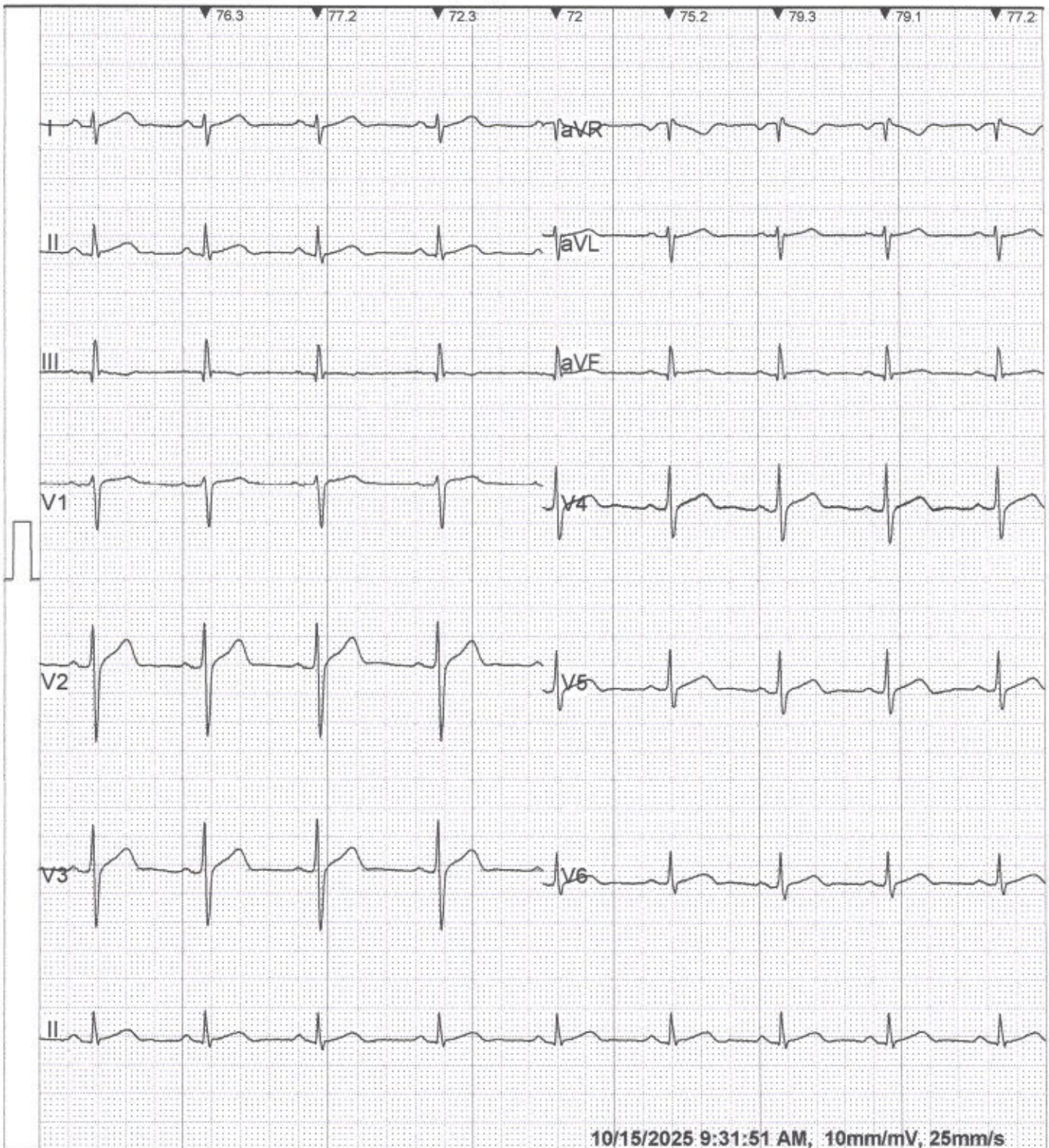
Sex M

Age 33Y

Req.Dept.

Bed/Wards

InPatNo BINAV



10/15/2025 9:31:51 AM, 10mm/mV, 25mm/s

ECG Parameters :

HR =75 bmp

PR =146 ms

QRS=103 ms

QRS Axis=100(Deg.)

QT/QTc=353/396 ms

RV5/SV1=0.675/0.735 mV

ECG Diagnosis:

Normal sinus rhythm

Rpt.Date: 10/15/2025 9:33:02 AM

Exam/Dr.:

dr. Reghina Kusumawardhani

SIP : 449 1/8310 SIP/DPMPTSP



Serve with Trust. Quality & Excellence



STEREO OPTICAL INDUSTRIAL VISION TESTER RECORD FORM



No. MCU : 2510150042

Jabatan :

Nama : Tn. Yohan Febrianto / Laki - laki

Lokasi/Perusahaan : **B/NAV**

: 23-05-1992

33 Tahun 4 Bulan

Umur : B/NAV MAJU SEJAHTERA PT

Tanggal

15/10/25

Kacamata : Ya / ~~Tidak~~

Far
Point
(20
Ft.)
Tests

" 14
Other

INTERMEDIATE DISTANCE TEST															
TEST DISTANCE	INCHES	20	22	26	31	40									
	CM	50	57	66	80	100									
Demonstration															
1 Slide	Hitam														
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					
Depth		↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑
6 Color		12	5	26	6	16	0								
7 Vertical		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
8 Lateral		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
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 (.....)

15 Pemulihan silau (glare recovery)

:

normal / abnormal (.....)

Kesimpulan

Visus Jauh

Buta Warna

Pemeriksa

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)



CHEST X-RAY

NO. ID / LAB : 00520250300289 / 2510150042

Jabatan : Surveyor

Umur : 33 Tahun 4 Bulan

Tanggal Periksa : 15-10-2025

Nama : Tn. Yohan Febrianto

Perusahaan : BINAV 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, 15-10-2025

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

HASIL PEMERIKSAAN GIGI

Result of Dental Examination



No. Register

2510150042

Nama lengkap

Tn. Yohan Febrianto / Laki - laki

Umur

23-05-1992

33 Tahun 4 Bulan
BINAV MAJU SEJAHTERA PT

Posisi/Jabatan :

Perusahaan :

Tanggal MCU :

ODONTOGRAM :

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

TEMUAN/DIAGNOSIS :

- Terdapat kalkulus RA + RB
- Gigi 18, 16, 38 sisa akar
- Gigi 46, 48 hilang

RENCANA PERAWATAN :

- Bersihkan karang gigi
- Cabut gigi sisa akar
- Pakai protesa

Dokter Gigi Pemeriksa,

drg. Yuliana Kadir
No. SIP: 449.1/2089.SIP/DPMP



HASIL PEMERIKSAAN USG ABDOMEN

Result of USG Abdomen Examination



No.MCU

2510150042

Nama / Name

Tn. Yohan Febrianto / Laki - laki
23-05-1992

Umur /Age

33 Tahun 4 Bulan
BINAV MAJU SEJAHTERA PT

Jabatan / Job Position :

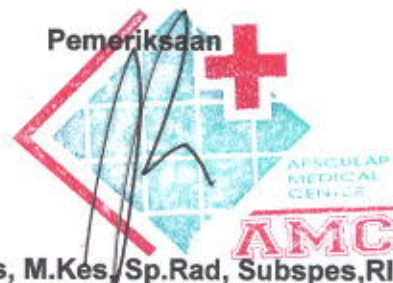
Perusahaan / Company :

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 (Ringan)
- Organ Abdominal Lainnya Normal



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

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.

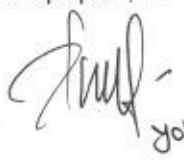
Kami tegaskan bahwa jawaban Anda bersifat rahasia dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

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 /10/ 2025


Johan Febrario

(Nama & tanda-tangan)

Hasil Interpretasi :

Normal


dr. Reghina Kusumawardhani

Medical Review Officer

13. Pengobatan jangka waktu yang lama : pernah/tidak pernah*) Penyakit apa : Kapan :

14. Kejadian lain :
- a. Kecelakaan : (pernah/tidak *) Kapan Jenis kecelakaan
- b. Operasi : (pernah/tidak *) Kapan Jenis operasi
- c. Dirawat di RS : (pernah/tidak *) Kapan Jenis penyakit
- d. Cacat Tubuh : (ada/tidak ada) Karena apa
15. Penyakit Dalam Keluarga:
- a. Ayah : (sehat/sakit/sudah meninggal *) Kapan Penyakit apa
- b. Ibu : (sehat/sakit/sudah meninggal *) Kapan 2013 Penyakit apa DIABETES
- c. Saudara Kandung : (sehat/sakit/sudah meninggal *) Kapan Penyakit apa
- d. Penyakit No.11 : pernah diderita oleh : Ayah/Ibu/Saudara Kandung/Tidak ada *)
16. Riwayat Kandungan/Kebidanan (khusus wanita) :
- Status : Kawin/Duda/Janda/ Belum Kawin *)
- a. Kebidanan :
- Saat ini sedang hamil : ya/tidak *) Jika ya berapa bulan :
 - Jumlah Kehamilan :
 - Jumlah melahirkan :
 - Jumlah melahirkan anak mati :
 - Jumlah keguguran :
- b. Kandungan
- Tanggal haid terakhir :
 - Frekuensi haid : teratur/tidak *) Siklus haid setiap : hari
 - Jumlah haid : sedikit/sedang/banyak *)
 - Nyeri haid : ya / tidak *)
- c. Keputihan : Ya/Tidak *) , Jika ya,
- Bening / keruh *)
 - Gatal / Tidak gatal *)
17. Penggunaan contact lens ? : ya / tidak *)
18. Riwayat tindakan Laser pada mata ? : ya / tidak *)

KEBIASAAN KHUSUS

19. Pola makan
- a. Diet khusus : Ya/Tidak *)
- b. Frekuensi konsumsi buah : porsi/minggu
- c. Frekuensi konsumsi sayur : porsi/minggu
20. Olah raga : jenis : rutin/tidak rutin *) frekuensi/minggu :
21. Merokok :
- d. Ya : batang/hari lama : tahun Jenis : kretek/putih *)
- e. Tidak
- f. Pernah merokok
- g. Perokok pasif, terpapar dari : rekan kerja/lingkungan/keluarga/lain-lain *)
22. Obat Rutin : Ya/Tidak Bila Ya, tulis obat rutinnya :

23. Riwayat alergi : Ada/ Tidak Bila Ada, tulis alergennya :
24. Lain-lain :

Demikianlah keterangan di atas saya berikan dengan sesungguhnya dan saya bersedia bertanggung jawab atas akibatnya bila kemudian ternyata saya memberikan keterangan yang tidak benar.

Dengan ini pula saya menyatakan

- Berdasarkan Undang-Undang RI No.29 Tahun 2004 tentang Praktik kedokteran Pasal 47 dan Peraturan Menteri Kesehatan No.269/MENKES/PER/2009 tentang Rekam Medis Pasal 12, saya menyadari data hasil pemeriksaan kesehatan saya ini merupakan dokumen rekam medis yang dimiliki oleh Fungsi Medical Pertamina
- Berdasarkan Undang-Undang RI No.29 Tahun 2004 tentang Praktik kedokteran Pasal 48 dan Peraturan Menteri Kesehatan No.269/MENKES/PER/2004 tentang Rekam Medis Pasal 10, saya mengajukan permintaan kepada Fungsi Medical untuk membuka ini rekam medis tersebut kepada Manajemen yang ditunjuk Pertamina untuk keperluan proses rekrutmen saya menjadi pekerja di Pertamina.
- Memberikan kepercayaan kepada Manajemen Pertamina untuk menjaga kerahasiaan rekam medis saya dan tidak mendiskusikannya di luar keperluan sebagaimana dimaksud dalam butir 2 diatas
- Menerima keputusan Dokter Pemeriksaan Kesehatan Calon Pekerja Pertamina dan saya tidak akan membuat Surat Keterangan Dokter Tandingan (second opinion)



*) Coret yang tidak perlu

**) Beri tanda checklist V, untuk pilihan yang sesuai

PERTAMINA HULU MAHAKAM

KUESIONER KESEHATAN

TAHUN 20²⁵.

Nama Lengkap

Jenis Kelamin

Perusahaan

No. Pekerja

Jenis Pemeriksaan

: JOHAN FEBRIANTO

: Laki-laki / ~~Perempuan~~

: PT. BINAU MAJU SEJAHTERA

:

: ☐ Calon karyawan

☒ Berkala

☐ Sebelum Pensiun

PERTAMINA HULU MAHAKAM

SURVEILLANCE KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

1. NIK : 6402142305920002
2. Tempat/Tanggal Lahir : MALANG 23 - 05 - 1992
3. Posisi Pekerjaan/Jabatan : Surveyor
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:
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: 1 orang, Anak perempuan: 0 orang
10. Alamat sekarang : JL. TELAGA SARI IV
11. No. Extension Telpn : 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

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 : 3-5 jam/hari
2. Warehouse : jam/hari
3. Workshop : jam/hari
4. Process area : 5-6 jam/hari
5. Well/Offshore : jam/hari

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 ALKOHOOL

- | | | |
|---|-------|--|
| 1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol? | 1. Ya | 2. Tidak ☒
<i>Bila langsung ke olahraga</i> |
| 2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? | 1. Ya | 2. Tidak ☒
<i>Bila langsung ke olahraga</i> |
| 3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir? | 1. Ya | 2. Tidak ☒
<i>Bila langsung ke olahraga</i> |
| 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. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan? | | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya? (dalam menit) | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 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? | ☒ |
| 2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran? | ☒ |
| 3. Program Diet yang dilakukan saat ini? (Contoh: Diet tinggi protein, DII) : | |

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:

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, 17.10..... 20.25..

Nama dan tanda tangan karyawan



(..... JOHAN FEDEANRO