



**PEMERINTAH PROVINSI KEPULAUAN RIAU**  
**RSUD ENGKU HAJI DAUD**

Jalan Indun Suri – Simpang Busung Nomor. 1 Tanjung Uban Kode Pos 29152  
Telepon. ( 0771 ) 482655 ; 482796 Faks. ( 0771 ) 482795  
E-mail : [info@rsudtanjunguban.com](mailto:info@rsudtanjunguban.com) Website : [www.rsudtanjunguban.org](http://www.rsudtanjunguban.org)



TERAKREDITASI PARIPURNA  
KARS

**SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL**  
**(Untuk Persyaratan Surat Tanda Registrasi)**

Sesuai dengan keterangan dari pemohon dan hasil pemeriksaan Majelis Penguji Kesehatan,  
maka dengan ini :

Nama : KURNIAKIN W.S GIRSANG, Sp.PD

Kompetensi : Dokter Spesialis Penyakit Dalam

Pada Pemeriksaan hari ini dinyatakan bahwa :

- Sehat secara Fisik dan Mental untuk melaksanakan praktik Kedokteran Spesialis Penyakit Dalam.

Tanjung Uban, 11 Maret 2019

Dokter yang memeriksa



**dr. Yohana Ika Karolina**

**SIP No. 446/KES/DU/VIII/2/38/2017**



## DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

### A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: <u>12.1.1.401.3.15.073303</u>	
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>Dr. KURNIAKIN WALRISMAN SAHATA GIRSANO, Sp. PD</u>
2	JENIS KELAMIN: <u>1. Laki-laki</u> 2. Perempuan
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>Banjarnegara, 18-06-1971</u>
4	ALAMAT <u>KOMP. PLANO GARDEN BLOK E1 NO. 6</u>
5	KECAMATAN <u>BATAM KOTA</u> KABUPATEN/KOTA <u>BATAM</u> KODEPOS <u>29152</u>
6	PROPINSI: <u>KEPULAUAN RIAU</u>
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>08127000501</u>
8	ALAMAT E-MAIL: <u>kurnialin_wsg@yahoo.com</u>
9	NO. ANGGOTA IDI/PDGI:
10	TANGGAL PENGISIAN ..... <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">13</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">03</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">20</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">19</table> TGL                      BULAN                      TAHUN

*Mohon setiap pertanyaan di bawah ini diberi jawaban sesuai dengan keadaan sebenarnya. Setelah selesai diisi, periksa kembali agar tidak ada yang dikosongkan.*

### B. KETERANGAN TEMPAT DAN JENIS PRAKTEK: (BISA MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi)  <u>2</u> Dokter Spesialis/Dokter Gigi-Spesialis, sebutkan <u>PENY. DALAM</u>  3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____ </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
B.2	Jenis Tempat Praktek?	1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah) <u>2</u> KLINIK/RUMAH SAKIT 3. PERUSAHAAN 4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll), Jelaskan _____
B.3	Apakah ada shift/jaga malam/rotasi	1. Ya 2. Kadang-kadang/Tidak teratur <u>3</u> Tidak Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)



### C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN			
2.1.	INFORMASI UMUM: BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK		
2.1.1.	Apakah Anda secara periodik memeriksakan kesehatan? .....				
2.1.2.	Tahun berapa Anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____				
2.1.3.	Apakah Anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓			
2.2	RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA,	TIDAK		
2.2.1	Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit?		✓		
2.2.2.	Jika ya, jelaskan untuk penyakit apa saja Anda dirawat:				
	_____ tahun _____				
	_____ tahun _____				
	_____ tahun _____				
	_____ tahun _____				
2.2.3.	Apakah saat ini Anda mempunyai suatu disabilitas (ketidakmampuan tertentu dalam bekerja ?		✓		
2.2.4	Apakah disabilitas tersebut tidak dapat dikoreksi ?				
2.2.5	Apakah disabilitas tersebut mengganggu pelayanan medis yang anda berikan ?				
2.2.6	Jika ada disabilitas, jelaskan :				
	Gangguan kekuatan fisik				
	Gangguan ketrampilan motorik (tremor, kelemahan otot)				
	Gangguan pendengaran yang mengganggu komunikasi interpersonal				
	Gangguan bicara yang mengganggu komunikasi interpersonal				
	Gangguan penglihatan berat (tidak dapat membaca font 12 tanpa loop)				
	Gangguan memori				
	Gangguan Mental				
2.3	RIWAYAT PENGobatan DAN KEBIASAAN BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK		
2.3.1	Apakah Anda saat ini sedang menjalani pengobatan ?		✓		
2.3.2	Jika ya, jelaskan pengobatan apa _____				
2.3.3	Apakah pengobatan tersebut dapat mempengaruhi kinerja Anda ?				
2.3.4	Apakah Anda suka mengonsumsi obat-obat yang tergolong NARKOBA?				



## RESUME

Jika anda sedang dalam pengobatan atau ada disabilitas, mohon beri keterangan singkat mengenai kondisi anda pada baris di bawah ini :

---

---

---

---

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan, bahwa berdasarkan pengetahuan saya semua keterangan yang saya berikan adalah benar, sesuai dengan keadaan saat ini. Jika di kemudian hari ternyata diketahui ada keterangan yang tidak benar, saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan STR sesuai ketentuan yang berlaku

TE. UBAN, tanggal 13 MARET 2019



in diatas meterai

A. KURNIAKIN W S EKSANG, Sp. PD  
(Nama jelas)