



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUBANG
DINAS KESEHATAN
UPTD LABKESDA

Jl. D. Kartawigenda Kel. Cigadung Email : uptdlabkesdakabsubang@gmail.com
SUBANG 41213

SURAT KETERANGAN DOKTER

Nomor : 000.1/5126/SKD/LABKES/ X /2025

Yang bertanda tangan dibawah, Dokter Pemeriksa menerangkan bahwa ;

Nama : Syarifudin Baharsyah
Tempat Tanggal Lahir : Subang, 12 Oktober 1990
Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan
Alamat : Dusun Sidamukti RT. 028 Rw. 012
Desa Wanakarta, kec. Purwadadi kab. Subang

Telah dilakukan Pemeriksaan Kesehatan di UPTD Labkesda Kabupaten Subang

Pada Tanggal : 24 Oktober 2025

Dinyatakan dalam keadaan : **SEHAT JASMANI DAN ROHANI**

Keterangan :

Tinggi Badan	: 160 cm	RR	: 20 x/menit
Berat Badan	: 63 kg	Suhu	: 36 °C
Tekanan Darah	: 110/80 mmHg	Golongan Darah	: <u>O / A / B / AB</u>
Nadi	: 80 x/menit	Buta Warna	: <u>YA / TIDAK</u>

Surat Keterangan ini dipergunakan untuk keperluan : DPB (Pendidikan Profesi Guru)
guru tertentu dalam jabatan

Yang diperiksa

SYARIFUDIN BAHARSYAH

Subang, 24 Oktober 2025
Dokter Pemeriksa



dr. Rima Karimah
NIP. 198908302024212012



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUBANG
DINAS KESEHATAN
UPTD LABKESDA

Jl. D. Kartawigenda Kel. Cigadung Email : uptdlabkesdakabsubang@gmail.com
SUBANG 41213


NAMA	: SYARIFUDIN BAWARSYAH	JENIS KELAMIN	: Laki-Laki / Perempuan
UMUR	: 35 Tahun	ALAMAT	: PURWADADI - SUBANG

Self Rating Questionnaire (SRQ)-20

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 **Ya**. Sebaliknya apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak Anda alami dalam **30 hari terakhir**, berilah tanda silang (X) pada kolom **Tidak**. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Ya dan Tidak. Jawaban Anda bersifat rahasia.

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda sering merasa sakit kepala?		✓
2	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?		✓
3	Apakah tidur Anda tidak nyaman?		✓
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 merasa 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?		✓

Yang diperiksa


SYARIFUDIN BAWARSYAH

Subang, 24 OKTOBER 2025

Dokter yang memeriksa


dr. Rima Karimah
NIP. 198908302024212012