



## SURAT KETERANGAN DOKTER

No. 449.1/001168-MCU/Pel

Yang bertanda tangan di bawah ini : **dr. LIMAS SITI SYAROH**  
Dokter pemeriksa kesehatan pada RSUD ARJAWINANGUN KABUPATEN CIREBON dengan  
sesungguhnya mengingat sumpah waktu menerima jabatan.

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **TRİYANA**  
Tempat/Tgl Lahir : **KAB CIREBON, 03-01-1982**  
Jenis Kelamin : **Perempuan**  
No RM : **1150141**  
Alamat : **BLOK KALIMATI RT. 002 RW. 004 Kel/Desa .WALAHAR Kec.  
GEMPOL Kab/Kota. KAB. CIREBON prov. JAWA BARAT**

Keperluan : **persyaratan pendaftaran PPG**

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan pada tanggal: **29 Oktober 2025**  
Bahwa yang diperiksa dalam keadaan **SEHAT**

Keterangan : **PEMERIKSAAN**

Berat Badan	:	56	Kg
Tinggi Badan	:	153	Cm
Tekanan Darah	:	110 / 70	MmHg
Pulse/Nadi	:	84	X/Menit
Respirasi	:	20	X/Menit
Suhu	:	36.50	°C

Pemeriksaan/test khusus :

BMI : **23.92**  
Pemeriksaan Fisik : **Dalam batas normal, riwayat HNP**

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

KAB. CIREBON, 29 Oktober 2025  
Dokter yang memeriksa,



**dr. LIMAS SITI SYAROH**  
Nip. 199303072024212006