

**PERSYARATAN ADMINISTRASI UNTUK MENDAPATKAN STR
(SURAT TANDA REGISTRASI)**

1. Mengisi formulir P2KB

2. Melunasi Biaya Pendaftaran P2KB Kepada IDI Cabang Jakarta

Utara, melalui: -

BCA KCP Boulevard Timur

No Rekening 66 00 38 05 49 a.n. Indriati Kusuma (atau) Julian,

MARS, Dr.

Sebesar Rp 150.000,- Dan

3. Ke Rekening PB IDI Melalui BNI Cabang Menteng

No Rekening 31 452 6120 a.n PB IDI / Bea Siswa

Sebesar Rp 150.000,-

DATA PESERTA PROGRAM P2KB DPU

Nama Lengkap (sesuai ijazah) :.....
Alamat :.....
:.....
Handpone :.....
Email :.....

Data Organisasi

Nomor Pokok Anggota :.....

Data Pendidikan

Asal Universitas :.....
Tahun Masuk :.....
Tahun Lulus :.....

Data Praktik

Jumlah Tempat Praktik :.....
Alamat Praktik Pertama :.....
No. Rekomendasi IDI :.....
No. SIP :.....

Alamat Praktik Kedua :.....
No. Rekomendasi IDI :.....
No. SIP :.....

Alamat Praktik Ketiga :.....
No. Rekomendasi IDI :.....
No. SIP :.....

Data dokumen

Nomor Sertifikat Kompetensi :.....
Nomor Surat Registrasi :.....
Tanggal berakhir STR :.....

LAPORAN KEGIATAN

Tahun : 1 (Pertama)

Periode :.....s/d.....

1. RANAH PEMBELAJARAN

NO	NAMA KEGIATAN	TANGGAL KEGIATAN	SKP	JENIS DOKUMEN BUKTI	NO DOKUMEN BUKTI

Ranah Pembelajaran Kedokteran dan Kesehatan berisi **Kegiatan Pribadi, Kegiatan Internal dan Kegiatan External** , bobot kegiatan ini **10 - 15 SKP per tahun**, total ranah pembelajaran Kedokteran dan Kesehatan dalam 5 tahun 50 - 75 SKP.

2. RANAH PROFESIONAL KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

NO	NAMA KEGIATAN	TANGGAL KEGIATAN	SKP	JENIS DOKUMEN BUKTI	NO DOKUMEN BUKTI

Ranah Profesionalisme berisi **Kegiatan Pribadi dan Kegiatan Internal** , bobot kegiatan ini **15 – 30 SKP per tahun**, total Ranah Profesionalisme dalam 5 tahun **75 – 150 SKP**.

3. RANAH PENGABDIAN MASYARAKAT DAN PROFESI

NO	NAMA KEGIATAN	TANGGAL KEGIATAN	SKP	JENIS DOKUMEN BUKTI	NO DOKUMEN BUKTI

Ranah Pengabdian Masyarakat dan Profesi berisi **Kegiatan Pribadi dan Kegiatan External** , bobot kegiatan ini **5 - 10 SKP per tahun**, total Ranah Pengabdian Masyarakat dan Profesi dalam 5 tahun **25 - 50 SKP**.

4. RANAH ILMIAH DAN POPULER

NO	NAMA KEGIATAN	TANGGAL KEGIATAN	SKP	JENIS DOKUMEN BUKTI	NO DOKUMEN BUKTI

Ranah Publikasi Ilmiah dan Populer berisi **Kegiatan Pribadi dan Kegiatan External** , bobot kegiatan ini **0 – 20 SKP per tahun**, total Ranah Publikasi Ilmiah dan Populer dalam 5 tahun **0 – 100 SKP**.

5. RANAH PENGEMBANGAN ILMU DAN PENDIDIKAN

NO	NAMA KEGIATAN	TANGGAL KEGIATAN	SKP	JENIS DOKUMEN BUKTI	NO DOKUMEN BUKTI

Ranah pengembangan Ilmu dan Pendidikan berisi **Kegiatan Internal**, bobot kegiatan ini **0 - 20 SKP per tahun**, total Ranah Publikasi Ilmiah dan Populer dalam 5 tahun **0 - 100 SKP**.

RESUME VERIFIKASI

Telah dilakukan verifikasi kegiatan P2KB :

Nama :

NPA IDI :

Periode Kegiatan :s/d.....

Hasil Verifikasi:

1. Ranah Pembelajaran :.....SKP

2. Ranah Profesionalisme :.....SKP

3. Ranah Pengabdian :.....SKP

4. Ranah Publikasi Ilmiah :.....SKP

5. Ranah Pengembangan Ilmu :.....SKP

TOTAL :.....SKP

Jakarta ;20.....

Verifikator

(.....)

3. RANAH PENGABDIAN MASYARAKAT DAN PROFESI

NO	NAMA KEGIATAN	TANGGAL KEGIATAN	SKP	JENIS DOKUMEN BUKTI	NO DOKUMEN BUKTI

Ranah Pengabdian Masyarakat dan Profesi berisi **Kegiatan Pribadi dan Kegiatan External** , bobot kegiatan ini **5 – 10 SKP per tahun**, total Ranah Pengabdian Masyarakat dan Profesi dalam 5 tahun **25 – 50 SKP**.

RESUME VERIFIKASI

Telah dilakukan verifikasi kegiatan P2KB :

Nama :

NPA IDI :

Periode Kegiatan :s/d.....

Hasil Verifikasi:

1. Ranah Pembelajaran :.....SKP

2. Ranah Profesionalisme :.....SKP

3. Ranah Pengabdian :.....SKP

4. Ranah Publikasi Ilmiah :.....SKP

5. Ranah Pengembangan Ilmu :.....SKP

TOTAL :.....SKP

Jakarta ;20.....

Verifikator

(.....)

2. RANAH PROFESIONAL KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

NO	NAMA KEGIATAN	TANGGAL KEGIATAN	SKP	JENIS DOKUMEN BUKTI	NO DOKUMEN BUKTI

Ranah Profesionalisme berisi **Kegiatan Pribadi dan Kegiatan Internal** , bobot kegiatan ini **15 - 30 SKP per tahun**, total Ranah Profesionalisme dalam 5 tahun **75 - 150 SKP**.

RESUME VERIFIKASI

Telah dilakukan verifikasi kegiatan P2KB :

Nama :

NPA IDI :

Periode Kegiatan :s/d.....

Hasil Verifikasi:

1. Ranah Pembelajaran :.....SKP

2. Ranah Profesionalisme :.....SKP

3. Ranah Pengabdian :.....SKP

4. Ranah Publikasi Ilmiah :.....SKP

5. Ranah Pengembangan Ilmu :.....SKP

TOTAL :.....SKP

Jakarta ;20.....

Verifikator

(.....)

RESUME VERIFIKASI

Telah dilakukan verifikasi kegiatan P2KB :

Nama :

NPA IDI :

Periode Kegiatan :s/d.....

Hasil Verifikasi:

1. Ranah Pembelajaran :.....SKP

2. Ranah Profesionalisme :.....SKP

3. Ranah Pengabdian :.....SKP

4. Ranah Publikasi Ilmiah :.....SKP

5. Ranah Pengembangan Ilmu :.....SKP

TOTAL :.....SKP

Jakarta ;20.....
Verifikator

(.....)

LAPORAN KEGIATAN

Tahun : 5 (Lima)

Periode :.....s/d.....

1. RANAH PEMBELAJARAN

NO	NAMA KEGIATAN	TANGGAL KEGIATAN	SKP	JENIS DOKUMEN BUKTI	NO DOKUMEN BUKTI

Ranah Pembelajaran Kedokteran dan Kesehatan berisi **Kegiatan Pribadi, Kegiatan Internal dan Kegiatan External** , bobot kegiatan ini **10 - 15 SKP per tahun**, total ranah pembelajaran Kedokteran dan Kesehatan dalam 5 tahun 50 - 75 SKP.

RESUME VERIFIKASI

Telah dilakukan verifikasi kegiatan P2KB :

Nama :

NPA IDI :

Periode Kegiatan :s/d.....

Hasil Verifikasi:

1. Ranah Pembelajaran	:.....SKP
2. Ranah Profesionalisme	:.....SKP
3. Ranah Pengabdian	:.....SKP
4. Ranah Publikasi Ilmiah	:.....SKP
5. Ranah Pengembangan Ilmu	:.....SKP
	<hr/>
TOTAL	:.....SKP

Jakarta ;20.....
Verifikator

(.....)

REKAPITULASI RESUME VERIFIKASI

Telah dilakukan verifikasi kegiatan P2KB :
Nama :
NPA IDI :
Periode Kegiatan :s/d.....

Hasil Verifikasi:

1. Ranah Pembelajaran	:.....SKP
2. Ranah Profesionalisme	:.....SKP
3. Ranah Pengabdian	:.....SKP
4. Ranah Publikasi Ilmiah	:.....SKP
5. Ranah Pengembangan Ilmu	:.....SKP
TOTAL	----- :.....SKP

Jakarta ;20.....
Verifikator

(.....)

Mengetahui,
Ketua IDI Cabang Jakarta Utara

Dr. Dharmawan Ardi, SpKI
NPA.IDI. 1103.47543

FORMULIR 4

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat Rumah :

Tempat, Tanggal Lahir :

Status Pernikahan :

Telp / HP :

Email :

Anggota IDI :

No. NPA :

No. STR :

No. KTP :

No. SIP :

Menyatakan bersedia memenuhi persyaratan Resertifikasi STR selanjutnya/untuk 5 tahun yang akan datang, sesuai peraturan yang berlaku.

Jakarta,

Materai
Rp 6000

(Dr.)

DAFTAR ISI

UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS

NO. REGISTRASI KKI : _____
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR : _____
2. JENIS KELAMIN : 1. Laki-laki 2. Perempuan
3. TEMPAT, TANGGAL LAHIR : _____
4. ALAMAT : _____
5. KECAMATAN _____ KABUPATEN/KOTA _____ KODEPOS _____
6. PROPINSI _____
7. NOMOR TELEPON/HP : _____
8. EMAIL : _____
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI : _____
10. TANGGAL PENGISIAN :
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

(DAPAT MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan _____ 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2	Jenis Tempat Praktek	1. PERORANGAN (di rumah/di luar rumah) 2. 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 3. Tidak Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)

C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN

No.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
2.1	<u>INFORMASI UMUM</u> <i>beri tanda (√) pada kolom yang sesuai</i>		
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 aktivitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?		
2.2	<u>RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS</u> <i>beri tanda (√) pada kolom yang sesuai</i>		
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 keterampilan 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	<u>RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS</u> <i>beri tanda (√) pada kolom yang sesuai</i>		
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

....., tanggal



(Nama jelas)

SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL
(untuk persyaratan Surat Tanda Registrasi)

Sesuai dengan keterangan dari pemohon dan hasil pemeriksaan Majelis Penguji Kesehatan (jika ada), maka dengan ini:

Nama (pemohon) : _____

Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi

2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis _____

3. Dokter Spesialis Konsultan _____

Pada pemeriksaan hari ini dinyatakan bahwa :

- Sehat secara fisik dan mental untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi
- Kondisi kesehatan fisik dan mental untuk sementara belum memenuhi syarat kesehatan dan memerlukan pengobatan/perawatan
- Kondisi kesehatan fisik dan mental tidak memungkinkan untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi

Tempat _____, Tanggal ____ Bulan _____ Tahun _____

(Nama jelas: _____)

No SIP. _____

SURAT PERNYATAAN KEPATUHAN ETIKA PROFESI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tempat, tanggal lahir :

NPA IDI :

Asal IDI Cabang :

Alamat :

.....

Berdasarkan Sumpah Dokter yang telah saya lafazkan, menyatakan akan mematuhi Etika Profesi Dokter Indonesia dan siap menjalani sanksi Etika jika saya melakukan pelanggaran.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

....., 20....



(.....)

Mengetahui,
Ketua IDI Cabang Jakarta Utara

Dr. Dharmawan Ardi, SpKI
NPA.IDI. 1103.47543