



JURUSAN AKUNTANSI

FAKULTAS EKONOMI UNIKOM

KAMPUS I : JL. DIPATI UKUR 112 TELP. (022) 2504119, 2503430 BANDUNG 40132
KAMPUS II : JL. DIPATI UKUR 114-116 TELP. (022) 2506634, 2503371 BANDUNG 40132
KAMPUS III : JL. DIPATI UKUR 102 TELP. (022) 2506637, FAX. 2533754 BANDUNG 40132
KAMPUS IV : JL. DIPATI UKUR 114 TL. (022) 2503054, 2506553, 2508805 BANDUNG 40132

SURAT KETERANGAN HASIL KULIAH KERJA PRAKTEK

Dari Dosen Pembimbing

Yang bertanda tangan dibawah ini Dosen Pembimbing KKP :

Nama : Ony Widikesaninghyas, S.E.
NIP : 4127-24-03-004
Jabatan : Koordinator KP

Menyatakan bahwa :

Nama : Yudi Muhammad Buhori
NIM / NIRM : 21398028 / 4313634 03990890
Jurusan / Jenjang : Akuntansi / D-III

Telah melaksanakan Kuliah Kerja Praktek, terhitung mulai tanggal 4 Sept '00 Sampai dengan tanggal 28 Sept '00 pada Bidang Kajian : Pengelolaan Data

Adapun hasil Kuliah Kerja Praktek mahasiswa yang bersangkutan dapat kami laporkan sbb :

Materi Penilaian	Nilai (dengan angka 0 – 100)	Nilai Akhir *)
1. Kedisiplinan	(..... 79)	A = Sangat Baik B = Baik C = Cukup D = Kurang E = Gagal
2. Penguasaan Materi Pekerjaan	(..... 82)	
3. Kreativitas	(..... 80)	
4. Laporan	(..... 80)	
Total Nilai	(..... 321)	

$$\text{Nilai Rata - rata : } \frac{\text{Total Nilai}}{4} = \frac{321}{4} = 80,25$$

Demikian surat keterangan ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu.

Atas kerjasama yang baik, kami sampaikan terima kasih.

Bandung, 1 November 2001
Dosen Pembimbing

Ony W. S.E.
(..... Ony W., S.E.)

*) Lingkari yang cocok.



JURUSAN AKUNTANSI

FAKULTAS EKONOMI UNIKOM

KAMPUS I : JL. DIPATI UKUR 112 TELP. (022) 2504119, 2503430 BANDUNG 40132
KAMPUS II : JL. DIPATI UKUR 114-116 TELP. (022) 2506634, 2503371 BANDUNG 40132
KAMPUS III : JL. DIPATI UKUR 102 TELP. (022) 2506637, FAX. 2533754 BANDUNG 40132
KAMPUS IV : JL. DIPATI UKUR 114 TL. (022) 2503054, 2506553, 2508805 BANDUNG 40132

Surat Keterangan Hasil Kuliah Kerja Praktek Dari Perusahaan / Instansi

Yang bertanda tangan dibawah ini Personil Pembina KKP :

Nama : LUTHFY J
Jabatan : KABAG LAHTA
Nama Perusahaan : PT. JAMSOSTEK (PERSERO) CABANG CIMAHI
Alamat Perusahaan : JL. CECUPET SANGKURANG NO 15

Menyatakan bahwa :

Nama : YUDI M BUDHIZI
NIM / NIRM : 21398028 / 4366403990890
Jurusan / Jenjang : AKUNTANSI / D3

Telah melaksanakan Kuliah Kerja Praktek (KKP) pada perusahaan / instansi kami, terhitung mulai tanggal 4 September sampai dengan tanggal 28 September 2000, pada Bidang Kajian : Pengolahan data (LAHTA).
Adapun hasil Kuliah Kerja Praktek mahasiswa yang bersangkutan dapat kami laporkan sbb :

Materi Penilaian :	Nilai (dalam angka 0 s/d 100)
1. Kedisiplinan	B (... 79 ...)
2. Penguasaan Materi Pekerjaan	A (... 90 ...)
3. Kreativitas	B (... 79 ...)
4. Laporan	B (... 79 ...)
Total Nilai	327

Nilai Rata - rata : $\frac{\text{Total Nilai}}{4} = \frac{327}{4} = 81,75$

Demikian surat keterangan ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu, untuk pertimbangan hasil/nilai Kuliah Kerja Praktek mahasiswa yang bersangkutan.
atas kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Bandung, September 2000

Mengetahui,

Pimpinan Perusahaan

Personal Pembina,



PT. JAMSOSTEK



JURUSAN AKUNTANSI

FAKULTAS EKONOMI UNIKOM

KAMPUS I : JL. DIPATI UKUR 112 TELP. (022) 2504119, 2503430 BANDUNG 40132
KAMPUS II : JL. DIPATI UKUR 114-116 TELP. (022) 2506634, 2503371 BANDUNG 40132
KAMPUS III : JL. DIPATI UKUR 102 TELP. (022) 2506637, FAX. 2533754 BANDUNG 40132
KAMPUS IV : JL. DIPATI UKUR 114 TL. (022) 2503054, 2506553, 2508805 BANDUNG 40132

ABSENSI KEHADIRAN MAHASISWAI UNIKOM

Nama Perusahaan
Alamat Perusahaan
Pembimbing Perusahaan
Nama Mahasiswa/i
NIM

PT. JAM SOSTEK (Persero) CABANG CIMAHI
JL. SANGKURANG NO 15
KAPAE LUTIFY I
YUDI M BUKORI
21308028

No	Hari/Tanggal	Jam Masuk	Jam Pulang	Paraf
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Mengetahui,
Koordinator Kerja Praktek

Ony Widilestariningtyas., SE

Sept-2001
Pejabat Penilai


(Nama, Tanda Tangan & Cap)

**LAMPIRAN PERATURAN MENTERI TENAGA KERJA
REPUBLIK INDONESIA NOMOR : PER-05/MEN/1993
TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PENDAFTARAN KEPESERTAAN,
PEMBAYARAN IURAN, PEMBAYARAN SANTUNAN,
DAN PELAYANAN JAMINAN SOSIAL TENAGA KERJA**

PENDAFTARAN PERUSAHAAN

Nomor Pendaftaran Perusahaan :

FORMULIR JAMSOSTEK 1

BAGIAN I	
1. Nama perusahaan	:
2. Alamat Perusahaan	:
	Kode Pos
3. Nomor telepon	No. Fax
4. Status Perusahaan	P : Pusat A : Anak Perusahaan C : Cabang T : Cabang Anak Perusahaan
5. Bentuk Badan Hukum	:
6. Nomor Izin Usaha	:
7. Jenis Usaha Utama	:
8. Jumlah Tenaga Kerja	(terlampir dalam formulir 1a)
Jumlah Upah	Rp Untuk bulan 19
9. Pemilikan	N : Swasta Nasional O : Perorangan A : Swasta Asing V : Joint Venture P : BUM/BUMD Y : Yayasan K : Koperasi
BAGIAN II (diisi bila perusahaan berstatus cabang)	
1. Nama Kantor Pusat	:
2. Alamat Kantor Pusat	:
	Kode Pos
3. Nomor telepon	No. Fax
Bagian III	
1. Program Yang diikuti	:
a. Jaminan Kecelakaan Kerja	☐
Jaminan Hari Tua	
Jaminan Kematian	
b. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	☐
2. Mulai menjadi peserta	:

..... 19

Perusahaan

Nama : _____
Jabatan : _____

SUSUNAN KELUARGA (termasuk tenaga kerja)

FASILITAS KESEHATAN YANG DIPILIH :

- 19

Nama .

Distribusi :

- Lembar Putih dan Biru untuk Badan Penyelenggara
- Lembar Kuning untuk arsip Perusahaan

FORMULIR JAMSOSTEK 1c

Perusahaan	Terhitung bulan
.....	
Nomor Pendaftaran :	

No. Urut	No. KP	NAMA TENAGA KERJA	TGL. LAHIR	JENIS KELAMIN	UPAH TERAKHIR

..... 19

Perusahaan,

Distribusi :

- Lembar Putih dan Biru untuk Badan Penyelenggara
- Lembar Kuning untuk arsip Perusahaan

Nama :

Jabatan :

FORMULIR JAMSOSTEK 2

RINCIAN IURAN

Perusahaan :
 Nomor Pendaftaran :
 1. IURAN BULAN :
 2. DISETOR MELALUI : Bank :
 Giro Pos :
 Kantor JAMSOSTEK :
 3. NOMOR BUKTI SETORAN :
 TANGGAL :
 4. REKAPITULASI TENAGA KERJA DAN UPAH :

URAIAN	JUMLAH	
	KARYAWAN	UPAH (Rp.)
Bulan yang lalu (A)		Rp.
PENAMBAHAN TENAGA KERJA (B)		Rp.
a. MASUK (FORMULIR JAMSOSTEK 1a)		Rp.
b. Kenaikan Upah		Rp.
SUB TOTAL A + B		Rp.
PENGURANGAN TENAGA KERJA (C)		Rp.
a. KELUAR (FORMULIR JAMSOSTEK 1c)		Rp.
GRAND TOTAL (A+B) - C		Rp.

5. RINCIAN IURAN
- a. Jaminan Kecelakaan Kerja :
% X Rp. = Rp.
- b. Jaminan Hari Tua :
 57 % X Rp. = Rp.
- c. Jaminan Kematian :
 0,3 % X Rp. = Rp.
- d. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan :
 3 % X Rp. = Rp.
 6 % X Rp. = Rp.
- e. Jumlah iuran = Rp.
6. KEKURANGAN/KELEBIHAN IURAN BULANAN/TAHUN =
- a. Jaminan Kecelakaan Kerja = Rp.
- b. Jaminan Hari Tua = Rp.
- c. Jaminan Kematian = Rp.
- JUMLAH = Rp.
- JUMLAH IURAN HARUS DIBAYAR = Rp.

..... 19

Perusahaan,

Distribusi :
 - Lembar Putih dan Biru untuk
 Badan Penyelenggara
 - Lembar Kuning untuk
 arsip Perusahaan

Nama :
 Jabatan :

FORMULIR JAMSOSTEK 2a

Perusahaan :
Nomor Pendaftaran :

[illegible]

JUMLAHI:

..... 19

Perusahaan,

Perusahaan,

Disinous:

- Lestari Pujih dari Bina Badan Penyelenggara
- Lomba Kuring untuk arsip Perusahaan

Nama : _____
Jabatan : _____

Jabatan :

LAPORAN KECELAKAAN

LAPORAN KECELAKAAN TAHAP I Wajib dilaporkan dalam 2 x 24 jam setelah terjadinya kecelakaan	BEHTUK - K K 2 Formulir Jamsostek 3	Diisi oleh Petugas Kandep Tenaga Kerja : Nomor KLUI : No. Kecelakaan : Diterima Tanggal :
1. Nama Perusahaan Alamat dan No. Telepon Jenis Usaha Nomor Pendaftaran (Bentuk KK. 1) Nomor Akte Pengawasan		
2. Nama Tenaga Kerja Alamat dan No. Telepon Tanggal lahir/Umur Jenis pekerjaan/jabatan Unit/Bagian Perusahaan	(Laki-laki/perempuan) *	
3. Upah Tenaga Kerja sehari/sebulan/ borongan a. Upah berupa uang (pokok dan tunjangan b. Penerimaan lain-lain	Rp _____ Rp,	
4. a. Tempat Kecelakaan b. Tanggal Kecelakaan	Jam :	
5. a. Uraian kejadian kecelakaan 1) Bagaimana terjadinya kecelakaan ? Jika perlu dapat ditambah kertas/lembaran lain. b. Penyakit yang timbul karena hubungan kerja : 1) Sebutkan jenis penyakit yang timbul karena hubungan kerja : - jabatan/pekerjaan yang bersangkutan - berapa lama bekerja 2) Sebutkan bahan, proses, lingkungan, atau cara bekerja yang menyebabkan penyakit yang timbul karena hubungan kerja. Jika perlu ditambah kertas/lembaran lain.		
6. a. Akibat yang diterima korban : Meninggal dunia/Sakit/Luka luka *) b. Jelaskan bagian tubuh yang sakit/luka :		
7. Nama dan Alamat Dokter/Tenaga Medik yang memberikan pertolongan pertama (dalam hal penyakit yang timbul karena hubungan kerja, nama dokter yang pertama kali mendiagnosis).		
8. Keadaan penderita setelah pemeriksa Pertama a. Berobat jalan : Sambal bekerja/tidak bekerja *) b. Dirawat di : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik *) Alamat :		
9. Kecelakaan dicatat dalam buku kecelakaan pada No. Urut :		
10. Perkiraan kerugian : a. Waktu Hari/Orang b. Material Rp.		
11. Keterangan lain-lain yang perlu :		

Dibuat dengan sesungguhnya di :
pada tanggal
.....

*) Coret yang tidak perlu

Pimpinan Perusahaan.

UNTUK DIPERHATIKAN

1. Dalam waktu 2 x 24 jam setelah tenaga kerja meninggal dunia, atau setelah lebih cepat atau tidak (setelah mengalami perawatan), perusahaan wajib memasukkan LAPORAN KECELAKAAN KERJA Bentuk KK3
2. Laporan Kecelakaan ini di kirim:
 - Warna Putih, Merah dan Merah Jambu ke Kandang Tenaga Kerja setempat
 - Warna Kuning untuk arsip Perusahaan
 - Warna Hitam dan Biru untuk Badan Penyelenggara

(_____)

LAPORAN KECELAKAAN

LAPORAN KECELAKAAN TAHAP II Wajib dilaporkan dalam 2 x 24 jam setelah dinyatakan sembuh cacat atau meninggal dunia	BENTUK KK 3 Formulir Jamsostek 3a	Diisi oleh Petugas Kandep Tenaga Kerja : Nomor KLUI : No. Kecelakaan : Diterima Tanggal :
1. Nama Perusahaan Alamat dan No. Telepon Jenis Usaha Nomor Pendaftaran (Bentuk KK. 1) Nomor Akte Pengawasan		
2. Nama Tenaga Kerja Alamat dan No. Telepon Tempat dan Tanggal lahir/Umur Jenis pekerjaan Alamat (Laki-laki/perempuan) *		
3. Tempat dan Tanggal Kecelakaan		
4. Laporan Kecelakaan Kerja Bentuk KK 2 (Jamsostek 3a) telah dikirimkan ke Kantor Departemen Tenaga kerja : Tgl.		
5. Biaya yang telah dibayarkan oleh Perusahaan a. Biaya pengangkutan dari tempat kecelakaan ke Rumah Sakit atau ke Rumah Penderita : Rp. b. Biaya Pengobatan dan Perawatan : Rp. c. Biaya Pemakaman : Rp. d. Biaya Prothesa/Orthese : Rp.		
6. Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja yang telah dibayar oleh Perusahaan setiap hari sebesar : a. b. c.		
7. Nama dan Alamat penerima santunan keluarga (Melampirkan Daftar Keluarga Yang Sah) :		
1. Berdasarkan Bentuk KK 4 atau KK5 tenaga kerja ditetapkan - Keadaan sementara tidak mampu bekerja telah berakhir : Tgl. - Keadaan cacat sebagian untuk selama-lamanya : Tgl. - Keadaan cacat total untuk selama-lamanya baik fisik maupun mental : Tgl. - Meninggal dunia : Tgl.		
9. Uraian tentang cacat untuk selama-lamanya yang diderita tenaga kerja tersebut dengan melampirkan Surat Keterangan Dokter atau Bentuk KK. 4 dan KK. 5		
10. Besarnya jaminan cacat untuk selama-lamanya yang diderita tenaga kerja yang menderita cacat atau keluarganya : Rp.		
11. Keterangan lain-lain yang perlu :		

*) Coret yang tidak perlu

Dibuat dengan sesungguhnya di :
 pada tanggal :

Pimpinan Perusahaan,

UNTUK DIPERHATIKAN

- Laporan Kecelakaan ini dikirim
- Warna Putih, Merah dan Merah Jambu ke Kandep Tenaga Kerja setempat
 - Warna Kuning untuk arsip Perusahaan
 - Warna Hijau dan Biru untuk Badan Penyelenggara

(.....)

BENTUK K K 4
FORMULIR JAMSOSTEK 3b
SURAT KETERANGAN DOKTER

Dengan ini saya dokter Jabatan
Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa

1. Nama tenaga kerja penderita Alamat dan No. Telepon Tempat dan Tanggal lahir Jenis pekerjaan/Jabatan Unit Bagian Perusahaan	(Laki-laki/perempuan) *)
2. Nama perusahaan Alamat dan No. Telepon Jenis Usaha No. Pendaftaran (Bentuk KK 1) Nomor Akte Pengawasan	
3. Kecelakaan pada tanggal	
4. Pemeriksaan pada tanggal	
5. Dari hasil pemeriksaan didapat a. Keadaan tempat dan ukuran luka lukanya b. Diagnosis c. Perlu dirawat/berobat jalan sambil bekerja/berobat jalan/ tidak bekerja *)	
6. Tindakan medis yang dilakukan	
7. Setelah selesai pengobatan a. Sembuh tanpa cacat b. Cacat Anatomis akibat kehilangan anggota badan jelaskan (Tunjukkan juga pada gambar) c. Apabila terdapat cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota badan, berapa persen berkurangnya fungsi daripada anggota badan yang cacat tersebut% terbilang (.....) d. Memerlukan prothese/orthese	
8. Setelah sembuh ia dapat melakukan pekerjaan biasa/tinggal/tidak dapat bekerja sama sekali *) tertinggal tanggal	
9. Lamanya perawatan/pengobatan dari tanggal s/d tanggal	
10. Dibenarkan istirahat dari tanggal s/d tanggal	
11. Tanggal meninggal dunia	

Dibuat oleh dokter
Alamat

Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta *)

Dibuat dengan sesungguhnya di
pada tanggal

Dokter Pemeriksa

*) Coret yang tidak perlu

Keterangan tambahan

- Warna Putih, Merah dan Merah Jambu untuk
- Kandung Tenaga Kerja setempat/terdekat
- Warna Kuning untuk arsip Perusahaan
- Warna hijau dan biru untuk Badan Penyelenggara

BENTUK K K 5
FORMULIR JAMSOSTEK 3c
SURAT KETERANGAN DOKTER

Dengan ini saya dokter Jabatan
Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa

1	Nama tenaga kerja penderita Alamat dan No. Telepon Tempat dan Tanggal lahir Jenis pekerjaan/Jabatan Unit Bagian Perusahaan	(Laki-laki/perempuan) *)
2	Nama perusahaan Alamat dan No. Telepon Jenis Usaha No. Pendaftaran (Bentuk KK 1) Nomor akte Pengawasan	
3	Tanggal diagnosis penyakit akibat kerja	
4	a. Resume **)	
	b. Diagnosis	
5	Tindakan medis yang dilakukan	
6	Setelah selesai pengobatan a. Sembuh tanpa cacat b. Penilaian cacat penyakit akibat kerja **) c. Memerlukan prothese/ortese	
7	Setelah sembuh ia dapat melakukan pekerjaan biasa/ringan/tidak dapat bekerja sama sekali *)	
8	Lamanya perawatan/pengobatan : dari tanggal s/d tanggal	
9	Diberikan istirahat : dari tanggal s/d tanggal	
10	Tanggal meninggal dunia	
11	Keterangan lain-lain yang perlu	

Dibuat oleh dokter
Alamat

Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta *)

Dibuat dengan sesungguhnya di
pada tanggal

Dokter Pemeriksa

*) Coret yang tidak perlu

**) Berpedoman kepada Kepmen No. 333/MEN/1989
dan Kopmen No. 62A/MEN/1992

Keterangan tambahan

- Warna Putih, Merah dan Merah Jambu ke Kandung Tenaga Kerja setempat
- Warna Kuning untuk arsip Perusahaan
- Warna hijau dan biru untuk Badan Penyelenggara

(.....)

FORMULIR JAMSOSTEK 4

PERMINTAAN PEMBAYARAN JAMINAN KEMATIAN

- A. Yang bertanda tangan di bawah ini :
1. Nama :
 2. Hubungan dengan Tenaga Kerja : - Istri/suami tenaga kerja
- Anak tenaga kerja
- Orang tua tenaga kerja
 3. Alamat :
 4. Tenaga kerja :
 - a. Nama :
 - b. No. KP :
 - c. Tanggal lahir :
 - d. Tanggal meninggal dunia :
 - e. Sebab meninggal dunia :
 - f. Perusahaan terakhir :
 - Nomor pendaftaran :
 - g. Upah terakhir :
 - h. Tanggal berhenti :
- B. Dengan ini mengajukan permintaan pembayaran yang menjadi hak dari tenaga kerja tersebut diatas.
Tempat pembayaran yang dikehendaki :
- Bank :
 - Kantor Pos :
 - Kantor JAMSOSTEK :
- C. Permintaan pembayaran Jaminan Kematian ini dilengkapi dengan :
1. Surat Keterangan Kematian dari petugas medis yang berwenang, atau Lurah/Kepala Desa setempat.
 2. Kartu Peserta.
 3. Salinan/Copy Kartu Keluarga atau surat keterangan keluarga setempat.
 4. Rangkaian Formulir 5 yang diterima kembali dari PT. JAMSOSTEK pada waktu pembayaran Jaminan Hari Tua.

Keterangan tersebut diatas saya buat dengan sebenarnya, jika dikemudian hari ternyata terdapat hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut diatas, serta bersedia dituntut di muka pengadilan.

....., 19.....

Distribusi :

- Lembar Putih dan Biru untuk Badan Penyelenggara
- Lembar Kuning untuk arsip ybs

Nama _____