



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MATARAM

Jalan Prabu Rangkasari Dasan Cermen Sandubaya – Mataram

Telepon (0370) 631160-621383 Fax (0370) 621383

Website : [www.poltekkes.mataram.ac.id](http://www.poltekkes.mataram.ac.id), Email : [poltekkes-mataram@yahoo.co.id](mailto:poltekkes-mataram@yahoo.co.id)



Mataram, 18 Mei 2021

No : PP.01.01/1.2/ ~~A303~~ /2021  
Lampiran : 2 (dua) lembar  
Perihal : Pemeriksaan Kesehatan Calon Mahasiswa Baru

Yang Terhormat,

Kepala Puskesmas/RS Pemerintah/RS Swasta/Klinik

Di

Tempat

Sehubungan dengan pelaksanaan Penerimaan Mahasiswa Baru Jalur SIMAMA T.A 2021/2022 pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Mataram, kami mohon kerjasamanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan sesuai lembar pemeriksaan (terlampir) bagi calon mahasiswa tersebut dibawah ini:

Nama : .....

Tempat/Tanggal Lahir : .....

Alamat : .....

No. Peserta : .....

Telepon : .....

Diterima di Prodi : D III Kep. Mataram / Kep. Bima / Kebidanan / Gizi / TLM \*

Sarjana Terapan Kep. Mataram / Kebidanan/ Gizi dan Dietetika / TLM \*

\* (Lingkari yang sesuai)

Mengingat pentingnya hasil pemeriksaan kesehatan tersebut untuk penetapan kelulusan yang bersangkutan, mohon kiranya hasil pemeriksaan kesehatan dapat diterima panitia Penerimaan Mahasiswa Baru paling lambat tanggal 28 Mei 2021 (Tanggal batas waktu terakhir yang tercantum dalam resi pengiriman). Biaya pemeriksaan kesehatan menjadi tanggung jawab sepenuhnya calon mahasiswa tersebut.

Demikian, atas kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.



Direktur, \*

Awan Dramawan, S.Pd, M.Kes

NIP. 196402081984011001

Catatan:

Kep. : Keperawatan

TLM : Teknologi Laboratorium Medis

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MATARAM  
FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATANJALUR SIMAMA  
TAHUN AKADEMIK 2021/2022**



Nama 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nomor Pendaftaran/Nomor Ujian 

--	--	--	--	--	--	--	--

Pilihan Prodi 

D3	Kep. Mataram	Kep. Bima	Kebidanan	Gizi	TLM
----	--------------	-----------	-----------	------	-----

STr./D4	Kep. Mataram	Kebidanan	Gizi dan Dietetika	TLM
---------	--------------	-----------	--------------------	-----

Jenis kelamin  1= Pria  
 2= wanita

Umur 

--	--

 Tahun

Institusi yang dituju Poltekkes Kemenkes Mataram  
JI Prabu Rangkasari Dasan Cermen Sandubaya- Mataram

Dokter Pemeriksa 

	Tgl	bln	2021
--	-----	-----	------

Tempat Pemeriksaan 

--

**A. Pertanyaan Umum : ( diisi oleh peserta uji kesehatan)**

No	Pertanyaan	Keterangan (centang kolom yang ada sesuai jawaban)		
		Ya	Tidak	Jika ya, sebutkan
1	Apakah anda memiliki gangguan pada system syaraf seperti epilepsi, pusing./sakit kepala berulang , pingsan, kerja?			
2	Apakah anda memiliki riwayat penyakit asthma/sesak nafas atau gangguan system pernafasan yang lain			
3	Apakah anda sekarang sedang mendapatkan pengobatan medis			
4	Apakah di keluarga ada riwayat penyakit Diabetes Melitus, Hipertensi, Penyakit Jantung Koroner, Talasemua, Atau penyakit keturunan lainnya?			

**B. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter yang memeriksa)**

No	JENIS PEMERIKSAAN	NORMAL	KELAINAN	KETERANGAN
1	<b>FISIK</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi Badan</li> <li>• Berat Badan</li> <li>• Kulit</li> </ul>			..... cm ..... Kg
2	<b>MATA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visus</li> <li>• Buta Warna (WAJIB DIPERIKSA DENGAN MENGGUNAKAN TES ISHIHARA</li> <li>• Kedua Mata Normal</li> </ul>			

3	TELINGA * • Kiri • Kanan			
4	HIDUNG			
5	LIDAH			
6	PHARINX			
7	TONSIL			
8.	GIGI	<u>8 7 6 5 4 3 2 1</u> 8 7 6 5 4 3 2 1	<u>1 2 3 4 5 6 7 8</u> 1 2 3 4 5 6 7 8	
9.	THYROID			
10.	JANTUNG			
11.	PARU-PARU			
12.	ABDOMEN			
13.	REFLEK • Pupil • Patela • Achilles			
14	THORAX FOTO ** (JIKA DIPERLUKAN)			
15	Kemampuan Berbicara			

Hasil penggalan informasi tentang riwayat penyakit

Kesimpulan

Rekomendasi : Calon Peserta (beri tanda √)

- Dapat** mengikuti pendidikan pada institusi yang dituju
- Tidak** dapat mengikuti pendidikan pada institusi yang dituju

Keterangan:

- \*: Hanya bila diperlukan ada rekomendasi dari dokter THT  
 \*\*: Hanya bila diperlukan (ada indikasi)

Dokter Pemeriksa

TandaTangan& Cap

.....  
 NIP/NIK/No.SIP: