



PT. HEPATIKA MATARAM  
**KLINIK HEPATIKA**

Jl. Bung Hatta No. 3 A Mataram 83121 Telp : (370) 631662; Fax : (370) 635642

Penanggung Jawab : dr. Joko Anngoro, M.Sc. Sp.PD. K-HOM

PT. HEPATIKA MATARAM PT. HEPATIKA MATARAM PT. HEPATIKA MATARAM PT. HEPATIKA MATARAM PT. HEPATIKA MATARAM PT. HEPATIKA MATARAM PT. HEPATIKA MATARAM PT. HEPATIKA

**FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN  
SIPENMARU BERSAMA POLTEKKES KEMENKES  
TAHUN AKADEMIK 2024/2025**

3X4 CM

*\* diisi oleh peserta*

Nama Peserta : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin : L / P  
Tanggal Lahir : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Umur : \_\_\_\_ tahun  
Nomor Peserta : \_\_\_\_\_ No. HP : \_\_\_\_\_  
Prodi Pilihan : 1 \_\_\_\_\_ Poltekkes Pilihan : 1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

Jurusan saat SMA/SMK :  IPA  IPS  Bahasa  SMK Kesehatan  
 Lainnya, sebutkan : \_\_\_\_\_

*\* diisi oleh dokter pemeriksa*

Dokter Pemeriksa : \_\_\_\_\_  
Tgl. Periksa : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Tempat/alamat pemeriksaan : \_\_\_\_\_

**PEMERIKSAAN TANDA VITAL** (diisi oleh dokter yang memeriksa)

No	TANDA VITAL	HASIL PEMERIKSAAN	KETERANGAN
1	TEKANAN DARAH	..... mmHg	
2	NADI	..... x/menit	
3	SUHU	..... °C	
4	RESPIRASI	..... x/menit	

**PEMERIKSAAN FISIK** (diisi oleh dokter yang memeriksa)

No	JENIS PEMERIKSAAN	NORMAL	KELAINAN	KETERANGAN
1	FISIK • Tinggi Badan • Berat Badan • Kulit			..... cm ..... Kg
2	MATA • Visus • Buta Warna (WAJIB)* (Hanya Disertakan Surat Keterangan Dari Dokter Mata) • Kedua Mata Normal			
3	TELINGA ** Hanya bila diperlukan ada rekomendasi dari dokter THT • 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 • ACHILES			
14	THORAX FOTO *** (Hanya bila diperlukan/ada indikasi).			
15	Kemampuan Berbicara			

Hasil Penggalan Informasi Tentang Riwayat Penyakit

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

- Tes Kehamilan : Positif / Negatif \*

- Tes Narkoba : Positif / Negatif \*

\* dilingkari

Kesimpulan Akhir/Rekomendasi

REKOMENDASI :

Calon Peserta , (beri tanda v)

Dapat mengikuti pendidikan pada institusi yang dituju

Tidak dapat mengikuti pendidikan pada institusi yang dituju

Ketua /Dokter Pemeriksa,

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

Keterangan :

- \* : Hanya Disertakan Surat Keterangan Dari Dokter Mata  
 \*\* : Hanya bila diperlukan ada rekomendasi dari dokter THT  
 \*\*\* : Hanya bila diperlukan (ada indikasi)



**ASESMEN KEJIWAAN**

Petunjuk	Beri tanda (v) pada kolom yang sesuai (*) coret yang tidak perlu	
1.	Tanggal dilakukan pengkajian :	Pukul :
2.	Riwayat Kejiwaan	
	a. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	b. Pengobatan sebelumnya :	<input type="checkbox"/> Berhasil <input type="checkbox"/> Tidak berhasil, alasan :
	c. Pengalaman masa lalu :	
1.	Aniaya Fisik	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Pernah
2.	Aniaya Seksual	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Pernah
3.	Penolakan keluarga / lingkungan hubungan keluarga	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Pernah
4.	Kekerasan dalam keluarga	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Pernah
5.	Tindakan kriminal	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Pernah
d.	Adakah Keluarga yang mengalami gangguan jiwa?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Hubungan keluarga :	Diagnosa : Riwayat Pengobatan :
3.	STATUS MENTAL	
	a. Penampilan :	<input type="checkbox"/> Tidak rapi <input type="checkbox"/> Rapi
	Jelaskan :	
	b. Pembicaraan :	<input type="checkbox"/> Cepat <input type="checkbox"/> Lambat
		<input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Gagap
		<input type="checkbox"/> Inkoheren <input type="checkbox"/> Membisu
		<input type="checkbox"/> Keras <input type="checkbox"/> Tidak mampu memulai pembicaraan
	Jelaskan :	
	c. Aktivitas motorik :	<input type="checkbox"/> Lesu <input type="checkbox"/> Glimasen
	<input type="checkbox"/> Tremor	<input type="checkbox"/> Kompulsif
	<input type="checkbox"/> Tegang	<input type="checkbox"/> Gelisah
	Jelaskan :	
	e. Afek :	<input type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Tumpul
	<input type="checkbox"/> Tidak sesuai	<input type="checkbox"/> Labil
	Jelaskan :	
	f. Interaksi selama wawancara :	<input type="checkbox"/> Musuhan <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung
	<input type="checkbox"/> Kontak mata kurang	<input type="checkbox"/> Tidak kooperatif
	Jelaskan :	
	g. Presepsi halusinasi :	<input type="checkbox"/> Pendengaran <input type="checkbox"/> Penghidu
	<input type="checkbox"/> Pengecapan	<input type="checkbox"/> Perabaan

		<input type="checkbox"/> Pengelihatan	
Jelaskan :			
h. Proses pikir :	<input type="checkbox"/> Sirkumstansial	<input type="checkbox"/> Pengulangan pembicaraan persevari	
	<input type="checkbox"/> <i>Blocking</i>		
Jelaskan :			
i. Isi Pikir :	<input type="checkbox"/> Obsesi	<input type="checkbox"/> Ide yang terkait	
	<input type="checkbox"/> Personalisasi	<input type="checkbox"/> Pikiran Magis	
Jelaskan :			
j. Waham :	<input type="checkbox"/> Agama	<input type="checkbox"/> Somatik	
	<input type="checkbox"/> Kontrol pikir	<input type="checkbox"/> Sisip Pikir	
	<input type="checkbox"/> Siar pikir		
Jelaskan :			
Kesimpulan			

Mataram, .....

TTD Pasien / Keluarga

TTD Dokter

(.....)

(.....)