



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN BANJARMASIN**



Jalan Haji Mistar Cokrusumo No. 1 A Banjarbaru 70714  
Telp. (0511) 4773267 – 4780516 – 4781619 Fax (0511) 4772288  
e-mail : poltekkes\_banjarmasin@yahoo.co.id, kepeg\_poltekkesbjm@yahoo.co.id  
Jurusan Kesehatan Lingkungan (0511) 4781131 ; Keperawatan (0511) 4772517 ; Kebidanan (0511) 4772517  
Gizi (0511) 4368621 ; Keperawatan Gigi (0511) 4781356 ; Analisis Kesehatan (0511) 4772718

Nomor : PP.01.01/1.2/2108/2020  
Sifat : Penting  
Hal : Permohonan Pemeriksaan Kesehatan

12 Juni 2020

Yth,

1. Direktur Rumah Sakit Pemerintah se Provinsi Kalsel
2. Direktur Rumah Sakit Swasta se Provinsi Kalsel
3. Kepala Puskesmas se Provinsi Kalsel
4. Dokter Praktek mandiri se Provinsi Kalsel

Di –

Tempat

Sehubungan dengan pemeriksaan Uji Kesehatan Sipenmaru Bersama (SIMAMA) di Poltekkes Kemenkes Banjarmasin Tahun Akademik 2020/2021, kami mohon bantuan Bapak/Ibu Direktur Rumah Sakit, Kepala Puskesmas dan dokter Praktek Mandiri kiranya berkenan memfasilitasi pemeriksaan kesehatan bagi Calon Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Banjarmasin Tahun Akademik 2020/2021. Sehubungan dengan hal tersebut, disampaikan bahwa untuk pemeriksaan kesehatan Calon Mahasiswa Baru di Poltekkes Kemenkes Banjarmasin di Seluruh Wilayah Republik Indonesia telah ditetapkan Standar yang sama (sebagaimana Formulir pemeriksaan kesehatan terlampir). Formulir pemeriksaan kesehatan tersebut, tidak akan mengurangi mekanisme dan PROTAP pemeriksaan kesehatan yang berlaku di Rumah Sakit Umum, Puskesmas dan dokter Praktek Mandiri yang Bapak/Ibu Pimpin.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Dr.H.M.Irfa'I,S.ST,MT  
NIP. 196808041991031003

Tembusan Kepada Yth:

1. Kepala Badan PPSDM Kesehatan RI di Jakarta
  2. Kepala Pusdiklatnakes Badan PPSDM Kesehatan RI di Jakarta
  3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalsel
  4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se Provinsi Kalsel
- Arsip

**FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN SIPENMARU  
POLTEKES KEMENKES BANJARMASIN  
TAHUN AKADEMIK 2020/2021**

3X4 CM

*\*diisi oleh peserta*

Nama Peserta : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Umur : \_\_\_\_ tahun  
 Nomor Peserta : \_\_\_\_\_ Nomor Kontak : \_\_\_\_\_  
 Prodi Pilihan : \_\_\_\_\_ Poltekkes Pilihan : \_\_\_\_\_

*\*diisi oleh dokter pemeriksa*

Dokter pemeriksa : \_\_\_\_\_ Tgl periksa : \_\_\_\_\_  
 Tempat/alamat Pemeriksaan : \_\_\_\_\_ No.Kontak : \_\_\_\_\_  
 Nomor SIP : \_\_\_\_\_

No	JENIS PEMERIKSAAN	NORMAL	KELAINAN	KETERANGAN
1	FISIK/VISUAL			
	Tekanan darah :			
	Nadi :			
	Tinggi Badan : cm			
	Berat Badan : kg			
2	MATA			
	Buta Warna : parsial/total			
	Visus			
	Strabismus			
3	TELINGA			
	Kiri			
	Kanan			
4	TYROID			
5	JANTUNG (bising jantung)			
6	PARU-PARU (tidak perlu photo thorax)			
7	ABDOMEN			
8	REFLEK			
	Pupil			
	Triceps			
	Patela			
	Achilles			
9	WICARA			
	Cadel			
	Gagap			
10	EKSTREMITAS : tremor : Ya / Tidak			

Riwayat Penyakit yang pernah atau sedang diderita dan dan Cacat Fisik

1	Epilepsi	Ya / Tidak	5	Diabetes Melitus (DM)	Ya / Tidak
2	Gangguan Jiwa	Ya / Tidak	6	Hipertensi	Ya / Tidak
3	Asma	Ya / Tidak	7	Cacat Fisik	Ya / Tidak
4	Jantung	Ya / Tidak	8	Lainnya :	Ya / Tidak

Kesimpulan:

....., ..... Juni 2020  
 Dokter Pemeriksa

Tanda Tangan & Cap

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

Catatan :

1. Pemeriksaan dilaksanakan pada satu tempat
2. Formulir yang telah diisi oleh Dokter Pemeriksaan dan sudah ditanda tangani/cap kemudian diserahkan kepada calon mahasiswa dan akan di upload oleh masing-masing calon mahasiswa ke website Poltekkes Kemenkes Banjarmasin. <https://sipenmaru.poltekkes-banjarmasin.ac.id>