



KEMENTERIAN PARIWISATA  
SEKOLAH TINGGI PARIWISATA BANDUNG



JALAN DR. SETIABUDHI 186 BANDUNG 40141 - P.O. BOX 1251  
TELP. (022) 2011456 – FAX. (022) 2012097 e-mail : ppmb@stp-bandung.ac.id  
http://pmb.stp-bandung.ac.id

**Petunjuk Pemeriksaan Kesehatan  
(REVISI)**

Dokumen ini dikhususkan bagi Peserta SELEKSI MANDIRI (SMM) Sekolah Tinggi Pariwisata Bandung Tahun Akademik 2019/2020.

1. Halaman 1, Petunjuk Pemeriksaan Kesehatan
2. Halaman 2, Surat Pengantar ke Lembaga Pemeriksa Kesehatan
3. Halaman 3, Lampiran Surat Pengantar yang berisi Komponen Pemeriksaan Kesehatan dan Hasil Pemeriksaan
4. Halaman 4, Surat Pernyataan dari Peserta.

Petunjuk Pelaksanaan :

1. Pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan (RikKes) dilaksanakan oleh masing-masing peserta di lokasi masing-masing, sesuai Lembar Resume Komponen Pemeriksaan Kesehatan pada halaman 3 (tiga)
2. Periode Pelaksanaan RikKes mulai tgl. **31 Mei s.d 25 Juni 2019**
3. Cetak Surat Pengantar (halaman 2) dan Isi sesuai data peserta, Cetak Lampiran untuk Resume Hasil Pemeriksaan (halaman 3) dan Isi sesuai data peserta
4. Sampaikan 2 (dua) lembar Surat tersebut ke Lembaga Pemeriksa Kesehatan, yaitu Rumah Sakit, Dinas Kesehatan atau Laboratorium baik Pemerintah atau Swasta.
5. Tempat pemeriksaan kesehatan tergantung peserta dan ketersediaan fasilitas lembaga pemeriksa, baik di Rumah Sakit, Dinas Kesehatan maupun Laboratorium.
6. Hasil Pemeriksaan Kesehatan dapat berasal dari beberapa Lembaga pemeriksa kesehatan.
7. Hasil Pemeriksaan Kesehatan yang diserahkan kepada panitia adalah :
  - a. Lembar Resume Hasil Pemeriksaan Kesehatan (hal. 3)
  - b. Surat Pernyataan Peserta (hal. 4)
  - c. Seluruh Surat Hasil Pemeriksaan Kesehatan dari Lembaga pemeriksa (kecuali foto rontgen).
8. Hasil Pemeriksaan Kesehatan, harus sudah diterima oleh panitia paling lambat tgl **26 Juni 2019**.
9. Jika sampai batas waktu yang ditentukan tidak diterima oleh Panitia, maka Peserta dianggap **MENGUNDURKAN DIRI**.
10. Penyerahan hasil pemeriksaan dapat diantar sendiri atau melalui email ke **kesehatan@stp-bandung.ac.id**

Panitia Seleksi Masuk Mandiri

Sekolah Tinggi Pariwisata Bandung

Ketua,



Jemmy Alexander, MM.Par.

NIP. 19740714 200605 1 001



KEMENTERIAN PARIWISATA  
SEKOLAH TINGGI PARIWISATA BANDUNG



JALAN DR. SETIABUDHI 186 BANDUNG 40141 - P.O. BOX 1251  
TELP. (022) 2011456 – FAX. (022) 2012097 e-mail : ppmb@stp-bandung.ac.id  
http://pmb.stp-bandung.ac.id

Bandung, ..... 2019

Nomor : 002/SMM/STPB/05/2019  
Lampiran : 1 (satu) lembar  
Perihal : Surat Pengantar Pemeriksaan Kesehatan

Kepada yth.  
Kepala Rumah Sakit/ Dinas Kesehatan / Laboratorium  
Di  
Tempat.

Dengan hormat,

Dalam rangka memenuhi persyaratan Seleksi Masuk Mandiri Sekolah Tinggi Pariwisata Bandung Kementerian Pariwisata, Tahun Akademik 2019/2020 dengan ini disampaikan peserta atas nama :

Nama : .....  
No. Seleksi : .....  
Progran Studi : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tmp/Tgl Lahir : .....

Untuk melaksanakan pemeriksaan kesehatan pada Rumah Sakit / Dinas Kesehatan / Laboratorium yang bapak / Ibu pimpin.

Adapun Jenis Pemeriksaan dimaksud dan hasil yang diharapkan terdapat pada Lampiran Surat ini. Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Panitia Seleksi Masuk Mandiri  
Sekolah Tinggi Pariwisata Bandung  
Ketua,

Jenny Alexander, MM.Par.  
NIP. 19740714 200605 1 001



KEMENTERIAN PARIWISATA  
SEKOLAH TINGGI PARIWISATA BANDUNG



JALAN DR. SETIABUDHI 186 BANDUNG 40141 - P.O. BOX 1251  
TELP. (022) 2011456 – FAX. (022) 2012097 e-mail : ppmb@stp-bandung.ac.id  
http://pmb.stp-bandung.ac.id

Lampiran Surat Pengantar Pemeriksaan Kesehatan No. 002/SMM/STPB/05/2019

RESUME HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN

Nama : .....

No. Seleksi : .....

Progran Studi : .....

Jenis Kelamin : ..... Tmp/Tgl Lahir : .....

**Pemeriksaan Fisik**

1. Tinggi Badan : ..... Cm.

2. Berat Badan : ..... Kg.

3. Overweight : ..... Kg.

4. Obesitas : ..... (Ya atau Tidak)

**Tensi dan Nadi**

1. Tensi : ..... Sys / Dias.

2. Nadi : ..... x/m

**Kulit**

1. Tato : ..... (Terlihat atau Tidak, jika memakai T-Shirt lengan pendek dan Celana Pendek)

2. Tindik : ..... (Ya atau Tidak, jika ada tindik tambahan selain untuk giwang wanita)

**Mata**

1. Buta Warna : ..... (Normal / Parsial / Total)

2. Strabismus : ..... (Ya atau Tidak)

3. Pupil : ..... (Isokor / Anisokor)

**Rontgen**

1. Paru : ..... (t.a.k / Dextra / Sinistra / Duplex)

2. Scoliosis : ..... (dalam batas normal (dbn) / Ringan / Berat)

**Tes Narkoba**

1. MOP : ..... (Negatif / Positif)

2. AMP : ..... (Negatif / Positif)

3. THC : ..... (Negatif / Positif)

4. BZO : ..... (Negatif / Positif)

5. MDMA : ..... (Negatif / Positif)

**PP Tes / Kehamilan (Wanita),**

Hasil : ..... (Negatif / Positif)

..... 2019

Lembaga Pemeriksa

Cap dan Tanda Tangan



KEMENTERIAN PARIWISATA  
SEKOLAH TINGGI PARIWISATA BANDUNG

JALAN DR. SETIABUDHI 186 BANDUNG 40141 - P.O. BOX 1251  
TELP. (022) 2011456 – FAX. (022) 2012097 e-mail : ppmb@stp-bandung.ac.id  
http://pmb.stp-bandung.ac.id



## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : .....

No. Seleksi : .....

Perguruan Tinggi : **Sekolah Tinggi Pariwisata Bandung**

Progran Studi : .....

Adalah benar peserta Seleksi Masuk Mandiri Sekolah Tinggi Pariwisata Bandung Kementerian Pariwisata, Tahun Akademik 2019/2020, dengan ini menyatakan bahwa Hasil Pemeriksaan Kesehatan yang dipakai sebagai Persyaratan Seleksi adalah hasil yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit / Dinas Kesehatan / Laboratorium \*.

Jika suatu saat nanti, diketahui ada kecurangan, maka SAYA BERSEDIA MENERIMA SANGSI TEGAS SEKOLAH TINGGI PARIWISATA BANDUNG.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya yang ditandatangani diatas materai.

..... 2019  
Peserta Seleksi,

*materai*

(.....)  
nama

\*Coret yang tidak perlu