



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

613.043 2
Ind
r

RAPOR KESEHATANKU

BUKU CATATAN KESEHATAN

TINGKAT SMP/MTS DAN
SMA/SMK/MA



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2018

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

613.043 2

Ind
r

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat
Jenderal Kesehatan Masyarakat

**Rapor Kesehatanku Buku Catatan Kesehatan Tingkat
SMP/MTS dan SMA/SMK/MA.— Jakarta : Kementerian
Kesehatan RI. 2015**

ISBN 978-602-235-924-1

1. Judul I. PERSONAL HEALTH SERVICES
- II. STUDENT HEALTH SERVICES III. PERSONALITY DEVELOPMENT
- IV. HEALTH PROMOTION

**UNTUK PESERTA DIDIK
TINGKAT SMP /MTS,
SMA/SMK/MA**



SAMBUTAN



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

KEMENKES

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkah dan rahmat-Nya, Rapor Kesehatanku Peserta Didik Tingkat SMP/MTs dan SMA/SMK/MA akhirnya dapat diselesaikan. Terima kasih untuk semua pihak yang berkontribusi dalam penyusunan Rapor Kesehatanku.

Rapor Kesehatanku Peserta Didik Tingkat SMP/MTs dan SMA/SMK/MA merupakan kelanjutan dari Rapor Kesehatanku Peserta Didik SD/MI, terdiri dari dua buku yaitu 1) Buku Informasi Kesehatan, berisi pengetahuan kesehatan dan 2) Buku Catatan Kesehatan, berisi lembar pencatatan hasil pelayanan kesehatan.

Peserta didik yang memanfaatkan Rapor Kesehatanku dengan baik akan memiliki bekal pengetahuan kesehatan sehingga dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat serta mencegah perilaku berisiko. Perilaku hidup bersih dan sehat yang telah tertanam di sekolah dasar untuk terus dilanjutkan di SMP/MTs dan SMA/SMK/MA. Peserta didik yang berperilaku hidup bersih dan sehat turut mewujudkan pribadi yang berkarakter positif, dan mendukung untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi sehingga kelak menjadi dewasa yang sehat, cerdas dan produktif.

Peserta didik yang memerlukan informasi lebih lanjut diharapkan berdiskusi dengan orang tua, guru atau tenaga kesehatan Puskesmas. Pendampingan orang tua dan guru sangat dibutuhkan terutama dalam memberi teladan dan lingkungan yang mendukung perilaku hidup bersih dan sehat.

Jakarta, Agustus 2015
Direktur Jenderal

dr. Anung Sugihantono, M.Kes

SAMBUTAN



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PENDIDIKAN DASAR DAN MENENGAH

Seraya memanjatkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, saya menyambut baik penerbitan Buku Informasi Kesehatan dan Buku Catatan Kesehatan bagi peserta didik di seluruh Indonesia. Buku ini merupakan salah satu sumber yang bisa dimanfaatkan peserta didik dan orang tua untuk menumbuhkembangkan dan membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat serta menghindari perilaku yang berisiko.

Kebiasaan berperilaku hidup bersih dan sehat dikalangan pada siswa Sekolah Menengah Pertama/Madrasah Tsanawiyah dan Sekolah Menengah Atas/Sekolah Menengah Kejuruan/Madrasah Aliyah suatu hal yang tak bisa ditawar lagi dan ini merupakan kebutuhan mendasar demi terciptanya sumber daya manusia yang tangguh. Kebiasaan hidup bersih dan sehat ini diharapkan menjadi budaya para peserta didik yang terus dibawa sampai dewasa dan menjadi orang tua nantinya. Bimbingan dan penjelasan dari guru serta orang tua tentunya akan lebih memaksimalkan manfaat dari buku-buku ini. Selain itu contoh dan teladan dari para guru, orang tua sangat diharapkan demi terciptanya budaya hidup bersih dan sehat.

Akhirnya, saya berharap bahwa keberadaan buku ini tidak sebatas memperkaya khazanah pengetahuan kita, namun juga dapat menjadi sumber inspirasi dan pedoman bagi masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya dalam mewujudkan budaya hidup bersih dan sehat. Untuk itu, saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Kementerian Kesehatan dan tim penyusun dan penyunting, yang telah muncurahkan tenaga dan pikirannya, serta kepada seluruh pihak yang telah mendukung penerbitan buku ini.

Jakarta, Agustus 2015
Direktur Jenderal

Hamid Muhammad, Ph.D

PENJELASAN UMUM

Buku Rapor Kesehatanku Seri Catatan Kesehatan berisi lembar catatan kesehatan peserta didik dari hasil pelayanan kesehatan di sekolah, puskesmas/fasilitas kesehatan, yang diperlukan dalam memantau tumbuh kembang dan kesehatan peserta didik untuk dilakukan tindak lanjut jika diperlukan. Buku ini berdampingan dengan Buku Rapor Kesehatanku seri Informasi Kesehatan yang berisi berbagai informasi berkaitan dengan kesehatan dan tumbuh kembang peserta didik.

Buku ini bersifat rahasia, hanya orang tua, guru, tenaga kesehatan yang dapat menggunakan buku ini, atau pemilik buku ini yang menentukan siapa saja yang boleh melihat dan menggunakan buku ini.

Buku ini dijaga, jangan dirusak dan hilang karena informasi di dalamnya berisi riwayat dan catatan kesehatan yang diperlukan untuk memantau status kesehatanmu.

Buku ini selalu di bawa, pada saat peserta didik mendapat pelayanan kesehatan di sekolah: penjaringan kesehatan, pemeriksaan berkala, pemberian tablet tambah darah, obat cacing; atau pada saat mendapat pelayanan kesehatan di puskesmas/fasilitas kesehatan lainnya.

Tenaga kesehatan, guru/wali kelas menjelaskan hasil pemeriksaan kepada peserta didik dan memantau pendampingan orang tua dalam menindaklanjuti saran dan rujukan.

Orang tua/wali memantau status kesehatan peserta didik dan menandatangani hasil pemeriksaan kesehatan pada buku ini serta segera menindaklanjuti sesuai saran yang diberikan.

PESERTA DIDIK TINGKAT SMP/MTS

NAMA :

NIS :

SEKOLAH :

ALAMAT

SEKOLAH :

.....

IDENTITAS DIRI

PESERTA DIDIK

Nama lengkap : _____

Nama panggilan : _____

Tempat/tgl lahir : _____

Jenis kelamin : _____

Golongan darah : _____

Anak ke dari : _____

Tinggal bersama : orang tua/ wali*

Alamat : _____

Telepon / HP : _____

Email : _____

Disabilitas * : Tidak / Ya : Netra / Rungu / Rungu Wicara / Grahita / Daksa / Autisme / Ganda / ADHD *

*coret yang tidak perlu

AYAH / WALI

Nama :

Tempat/tgl lahir :

Pekerjaan :

Alamat rumah :

Telpo/HP :

Alamat email :

IBU / WALI

Nama :

Tempat/tgl lahir :

Pekerjaan :

Alamat rumah :

Telpo/HP :

Alamat email :

No.	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
I	Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	Alergi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat kejang berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Pingsan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Transfusi darah berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat kelainan bawaan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat penyakit lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
B	Riwayat Imunisasi			
	Memiliki Catatan Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat Bayi Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 1 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 2 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 5 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	Apakah orang tuamu atau Keluarga lain menderita :			
a.	Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
b.	Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
c.	Hepatitis/sakit kuning	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
d.	Asma/Bengk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
e.	Penyakit Lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
D	Perilaku Beresiko			
	Sarapan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Jajan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Resiko merokok?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	
	Resiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
E	Kesehatan Reproduksi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
	- Masalah pubertas	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
	- Risiko IMS	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
	- Risiko kekerasan seksual	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
Khusus Peserta Didik Perempuan :				
	- Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
F	Kesehatan Mental Emosional			
	Skor Kesulitan			
	Gejala emosional (E)	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Borderline	<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal
	Masalah perilaku (C)	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Borderline	<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal
	Hiperaktivitas (H)	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Borderline	<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal
	Masalah teman sebaya (P)	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Borderline	<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal
	Skor Kekuatan			
	Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Borderline	<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal
G	Kesehatan Intelegensia			
	Modalitas belajar			
	Visual	<input type="checkbox"/> Optimal	<input checked="" type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
	Audio	<input type="checkbox"/> Optimal	<input checked="" type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
	Kinestetik	<input type="checkbox"/> Optimal	<input checked="" type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Otak Kiri	<input type="checkbox"/> Otak Kanan	<input type="checkbox"/> Otak Kiri Kanan	
II Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan				
A	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital			
	Tekanan darah	=	mm Hg	
	Denyut nadi	=	/menit	
	Frekuensi pernapasan	=	/menit	
	Suhu	=	° C	
	Bising jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
Bising paru	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya		
B	Pemeriksaan Status Gizi			
	Berat badan	=	kg	
	Tinggi badan	=	cm	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
	Kategori Status Gizi IMT (BB/TB ²)	= 	<input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Kurus <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	TB/U (Stunting)			
	Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag dalam bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)			
C	Pemeriksaan Kebersihan Diri			
	Rambut	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit berbercak keputihan, kemerahan/ kehitaman			
	Kulit bersisik			
	Kulit ada memar			
	Kulit ada luka sayatan			
	Kulit ada luka koreng			
	Kulit ada luka koreng sukar sembuh			
	Kulit ada bekas suntikan			
	Kuku	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat	
D	Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan			
	Mata luar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi
	Tajam penglihatan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Low vision <input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	Buta warna	<input type="checkbox"/> Tidak		<input type="checkbox"/> Ya
E	Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran			
	Telinga luar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Ada gangguan :
	Tajam pendengaran	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Serumen
F	Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut			
	Kesehatan Rongga Mulut			
	Celah bibir/langit-langit*	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
	Luka pada sudut mulut			
	Sariawan			
	Lidah kotor			
	Luka lainnya			
			<input type="checkbox"/> Lokasi : ..	

NO	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
	Gigi berlubang / karies	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Gusi mudah berdarah	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Gusi bengkak	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Gigi kotor (ada plak & sisa makanan)	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Karang gigi	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
G	Pemakaian Alat Bantu			
	Penglihatan/Loupe	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Pendengaran	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kursi roda	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Tongkat/Kurik	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
H	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani			
	Jumlah Nilai		
	Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Baik Sekali Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input checked="" type="checkbox"/> Kurang
				<input type="checkbox"/> Kurang Sekali
III Kesimpulan				
IV	Dirujuk	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
				Tanggal :
	Mengetahui	Petugas Puskesmas	Wali Kelas/Guru	
		(.....)	(.....)	
V	Tindak Lanjut			
	Pemantauan oleh orang tua / guru	Orang Tua	Wali Kelas/Guru	
		(.....)	(.....)	
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (jika diperlukan rujukan)	Orang Tua	Wali Kelas/Guru	
	Tanggal :	(.....)	(.....)	

No.	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
I	Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	Alergi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat kejang berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Pingsan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Transfusi darah berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat kelainan bawaan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat penyakit lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
B	Riwayat Imunisasi			
	Memiliki Catatan Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat Bayi Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 1 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 2 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 5 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	Apakah orang tuamu atau Keluarga lain menderita :			
a.	Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
b.	Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
c.	Hepatitis/sakit kuning	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
d.	Asma/Bengek	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
e.	Penyakit Lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/>
D	Perilaku Beresiko			
	Sarapan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Jajan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Resiko merokok?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	
	Resiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
E	Kesehatan Reproduksi - Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual Khusus Peserta Didik Perempuan : - Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
F	Kesehatan Mental Emosional Skor Kesulitan Gejala emosional (E) Masalah perilaku (C) Hiperaktifitas (H) Masalah teman sebaya (P) Skor Kekuatan Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Borderline <input checked="" type="checkbox"/> Borderline <input checked="" type="checkbox"/> Borderline <input checked="" type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline	<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal <input checked="" type="checkbox"/> Abnormal <input checked="" type="checkbox"/> Abnormal <input checked="" type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal
G	Kesehatan Intelelegensi Modalitas belajar Visual Audio Kinestetik Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kiri	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kanan	<input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kiri Kanan
II	Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan			
A	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital Tekanan darah Denyut nadi Frekuensi pernapasan Suhu Bising jantung Bising paru	= = = = <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	mm Hg /menit /menit ° C <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya	
B	Pemeriksaan Status Gizi Berat badan Tinggi badan	= =	kg cm	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS			
		Tahun Ajaran :			
	Kategori Status Gizi IMT (BB/TB ²)	= 	<input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Kurus <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Sangat Gemuk
	TB/U (Stunting) Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag dalam bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)				
C	Pemeriksaan Kebersihan Diri				
	Rambut Kulit berbercak keputihan, kemerahan/ kehitaman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	 Jika ya, apakah bercak putih mati rasa ?
	Kulit bersisik Kulit ada memar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka sayatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka koreng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka koreng sukar sembuh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada bekas suntikan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya	
	Kuku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat	
D	Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan				
	Mata luar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi
	Tajam penglihatan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Low vision <input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Buta warna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ya
E	Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran				
	Telinga luar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Ada gangguan :
	Tajam pendengaran	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Serumen
F	Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut				
	Kesehatan Rongga Mulut				
	Celah bibir/langit-langit*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ya
	Luka pada sudut mulut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ya
	Sariawan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ya
	Lidah kotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ya
	Luka lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Lokasi :

NO	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS	
		Tahun Ajaran :	
	Gigi berlubang / karies Gusi mudah berdarah Gusi bengkak Gigi kotor (ada plak & sisa makanan) Karang gigi Susunan gigi depan tidak teratur	Tidak Tidak Tidak Tidak Tidak Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya
G	Pemakaian Alat Bantu Penglihatan/Loupe Pendengaran Kursi roda Tongkat/Kurk Kaki/tangan/mata protese	Tidak Tidak Tidak Tidak Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya
H	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani Jumlah Nilai Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	Baik Sekali Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input checked="" type="checkbox"/> Kurang
			<input type="checkbox"/> Kurang Sekali

III Kesimpulan

IV	Dirujuk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Mengetahui	Petugas Puskesmas	Tanggal : (.....)
			Wali Kelas/Guru (.....)
V	Tindak Lanjut Pemantauan oleh orang tua / guru	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (Jika diperlukan rujukan)	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
	Tanggal :		

No.	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
I	Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	Alergi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat kejang berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Pingsan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Transfusi darah berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat kelainan bawaan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat penyakit lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
B	Riwayat Imunisasi			
	Memiliki Catatan Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat Bayi Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 1 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 2 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 5 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	Apakah orang tuamu atau Keluarga lain menderita :			
a.	Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
b.	Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
c.	Hepatitis/sakit kuning	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
d.	Asma/Bengek	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
e.	Penyakit Lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/>
D	Perilaku Beresiko			
	Sarapan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Jajan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Resiko merokok?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	
	Resiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
E	Kesehatan Reproduksi - Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual Khusus Peserta Didik Perempuan : - Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
F	Kesehatan Mental Emosional Skor Kesulitan Gejala emosional (E) Masalah perilaku (C) Hiperaktifitas (H) Masalah teman sebaya (P)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal
	Skor Kekuatan Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
G	Kesehatan Intelelegensi Modalitas belajar Visual Audio Kinestetik Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kiri	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kanan	<input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kiri Kanan
II	Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan			
A	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital			
	Tekanan darah	= mm Hg		
	Denyut nadi	= /menit		
	Frekuensi pernapasan	= /menit		
	Suhu	= ° C		
	Bising jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Bising paru	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
B	Pemeriksaan Status Gizi			
	Berat badan	= kg		
	Tinggi badan	= cm		

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS			
		Tahun Ajaran :			
Kategori Status Gizi					
IMT (BB/TB ²)		= <input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Kurus <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Sangat Gemuk	
TB/U (Stunting)					
Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag dalam bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)					
C Pemeriksaan Kebersihan Diri					
Rambut		<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Sehat	Jika ya, apakah bercak putih mati rasa ?	
Kulit berbercak keputihan, kemerahan/ kehitaman					
Kulit bersisik					
Kulit ada memar					
Kulit ada luka sayatan					
Kulit ada luka koreng					
Kulit ada luka koreng sukar sembuh					
Kulit ada bekas suntikan					
Kuku					
D Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan					
Mata luar		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Low vision <input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi <input type="checkbox"/> Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	
Tajam penglihatan					
Buta warna		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya		
E Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran					
Telinga luar		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Serumen	
Tajam pendengaran				Ada gangguan :	
F Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut					
Kesehatan Rongga Mulut					
Celah bibir/langit-langit*		<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya		
Luka pada sudut mulut					
Sariawan					
Lidah kotor					
Luka lainnya			<input type="checkbox"/> Ya	Lokasi :	

NO	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS			
		Tahun Ajaran :			
	Gigi berlubang / karies Gusi mudah berdarah Gusi bengkak Gigi kotor (ada plak & sisa makanan) Karang gigi Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya		
G	Pemakaian Alat Bantu Penglihatan/Loupe Pendengaran Kursi roda Tongkat/Kurk Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya		
H	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani Jumlah Nilai Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Baik Sekali <input checked="" type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input checked="" type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Kurang Sekali
III	Kesimpulan				
IV	Dirujuk Mengetahui	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	Tanggal :	
				Wali Kelas/Guru	(.....)
V	Tindak Lanjut Pemantauan oleh orang tua / guru	Orang Tua	Wali Kelas/Guru	(.....) (.....)	
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (jika diperlukan rujukan) Tanggal :	Orang Tua	Wali Kelas/Guru	(.....) (.....)	

No.	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
I	Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	Alergi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat kejang berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Pingsan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Transfusi darah berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat kelainan bawaan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat penyakit lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
B	Riwayat Imunisasi			
	Memiliki Catatan Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat Bayi Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 1 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 2 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 5 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	Apakah orang tuamu atau Keluarga lain menderita :	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
a.	Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
b.	Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
c.	Hepatitis/sakit kuning	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
d.	Asma/Bengk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
e.	Penyakit Lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/>
D	Perilaku Beresiko			
	Sarapan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Jajan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Resiko merokok?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	
	Resiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
E	Kesehatan Reproduksi - Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual Khusus Peserta Didik Perempuan : - Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
F	Kesehatan Mental Emosional Skor Kesulitan Gejala emosional (E) Masalah perilaku (C) Hiperaktivitas (H) Masalah teman sebaya (P) Skor Kekuatan Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal
G	Kesehatan Intelegensia Modalitas belajar Visual Audio Kinestetik Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kiri	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kanan	<input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kiri Kanan
II	Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan			
A	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital Tekanan darah Denyut nadi Frekuensi pernapasan Suhu Bising jantung Bising paru	= mm Hg = /menit = /menit = ° C <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak		
B	Pemeriksaan Status Gizi Berat badan Tinggi badan	= kg = cm		

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
	Kategori Status Gizi IMT (BB/TB ²)	=	<input type="checkbox"/> Sangat Kurus	<input type="checkbox"/> Normal
			<input type="checkbox"/> Kurus	<input type="checkbox"/> Gemuk
	TB/U (Stunting)		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag dalam bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
C	Pemeriksaan Kebersihan Diri		<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat
	Rambut		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kulit berbercak keputihan, kemerahan/ kehitaman		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kulit bersisik		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada memar		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka sayatan		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka koreng		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka koreng sukar sembuh		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada bekas suntikan		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kuku		<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat
D	Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat
	Mata luar		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi
	Tajam penglihatan		<input type="checkbox"/> Low vision	<input type="checkbox"/> Kacamata
			<input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> Tidak
				<input type="checkbox"/> Ya
	Buta wama		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
E	Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran		<input type="checkbox"/> Sehat	<input type="checkbox"/> Infeksi
	Telinga luar		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Serumen
	Tajam pendengaran			<input type="checkbox"/> Ada gangguan :
F	Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut			
	Kesehatan Rongga Mulut			
	Celah bibir/langit-langit*		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Luka pada sudut mulut		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Sariawan		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Lidah kotor		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Luka lainnya		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya Lokasi :

NO	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
	Gigi berlubang / karies	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Gusi mudah berdarah	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Gusi bengkak	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Gigi kotor (ada plak & sisa makanan)	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Karang gigi	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
G	Pemakaian Alat Bantu			
	Penglihatan/Loupe	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Pendengaran	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kursi roda	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Tongkat/Kurik	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
H	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani			
	Jumlah Nilai		
	Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Baik Sekali Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input checked="" type="checkbox"/> Kurang
				<input type="checkbox"/> Kurang Sekali
III Kesimpulan				
IV	Dirujuk	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
				Tanggal :
	Mengetahui	Petugas Puskesmas	Wali Kelas/Guru	
		(.....)	(.....)	
V	Tindak Lanjut			
	Pemantauan oleh orang tua / guru	Orang Tua	Wali Kelas/Guru	
		(.....)	(.....)	
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (jika diperlukan rujukan)	Orang Tua	Wali Kelas/Guru	
	Tanggal :	(.....)	(.....)	

catatan harianku:



PESERTA DIDIK TINGKAT SMA /SMK/MA

NAMA :

NIS :

SEKOLAH :

ALAMAT
SEKOLAH :

.....

No.	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
I	Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	Alergi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat kejang berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Pingsan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Transfusi darah berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat kelainan bawaan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat penyakit lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
B	Riwayat Imunisasi			
	Memiliki Catatan Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat Bayi Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 1 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 2 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 5 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	Apakah orang tuamu atau Keluarga lain menderita :			
a.	Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Tidak Tahu
b.	Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Tidak Tahu
c.	Hepatitis/sakit kuning	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Tidak Tahu
d.	Asma/Bengek	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Tidak Tahu
e.	Penyakit Lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
D	Perilaku Beresiko			
	Sarapan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Jajan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Resiko merokok?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	
	Resiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
E	Kesehatan Reproduksi - Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual Khusus Peserta Didik Perempuan : - Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
F	Kesehatan Mental Emosional Skor Kesulitan Gejala emosional (E) Masalah perilaku (C) Hiperaktifitas (H) Masalah teman sebaya (P) Skor Kekuatan Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal
G	Kesehatan Intelelegensi Modalitas belajar Visual Audio Kinestetik Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Belum Optimal
II	Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan			
A	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital Tekanan darah Denyut nadi Frekuensi pernapasan Suhu Bising jantung Bising paru	= mm Hg = /menit = /menit = °C <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak		= kg = cm
B	Pemeriksaan Status Gizi Berat badan Tinggi badan		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
	Kategori Status Gizi IMT (BB/TB ²)	= 	Normal Gemuk Ya Ya	Sangat Gemuk
	TB/U (Stunting) Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag bag bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)			
C	Pemeriksaan Kebersihan Diri			
	Rambut	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat	
	Kulit berbercak keputihan, kemerahan/ kehitaman	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Jika ya, apakah bercak putih mati rasa ?
	Kulit bersisik	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada memar	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka sayatan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka koreng	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka koreng sukar sembuh	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada bekas suntikan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kuku	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat	
D	Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan			
	Mata luar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tidak Sehat	
	Tajam penglihatan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Normal 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi 	
	Buta wama	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
E	Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran			
	Telinga luar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sehat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infeksi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Serumen
	Tajam pendengaran	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ada gangguan :	
F	Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut			
	Kesehatan Rongga Mulut			
	Celah bibir/langit-langit*	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Luka pada sudut mulut	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Sariawan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Lidah kotor	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Luka lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Lokasi : ..

NO	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS					
		Tahun Ajaran :					
	Gigi berlubang / karies Gusi mudah berdarah Gusi bengkak Gigi kotor (ada plak & sisa makanan) Karang gigi Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tidak Tidak Tidak Tidak Tidak Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Ya Ya Ya Ya Ya		
G	Pemakaian Alat Bantu Penglihatan/Loupe Pendengaran Kursi roda Tongkat/Kurk Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tidak Tidak Tidak Tidak Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Ya Ya Ya Ya		
H	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani Jumlah Nilai Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-poru dengan <i>single tes</i>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Baik Sekali Baik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cukup Kurang	<input type="checkbox"/> Kurang Sekali

III Kesimpulan

IV	Dirujuk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Mengetahui	Petugas Puskesmas	Wali Kelas/Guru
		(.....)	(.....)
V	Tindak Lanjut Pemantauan oleh orang tua / guru	Orang Tua	Wali Kelas/Guru
		(.....)	(.....)
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (jika diperlukan rujukan)	Orang Tua	Wali Kelas/Guru
	Tanggal :	(.....)	(.....)

No.	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
I	Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	Alergi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat kejang berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Pingsan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Transfusi darah berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat kelainan bawaan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat penyakit lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
B	Riwayat Imunisasi			
	Memiliki Catatan Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat Bayi Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 1 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 2 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 5 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	Apakah orang tuamu atau Keluarga lain menderita :			
a.	Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
b.	Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
c.	Hepatitis/sakit kuning	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
d.	Asma/Bengek	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
e.	Penyakit Lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/>
D	Perilaku Beresiko			
	Sarapan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Jajan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Resiko merokok?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	
	Resiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
E	Kesehatan Reproduksi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
	- Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
Khusus Peserta Didik Perempuan :				
	- Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
F	Kesehatan Mental Emosional			
	Skor Kesulitan			
Gejala emosional (E)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Masalah perilaku (C)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Hiperaktifitas (H)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Masalah teman sebaya (P)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Skor Kekuatan				
Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Borderline	<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal	
G	Kesehatan Intelekvensia			
	Modalitas belajar			
Visual	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal	
Audio	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal	
Kinestetik	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal	
Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Otak Kiri	<input type="checkbox"/> Otak Kanan	<input type="checkbox"/> Otak Kiri Kanan	
II Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan				
A	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital	= mm Hg		
	Tekanan darah	= /menit		
	Denyut nadi	= /menit		
	Frekuensi pernapasan	= ° C		
	Suhu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
	Bising jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
B	Pemeriksaan Status Gizi	= kg		
	Berat badan	= cm		
	Tinggi badan			

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
	Kategori Status Gizi IMT (BB/TB ²)	= <input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Kurus <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Sangat Gemuk
	TB/U (Stunting)	 <input type="checkbox"/> Tidak		
	Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag dalam bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)			
C	Pemeriksaan Kebersihan Diri			
	Rambut	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat	
	Kulit berbercak keputihan, kemerahan/ kehitaman	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit bersisik	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada memar	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka sayatan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka koreng	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka koreng sukar sembuh	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada bekas suntikan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kuku	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat	
D	Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan			
	Mata luar	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	
	Tajam penglihatan	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Low vision <input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi <input type="checkbox"/> Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Buta warna	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
E	Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran			
	Telinga luar	<input type="checkbox"/> Sehat	<input type="checkbox"/> Infeksi	<input type="checkbox"/> Serumen
	Tajam pendengaran	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ada gangguan :	
F	Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut			
	Kesehatan Rongga Mulut			
	Celah bibir/langit-langit*	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Luka pada sudut mulut	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Sariawan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Lidah kotor	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Luka lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Lokasi :

NO	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS			
		Tahun Ajaran :			
	Gigi berlubang / karies Gusi mudah berdarah Gusi bengkak Gigi kotor (ada plak & sisa makanan) Karang gigi Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya		
G	Pemakaian Alat Bantu Penglihatan/Loupe Pendengaran Kursi roda Tongkat/Kurk Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya		
H	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani Jumlah Nilai Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Baik Sekali Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Kurang Sekali
III Kesimpulan					
IV	Dirujuk Mengetahui	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Tanggal :	
				Petugas Puskesmas	Wali Kelas/Guru
				(.....)	(.....)
V	Tindak Lanjut Pemantauan oleh orang tua / guru Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (Jika diperlukan rujukan) Tanggal :	Orang Tua Orang Tua Orang Tua	Wali Kelas/Guru Wali Kelas/Guru Wali Kelas/Guru	(.....)	(.....)

No.	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
I	Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	Alergi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat kejang berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Pingsan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Transfusi darah berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat kelainan bawaan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat penyakit lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
B	Riwayat Imunisasi			
	Memiliki Catatan Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat Bayi Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 1 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 2 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 5 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	Apakah orang tuamu atau Keluarga lain menderita :			
a.	Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
b.	Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
c.	Hepatitis/sakit kuning	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
d.	Asma/Bengek	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
e.	Penyakit Lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/>
D	Perilaku Beresiko			
	Sarapan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Jajan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Resiko merokok?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	
	Resiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
E	Kesehatan Reproduksi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
	- Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
Khusus Peserta Didik Perempuan :				
	- Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
F	Kesehatan Mental Emosional			
	Skor Kesulitan			
Gejala emosional (E)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Masalah perilaku (C)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Hiperaktifitas (H)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Masalah teman sebaya (P)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Skor Kekuatan				
Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Borderline	<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal	
G	Kesehatan Intelekvensia			
	Modalitas belajar			
Visual	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal	
Audio	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal	
Kinestetik	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal	
Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Otak Kiri	<input type="checkbox"/> Otak Kanan	<input type="checkbox"/> Otak Kiri Kanan	
II Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan				
A	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital			
	Tekanan darah	=	mm Hg	
	Denyut nadi	=	/menit	
	Frekuensi pernapasan	=	/menit	
	Suhu	=	° C	
	Bising jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
Bising paru	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya		
B	Pemeriksaan Status Gizi			
	Berat badan	=	kg	
	Tinggi badan	=	cm	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
	Kategori Status Gizi IMT (BB/TB ²)	= <input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Kurus <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Sangat Gemuk
	TB/U (Stunting)	<input type="checkbox"/> Tidak		
	Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag dalam bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)	<input type="checkbox"/> Ya		
C	Pemeriksaan Kebersihan Diri	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Sehat	Jika ya, apakah bercak putih mati rasa ?
D	Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Low vision <input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi <input type="checkbox"/> Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	
	Buta warna	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
E	Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Ada gangguan :	<input type="checkbox"/> Serumen
F	Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut			
	Kesehatan Rongga Mulut			
	Celah bibir/langit-langit*	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
	Luka pada sudut mulut			
	Sariawan			
	Lidah kotor			
	Luka lainnya		<input type="checkbox"/> Lokasi : ..	

NO	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS			
		Tahun Ajaran :			
	Gigi berlubang / karies Gusi mudah berdarah Gusi bengkak Gigi kotor (ada plak & sisa makanan) Karang gigi Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya		
G	Pemakaian Alat Bantu Penglihatan/Loupe Pendengaran Kursi roda Tongkat/Kurk Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya		
H	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani Jumlah Nilai Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Baik Sekali Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Kurang Sekali
III Kesimpulan					
IV	Dirujuk Mengetahui	<input type="checkbox"/> Tidak Petugas Puskesmas (.....)	<input type="checkbox"/> Ya Wali Kelas/Guru (.....)	Tanggal :	
V	Tindak Lanjut Pemantauan oleh orang tua / guru Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (Jika diperlukan rujukan) Tanggal :	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)		
		Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)		

No.	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
I	Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	Alergi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat kejang berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Pingsan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Transfusi darah berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat kelainan bawaan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat penyakit lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
B	Riwayat Imunisasi			
	Memiliki Catatan Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat Bayi Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 1 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 2 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 5 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	Apakah orang tuamu atau Keluarga lain menderita :	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	a. Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	b. Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	c. Hepatitis/sakit kuning	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	d. Asma/Bengek	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	e. Penyakit Lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/>
D	Perilaku Beresiko			
	Sarapan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Jajan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Resiko merokok?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	
	Resiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
E	Kesehatan Reproduksi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
	- Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
Khusus Peserta Didik Perempuan :				
	- Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
F	Kesehatan Mental Emosional			
	Skor Kesulitan			
Gejala emosional (E)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Masalah perilaku (C)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Hiperaktifitas (H)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Masalah teman sebaya (P)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
Skor Kekuatan				
Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Borderline	<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal	
G	Kesehatan Intelekvensia			
	Modalitas belajar			
Visual	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal	
Audio	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal	
Kinestetik	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal	
Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Otak Kiri	<input type="checkbox"/> Otak Kanan	<input type="checkbox"/> Otak Kiri Kanan	
II Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan				
A	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital	= mm Hg		
	Tekanan darah	= /menit		
	Denyut nadi	= /menit		
	Frekuensi pernapasan	= ° C		
	Suhu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
	Bising jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	
B	Pemeriksaan Status Gizi	= kg		
	Berat badan	= cm		
	Tinggi badan			

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS			
		Tahun Ajaran :			
	Kategori Status Gizi IMT (BB/TB ²)	= <input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Kurus <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Sangat Gemuk	
	TB/U (Stunting)	<input type="checkbox"/> Tidak			
	Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag dalam bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)	<input type="checkbox"/> Tidak			
C	Pemeriksaan Kebersihan Diri	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Sehat	Jika ya, apakah bercak putih mati rasa ?	
D	Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Low vision <input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi <input type="checkbox"/> Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya		
	Buta warna	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya		
E	Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Ada gangguan :	<input type="checkbox"/> Serumen	
F	Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut Kesehatan Rongga Mulut	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	Lokasi :	
	Celah bibir/langit-langit*				
	Luka pada sudut mulut				
	Sariawan				
	Lidah kotor				
	Luka lainnya				

NO	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS			
		Tahun Ajaran :			
	Gigi berlubang / karies Gusi mudah berdarah Gusi bengkak Gigi kotor (ada plak & sisa makanan) Karang gigi Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya		
G	Pemakaian Alat Bantu Penglihatan/Loupe Pendengaran Kursi roda Tongkat/Kurk Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya		
H	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani Jumlah Nilai Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Baik Sekali Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Kurang Sekali
III Kesimpulan					
IV	Dirujuk Mengetahui	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Tanggal :	
		Petugas Puskesmas	Wali Kelas/Guru	(.....)	(.....)
V	Tindak Lanjut Pemantauan oleh orang tua / guru Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (Jika diperlukan rujukan) Tanggal :	Orang Tua Orang Tua Orang Tua	Wali Kelas/Guru Wali Kelas/Guru Wali Kelas/Guru	(.....)	(.....)

No.	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
I	Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	Alergi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat kejang berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Pingsan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Transfusi darah berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat kelainan bawaan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Riwayat penyakit lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
B	Riwayat Imunisasi			
	Memiliki Catatan Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat Bayi Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 1 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 2 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Saat SD Kelas 5 Mendapat Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	Apakah orang tuamu atau Keluarga lain menderita :	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
a.	Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
b.	Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
c.	Hepatitis/sakit kuning	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
d.	Asma/Bengek	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
e.	Penyakit Lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/>
D	Perilaku Beresiko			
	Sarapan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Jajan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
	Resiko merokok?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	
	Resiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
E	Kesehatan Reproduksi - Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual Khusus Peserta Didik Perempuan : - Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
F	Kesehatan Mental Emosional Skor Kesulitan Gejala emosional (E) Masalah perilaku (C) Hiperaktivitas (H) Masalah teman sebaya (P) Skor Kekuatan Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal
G	Kesehatan Intelegensia Modalitas belajar Visual Audio Kinestetik Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kiri	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Cukup Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kanan	<input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Belum Optimal <input type="checkbox"/> Otak Kiri Kanan
II	Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan			
A	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital Tekanan darah Denyut nadi Frekuensi pernapasan Suhu Bising jantung Bising paru	= = = = <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	mm Hg /menit /menit ° C <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
B	Pemeriksaan Status Gizi Berat badan Tinggi badan	= =	kg cm	

No	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
	Kategori Status Gizi IMT (BB/TB ²)	= <input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Kurus <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Sangat Gemuk
	TB/U (Stunting)			
	Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag dalam bawah putat, bibir, lidah, telapak tangan putat)			
C	Pemeriksaan Kebersihan Diri			
	Rambut	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit berbercak keputihan, kemerahan/ kehitaman	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	Jika ya, apakah bercak putih mati rasa ?
	Kulit bersisik	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada memar	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka sayatan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka koreng	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada luka koreng sukar sembuh	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kulit ada bekas suntikan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kuku	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat	
D	Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan			
	Mata luar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Sehat	
	Tajam penglihatan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Low vision <input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi <input type="checkbox"/> Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	Buta warna	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
E	Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran			
	Telinga luar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehat	<input type="checkbox"/> Infeksi
	Tajam pendengaran	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Serumen <input type="checkbox"/> Ada gangguan :
F	Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut			
	Kesehatan Rongga Mulut			
	Celah bibir/langit-langit*	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	
	Luka pada sudut mulut	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Sariawan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Lidah kotor	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Luka lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Lokasi :

NO	JENIS PEMERIKSAAN	KELAS		
		Tahun Ajaran :		
	Gigi berlubang / karies Gusi mudah berdarah Gusi bengkak Gigi kotor (ada plak & sisa makanan) Karang gigi Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Ya Ya Ya Ya Ya Ya
G	Pemakaian Alat Bantu Penglihatan/Loupe Pendengaran Kursi roda Tongkat/Kurk Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Ya Ya Ya Ya
H	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani Jumlah Nilai Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Baik Sekali Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang
<input type="checkbox"/> Kurang Sekali				
III Kesimpulan				
IV	Dirujuk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Tanggal :
	Mengetahui	Petugas Puskesmas	Wali Kelas/Guru	(.....) (.....)
V	Tindak Lanjut Pemantauan oleh orang tua / guru	Orang Tua	Wali Kelas/Guru	(.....) (.....)
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (Jika diperlukan rujukan) Tanggal	Orang Tua	Wali Kelas/Guru	(.....) (.....)

Kotak Kontrol Minum TTD pada Remaja Putri Tahun ke-7

Nama: Usia: tahun

Jan	Feb	Mar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apr	Mei	Jun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jul	Agust	Sept
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okt	Nov	Des
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beri tanda (V) pada kotak bila sudah minum

Kotak Kontrol Minum TTD pada Remaja Putri Tahun ke-8

Nama: Usia: tahun

Jan	Feb	Mar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apr	Mei	Jun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jul	Agust	Sept
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okt	Nov	Des
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beri tanda (V) pada kotak bila sudah minum

Kotak Kontrol Minum TTD pada Remaja Putri Tahun ke-9

Nama: Usia: tahun

Jan	Feb	Mar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apr	Mei	Jun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jul	Agust	Sept
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okt	Nov	Des
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beri tanda (V) pada kotak bila sudah minum

Kotak Kontrol Minum TTD pada Remaja Putri Tahun ke-10

Nama: Usia: tahun

Jan	Feb	Mar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apr	Mei	Jun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jul	Agust	Sept
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okt	Nov	Des
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beri tanda (V) pada kotak bila sudah minum

Kotak Kontrol Minum TTD pada Remaja Putri Tahun ke-11

Nama: Usia: tahun

Jan	Feb	Mar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apr	Mei	Jun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jul	Agust	Sept
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okt	Nov	Des
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beri tanda (V) pada kotak bila sudah minum

Kotak Kontrol Minum TTD pada Remaja Putri Tahun ke-12

Nama: Usia: tahun

Jan	Feb	Mar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apr	Mei	Jun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jul	Agust	Sept
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okt	Nov	Des
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beri tanda (V) pada kotak bila sudah minum

Pemberian Obat Cacing (Albendazole) Pencegahan Cacingan

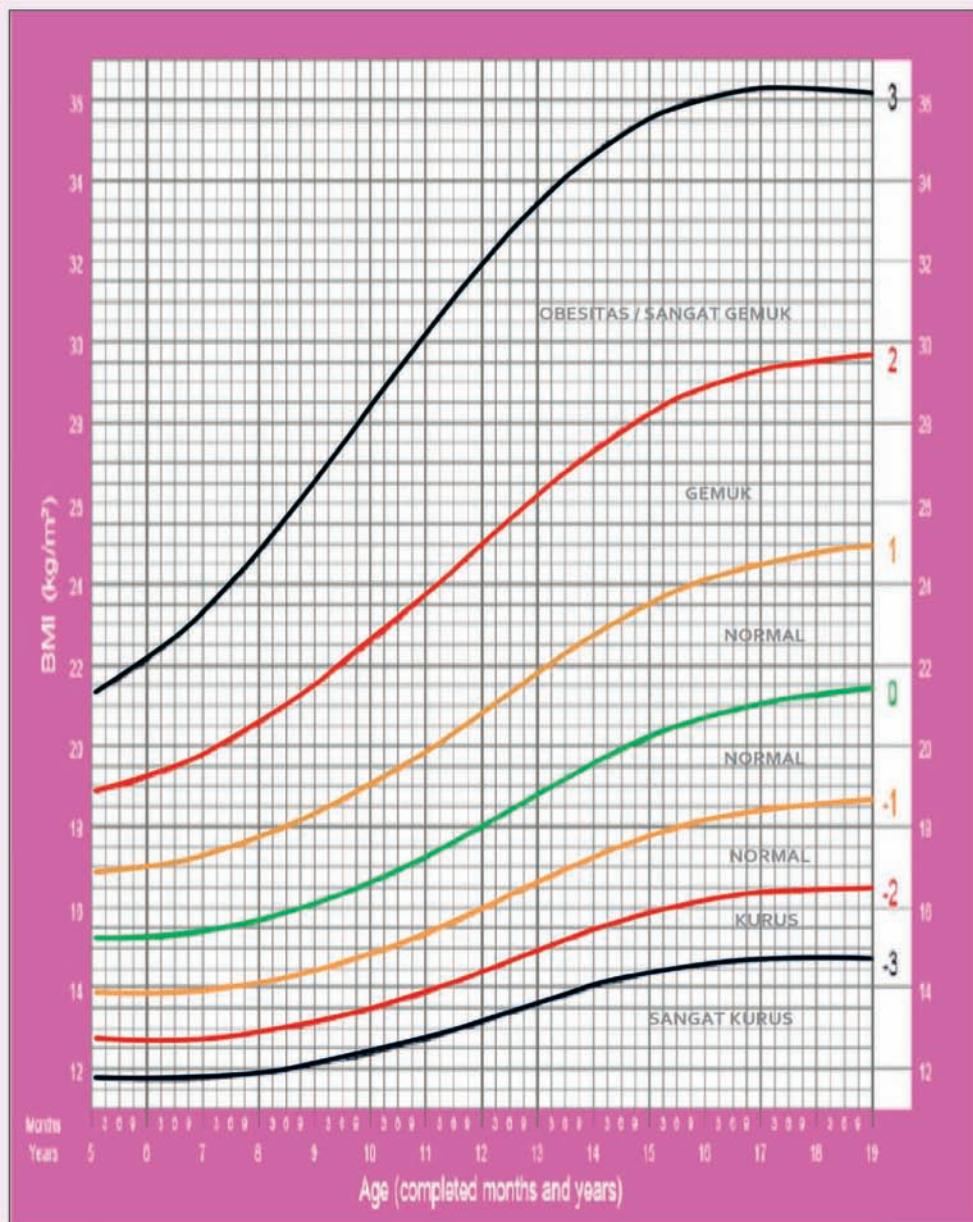
No	Minum Obat Cacing		Tanggal Minum Obat Cacing	Kie		Ket	Paraf		
	Ya	Tidak		Ya	Tidak		Petugas Kesehatan	Wali Kelas	Orang Tua

PEMERIKSAAN KESEHATAN

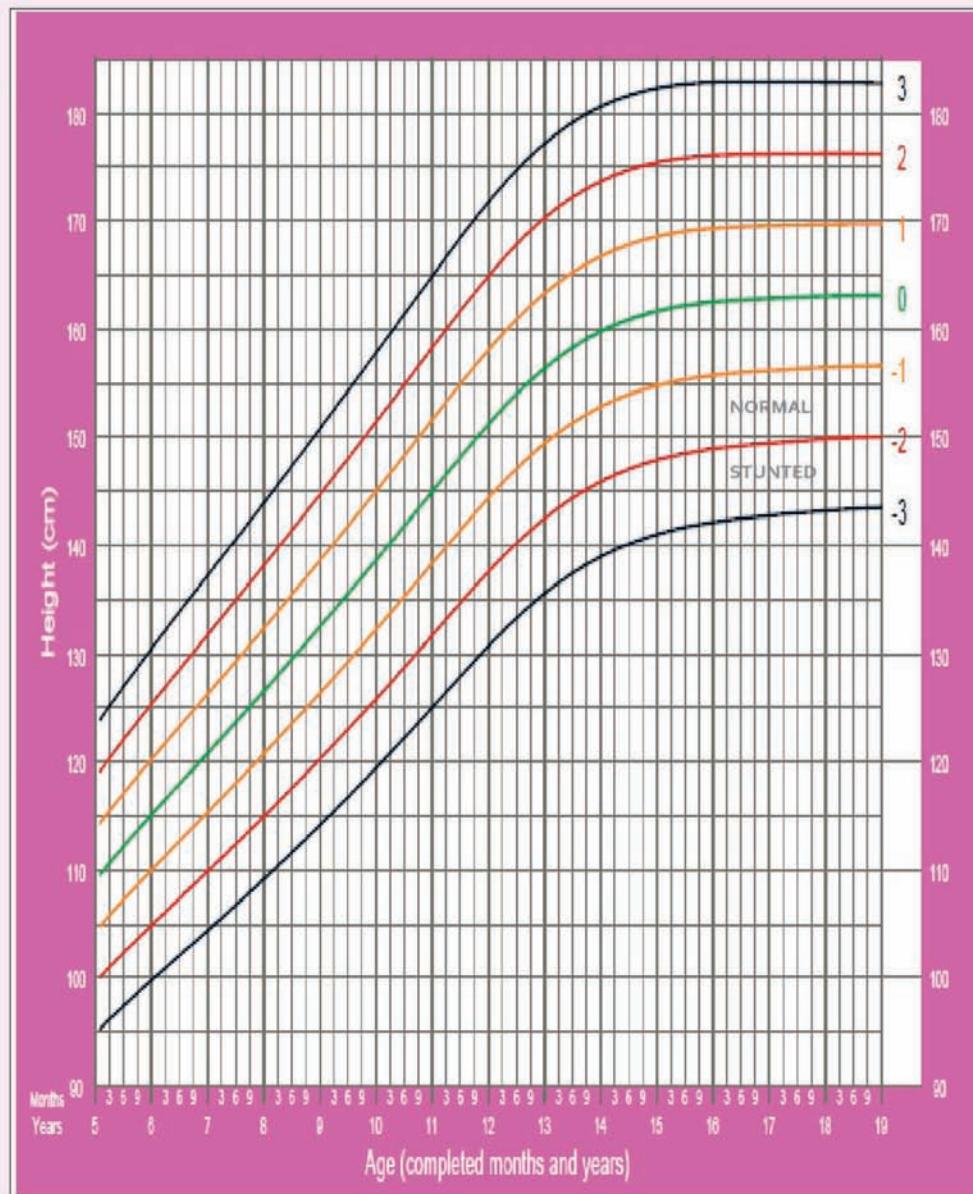
NOMOR	TANGGAL	KELUHAN	PEMERIKSAAN FISIK
1	2	3	4

TINDAKAN			TANDA TANGAN PELAKSANA		
KONSELING	PENGOBATAN	RUJUK	DOKTER	BIDAN	PERAWAT
5	6	7	8	9	10

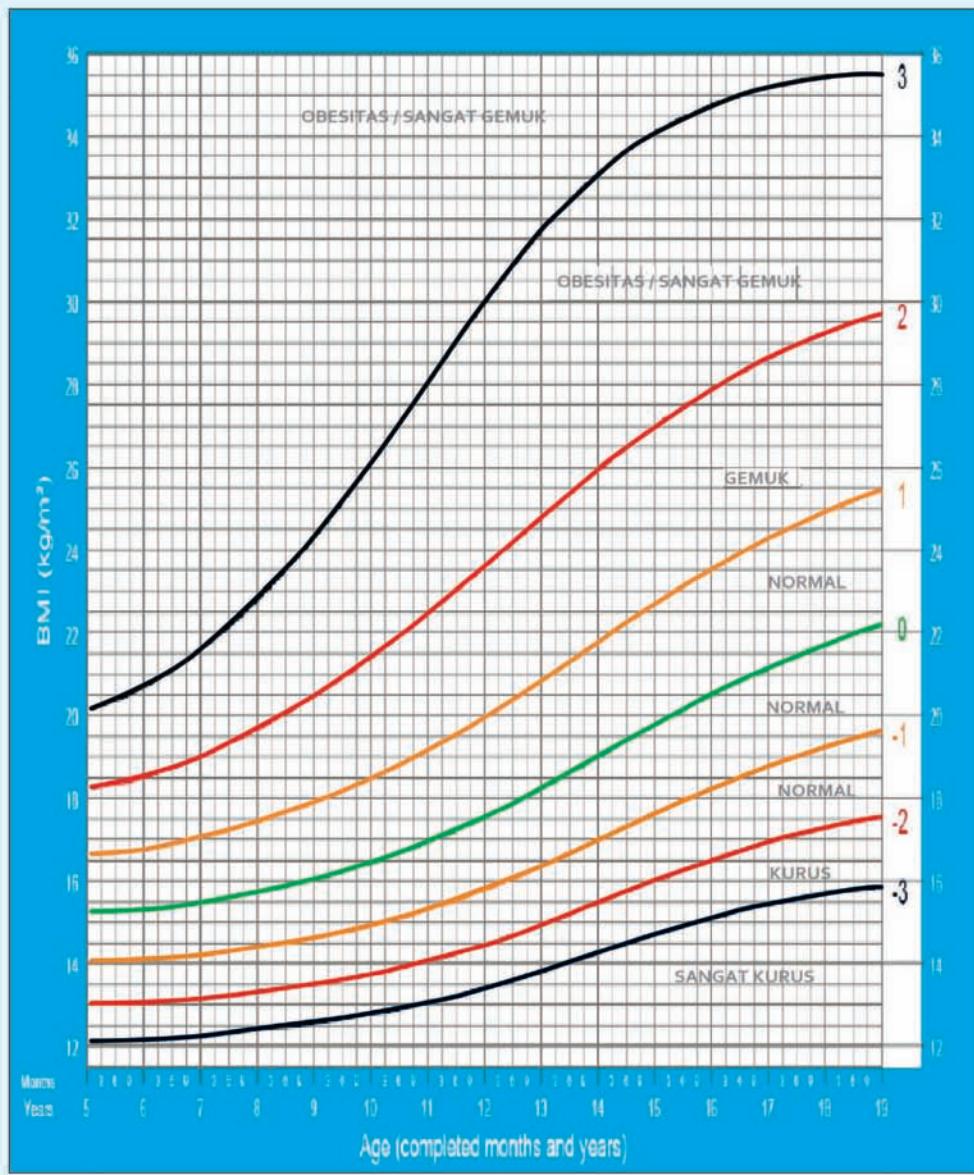
**GRAFIK INDEKS MASSA TUBUH (IMT)
TERHADAP UMUR (TAHUN) - WHO / PEREMPUAN**



**GRAFIK TINGGI BADAN TERHADAP UMUR (TAHUN) -
WHO / PEREMPUAN**



**GRAFIK INDEKS MASSA TUBUH (IMT)
TERHADAP UMUR (TAHUN) - WHO / LAKI-LAKI**



**GRAFIK TINGGI BADAN TERHADAP UMUR (TAHUN) -
WHO / LAKI-LAKI**

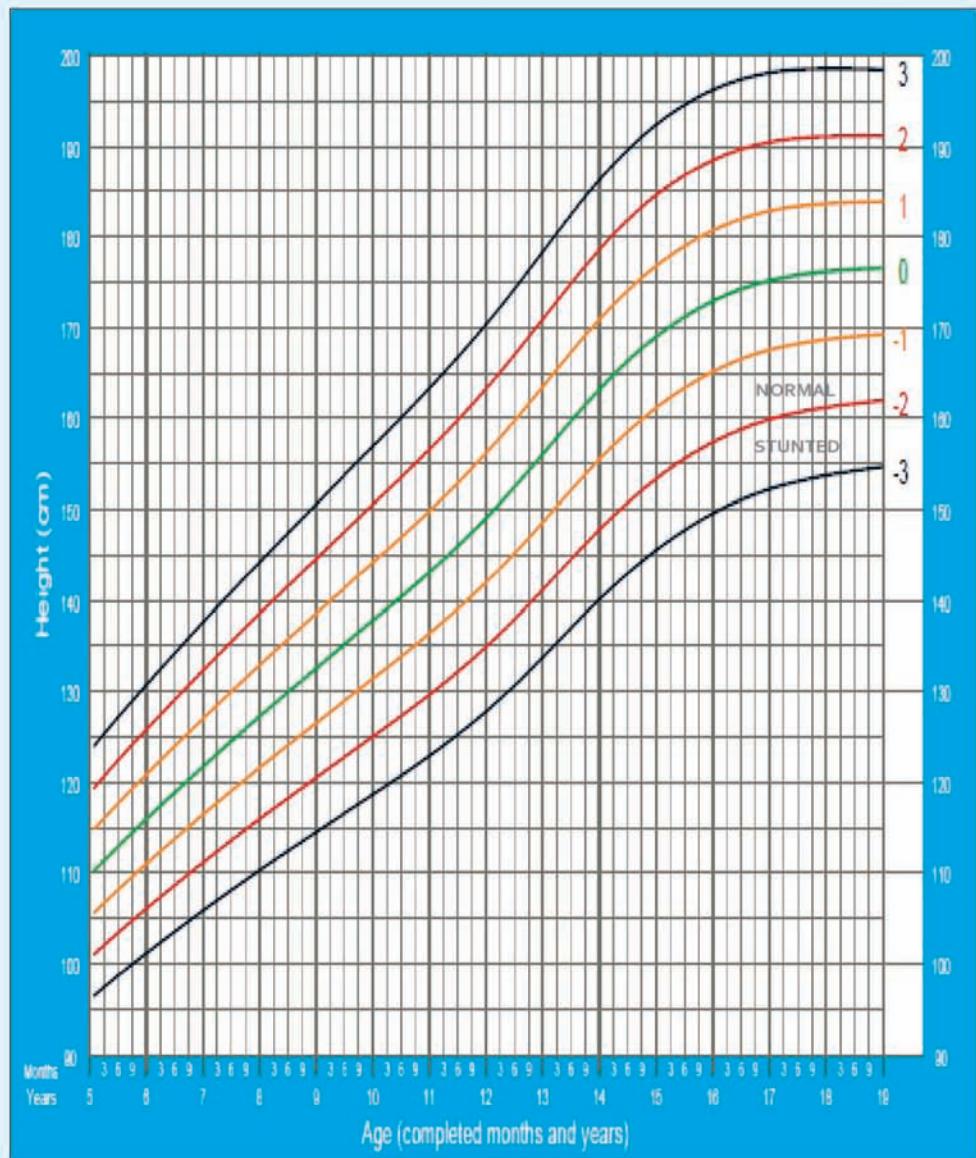


DIAGRAM GIGI 1

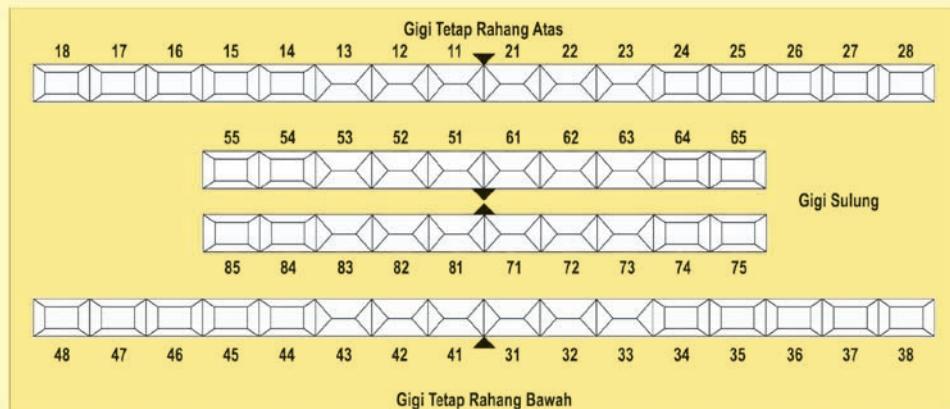
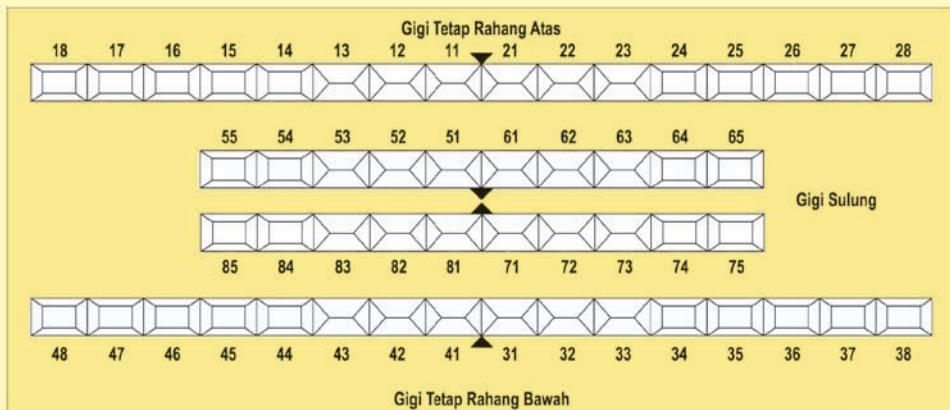


DIAGRAM GIGI 2



SIMBOL-SIMBOL ODONTOGRAM

 = Tambalan Amalgam = **amf**

  = Tambalan Composite (di arsir) (**cot**)

 = di arsir

 = pit dan fissure sealant (fis)

 = gigi non-vital (nvt)

 = Perawatan Saluran Akar (rct)

 = Sisa Akar (nx)

 = Gigi hilang (mis)

 = Implant + Porcelain crown (ipx-poc)
IPX

 = Full metal bridge 3 units. (meb)
(masing-masing gigi dijelaskan, Pontic = pon)

NON
 = gigi tidak ada, tidak diketahui ada atau tidak ada. (non)

UNE
 = Un-Erupted (une)

PRE
 = Partial Erupt (pre)

SOU
 = Normal/ baik (sou)

ANO
 = Anomali (ano)
Pegshaped, micro, fusi, etc

CAR
 = Caries = Tambalan sementara (**car**)
(garis batas caries dibuat sesuai posisi caries, dan di posisi caries ditulis di tabel,
misal **O-car**)

 = fracture (cfr)

KARTU MENUJU BUGAR

TES LARI 1600 M PUTERA USIA 13 – 19 TAHUN MENURUT WAKTU TEMPUH

Tinggi Badan	Tanggal	(cm)
Pemeriksaan Awal		
Semester 1		
Semester 2		

Berat Badan	Tanggal	(Kg)
Pemeriksaan Awal		
Semester 1		
Semester 2		

Klasifikasi Penilaian	Putera 13 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 7'23"						
Baik	7'24" - 8'40"						
Cukup	8'41" - 9'58"						
Kurang	9'59" - 11'15"						
Kurang Sekali	≥ 11'16"						

Klasifikasi Penilaian	Putera 14 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 7'06"						
Baik	7'07" - 8'14"						
Cukup	8'15" - 9'21"						
Kurang	9'22" - 10'28"						
Kurang Sekali	≥ 10'29"						

Klasifikasi Penilaian	Putera 15 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 6'32"						
Baik	6'33" - 7'46"						
Cukup	7'47" - 9'01"						
Kurang	9'02" - 10'16"						
Kurang Sekali	≥ 10'17"						

Klasifikasi Penilaian	Putera 16 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 6'31"						
Baik	6'32" - 7'43"						
Cukup	7'44" - 8'55"						
Kurang	8'56" - 10'06"						
Kurang Sekali	≥ 10'07"						

Klasifikasi Penilaian	Putera 17 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 6'28"						
Baik	6'29" - 7'40"						
Cukup	7'41" - 8'52"						
Kurang	8'53" - 10'04"						
Kurang Sekali	≥ 10'05"						

Klasifikasi Penilaian	Putera 18 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 6'27"						
Baik	6'28" - 7'27"						
Cukup	7'28" - 8'56"						
Kurang	8'27" - 9'25"						
Kurang Sekali	≥ 9'26"						

Klasifikasi Penilaian	Putera 19 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 6'21"						
Baik	6'22" - 7'21"						
Cukup	7'22" - 8'26"						
Kurang	8'21" - 9'29"						
Kurang Sekali	≥ 9'20"						

TES LARI 1600 M PUTERI USIA 13 – 19 TAHUN MENURUT WAKTU TEMPUH

Tinggi Badan	Tanggal	(cm)
Pemeriksaan Awal		
Semester 1		
Semester 2		

Berat Badan	Tanggal	(Kg)
Pemeriksaan Awal		
Semester 1		
Semester 2		

Klasifikasi Penilaian	Putera 13 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 9'29"						
Baik	9'30" - 10'55"						
Cukup	10'56" - 12'21"						
Kurang	12'22" - 13'46"						
Kurang Sekali	≥ 13'47"						

Klasifikasi Penilaian	Puteri 14 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 9'26"						
Baik	9'27" - 10'51"						
Cukup	10'52" - 12'15"						
Kurang	12'16" - 13'39"						
Kurang Sekali	≥ 13'40"						

Klasifikasi Penilaian	Putera 15 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 9'03"						
Baik	9'04" - 10'33"						
Cukup	10'34" - 12'04"						
Kurang	12'05" - 13'34"						
Kurang Sekali	≥ 13'35"						

Klasifikasi Penilaian	Puteri 16 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 7'55"						
Baik	7'56" - 9'48"						
Cukup	9'49" - 11'40"						
Kurang	11'41" - 13'32"						
Kurang Sekali	≥ 13'33"						

Klasifikasi Penilaian	Putera 17 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 7'54"						
Baik	7'55" - 9'43"						
Cukup	9'44" - 11'33"						
Kurang	11'34" - 13'22"						
Kurang Sekali	≥ 13'23"						

Klasifikasi Penilaian	Puteri 18 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 7'52"						
Baik	7'53" - 9'27"						
Cukup	9'28" - 11'02"						
Kurang	11'03" - 12'37"						
Kurang Sekali	≥ 13'28"						

Klasifikasi Penilaian	Puteri 19 Tahun (Menit–Detik)	Tanggal	Awal Tes (Menit–Detik)	Tanggal	Semester I (Menit–Detik)	Tanggal	Semester II (Menit–Detik)
Baik Sekali	≤ 7'51"						
Baik	7'52" - 9'25"						
Cukup	9'26" - 11'00"						
Kurang	11'01" - 12'34"						
Kurang Sekali	≥ 12'35"						

KEMAMPUAN PESERTA DIDIK

Berikut ini merupakan beberapa kemampuan/kecakapan yang harus dapat dilakukan peserta didik. Guru/Wali Kelas menuliskan jenjang kelas berapa peserta didik dapat melakukan kemampuan/kecakapan yang tertera

NO	KEMAMPUAN / KECAKAPAN	KELAS
1		Menerapkan kebiasaan sarapan, konsumsi sayur dan buah
2		Mampu menentukan status gizi dengan menghitung IMT ($BB\ (kg)/TB(m)^2$ menurut umur)
3		Dapat mengelola emosi dengan baik
4		Mengetahui cara mencegah merokok dan asap rokok serta menciptakan lingkungan sekolah bebas asap rokok
5		Mengetahui cara pencegahan NAPZA dan bahaya NAPZA
6		Mengetahui cara menghindari dan bahaya pergaulan bebas
7		Mengetahui cara menghindari kekerasan seksual
8		Mengetahui bahaya IMS/ISR dan HIV AIDS
9		Menciptakan sekolah aman, menghindari diri dari tawuran
10		Dapat menerapkan pesan pencegahan kecelakaan

catatan harianku:



catatan harianku:





KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

ISBN 978-602-235-924-1

9 786022 359241

BUKU INI DICETAK DENGAN DANA DIPA APBN
DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA TA 2018