

# RAPOR KESEHATANKU

## BUKU CATATAN KESEHATAN

### TINGKAT SMP/MTS DAN SMA/SMK/MA



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

ISBN 978-602-235-924-1



BUKU INI DICETAK DENGAN DANA DIPA APBN  
DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA TA 2017

*Buku ini didesain atas kontribusi World Food Programme-Indonesia*

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
TAHUN 2017

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



# SAMBUTAN



## KEMENTERIAN KESEHATAN RI DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

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 kehadiran 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 mencurahkan 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 rusak dan hilang karena informasi di dalamnya berisi riwayat dan catatan kesehatan yang diperlukan untuk memantau status kesehatanmu.

Buku ini selalu dibawa, pada saat peserta didik mendapat pelayanan kesehatan di sekolah: penjangkaran 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 menanda tangani 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 :

Telpon/HP :

Alamat email :

## IBU / WALI

Nama :

Tempat/tgl lahir :

Pekerjaan :

Alamat rumah :

Telpon/HP :

Alamat email :



No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 7			
		Tahun Ajaran : .....			
I A	<b>Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner</b>				
	<b>Riwayat Kesehatan Anak</b>				
	Alergi makanan tertentu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :	
	Alergi obat tertentu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :	
	Pernah mengalami cedera serius akibat kecelakaan (gegar otak/patah tulang/lainnya)	<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 tranfusi 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	<b>Riwayat Imunisasi</b>			
		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 3 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya		
	C	<b>Riwayat Kesehatan Keluarga</b>			
		a. Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		b. Diabetes Mellitus	<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 jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		f. Stroke/lumpuh	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		g. Obesitas/gemuk sekali	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		h. Tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		i. Kanker/tumor ganas	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		j. Anemia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		k. Thalasemia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		l. Hemofilia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	D	<b>Gaya Hidup</b>			
		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
		Risiko merokok	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
Risiko minum minuman beralkohol dan Napza		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya		

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 7		
		Tahun Ajaran : .....		
E	<b>Kesehatan Reproduksi</b> - Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual <b>Khusus Peserta Didik Perempuan :</b> - Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
F	<b>Kesehatan Mental Emosional</b> <b>Skor Kesulitan</b> Gejala emosional (E) Masalah perilaku (C) Hiperaktifitas (H) Masalah teman sebaya (P) <b>Skor Kekuatan</b> Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
G	<b>Kesehatan Intelegensia</b> <b>Modalitas belajar</b> Visual Audio Kinestetik Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Otak Kiri	<input type="checkbox"/> Otak Kanan	<input type="checkbox"/> Otak Kiri Kanan
		<input type="checkbox"/> Otak Kiri	<input type="checkbox"/> Otak Kanan	<input type="checkbox"/> Otak Kiri Kanan
II	<b>Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan</b>			
A	<b>Pemeriksaan Tanda-tanda Vital</b> Tekanan darah Denyut nadi Frekuensi pernapasan Suhu Bising jantung Bising paru	= .....	mm Hg	
		= .....	/menit	
		= .....	/menit	
		= .....	°C	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
B	<b>Pemeriksaan Status Gizi</b> Berat badan Tinggi badan	= .....	kg	
		= .....	cm	
		= .....		

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 7	
		Tahun Ajaran : .....	
	Kategori Status Gizi IMT ( BB/TB <sup>2</sup> )	= .....	
		<input type="checkbox"/> Sangat Kurus	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sangat Gemuk
		<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
<b>C</b>	<b>Pemeriksaan Kebersihan Diri</b>		
	Rambut	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat
	Kulit berbercak keputihan, kemerahan/ kehitaman	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <b>Jika ya, apakah bercak putih mati rasa ?</b>
	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
<b>D</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan</b>		
	Mata luar	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat
	Tajam penglihatan	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi
		<input type="checkbox"/> Low vision	Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak
		<input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> Ya
	Buta warna	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
<b>E</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran</b>		
	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 :
<b>F</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut</b>		
	<b>Kesehatan Rongga Mulut</b>		
	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	TAHUN 7	
		Tahun Ajaran : .....	
	Gigi berlubang / karies	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak Ya
	Gusi mudah berdarah	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak Ya
	Gusi bengkak	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak Ya
	Gigi kotor (ada plak & sisa makanan)	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak Ya
	Karang gigi	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak Ya
	Susunan gigi depan tidak teratur	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak Ya
<b>G</b>	<b>Pemakaian Alat Bantu</b>		
	Penglihatan/Loupe	<input type="checkbox"/>	Tidak Ya
	Pendengaran	<input type="checkbox"/>	Tidak Ya
	Kursi roda	<input type="checkbox"/>	Tidak Ya
	Tongkat/Kurk	<input type="checkbox"/>	Tidak Ya
	Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/>	Tidak Ya
<b>H</b>	<b>Pemeriksaan Kebugaran Jasmani</b>		
	Jumlah Nilai .....		
	Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> Baik Sekali <input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input checked="" type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Kurang Sekali
<b>III Kesimpulan</b>			
<b>IV</b>	<b>Dirujuk</b>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	<b>Mengetahui</b>	Petugas Puskesmas (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
<b>V</b>	<b>Tindak Lanjut</b>		
	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	TAHUN 8		
		Tahun Ajaran : .....		
<b>I</b>	<b>Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner</b>			
<b>A</b>	<b>Riwayat Kesehatan Anak</b>			
	Alergi makanan tertentu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Alergi obat tertentu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera serius akibat kecelakaan (gegar otak/patah tulang/lainnya)	<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 tranfusi 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>B</b>	<b>Riwayat Imunisasi</b>			
	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 3 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
<b>C</b>	<b>Riwayat Kesehatan Keluarga</b>			
	a. Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	b. Diabetes Mellitus	<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 jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	f. Stroke/lumpuh	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	g. Obesitas/gemuk sekali	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	h. Tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	i. Kanker/tumor ganas	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	j. Anemia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	k. Thalasemia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	l. Hemofilia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
<b>D</b>	<b>Gaya Hidup</b>			
	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
	Risiko merokok	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Risiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 8		
		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"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<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"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
G	Kesehatan Intelegensia Modalitas belajar Visual Audio Kinestetik Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<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 Denyut nadi Frekuensi pernapasan Suhu Bising jantung Bising paru	= .....	mm Hg	
		= .....	/menit	
		= .....	/menit	
		= .....	° C	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
B	Pemeriksaan Status Gizi Berat badan Tinggi badan	= .....	kg	
		= .....	cm	

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 8	
		Tahun Ajaran : .....	
	Kategori Status Gizi IMT ( BB/TB <sup>2</sup> )	= .....	
		<input type="checkbox"/> Sangat Kurus	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sangat Gemuk
		<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
<b>C</b>	<b>Pemeriksaan Kebersihan Diri</b>		
	Rambut	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat
	Kulit berbercak keputihan, kemerahan/ kehitaman	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <i>Jika ya, apakah bercak putih mati rasa ?</i>
	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
<b>D</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan</b>		
	Mata luar	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat
	Tajam penglihatan	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi
		<input type="checkbox"/> Low vision	Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak
		<input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> Ya
	Buta warna	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
<b>E</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran</b>		
	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 :
<b>F</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut</b>		
	<b>Kesehatan Rongga Mulut</b>		
	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	TAHUN 8	
		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
<b>G</b>	<b>Pemakaian Alat Bantu</b>		
	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/Kurk	<input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/> Ya
<b>H</b>	<b>Pemeriksaan Kebugaran Jasmani</b>		
	Jumlah Nilai	.....	
	Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> Baik Sekali	<input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang Sekali
		<input type="checkbox"/> Baik	<input checked="" type="checkbox"/> Kurang
<b>III Kesimpulan</b>			
<b>IV</b>	<b>Dirujuk</b>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	<b>Mengetahui</b>	Petugas Puskesmas	Wali Kelas/Guru
		(.....)	(.....)
<b>V</b>	<b>Tindak Lanjut</b>		
	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	TAHUN 9		
		Tahun Ajaran : .....		
<b>I</b>	<b>Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner</b>			
<b>A</b>	<b>Riwayat Kesehatan Anak</b>			
	Alergi makanan tertentu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Alergi obat tertentu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera serius akibat kecelakaan (gegar otak/patah tulang/lainnya)	<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 tranfusi 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>B</b>	<b>Riwayat Imunisasi</b>			
	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 3 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
<b>C</b>	<b>Riwayat Kesehatan Keluarga</b>			
	a. Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	b. Diabetes Mellitus	<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 jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	f. Stroke/lumpuh	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	g. Obesitas/gemuk sekali	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	h. Tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	i. Kanker/tumor ganas	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	j. Anemia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	k. Thalasemia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	l. Hemofilia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
<b>D</b>	<b>Gaya Hidup</b>			
	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
	Risiko merokok	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Risiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 9		
		Tahun Ajaran : .....		
E	<b>Kesehatan Reproduksi</b>			
	- Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual <b>Khusus Peserta Didik Perempuan :</b> - 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	<b>Kesehatan Mental Emosional</b>			
	<b>Skor Kesulitan</b>			
	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
	<b>Skor Kekuatan</b>			
	Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
G	<b>Kesehatan Intelegensia</b>			
	<b>Modalitas belajar</b>			
	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	<b>Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan</b>			
A	<b>Pemeriksaan Tanda-tanda Vital</b>			
	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	<b>Pemeriksaan Status Gizi</b>			
	Berat badan	= .....	kg	
	Tinggi badan	= .....	cm	

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 9	
		Tahun Ajaran : .....	
	Kategori Status Gizi IMT ( $BB/TB^2$ )  TB/U (Stunting) Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag dalam bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)	= ..... <input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sangat Gemuk <input type="checkbox"/> Kurus <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	
C	<b>Pemeriksaan Kebersihan Diri</b> Rambut 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 <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya    Jika ya, apakah bercak putih <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya    mati rasa ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Sehat	
D	<b>Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan</b> Mata luar Tajam penglihatan  Buta warna	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi <input type="checkbox"/> Low vision    Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Kebutaan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	
E	<b>Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran</b> Telinga luar Tajam pendengaran	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Serumen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ada gangguan :	
F	<b>Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut</b> <b>Kesehatan Rongga Mulut</b> Celah bibir/langit-langit* Luka pada sudut mulut Sariawan Lidah kotor Luka lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya    Lokasi :	

NO	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 9	
		Tahun Ajaran : .....	
	Gigi berlubang / karies	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Gusi mudah berdarah	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Gusi bengkak	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Gigi kotor (ada plak & sisa makanan)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Karang gigi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
<b>G</b>	<b>Pemakaian Alat Bantu</b>		
	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/Kurk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
<b>H</b>	<b>Pemeriksaan Kebugaran Jasmani</b>		
	Jumlah Nilai	.....	
	Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> Baik Sekali <input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Kurang Sekali
<b>III Kesimpulan</b>			
<b>IV</b>	<b>Dirujuk</b>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	<b>Mengetahui</b>	Petugas Puskesmas (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
<b>V</b>	<b>Tindak Lanjut</b>		
	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	TAHUN 10				
		Tahun Ajaran : .....				
I A	<b>Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner</b> <b>Riwayat Kesehatan Anak</b> Alergi makanan tertentu Alergi obat tertentu Pernah mengalami cedera serius akibat kecelakaan (gegar otak/patah tulang/lainnya) Riwayat kejang berulang Riwayat pingsan Riwayat transfusi darah berulang Riwayat kelainan bawaan yang dimiliki Riwayat penyakit lainya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya			
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya			
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya			
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :		
		B	<b>Riwayat Imunisasi</b> Memiliki catatan imunisasi Saat bayi mendapat imunisasi Saat SD kelas 1 mendapat imunisasi Saat SD kelas 2 mendapat imunisasi Saat SD kelas 3 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
				<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
C	<b>Riwayat Kesehatan Keluarga</b> a. Tuberkulosis (TBC) b. Diabetes Mellitus c. Hepatitis/sakit kuning d. Asma/bengek e. Penyakit jantung f. Stroke/lumpuh g. Obesitas/gemuk sekali h. Tekanan darah tinggi i. Kanker/tumor ganas j. Anemia k. Thalasemia l. Hemofilia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
D	<b>Gaya Hidup</b> Sarapan Jajan Risiko merokok Risiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah		
		<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah		
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya			
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya			

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 10		
		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"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<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"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
G	Kesehatan Intelegensia Modalitas belajar Visual Audio Kinestetik Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<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 Denyut nadi Frekuensi pernapasan Suhu Bising jantung Bising paru	= .....	mm Hg	
		= .....	/menit	
		= .....	/menit	
		= .....	°C	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
B	Pemeriksaan Status Gizi Berat badan Tinggi badan	= .....	kg	
		= .....	cm	



No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 10	
		Tahun Ajaran : .....	
	Kategori Status Gizi IMT ( BB/TB <sup>2</sup> )	= .....	<input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sangat Gemuk <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		
	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"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat
	Tajam penglihatan	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi
		<input type="checkbox"/> Low vision	Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak
		<input type="checkbox"/> Kebutaan	<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	TAHUN 10	
		Tahun Ajaran : .....	
	Gigi berlubang / karies	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Gusi mudah berdarah	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Gusi bengkak	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Gigi kotor (ada plak & sisa makanan)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Karang gigi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
<b>G</b>	<b>Pemakaian Alat Bantu</b>		
	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/Kuruk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
<b>H</b>	<b>Pemeriksaan Kebugaran Jasmani</b>		
	Jumlah Nilai	.....	
	Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> Baik Sekali	<input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang Sekali
		<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Kurang
<b>III Kesimpulan</b>			
<b>IV</b>	<b>Dirujuk</b>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	<b>Mengetahui</b>	Petugas Puskesmas	Wali Kelas/Guru
		(.....)	(.....)
<b>V</b>	<b>Tindak Lanjut</b>		
	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	TAHUN 11			
		Tahun Ajaran : .....			
<b>I</b> <b>A</b>	<b>Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner</b>				
	<b>Riwayat Kesehatan Anak</b>				
	Alergi makanan tertentu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :	
	Alergi obat tertentu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :	
	Pernah mengalami cedera serius akibat kecelakaan (gegar otak/patah tulang/lainnya)	<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 tranfusi 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>B</b>	<b>Riwayat Imunisasi</b>			
		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 3 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya		
	<b>C</b>	<b>Riwayat Kesehatan Keluarga</b>			
		a. Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		b. Diabetes Mellitus	<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 jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		f. Stroke/lumpuh	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		g. Obesitas/gemuk sekali	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		h. Tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		i. Kanker/tumor ganas	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		j. Anemia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		k. Thalasemia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		l. Hemofilia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	<b>D</b>	<b>Gaya Hidup</b>			
		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
		Risiko merokok	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
Risiko minum minuman beralkohol dan Napza		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya		

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 11		
		Tahun Ajaran : .....		
E	Kesehatan Reproduksi - Masalah pubertas - Risiko IMS - Risiko kekerasan seksual <b>Khusus Peserta Didik Perempuan :</b> - Gangguan menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
F	Kesehatan Mental Emosional <b>Skor Kesulitan</b> Gejala emosional (E) Masalah perilaku (C) Hiperaktifitas (H) Masalah teman sebaya (P) <b>Skor Kekuatan</b> Perilaku prososial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
G	Kesehatan Intelegensia Modalitas belajar Visual Audio Kinestetik  Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<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 Denyut nadi Frekuensi pernapasan Suhu Bising jantung Bising paru	= .....	mm Hg	
		= .....	/menit	
		= .....	/menit	
		= .....	° C	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
B	Pemeriksaan Status Gizi Berat badan Tinggi badan	= .....	kg	
		= .....	cm	

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 11	
		Tahun Ajaran : .....	
	Kategori Status Gizi IMT (BB/TB <sup>2</sup> )	= .....	<input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sangat Gemuk <input type="checkbox"/> Kurus <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	TB/U (Stunting) Tanda klinis anemia (conjungtiva/kelopak mata bag dalam bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
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 <i>Jika ya, apakah bercak putih mati rasa ?</i>
	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"/> Kelainan Refraksi
		<input type="checkbox"/> Low vision	<input type="checkbox"/> Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak
		<input type="checkbox"/> Kebutaan	<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	TAHUN 11	
		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 <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Ya
<b>G</b>	<b>Pemakaian Alat Bantu</b>		
	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
<b>H</b>	<b>Pemeriksaan Kebugaran Jasmani</b>		
	Jumlah Nilai Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan <i>single tes</i>	<input type="checkbox"/> Baik Sekali <input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Cukup <input checked="" type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Kurang Sekali
<b>III</b>	<b>Kesimpulan</b>		
<b>IV</b>	<b>Dirujuk</b>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya Tanggal :
	<b>Mengetahui</b>	Petugas Puskesmas (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
<b>V</b>	<b>Tindak Lanjut</b>		
	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	TAHUN 12		
		Tahun Ajaran :.....		
<b>I</b>	<b>Pemeriksaan Berdasarkan Kuesioner</b>			
<b>A</b>	<b>Riwayat Kesehatan Anak</b>			
	Alergi makanan tertentu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Alergi obat tertentu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
	Pernah mengalami cedera serius akibat kecelakaan (gegar otak/patah tulang/lainnya)	<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 tranfusi 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 lainya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Sebutkan :
<b>B</b>	<b>Riwayat Imunisasi</b>			
	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 3 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
<b>C</b>	<b>Riwayat Kesehatan Keluarga</b>			
	a. Tuberkulosis (TBC)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	b. Diabetes Mellitus	<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 jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	f. Stroke/lumpuh	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	g. Obesitas/gemuk sekali	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	h. Tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	i. Kanker/tumor ganas	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	j. Anemia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	k. Thalasemia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
	l. Hemofilia	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
<b>D</b>	<b>Gaya Hidup</b>			
	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
	Risiko merokok	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Risiko minum minuman beralkohol dan Napza	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 12		
		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"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<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"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal
G	Kesehatan Intelegensia Modalitas belajar Visual Audio Kinestetik Dominasi otak	<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<input type="checkbox"/> Optimal	<input type="checkbox"/> Cukup Optimal	<input type="checkbox"/> Belum Optimal
		<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 Denyut nadi Frekuensi pernapasan Suhu Bising jantung Bising paru	= .....	mm Hg	
		= .....	/menit	
		= .....	/menit	
		= .....	° C	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
		<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
B	Pemeriksaan Status Gizi Berat badan Tinggi badan	= .....	kg	
		= .....	cm	



No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 12	
		Tahun Ajaran : .....	
	Kategori Status Gizi IMT (BB/TB <sup>2</sup> )	= .....	<input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sangat Gemuk <input type="checkbox"/> Kurus <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	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
<b>C</b>	<b>Pemeriksaan Kebersihan Diri</b>		
	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
<b>D</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan</b>		
	Mata luar	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat
	Tajam penglihatan	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi
		<input type="checkbox"/> Low vision	<input type="checkbox"/> Kacamata
		<input type="checkbox"/> Kebutaan	<input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Ya
	Buta warna	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
<b>E</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran</b>		
	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 :
<b>F</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut</b>		
	<b>Kesehatan Rongga Mulut</b>		
	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	TAHUN 12	
		Tahun Ajaran : .....	
G	Gigi berlubang / karies	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Gusi mudah berdarah	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Gusi bengkak	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Gigi kotor (ada plak & sisa makanan)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Karang gigi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Susunan gigi depan tidak teratur	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	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/Kurk	<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"/> Baik Sekali <input type="checkbox"/> 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
	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 : .....	(.....)	(.....)

**PEMBERIAN TABLET TAMBAH DARAH (ZAT BESI DAN ASAM FOLAT)  
PENCEGAHAN ANEMIA**

NO	TANGGAL	JUMLAH TTD	DOSIS	KOMUNIKASI, INFORMASI DAN EDUKASI (KIE)	HB (GR%)	PARAF		
						PETUGAS KESEHATAN	WALI KELAS	ORANG TUA

## PEMBERIAN OBAT CACING (ALBENDAZOLE) PENCEGAHAN CACINGAN

NO	TANGGAL	JUMLAH OBAT CACING	DOSIS	KOMUNIKASI, INFORMASI DAN EDUKASI (KIE)	KET	PARAF		
						PETUGAS KESEHATAN	WALI KELAS	ORANG TUA

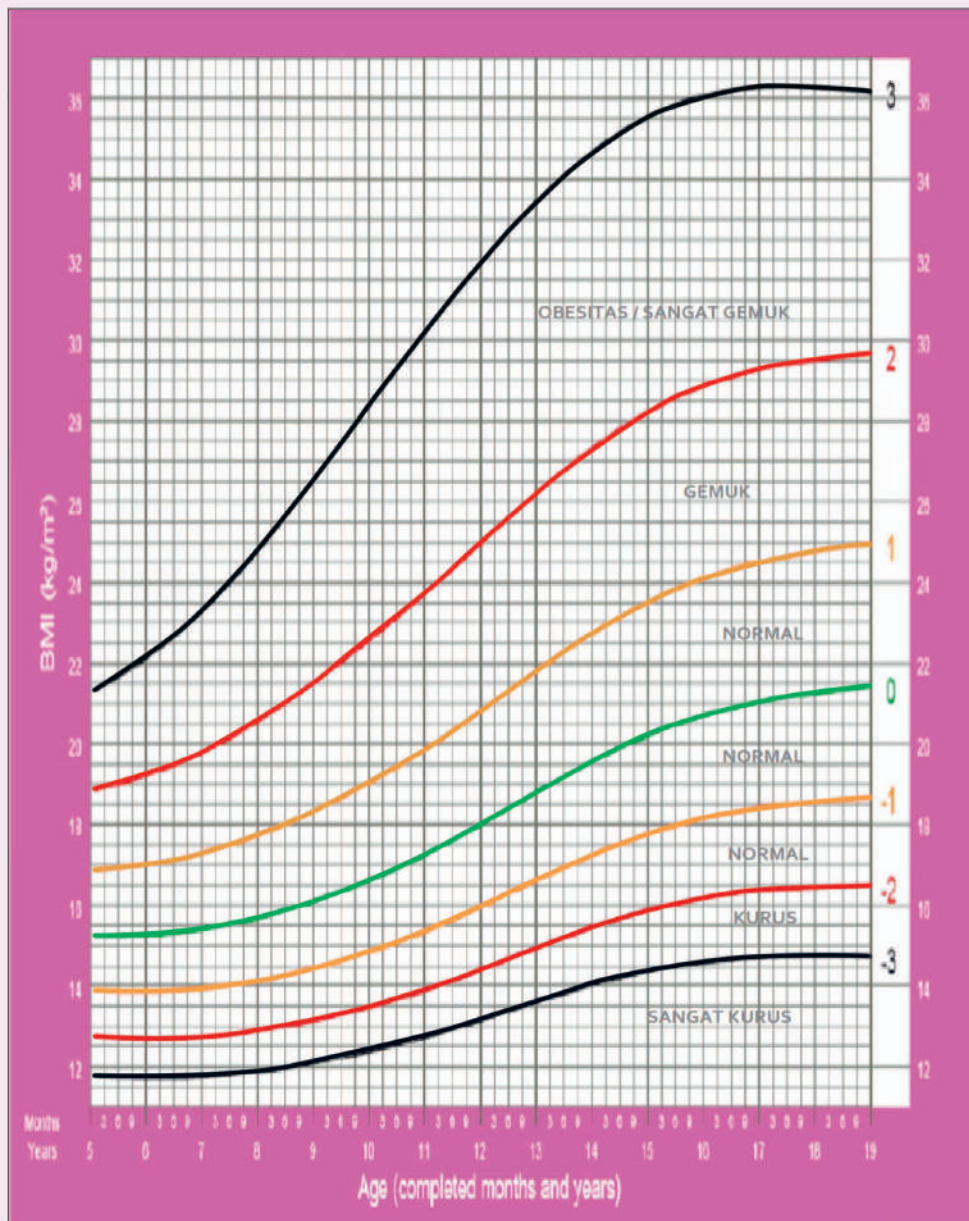
## PEMERIKSAAN KESEHATAN

Nomor	Tanggal	Keluhan	Pemeriksaan Fisik
1	2	3	4

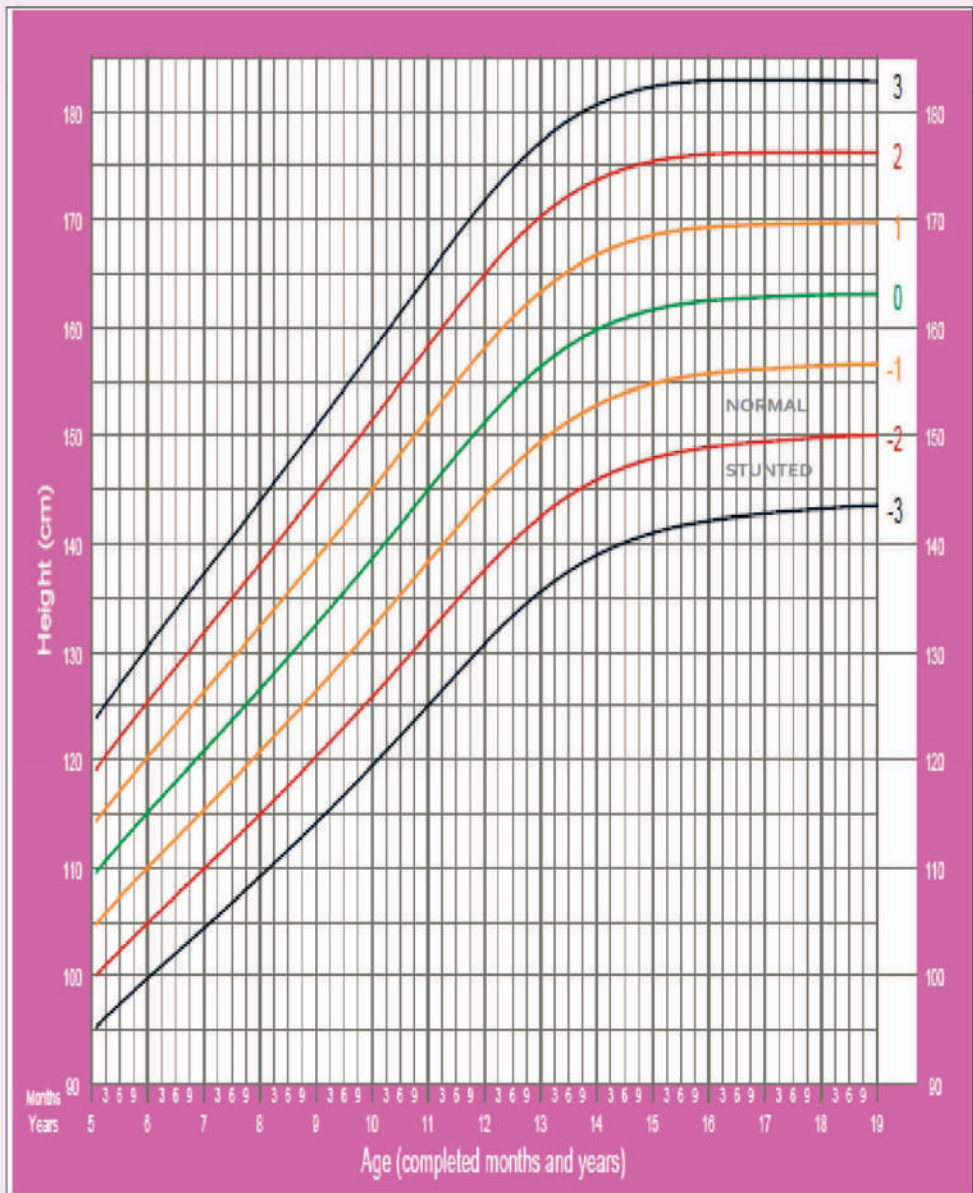
## PEMERIKSAAN KESEHATAN

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**

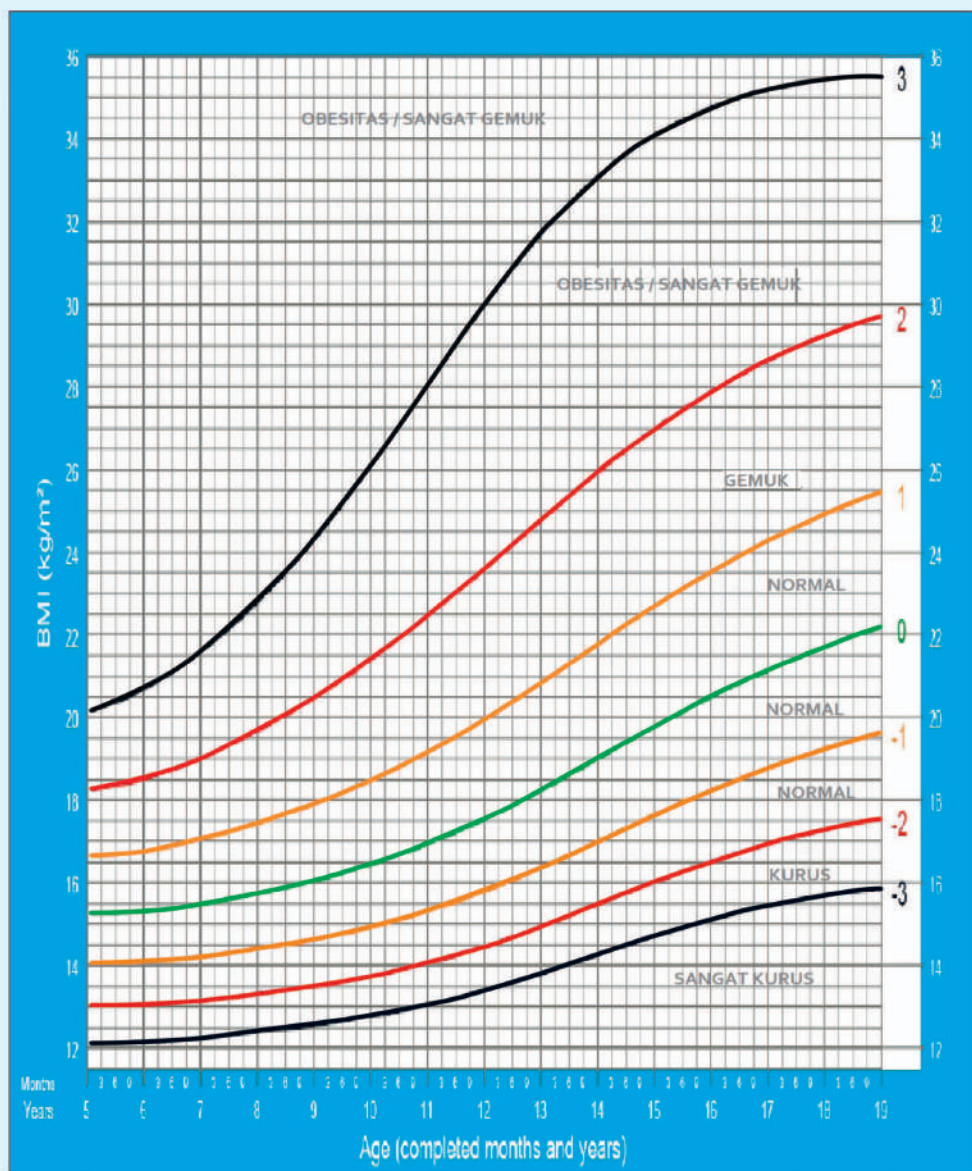


**GRAFIK TINGGI BADAN TERHADAP UMUR (TAHUN) - WHO / PEREMPUAN**

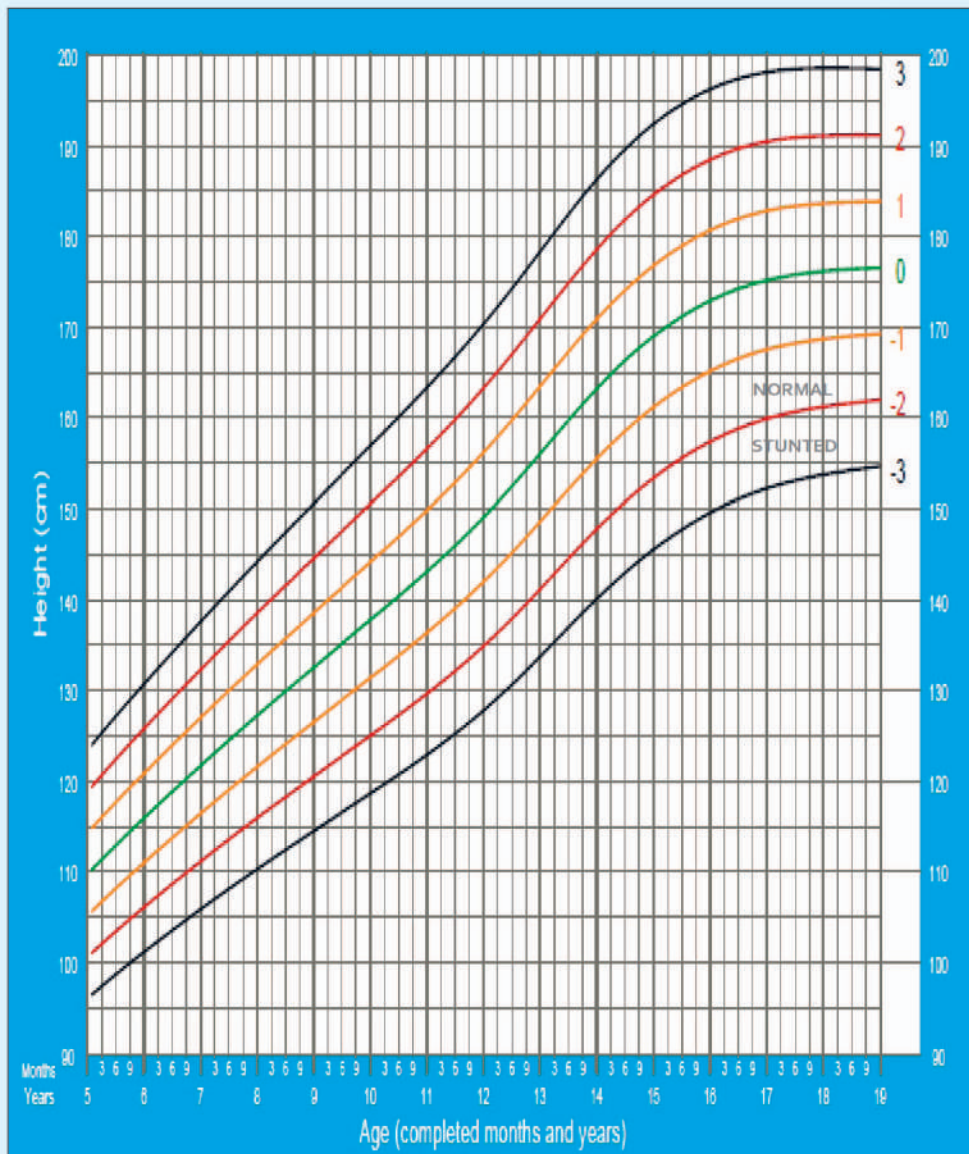




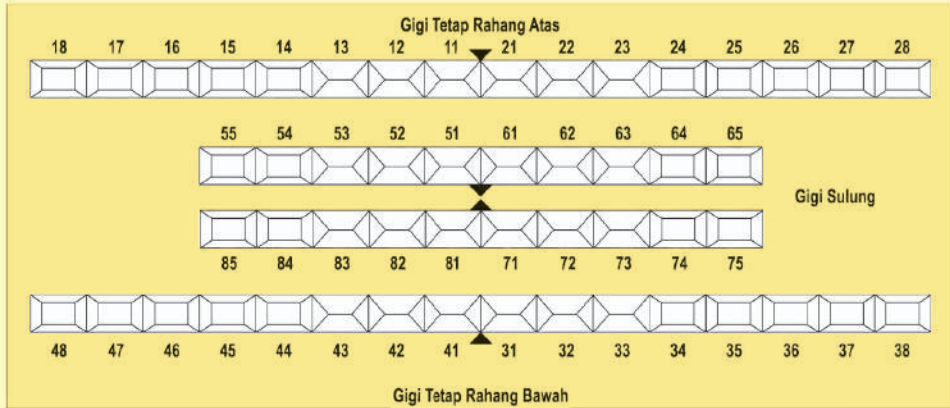
**GRAFIK INDEKS MASSA TUBUH (IMT)  
TERHADAP UMUR (TAHUN) - WHO / LAKI-LAKI**



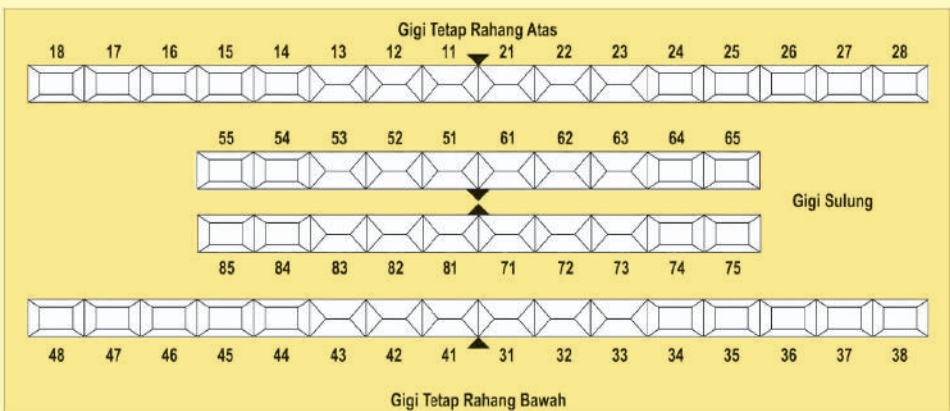
**GRAFIK TINGGI BADAN TERHADAP UMUR (TAHUN) - WHO / LAKI-LAKI**




















## DIAGRAM GIGI 1



## DIAGRAM GIGI 2



## SIMBOL-SIMBOL ODONTOGRAM

-  = Tambalan Amalgam = **amf**
-   = Tambalan Composite (di arsir) (**cof**)
-  = pit dan fissure sealant (fis)
-  = gigi non-vital (nvt)
-  = Perawatan Saluran Akar (ret)
-  = Sisa Akar (rrx)
-  = 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)
-  = Normal/ baik (sou)
- ANO**  
 = Anomali (ano)  
 Pegshaped, micro, fusi, etc
-  = 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	$\leq 7'23''$						
Baik	7'24" - 8'40"						
Cukup	8'41" - 9'58"						
Kurang	9'59" - 11'15"						
Kurang Sekali	$\geq 11'16''$						

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

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

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

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

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

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

## 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	$\leq 7'55''$						
Baik	7'56" - 9'48"						
Cukup	9'49" - 11'40"						
Kurang	11'41" - 13'32"						
Kurang Sekali	$\geq 13'33''$						

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

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

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



## 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 ( $BB \text{ (kg)}/TB(m)^2$ 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:



# catatan harianku:



**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