



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

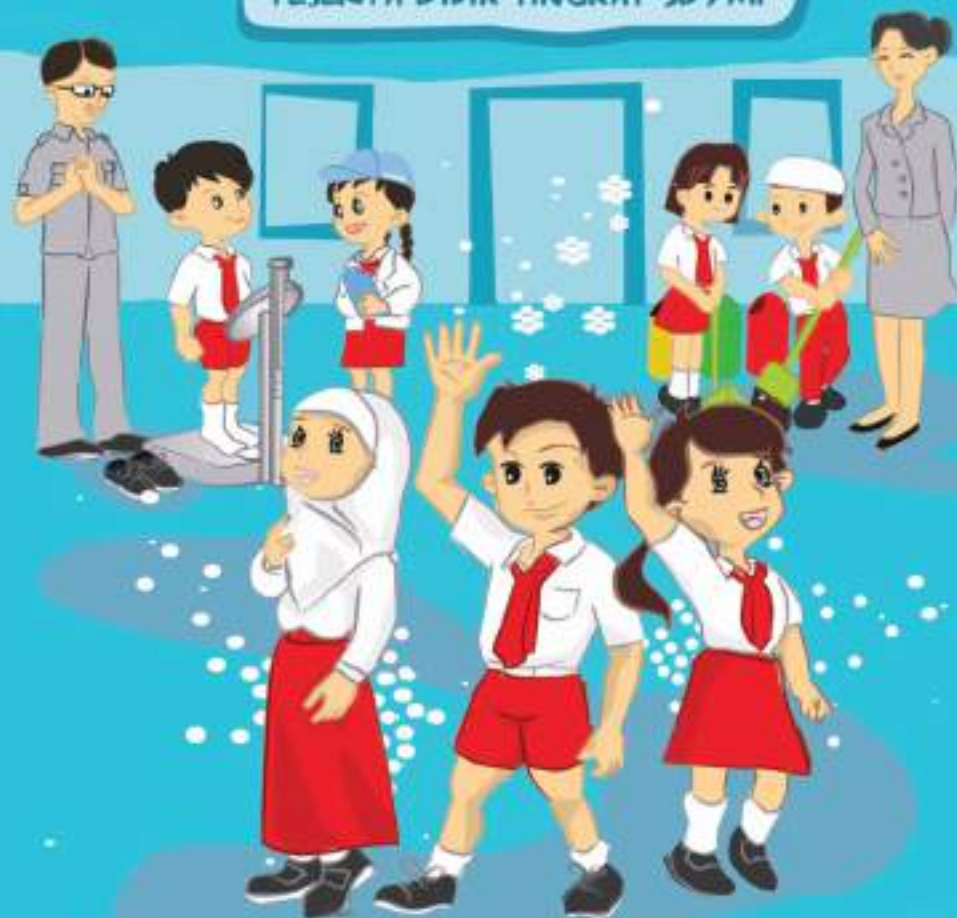
613.043 2

Ind

r

# RAPOR KESEHATAN KU BUKU CATATAN KESEHATAN

PESEERTA DIDIK TINGKAT SD/MI



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

ISBN 978-602-235-924-1



9 786022 359241

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

**HALO . . . . .**

**NAMAKU :**

**UMURKU :**

**AKU SEKOLAH DI :**



# SAMBUTAN



## KEMENTERIAN KESEHATAN RI DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkah dan rahmat-Nya, Rapor Sehatanku bagi peserta didik tingkat SD/MI akhirnya dapat diselesaikan. Terima kasih untuk semua pihak yang berkontribusi dalam penyusunan Rapor Sehatanku.

Rapor Sehatanku 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 Sehatanku dengan baik akan memiliki bekal pengetahuan kesehatan sehingga dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat serta mencegah perilaku berisiko. 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 remaja yang sehat, cerdas dan berprestasi.

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 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 di kalangan para siswa Sekolah Dasar/ Madrasah Ibtidaiyah suatu hal yang tak bias ditawarkan lagi dan ini merupakan kebutuhan mendasar demi terciptanya sumberdaya 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 terimakasih 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 menanggapi hasil pemeriksaan kesehatan pada buku ini serta segera menindaklanjuti sesuai saran yang diberikan.

# IDENTITAS DIRI

## PESERTA DIDIK

- Nama lengkap :
- Nama Panggilan :
- Tempat/tgl Lahir :
- Jenis Kelamin :
- Golongan Darah :
- Anak ke dari :
- Alamat :
- Telepon / HP :
- 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 :

Telepon/HP :

Alamat Email :

## IBU / WALI

Nama :

Tempat/Tgl Lahir :

Pekerjaan :

Alamat Rumah :

Telepon/HP :

Alamat Email :



No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 1		
		Tahun Ajaran : .....		
I	Pemeriksaan berdasarkan kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	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 Pingtan	<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	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	
	Pada SD kelas I mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	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	Gaya Hidup			
	Sarapan	<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah
	Iajan	<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 1					
		Tahun Ajaran : .....					
E	Kesehatan Reproduksi	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	- Masalah Pubertas	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	- Risiko IMS	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	- Risiko Kelainan Seksual	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
F	Kesehatan Mental Emosional	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	Skor Kesulitan	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Borderline	<input type="checkbox"/>	Abnormal
G	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	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Borderline	<input type="checkbox"/>	Abnormal
	Perilaku Proxial (Pr)	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Borderline	<input type="checkbox"/>	Abnormal
II	Kesehatan Intelegensia	<input type="checkbox"/>	Optimal	<input type="checkbox"/>	Cukup Optimal	<input type="checkbox"/>	Belum Optimal
	Modalitas Belajar	<input type="checkbox"/>	Optimal	<input type="checkbox"/>	Cukup Optimal	<input type="checkbox"/>	Belum Optimal
	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
A	Dominasi Otak	<input type="checkbox"/>	Otak Kiri	<input type="checkbox"/>	Otak Kanan	<input type="checkbox"/>	Otak Kiri Kanan
	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 type="checkbox"/>	Ya		
	Bising Jantung	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	Bising Paru						
B	Pemeriksaan Status Gizi	" .....	kg				
	Berat badan	" .....	cm				
	Tinggi badan						

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 1	
		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/telapak 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/ lehitaman	<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 boreng	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka boreng 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"/> Melainan 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 leotir	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Luka lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <i>Lokasi :</i>

NO	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 1		
		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 lator (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	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Penglihatan/Loupe	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Pendengaran	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kuni Roda	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Tongkat/Kurki	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	<b>III Kesimpulan</b>			
	IV	Dirujuk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Mengetahui	Petugas Puskesmas (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)	
V	Tindak Lanjut			
	Pemantauan oleh orang tua / guru (tulis tindak lanjut yang dilakukan oleh guru dan / atau orang tua)	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)	
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (jika diperlukan rujukan) Tanggal : .....	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)	

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 2		
		Tahun Ajaran : .....		
I	Pemeriksaan berdasarkan kuesioner			
A	Riwayat Kesehatan Anak			
	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 Pinggan	<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	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	
	Pada SD kelas 1 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Pada SD kelas 2 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
C	Riwayat Kesehatan Keluarga			
	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/akut 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
	ka. 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	Gaya Hidup			
	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 2		
		Tahun Ajaran : .....		
E	Kesehatan Reproduksi			
	- Masalah Pubertas	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	- Risiko IMS	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	- Risiko Kelahiran Seksual	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
Khusus Peserta Didik	Penempatan :			
	- Gangguan Menstruasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input 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 Proxial (Pr)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Abnormal	
G	Kesehatan Intelegensia			
	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	" .....	/ment	
	Frekuensi Pernapasan	" .....	/ment	
	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	TAHUN 2	
		Tahun Ajaran : .....	
	Kategori Status Gizi IMT ( BB/TB <sup>2</sup> )	<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)	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Tanda Klinis anemia (conjunctiva/kelopah 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
<b>C</b>	<b>Pemeriksaan Kebersihan Diri</b>		
	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"/> 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 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit berbercak keputihan, kemerahan/ lehitaman		<input type="checkbox"/> Tidak 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 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit berisik		<input type="checkbox"/> Tidak 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 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada Memar		<input type="checkbox"/> Tidak 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 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka sayatan		<input type="checkbox"/> Tidak 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 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka boreng		<input type="checkbox"/> Tidak 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 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka boreng sulit sembuh		<input type="checkbox"/> Tidak 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 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada bekas suntikan		<input type="checkbox"/> Tidak 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 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kuku	<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"/> 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 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
<b>D</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan</b>		
	Mata Luar	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi
	Tajam penglihatan	<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
<b>E</b>	<b>Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran</b>		
	Telinga Luar	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Ada gangguan
	Tajam pendengaran		<input type="checkbox"/> Saruman <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"/> 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		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Sariawan		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Lidah bator		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Luka lainnya		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya

NO	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 2	
		Tahun Ajaran : .....	
	Gigi berlubang / berlari	<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 lalat (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>	Pemakaian Alat Bantu		
	Penglihatan/Loupe	<input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	Pendengaran	<input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	Kuni Rada	<input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	Tangkat/Kuruk	<input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/> Ya
<b>III Kesimpulan</b>			
<b>IV</b>	<b>Dirujuk</b>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	<b>Mengetahui</b>	Petugas Puskesmas (.....)	Tanggal : Wali Kelas/Guru (.....)
<b>V</b>	<b>Tindak Lanjut</b>		
	Pemantauan oleh orang tua / guru (tulis tindak lanjut yang dilakukan oleh guru dan / atau orang tua)	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (jika diperlukan rujukan) Tanggal : .....	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 3					
		Tahun Ajaran : .....					
<b>I</b>	<b>Pemeriksaan berdasarkan kuesioner</b>						
		<b>A Riwayat Kesehatan Anak</b>					
			<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 :
<input type="checkbox"/>	Tidak		<input type="checkbox"/>	Ya	Sebutkan :		
<b>B</b>	<b>Riwayat Imunisasi</b>						
		<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		
<b>C</b>	<b>Riwayat Kesehatan Keluarga</b>						
		<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
		<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
<b>D</b>	<b>Gaya Hidup</b>						
		<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 3					
		Tahun Ajaran : .....					
E	Kesehatan Reproduksi	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	- Masalah Pubertas	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	- Risiko IMS	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	- Risiko Kekerasan Seksual	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
F	Kesehatan Mental Emosional	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	Khusus Peserta Didik Perempuan :						
	- Gangguan Menstruasi	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	Skor Kesulitan						
G	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 Prosocial (Pr)	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Borderline	<input type="checkbox"/>	Abnormal
	Kesehatan Intelektual						
	Modalitas Belajar						
	Visual	<input type="checkbox"/>	Optimal	<input type="checkbox"/>	Cukup Optimal	<input type="checkbox"/>	Belum Optimal
	Audial	<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	
II	Dominasi Otak	<input type="checkbox"/>	Otak Kiri	<input type="checkbox"/>	Otak Kanan	<input type="checkbox"/>	Otak Kiri Kanan
	Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan						
A	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital						
	Tekanan darah	=	.....	mm Hg			
	Deryut 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	TAHUN 3	
		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>6</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/Kruk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kaki/tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
<b>III</b>	<b>Kesimpulan</b>		
<b>IV</b>	<b>Dirujuk</b>	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	<b>Mengetahui</b>	Petugas Puskesmas (.....)	Tanggal : Wali Kelas/Guru (.....)
<b>V</b>	<b>Tindak Lanjut</b>		
	Pemantauan oleh orang tua / guru (tuliskan tindak lanjut yang dilakukan oleh guru dan / atau orang tua)	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (jika diperlukan rujukan)	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
	Tanggal .....	(.....)	(.....)

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 4		
		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	
	Pada SD kelas 1 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Pada SD kelas 2 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Pada 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 4		
		Tahun Ajaran : .....		
E	Kesehatan Reproduksi - Masalah Pubertas - Risiko IMS - Risiko Keletranan 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 Prosocial (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	<input type="checkbox"/> .....	mm Hg	
		<input type="checkbox"/> .....	/menit	
		<input type="checkbox"/> .....	/menit	
		<input type="checkbox"/> .....	°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	<input type="checkbox"/> .....	kg	
		<input type="checkbox"/> .....	cm	

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 4	
		Tahun Ajaran 1	
	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
	TBU (Stunting)	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Tanda Klinis anemia (conjunctiva/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"/> 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
	Kulit berbercak keputihan, bermerah/ lehitaman	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit berbisul	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada Memar	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka sayatan	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka koreng	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka tonjor sulur sembuh	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada bebas suntikan	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Kuku	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat <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
D	Pemeriksaan Kesehatan Penglihatan		
	Mata Luar	<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 Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	Tajam penglihatan	<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
	Buta Warna	<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
E	Pemeriksaan Kesehatan Pendengaran		
	Telinga Luar	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Adanya gangguan <input type="checkbox"/> Serumen <input type="checkbox"/> Serumen
	Tajam pendengaran	<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	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"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
	Luka pada sudut mulut	<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
	Sariawan	<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
	Lidah kotor	<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
	Luka lainnya	<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

NO	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 4	
		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 loker (ada piala & 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/Kurki	<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	<input type="checkbox"/> Baik Sekali	<input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang Sekali
	Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-peru dengan single tes	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Kurang
III	Kesimpulan		
IV	Dirujuk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
	Mengetahui	Petugas Puskesmas (.....)	Wali Kelas/Guru (.....) Tanggal : .....
V	Tindak Lanjut		
	Pemantauan oleh orang tua / guru (tuliskan tindak lanjut yang dilakukan oleh guru dan / atau orang tua)	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (jika diperlukan rujukan)	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
	Tanggal .....	(.....)	(.....)

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 5		
		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 lejang berulang	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Riwayat Pinggan	<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	
	Pada SD kelas 1 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Pada SD kelas 2 mendapat imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Pada 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 Narkoba	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	



No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 5					
		Tahun Ajaran : _____					
E	<b>Kesehatan Reproduksi</b>	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	- Masalah Pubertas	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	- Risiko IMS	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya		
	- Risiko Kekerasan Seksual	<input type="checkbox"/>	Tidak	<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 Proxial (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 5	
		Tahun Ajaran :	
	Kategori Status Gizi IMT ( $BB/TB^2$ )	<input type="checkbox"/> Sangat Kurus	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sangat Gemuk
	TB/U (Stunting)	<input type="checkbox"/> Kurus	<input type="checkbox"/> Gemuk
	Tanda Klinis anemia (conjunctiva/belopak mata bag dalam bawah pucat, bibir, lidah, telapak tangan pucat)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Tidak	<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, bemerahan/ bengkakan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <i>Jika ya, apakah bercak putih mati rasa?</i>
	Kulit berisik	<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 borong	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kulit ada luka borong sudah 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"/> Malokulsi Refraksi
		<input type="checkbox"/> Low vision	<input type="checkbox"/> Katarakta
		<input type="checkbox"/> Kebutaan	<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 <i>Lobai</i>

NO	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 5	
		Tahun Ajaran : .....	
	Gigi berlubang / boris	<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 lator (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>	Pemakaian Alat Bantu		
	Penglihatan/Loupe	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Pendengaran	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kuni Rada	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Tongkat/Kruk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kaki tangan/mata protese	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
<b>H</b>	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani		
	Jumlah Nilai	.....	
	Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan hasil tes	<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>	Dirujuk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Mengetahui	Petugas Puskesmas (.....)	Tanggal : Wali Kelas/Guru (.....)
<b>V</b>	Tindak Lanjut		
	Pemantauan oleh orang tua / guru (tulis tindak lanjut yang dilakukan oleh guru dan / atau orang tua)	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (jika diperlukan rujukan) Tanggal : .....	Orang Tua (.....)	Wali Kelas/Guru (.....)

No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 6					
		Tahun Ajaran : .....					
I	A	Iemeriksaan berdasarkan kuesioner					
		Riwayat Kesehatan Anal					
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	Sebutkan :	
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	Sebutkan :	
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	Sebutkan :	
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va		
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va		
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va		
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	Sebutkan :	
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	Sebutkan :	
B	Riwayat Imunisasi	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va		
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va		
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va		
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va		
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va		
C	Riwayat Kesehatan Keluarga	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va	<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
D	Gaya Hidup	<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"/>	Va		
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va		
		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Va		



No	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 6		
		Tahun Ajaran : .....		
E	<b>Kesehatan Reproduksi</b>			
	- Masalah Pubertas	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	- Risiko IMS	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	- Risiko Keberasan Seksual	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	- Khusus Peserta Didik			
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
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
II	<b>Pemeriksaan Fisik oleh Tenaga Kesehatan, dibantu Guru dan Kader Kesehatan</b>			
	<b>A Pemeriksaan Tanda-tanda Vital</b>			
	Detak/darah	* .....	mm Hg	
	Denyut nadi	* .....	/menit	
	Frekuensi Pernapasan	* .....	/menit	
B	<b>Pemeriksaan Status Gizi</b>			
	Suhu	* .....	C	
	Bising Jantung	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Bising Paru	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Berat badan	* .....	kg	
Tinggi badan	* .....	cm		



NO	JENIS PEMERIKSAAN	TAHUN 6	
		Tahun Ajaran : .....	
G	Gigi berlubang / karies	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Cusi mudah berdarah	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Cusi 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
	Tangkat/Kursi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Kaki tangan/mata proteksi	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	H	Pemeriksaan Kebugaran Jasmani	
	Jumlah Nilai		
	Klasifikasi tingkat kebugaran jasmani daya tahan jantung-paru dengan single test	<input type="checkbox"/> Baik Selayak	<input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang Sebaik
		<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Kurang
III	Kesimpulan		
IV	Dirujuk	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya
	Mengetahui	Petugas Puskesmas (.....)	Tanggal : Wali Kelas/Guru (.....)
V	Tindak Lanjut		
	Pemantauan oleh orang tua / guru	Orang Tua	Wali Kelas/Guru
	(tulis tindak lanjut yang dilakukan oleh guru dan / atau orang tua)	(.....)	(.....)
	Mendampingi peserta didik ke Puskesmas (jika diperlukan rujukan)	Orang Tua	Wali Kelas/Guru
	Tanggal : .....	(.....)	(.....)







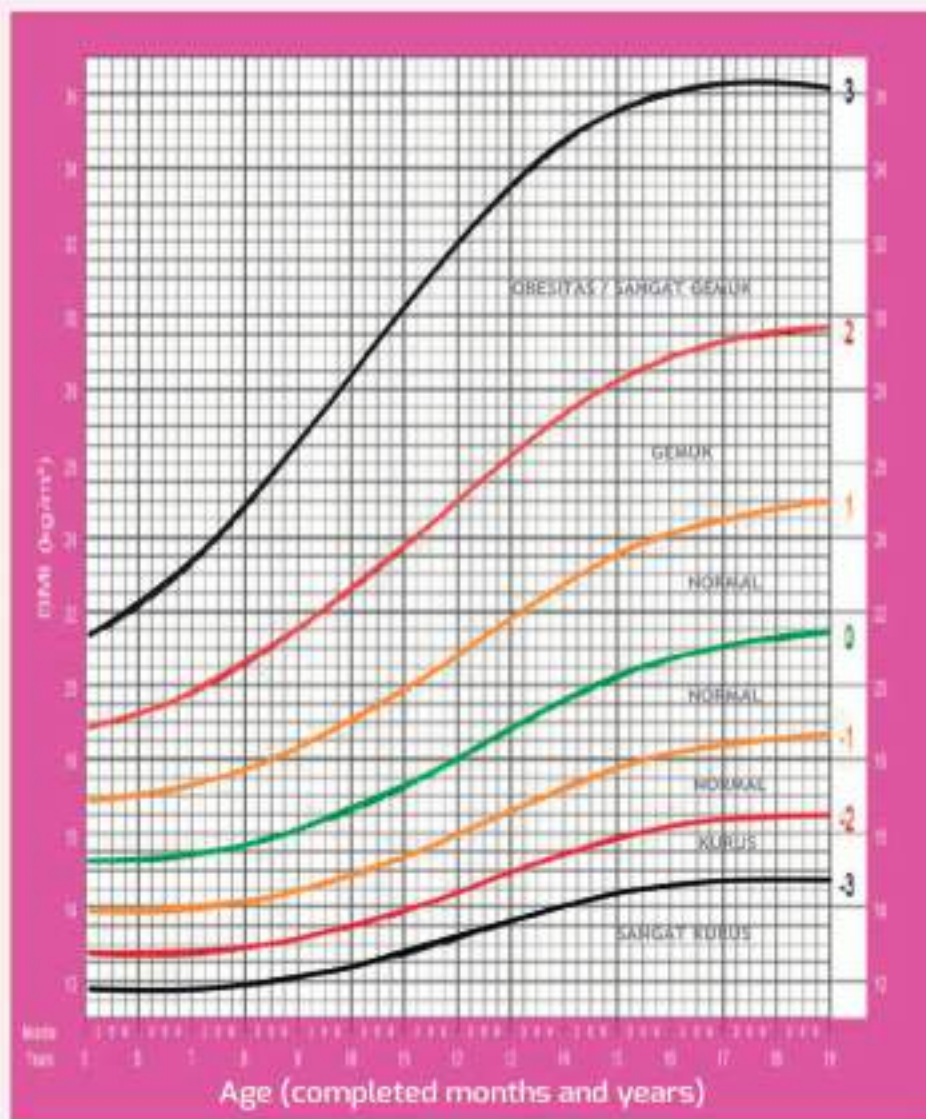




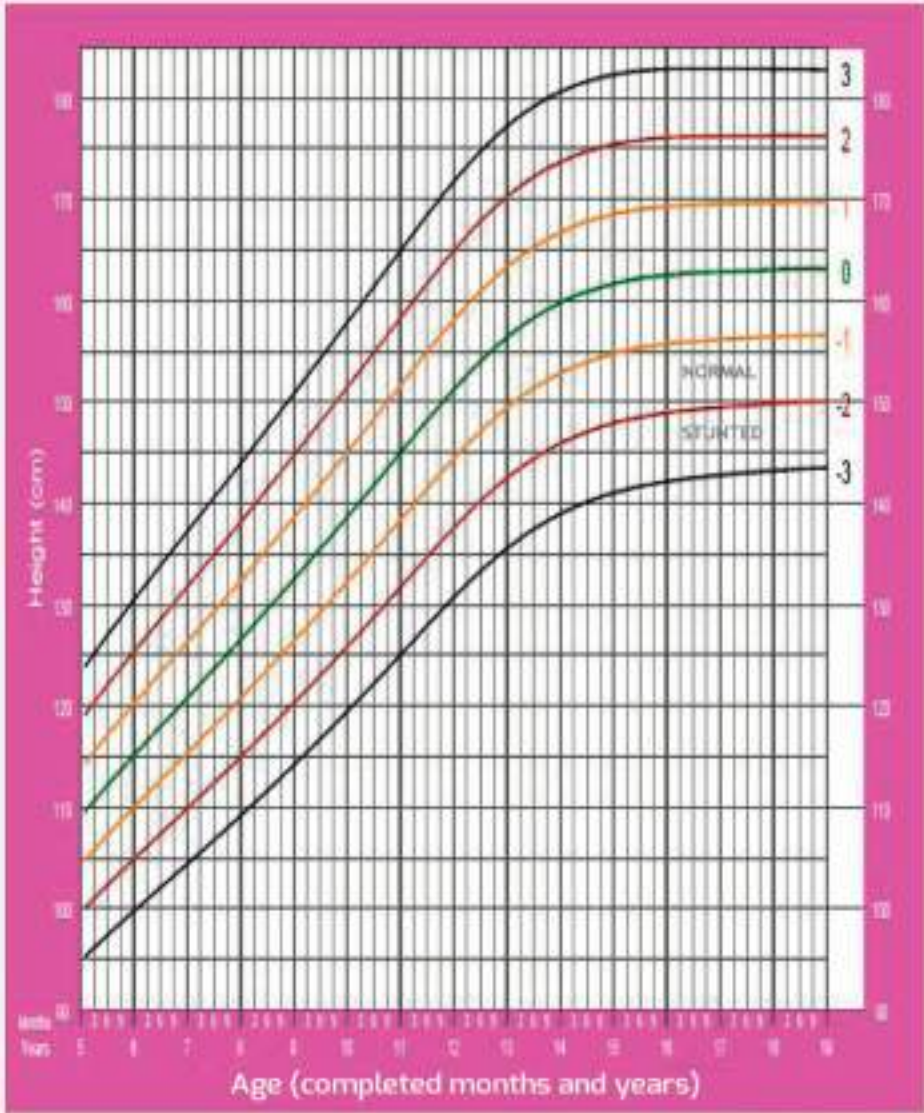




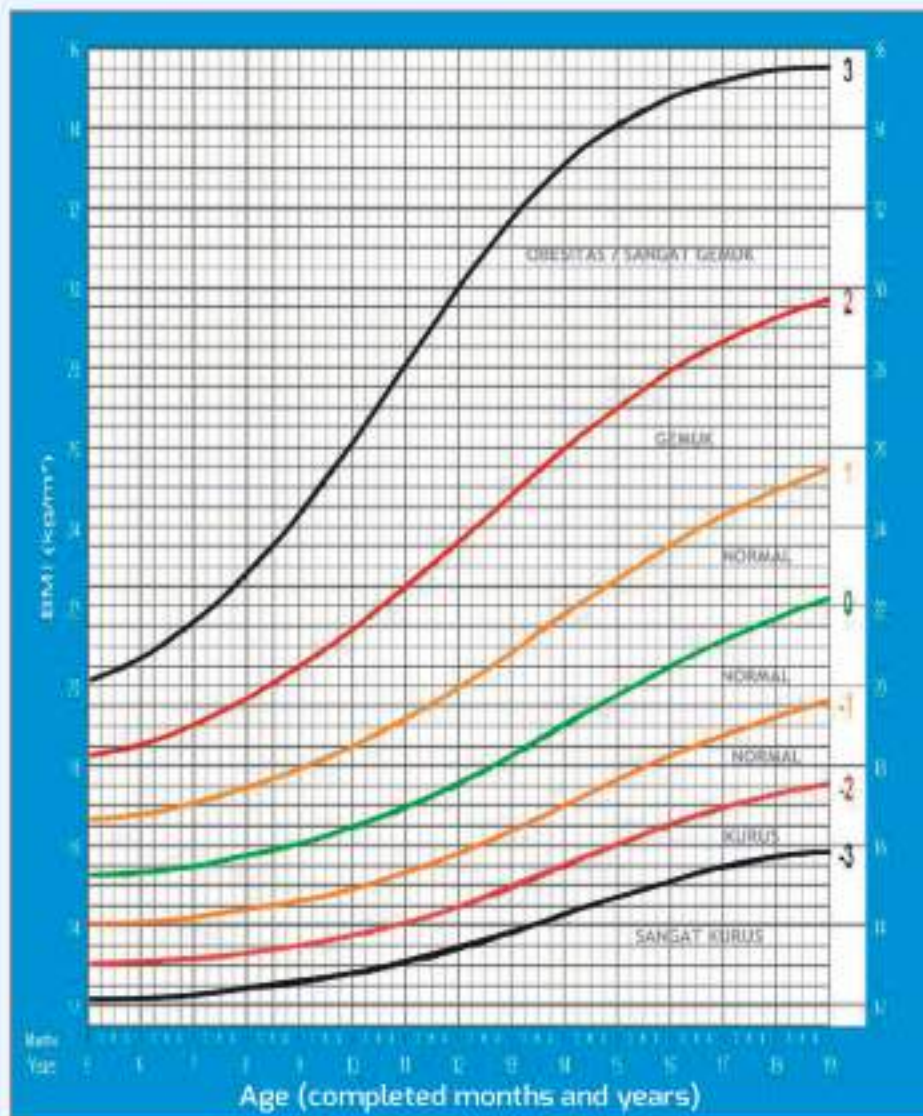
**GRAFIK INDEKS MASSA TUBUH (IMT)  
TERHADAP UMUR (TAHUN) - WHO / PEREMPUAN**



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

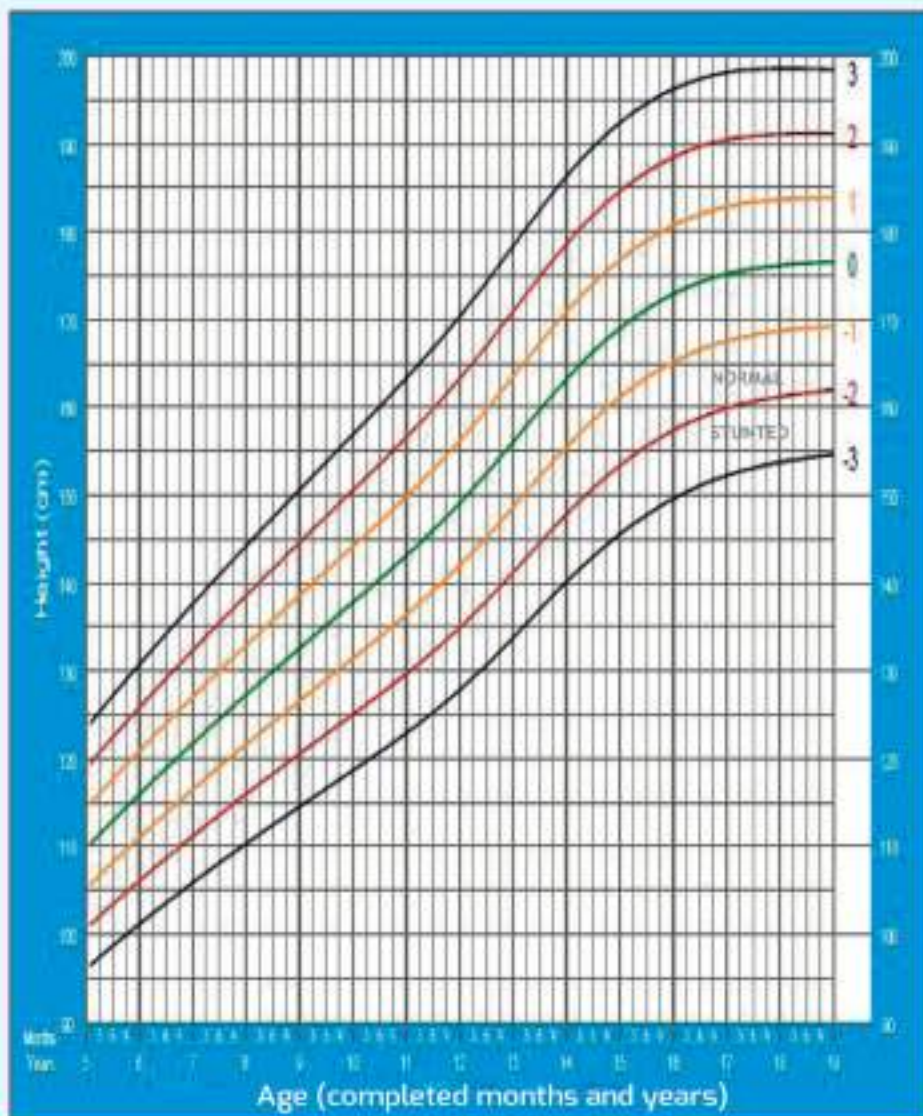


**GRAFIK INDEKS MASSA TUBUH (IMT)  
TERHADAP UMUR (TAHUN) - WHO / LAKI-LAKI**

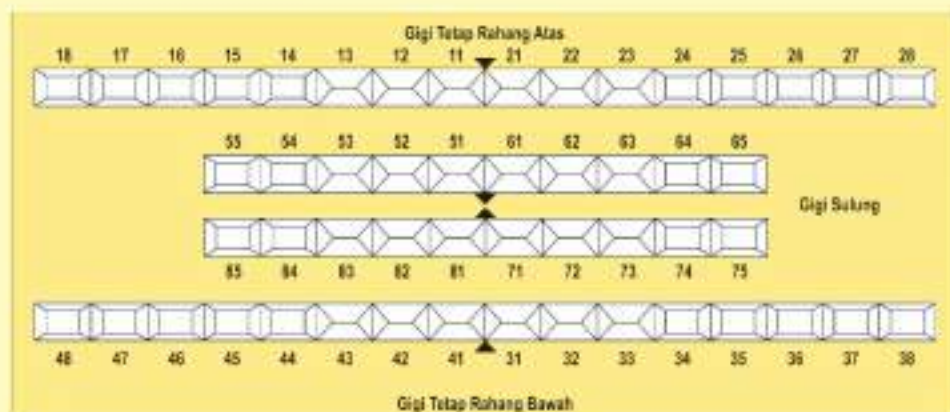




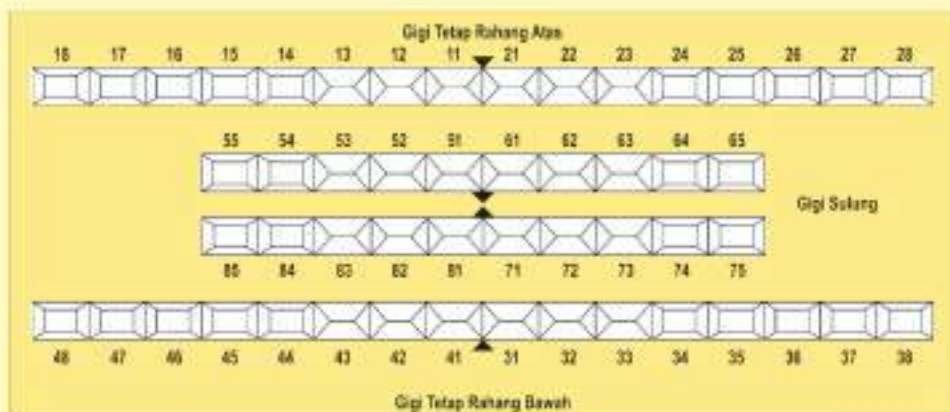
**GRAFIK TINGGI BADAN TERHADAP UMUR (TAHUN) - WHO / LAKI-LAKI**



## DIAGRAM GIGI 1



## DIAGRAM GIGI 2





## SIMBOL-SIMBOL ODONTOGRAM

-  - Tambalan Amalgam = **amf**
-   - Tambalan Composite (di arsi) = **amfi**  = di arsi
-  - pit dan fraktur sealant = **(fx)**
-  - gigi non-vital = **(nv)**
-  - Perawatan Saluran Akar = **(rt)**
-  - Sisa Akar = **(rx)**
-  - Gigi hilang = **(mis)**
-  - Inlay + Porcelain crown = **(ipn-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 = **(unc)**
- PRE**  
 - Partial Erupt = **(pre)**
-  - Normal/ baik = **(sov)**
- ANO**  
 - Anomali = **(ano)**  
Pegsloped, micro, fusi, etc
-  - Caries = Tambalan sementara = **(gar)**  
(garis batas caries dibuat sesuai posisi caries, dan di posisi caries ditulis di tabel, misal **O-car**)
-  - fracture = **(cf)**

## KARTU MENUJU BUGAR

TINGGI BADAN	TANGGAL	(CM)
Pemeriksaan Awal		
Semester 1		
Semester 2		

BERAT BADAN	TANGGAL	(KG)
Pemeriksaan Awal		
Semester 1		
Semester 2		

### PENILAIAN SINGLE TES 1000 METER KELOMPOK UMUR 10-12 TAHUN MENURUT WAKTU TEMPUH

#### USIA 10 TAHUN

KLASIFIKASI PENILAIAN	PUTERA 10 TAHUN (MENIT-DETIK)	TANGGAL	AWAL TES (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER I (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER II (MENIT-DETIK)
Baik Sekali	≤ 4'47"						
Baik	4'48" - 5'49"						
Cukup	5'50" - 6'52"						
Kurang	6'53" - 7'53"						
Kurang Sekali	≥ 7'54"						

KLASIFIKASI PENILAIAN	PUTERI 10 TAHUN (MENIT-DETIK)	TANGGAL	AWAL TES (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER I (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER II (MENIT-DETIK)
Baik Sekali	≤ 5'16"						
Baik	5'17" - 6'28"						
Cukup	6'29" - 7'37"						
Kurang	7'38" - 8'48"						
Kurang Sekali	≥ 8'49"						

#### USIA 11 TAHUN

KLASIFIKASI PENILAIAN	PUTERA 11 TAHUN (MENIT-DETIK)	TANGGAL	AWAL TES (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER I (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER II (MENIT-DETIK)
Baik Sekali	≤ 4'17"						
Baik	4'18" - 5'14"						
Cukup	5'15" - 6'12"						
Kurang	6'13" - 7'09"						
Kurang Sekali	≥ 7'10"						

KLASIFIKASI PENILAIAN	PUTERI 11 TAHUN (MENIT-DETIK)	TANGGAL	AWAL TES (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER I (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER II (MENIT-DETIK)
Baik Sekali	$\leq 5'04''$						
Baik	$5'05'' - 6'10''$						
Cukup	$6'11'' - 7'19''$						
Kurang	$7'20'' - 8'28''$						
Kurang Sekali	$\geq 8'29''$						

#### USIA 12 TAHUN

KLASIFIKASI PENILAIAN	PUTERA 12 TAHUN (MENIT-DETIK)	TANGGAL	AWAL TES (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER I (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER II (MENIT-DETIK)
Baik Sekali	$\leq 4'12''$						
Baik	$4'13'' - 5'05''$						
Cukup	$5'06'' - 5'57''$						
Kurang	$5'58'' - 6'49''$						
Kurang Sekali	$\geq 6'50''$						

KLASIFIKASI PENILAIAN	PUTERI 12 TAHUN (MENIT-DETIK)	TANGGAL	AWAL TES (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER I (MENIT-DETIK)	TANGGAL	SEMESTER II (MENIT-DETIK)
Baik Sekali	$\leq 4'52''$						
Baik	$4'53'' - 5'54''$						
Cukup	$5'55'' - 6'55''$						
Kurang	$6'56'' - 7'56''$						
Kurang Sekali	$\geq 7'57''$						

## 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		Dapat melakukan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) dengan air bersih mengalir dengan benar	
2		Dapat menjaga kebersihan diri	
3		Dapat memotong kuku dengan benar	
4		Menerapkan kebiasaan sarapan, konsumsi sayur dan buah	
5		Dapat melakukan sikat gigi dengan benar	
6		Dapat membuang sampah pada tempat sampah yang terpilah antara sampah basah, kering dan berbahaya	
7		Dapat menyiapkan / melarutkan oralit dalam takaran yang benar	
8		Mengetahui cara menghindari kekerasan seksual	
9		Mengetahui cara mencegah merokok dan asap rokok	
10		Mampu berperan serta dalam pemberantasan jentik nyamuk	
11		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 Peserta  
Didik Tingkat SD/MI.** — Jakarta : Kementerian Kesehatan RI,  
2015

ISBN 978-602-235-923-4

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