

## PARENT QUESTIONNAIRE for BABIES

<b>ANAMNESIS TUMBUH KEMBANG</b>	
Tanggal pemeriksaan :	Diisi / dilengkapi oleh :
Diperiksa oleh :	
<b>DATA ANAK</b>	
Nama anak :	
Nama panggilan anak :	
Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Tempat / tanggal lahir :	/
Umur sekarang :	
Nama ayah :	
Usia ayah :	
Agama :	
Suku bangsa :	
Pernikahan ke :	
Pernikahan 1 pada usia :	
Pendidikan terakhir :	
Pekerjaan :	
Nomor HP Ayah :	
Email Ayah :	
Nama Ibu :	
Usia Ibu :	
Agama :	
Suku bangsa :	
Pernikahan ke :	
Pernikahan 1 pada usia :	
Pendidikan terakhir :	
Pekerjaan :	
Nomor HP Ibu :	
Email Ibu :	
Alamat rumah :	
Kota :	
Kode pos :	
Nomor telepon :	
Fax :	

Saudara kandung :				
<b>Nama</b>	<b>Usia</b>	<b>Jenis kelamin</b>	<b>Kelas di sekolah</b>	<b>Special need (jika ada)</b>
Masalah yang dihadapi sekarang :				
<b>KESAN UMUM :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana kesan Anda terhadap perkembangan anak secara keseluruhan?</li> <li>• Apa yang Anda harapkan dari proses pemeriksaan ini ?</li> </ul>				
<b>RIWAYAT KEHAMILAN IBU</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usia Ibu saat hamil : _____ tahun</li> <li>• Apakah Ibu pernah mengalami keguguran? : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan</li> <li>• Apakah Ibu mengalami stress psikologis, sakit atau komplikasi selama masa kehamilan? : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan</li> <li>• Apakah Ibu mengonsumsi obat-obatan selama masa kehamilan ? : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan</li> <li>• Berapa pertambahan berat Ibu selama masa kehamilan? : _____ kg</li> <li>• Hasil pemeriksaan TORCH (jika ada) :</li> </ul>				
<b>RIWAYAT KELAHIRAN ANAK</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah ada komplikasi /kesulitan selama proses persalinan? : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan</li> <li>• Bagaimana proses persalinan ? : <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> vacuum  <input type="checkbox"/> c-section <input type="checkbox"/> Pre-mature _____ minggu  <input type="checkbox"/> Post mature _____ minggu <input type="checkbox"/> Full term</li> <li>• Kondisi saat lahir : Berat badan _____ kg  Panjang badan _____ cm  Lingkar kepala _____ cm  Skor APGAR _____</li> <li>• Apakah bayi langsung menangis saat lahir? : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan</li> <li>• Apakah bayi memerlukan perawatan khusus di rumah sakit/di rumah setelah masa kelahiran (<i>postnatal</i>)? : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan</li> </ul>				

### STATUS KESEHATAN ANAK

- Apakah anak pernah mengalami penyakit serius? : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan
- Apakah anak pernah mengalami benturan di kepala? : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan
- Apakah anak pernah dirawat di rumah sakit? : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan
- Apakah anak pernah atau sedang mendapatkan pengobatan jangka panjang? : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan
- Apakah anak mempunyai riwayat alergi? : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan
- Apakah anak pernah memiliki riwayat kejang? : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan
- Apakah anak pernah melakukan tes :
  - 1. Pendengaran Hasil :  
Tanggal :  
Dokter :
  - 2. Penglihatan Hasil :  
Tanggal :  
Dokter :

### RIWAYAT PERKEMBANGAN ANAK

1. Pada usia berapakah bayi mencapai tahap perkembangan berikut? (Sebutkan dalam bulan / tahun)
  - Riwayat perkembangan motorik : Tengkurap \_\_\_\_\_ bulan  
Duduk \_\_\_\_\_ bulan  
Merangkak \_\_\_\_\_ bulan  
Berdiri \_\_\_\_\_ bulan  
Berjalan \_\_\_\_\_ bulan
  - Riwayat perkembangan bahasa : Menatap mata ibu/ayah sambil tersenyum \_\_\_\_ bulan  
Babbling / ngoceh \_\_\_\_ bulan  
Mengucapkan kata pertama bermakna \_\_\_\_ bulan  
Mengulang kata / ekolalia \_\_\_\_ bulan
2. Apakah ada masalah perkembangan yang muncul pada rentang usia 0-12 bulan : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan

### POLA TIDUR

- Pukul berapa anak bangun pagi? :
- Bagaimana suasana hati anak saat bangun pagi? :
- Jam berapa anak tidur malam? :
- Jam berapa anak mulai mengantuk (malam hari)? :

• Apakah anak memiliki gangguan pola tidur?	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan
• Dimana anak tidur?	: <input type="checkbox"/> Tidur sendiri di kamar sendiri <input type="checkbox"/> Tidur bersama orangtua / pengasuh
• Berapa kali dalam semalam anak terbangun?	: <input type="checkbox"/> Hampir tidak pernah <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7+
• Apa yang anak kerjakan saat terbangun?	: <input type="checkbox"/> Menangis / teriak <input type="checkbox"/> Bermain <input type="checkbox"/> Mencari orangtua <input type="checkbox"/> Lain-lain : _____
• Apa yang anda lakukan untuk membuat anak tertidur kembali?	: <input type="checkbox"/> Minum susu/air putih <input type="checkbox"/> Bernyanyi <input type="checkbox"/> Peluk <input type="checkbox"/> Ayun <input type="checkbox"/> Pijat <input type="checkbox"/> Lain-lain : _____
• Jelaskan kegiatan rutin yang anda lakukan untuk membuat pola tidur anak teratur	
• Apakah anak anda memiliki kecenderungan waktu tidur yang terlalu sedikit atau terlalu panjang?	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan Berapa jam anak tidur malam ? _____ jam Berapa jam anak tidur siang ? _____ jam
• Apakah anak memerlukan tidur siang?	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan Frekuensi (berapa kali)? _____ kali Durasi (berapa lama)? _____ kali
• Apakah anak memerlukan bantuan untuk tidur siang?	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan

#### POLA MAKAN

• Apakah Anda memberikan ASI eksklusif? (ASI saja sampai usia 6 bulan)	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan Berapa lama ____ bulan (bukan dicampur susu formula)
• Diberikan susu formula sejak usia?	: _____ bulan
• Jika anak minum susu dari botol, apakah terlihat adanya kesulitan?	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan
• Apakah anak memiliki kemampuan sedot yang kuat?	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan
• Sejak kapan dikenalkan makanan semi padat?	: _____ bulan
• Secara umum, apakah ada kesulitan pada saat makan / sulit makan?	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan

#### GROOMING & SELF CARE (rawat diri)

- Apakah anak mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas grooming, self care & dressing ? (mandi, BAB, BAK, berpakaian)

- Adakah rutinitas yang dapat membantu anak dalam melakukan aktivitas grooming?

#### **TOILET TRAINING (Buang Air Kecil / BAK dan Buang Air Besar / BAB)**

- Apakah anak anda mengalami kesulitan BAK / BAB?
- Adakah rutinitas yang dapat membantu anak dalam melakukan aktivitas grooming?

#### **INTERAKSI SOSIAL**

- Siapa yang mengasuh / menjaga anak saat orangtua tidak di rumah / bekerja ?
- Apakah anak menunjukkan perilaku temper : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan tantrum (marah secara berlebihan) ?  
(Bila pilihannya Ya, mohon isi keterangan di bawah ini)
  - Seberapa sering perilaku tantrum?
  - Apa penyebab perilaku tantrum?
  - Berapa lama waktu yang digunakan untuk meredakan perilaku tantrum?
  - Jelaskan strategi untuk meredakan tantrum anak
- Apakah anak mengalami kesulitan untuk berpisah dengan orangtua/pengasuh? : ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan

## JADWAL HARIAN

1. Mohon diisi jadwal kegiatan sehari-hari anak, mulai dari bangun tidur sampai malam menjelang tidur
2. Beri tanda (+) pada kegiatan yang disukai anak
3. Beri tanda (-) pada kegiatan yang tidak disukai anak

[illegible]