

PARENT QUESTIONNAIRE

Nama anak : _____

Tanggal lahir anak : _____

Nama orang yang mengisi kuesioner ini: _____

Hubungan dengan anak : _____

Tanggal pengisian kuesioner : _____

Nama Ayah : _____

No HP Ayah : _____

Nama Ibu : _____

No HP Ibu : _____

Dengan hormat,

Bersama dengan ini, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk dapat melengkapi kuisisioner ini. Jawaban yang Anda berikan pada kuisisioner ini akan sangat berguna untuk proses pemeriksaan awal.

Setelah kuisisioner diisi lengkap, mohon dikembalikan pada kami sebelum jadwal pemeriksaan awal, pada alamat di bawah ini.

CMC LEARNING TREE
Jl. Taman Permata Meruya Plaza II Blok A 16
Meruya Ilir , Jakarta Barat - 11620
Telp. 021 – 5860028 Email : cmc_meruya@yahoo.com

Informasi yang Bapak / Ibu berikan, akan kami jaga kerahasiaannya.

Atas kerjasama dan perhatian Bapak / Ibu, kami ucapkan banyak terima kasih.

Hormat kami,

CMC Learning Tree

DATA ANAK	
Nama anak	
Nama panggilan anak	
Laki / perempuan	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Tempat / tanggal lahir	
Umur sekarang	
Nama ayah	
Usia ayah	
Agama	
Suku Bangsa	
Pernikahan ke	
Pernikahan 1 pada Usia	
Pendidikan terakhir	
Pekerjaan	
Email ayah	
Nama Ibu	
Usia ibu	
Agama	
Suku Bangsa	
Pernikahan ke	
Pernikahan 1 pada Usia	
Pendidikan akhir	
Pekerjaan	
Email Ibu	
Alamat Rumah	
Kota	
Kode Pos	
Telepon	

Diagnosa diberikan oleh (jika ada):

Nama dokter / ahli	Diagnosa	Tanggal / usia anak pada saat diagnosa diberikan

Dirujuk oleh _____ tanggal _____

Saudara kandung:

Nama	Usia	Jenis kelamin	Kelas di sekolah	<i>Special need</i> (jika ada)

Bila anak sudah sekolah:

Nama sekolah	Kelas	Nama guru	Telp

Terapi yang telah / sedang dilakukan:

Jenis terapi	Nama terapis/klinik	Telp	Tanggal mulai	Durasi

Masalah yang sedang dihadapi sekarang: _____

KESAN UMUM

Bagaimana kesan Anda terhadap perilaku anak secara keseluruhan ?	
Kegiatan / permainan apa yang menjadi favorit / hobby anak ?	
Apa kelebihan yang dimiliki anak ?	
Apa kekurangan yang dimiliki anak ?	
Apa yang Anda harapkan dari proses pemeriksaan ini ?	

RIWAYAT KEHAMILAN IBU		
Usia Ibu saat hamil	tahun	
Apakah Ibu pernah mengalami keguguran? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan
Apakah ibu mengalami stress psikologis, sakit atau komplikasi selama masa kehamilan? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan
Apakah ibu mengkonsumsi obat-obatan selama masa kehamilan?	TIDAK	YA, jelaskan
Berapa pertambahan berat ibu selama masa kehamilan?	Kilogram	
Hasil pemeriksaan TORSCH (jika ada)		

RIWAYAT KELAHIRAN ANAK							
Apakah ada komplikasi/ kesulitan selama proses kelahiran? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan					
Bagaimana proses persalinan? (centang salah satu)	Spontan	Forceps	Vacuum	C-section /cesar	Pre-matureminggu	Post-mature minggu	Full-term
Kondisi saat lahir	Berat badan gram		Panjang badancm		Lingkar kepala-..... cm		Skor APGAR
Apakah bayi langsung menangis saat lahir ? (centang salah satu)	YA	TIDAK, jelaskan					
Apakah bayi memerlukan perawatan khusus di rumah sakit / di rumah setelah masa kelahiran (<i>postnatal</i>) ?	TIDAK	YA, jelaskan					

STATUS KESEHATAN ANAK										
Apakah anak pernah mengalami penyakit serius? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan								
Apakah anak pernah mengalami benturan di kepala? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan								
Apakah anak pernah dirawat di rumah sakit? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan								
Apakah anak pernah atau sedang mendapat pengobatan jangka panjang? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan								
Apakah anak mempunyai riwayat alergi? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan								
Apakah anak pernah mengalami infeksi di telinga? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan								
Apakah anak sedang melakukan diet / suplemen tertentu? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan								
Apakah anak mengenakan kaca mata? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan								
Apakah anak pernah memiliki riwayat kejang? (centang salah satu)	TIDAK	YA, jelaskan								
Apakah anak pernah melakukan tes:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pendengaran</th> <th>Penglihatan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nama Dokter :</td> <td>Nama Dokter:</td> </tr> <tr> <td>Tanggal pemeriksaan :</td> <td>Tanggal pemeriksaan :</td> </tr> <tr> <td>Hasil</td> <td>Hasil :</td> </tr> </tbody> </table>		Pendengaran	Penglihatan	Nama Dokter :	Nama Dokter:	Tanggal pemeriksaan :	Tanggal pemeriksaan :	Hasil	Hasil :
Pendengaran	Penglihatan									
Nama Dokter :	Nama Dokter:									
Tanggal pemeriksaan :	Tanggal pemeriksaan :									
Hasil	Hasil :									
Tidak										

RIWAYAT PERKEMBANGAN ANAK					
Pada usia berapakah anak mencapai pada tahap	Riwayat perkembangan motorik				
	Tengkurap bulan	Duduk Bulan	Merangkak bulan	Berdiri bulan	Berjalanbulan
	Riwayat perkembangan bahasa				

perkembangan berikut? (Sebutkan dalam bulan / tahun)	Bubling / “ngoceh” bulan	Mengucapkan kata pertamabulan	Mengulang kata / ekolaliabulan	Mengucapkan kalimat pertamabulan
Apakah ada masalah perkembangan yang muncul pada usia 0-2 tahun? (centang salah satu)	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? (centang salah satu)		TIDAK	YA, jelaskan			
Dimana anak tidur ? (centang salah satu)		<input type="checkbox"/> Tidur sendiri di kamar sendiri	<input type="checkbox"/> Tidur bersama dengan orang tua / pengasuh			
Berapa kali dalam semalam anak terbangun ? (lingkari salah satu)	Hampir tidak Pernah	1 – 2	3 – 4	5 - 6	7 +	
Apa yang anak kerjakan saat terbangun? (lingkari salah satu)		Menangis/ teriak	Bermain	Mencari orang tua	Lain-lain :	
Apa yang anda lakukan untuk membuat anak tertidur kembali ? (lingkari salah satu)	Minum susu/ air putih	Bernyanyi	Peluk	Ayun	Pijat	Lain-lain:
Jelaskan kegiatan rutin yang Anda lakukan untuk membuat pola tidur anak teratur !						
Usia berapa anak Anda						

mulai memiliki jam tidur teratur ?					
Apakah anak memiliki kecenderungan pola tidur yang terlalu sedikit atau terlalu banyak ?	TIDAK	YA, jelaskan			
		Berapa jam anak tidur malam ?		jam	
		Berapa jam anak tidur siang ?		jam	
Apakah anak memerlukan tidur siang ?	TIDAK	YA			
		Frekuensi (berapa kali)?			
		Durasi (berapa lama) ?			
		Apakah anak memerlukan bantuan untuk tidur siang?	TIDAK	YA	
Apakah ada aktivitas yang rutin dilakukan sebelum tidur ?	Mandi	Baca buku	Peluk	Pijat	Lain-lain
Apa yang terjadi jika rutinitas sebelum tidur tidak terpenuhi ?	Pengaruh pada anak :				
	Pengaruh pada anggota keluarga:				

POLA MAKAN

Apakah Anda memberikan ASI eksklusif pada anak semasa bayi ?					
Jika semasa bayi, anak minum susu dari botol, apakah terlihat adanya kesulitan?					
Apakah anak memiliki kemampuan sedot yang kuat di masa bayi ?					
Apakah ada riwayat sering muntah, tersedak (reflux) ?					
Apakah anak memiliki riwayat masalah nafsu makan atau sulit menaikkan berat badan ?					
Apakah anak memiliki gangguan pernafasan ?					
Pada usia berapa anak dapat melakukan kegiatan berikut ini sendiri (tanpa bantuan orang	Aktivitas	Bantuan (centang salah satu)			Keterangan
		Dibantu	Diawasi	Mandiri	
	Makan dengan tangan				
	Makan dengan sendok				
	Makan dengan sendok garpu				

lain)	Minum dari gelas							
			Penjelasan :					
Apakah anak memiliki kecenderungan menghindari / memilih makanan berdasarkan karakteristik tertentu ? (lingkari salah satu)	TIDAK	YA						
		Variasi makanan	Suhu	Tekstur	Renyah	Kenyal	Warna	Mixed food textures
		Penjelasan :						
Berdasarkan karakteristik tertentu ? (lingkari salah satu)	TIDAK	YA						
Apakah anak memiliki kecenderungan sangat menyukai makanan berdasarkan karakteristik tertentu ? (lingkari salah satu)	TIDAK	YA						
Apakah anak kesulitan dalam mencerna makanan? (lingkari salah satu)	TIDAK	YA						
		Mengunyah makanan	Sedot dengan menggunakan sedotan		Menelan makanan			
		Penjelasan :						
Berapa lama anak dapat duduk saat makan ? (lingkari salah satu)	1 – 2 menit		3 – 5 menit	6 – 10 menit	Sepanjang waktu makan			
Apakah rutinitas yang dapat membantu anak untuk makan (makan pokok) ?	Jelaskan :							
Apa yang terjadi jika rutinitas tersebut tidak dapat dilakukan ?	Pengaruh terhadap anak :							
	Pengaruh terhadap anggota keluarga:							

GROOMING & SELF CARE (rawat diri)

Apakah anak	Sikat	Mandi	Keramas	Sisir	Bersihkan	Potong	Potong	Buang
-------------	-------	-------	---------	-------	-----------	--------	--------	-------

mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas <i>grooming</i> ? (lingkari salah satu) Dicapai pada usia	gigi			rambut	wajah	rambut	kuku	ingus
Adakah rutinitas yang dapat membantu anak dalam melakukan aktivitas <i>grooming</i> ?	Jelaskan :							
Apa yang terjadi jika rutinitas tersebut tidak dapat dilakukan ?	Pengaruh terhadap anak:							
	Pengaruh terhadap anggota keluarga :							
Apakah anda kuatir dengan kemampuan rawat diri anak?	TIDAK		YA Jelaskan:					

DRESSING (berpakaian)							
Jenis pakaian apa yang anak dapat kenakan / pakai secara mandiri ? (lingkari salah satu) Dicapai pada usia :	Kemeja	Kaos	Celana dalam	Celana pendek/ panjang	Sepatu	Kaos kaki	Jaket
Adakah rutinitas yang dapat membantu anak dalam melakukan aktivitas <i>dressing</i> ?	Jelaskan						
Apa yang terjadi jika rutinitas tersebut tidak dapat dilakukan ?	Pengaruh terhadap anak :						
	Pengaruh terhadap anggota keluarga:						

TOILET TRAINING /Buang Air Kecil & Besar (BAK & BAB)				
Apakah anak dapat secara mandiri melakukan BAK ?	TIDAK	YA Pada usia berapa ?		

Apakah anak dapat secara mandiri melakukan BAB ?	TIDAK	YA Pada usia berapa ?		
Apakah anak memiliki riwayat kesulitan BAB atau BAK ? (lingkari salah satu)	Mengompol saat tidur	Sulit BAB (<i>constipation</i>)	BAB lembek	Tidak / kurang menyadari ketika hendak BAK atau BAB
Adakah rutinitas yang dapat membantu anak dalam melakukan aktivitas BAB / BAK ?	Jelaskan			
Apa yang terjadi jika rutinitas tersebut tidak dapat dilakukan ?	Pengaruh terhadap anak :			
	Pengaruh terhadap anggota keluarga :			

INTERAKSI SOSIAL				
Siapa yang mengasuh / menjaga anak di saat orang tua tidak di rumah / bekerja ?				
Apakah anak menunjukkan perilaku agresif ?	TIDAK	YA		
		Mengarah pada diri sendiri :	TIDAK	YA, jelaskan
		Mengarah pada orang lain :	TIDAK	YA, jelaskan
		Mengarah pada barang :	TIDAK	YA, jelaskan
Apakah anak menunjukkan perilaku <i>temper tantrum</i> (marah secara berlebihan) ?	TIDAK	YA		
		Seberapa sering perilaku tantrum muncul ?		
		Apa penyebab perilaku tantrum muncul ?		
		Berapa lama waktu yang digunakan untuk meredakan perilaku tantrum ?		
		Jelaskan strategi untuk meredakan tantrum anak		
		Apakah perilaku tantrum ini menyebabkan anggota keluarga terganggu ?	YA	TIDAK

Apakah anak mengalami kesulitan untuk berpisah dengan orang tua / pengasuh ?	TIDAK	YA, jelaskan
Bagaimana interaksi anak dengan saudara kandungnya ? (jika ada)	Jelaskan	
Bagaimana interaksi anak dengan teman sebaya ?	Jelaskan	
Apakah anak menunjukkan kesulitan berinteraksi dengan kelompok ?	Jelaskan	
Bagaimana perilaku bermain anak di rumah ?	Jelaskan	
Apakah Anda kuatir dengan kemampuan anak dalam berinteraksi ?	TIDAK	YA, jelaskan

SEKOLAH (Jika anak sudah bersekolah)

Sebutkan jenis sekolah anak ! (lingkari salah satu)	Regular (nasional)	Nasional plus	Internasional	Sekolah khusus	Home school	Lain- lain:
Apakah anak mempunyai masalah perilaku di sekolah ?	TIDAK	YA, jelaskan				
Adakah keluhan dari guru mengenai perilaku dan atau kemampuan akademik anak di sekolah ?	TIDAK	YA, jelaskan				

Adakah keluhan dari teman sebaya mengenai perilaku dan atau kemampuan akademik anak di sekolah?	TIDAK	YA, jelaskan
Bagaimana kemampuan anak dalam mengikuti pelajaran ?		
Apakah Anda khawatir dengan kemampuan belajar anak ?	TIDAK	YA, jelaskan

JADWAL HARIAN

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

Jam	Kegiatan