# Daftar pemeriksaan perkembangan anak pra-sekolah Taipei City

0.6

Genap 6 bulan (5 bulan 16 hari ~ 8 bulan 15 hari)

Unit pemeriksaan:_____ No. telepon unit:_____
Nama pengisi data:_____ Status: □petugas kesehatan □guru □petugas pemerintahan dan social □orang tua□dll_____
Kewarganegaraan asal: ayah:□Taiwan□RRC□Thailand□Indonesia□Vietnam□Kamboja□Myanmar□dll:jelaskan:_____
Ibu:□Taiwan□RRC□Thailand□Indonesia□Vietnam□Kamboja□Myanmar□dll:jelaskan:_____

**Data anak**

Nama anak:_____Jenis kelamin:□laki-laki □perempuan Tanggal pemeriksaan: tahun _____bulan_____tanggal_____
No.KTP: □□□□□□□□□□□ Tgl.lahir: tahun___bulan___tanggal___(bayi prematur, harap mengisi)
perkiraan tanggal melahirkan:tgl_____bln_____thn_____
usia:_____bulan_____hari（harus diisi）
Alamat di KTP: Taipei City Area_____RT_____RW_____
Alamat yang dihubungi:_____ No.telepon: (pagi)_____(malam)_____

**Unsur-unsur resiko tinggi yang mempengaruhi keterlambatan perkembangan**

| |
|---|
| 1.①□prematur (masa hamil tidak penuh 36 minggu ) ②□berat badan saat lahir kurang dari 2500g ③□tidak ada yang disebutkan diatas |
| 2.kelainan bawaan:<br>①□kelainan kromosom(seperti down syndrom, turner syndrom dll) ②□kelainan kepala dan wajah(seperti bibir sumbing, kelainan telinga luar dll) ③□kelainan metabolisme bawaan(seperti phenylketonuria, hypotirodism dll) ④□otak berair dan spina bifida ⑤□tulang kepala rapat lebih awal ⑥□penyakit jantung bawaan ⑦□kelainan kekurangan tangan dan kaki ⑧□dll_____⑨□tidak ada yang disebutkan diatas |
| 3.masalah sebelum, saat dan setelah hamil:<br>①□3 bulan sebelum hamil terinfeksi campak jerman ②□selama masa hamil, ibu mengeluarkan darah dan mencegah keguguran, menderita penyakit diabetes /kencing manis, darah beracun saat hamil, syphilis, minum alkohol, merokok ③□denyut nadi bayi saat hamil berkurang, terisap kotoran janin, gangguan pernapasan, kekurangan oksigen sehingga perlu diberikan pertolongan darurat, tinggal di incubator/kotak penghangat selama_____hari ④□nilai apgar cukup rendah: setelah 5 menit<**7(atau lebih kecil sama dengan 6)**; silahkan lihat buku pegangan ibu dan anak ⑤□setelah lahir mengalami kejang-kejang, tidak bernapas, muntah terus menerus, suhu badan rendah atau hasil menyusui yang tidak baik dll ⑥□bagi penderita penyakit kuning yang parah sampai memerlukan ganti darah ⑦□dll_____⑧□tidak ada yang disebutkan diatas |
| 4.penyakit atau luka otak:<br>①□otak berair ②□berdarah atau kekurangan oksigen ③□infeksi otak ④□epilepsi ⑤□tumor otak ⑥□dll_____⑦□tidak ada yang disebutkan diatas |
| 5.sejarah keluarga atau unsur lingkungan:<br>①□keluarga dekat menderita tuna rungu, cacat mental, penyakit jiwa ②□ekonomi masyarakat tidak baik ③□anak yatim piatu atau anak yang disiksa ④□tidak ada yang disebutkan diatas |

**Pengetesan masa perkembangan**

Lingkari "benar" jika keadaan anak sesuai dengan keadaan di bawah ini, dan lingkari "salah" jika keadaan anak tidak sesuai.
Ingat: (setidaknya 90% benar untuk anak usia penuh 7 bulan). Jika pengetesan pada usia 6 bulan tidak lewat maka perlu dites lagi pada usia 7 bulan

| | | |
|---|---|---|
| 1.(berbaring) Pada saat mengganti popok, kedua kaki bayi sulit dibuka atau ditekuk. | benar | salah |
| ★ 2.(berbaring) Kepala bayi selalu miring pada satu sisi, tidak dapat kembali ke posisi tengah atau bergerak dengan bebas. | benar | salah |
| 3. (telungkup) Posisi telungkup, pada saat bayi mengangkat bagian atas badannya meninggalkan lantai, bayi dapat menggunakan tangannya untuk bertahan, dan kepalanya pun dapat bergerak ke atas bawah kiri kanan dengan bebas (apabila kepala anak kaku waktu ditegakkan, menurunkan kepalanya dengan cepat, atau kepalanya terus ditengadahkan ke belakang, berarti tes ini dianggap tidak lewat) | benar | salah |
| 4.(duduk) Bayi mampu duduk selama 5 detik dengan tumpuan telapak tangan di lantai dan Kepalanya stabil, tidak terjatuh, mata melihat ke depan(90% lewat jika berusia penuh 7 bulan) | benar | salah |
| 5.(berdiri) Pada saat orang dewasa membantu bayi berdiri dengan memegang ketiaknya, bayi dapat berdiri dengan tegak(pantat tidak nonggek ke belakang), kadang-kadang kaki bayi akan bergerak-gerak, seperti menghentakkan kaki, jalan ditempat, berdiri dengan satu kaki(90% lewat jika berusia penuh 7 bulan) | benar | salah |
| 6.Bayi bisa menyentuh mainan yang berjarak 15 cm di depannya dengan satu tangan(dikatakan lewat jika tangan kanan dan kiri bisa melakukannya) | benar | salah |
| 7.Bayi mampu menggengam dan menggerakkan barang gengamannya(Seperti yang terlihat di gambar: ibu jari tidak menempel pada telapak tangan, menggenggam barang dengan partisipasi jari lainnya dan tangan kanan kiri harus bisa melakukannya) | benar | salah |
| ★ 8. Kedua belah tangan mampu mengenggam barang paling sedikit selama 3 detik secara bersamaan (seperti mainan, mainan dari kayu, makanan dll) | benar | salah |
| 9.Mainan atau barang bisa ditukar dari satu tangan ke tangan lainnya dengan lancar(jika tidak lancar berarti tidak lewat) (90% lewat jika berusia penuh 7 bulan) | benar | salah |
| ★ 10.Bisa mencari sumber suara yang berjarak 20 cm di belakang telinganya baik telinga kiri maupun kanan(sebelah kanan dan kiri mesti mampu melakukannya) | benar | salah |
| 11.Jarang mengeluarkan suara saat bermain dengannnya. | benar | salah |
| 12.Pada waktu bersama dengan orang dewasa yang menjaganya, bayi dapat bertahan menatap mata orang dewasa, bisa tertawa jika orang dewasa mengajaknya berbicara, tertawa, bermain dengannya. | benar | salah |

Harap dilakukan pengetesan lebih lanjut ke rumah sakit yang tertera di belakang daftar ini jika ada 2 buah jawaban yang dilingkar berada di dalam kotak hitam atau 1 buah jawaban dari pertanyaan yang bertanda ★ di depannya berada di dalam kotak hitam atau pengisi merasa anak mempunyai gerakan atau tingkah laku yang tidak normal, bawalah anak ke salah satu rumah sakit yang tertera di belakang kertas tabel ini untuk pemeriksaan selanjutnya. Tolong ditulis apakah memiliki buku pegangan cacat jasmani dan mental: □ya(jenis cacat jasmani dan mental_____tingkat____) □tidak □dalam proses permohonan

Jika tidak ada 2 buah jawaban yang berada di dalam kotak hitam dan tidak ada satupun jawaban dari pertanyaan bertanda ★ berada di dalam kotak hitam, berarti pengetesan tahap ini lulus. Di hari selanjutnya, gunakan daftar pengetesan yang berbeda berdasarkan umur anak untuk mengontrol keadaan perkembangan anak.

Departemen Kesehatan Taipei City memperhatikan Anda pengubahan edisi kedua bulan 12 tahun 2006

(harap dikoyak digaris putus-putus ini)

## Lembaran pengembalian pengetesan anak

Nama anak:_____ Unit pemeriksaan:_____tanggal:_____
Kepada Yth. Orang tua anak: hasil pengetesan kesehatan anak Anda adalah seperti yang tertera di bawah ini:
□pertumbuhan anak sesuai dengan keadaan pertumbuhan anak pada usia tersebut, harap ingat mengimunisasi dan memeriksakan kesehatan anak Anda pada waktu yang telah ditentukan.
□anak Anda pada bulan/tahun ke-_____ pada pengetesan pertanyaan nomor_____ perlu diamati lebih lanjut.
□anak Anda pada bulan/tahun ke-_____ pada pengetesan pertanyaan nomor_____perlu untuk dipastikan, harap bawa anak Anda ke rumah sakit pengobatan awal untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut, jika memerlukan pengobatan lebih lanjut atau pertolongan subsidi yang lain, dokter akan akan melaporkan dan mentransfer anak Anda ke "Pusat penerimaan laporan serta pengalihan pengobatan awal dan pendidikan bagi anak yang perkembangannya terlambat di Taipei City"untuk mendapatkan informasi lebih lanjut.
*Pengetesan pertumbuhan anak lewat internet ---
Pusat penerimaan laporan pengobatan awal dan pendidikan bagi anak yang perkembangannya t terlambat di Taipei City(http://www.eirrc.taipei.gov.tw)
*Website untuk mendownload Daftar pengetesan perkembangan anak pra-sekolah dan Lembaga pengetesan dan pengobatan awal Taipei City ---Departemen Kesehatan Taipei City (http://www.health.gov.tw) 》Informasi Kesehatan dan Perawatan》 di bagian pengobatan awal dan pendidikan bagi anak yang perkembangannya terlambat
Jika anda mempunyai pertanyaan silahkan hubungi no telepon (di belakang lembaran pengembalian)