

Kuesioner pemeriksaan kesehatan untuk bayi (untuk usia 4–6 bulan)

Nama subjek		Nomor daftar penduduk		No telepon wali	
Nama wali		Hubungan dengan subjek		Alamat email	

Tujuan pemeriksaan kesehatan untuk bayi adalah untuk memeriksa pertumbuhan dan perkembangan yang normal dan bukan untuk mendeteksi penyakit tertentu. Apakah Anda mengerti tujuan pemeriksaan ini?

Ya ☐ Tidak ☐

1. Tanggal lahir anak: _____ Tahun _____ Bulan _____ Hari _____	2. Berat lahir: ■. ■ kg (dibulatkan ke puluhan terdekat)					
3. Apakah bayi lahir prematur? ① Ya (≠ Tanggal perkiraan lahir? _____ Tahun _____ Bulan _____ Hari) ② Tidak						
4. Harap periksa vaksinasi yang telah diselesaikan hingga saat ini. (Harap tunjukkan frekuensi pada kotak yang sesuai.)						
	BCG	Hepatitis B	DPT	Poliomielitis (polio)	Pneumokokus	Hemofilus B
Jumlah terselesaikan						



Penglihatan

Ya ① Tidak ②

1	Apakah bayi Anda dapat melakukan kontak mata dengan baik?	① ②
2	Apakah posisi pupil bayi terlihat aneh? (Apakah mata merapat ke dalam atau ke luar tanpa fokus?)	① ②
3	Apakah pupil bayi tidak jelas?	① ②
4	Apakah ada anggota keluarga Anda yang memiliki gangguan genetik pada mata?	① ②



Edukasi untuk pencegahan sindrom kematian bayi mendadak

Ya ① Tidak ②

1	Apakah Anda menidurkan bayi dengan muka menghadap ke bawah?	① ②
2	Apakah kasur atau matras bayinya lembut dan empuk?	① ②
3	Apakah orang tua tidur di kasur (atau matras, atau lainnya) yang sama dengan bayi?	① ②
4	Apakah Anda membantu bayi bermain dengan posisi perutnya menghadap ke bawah dan kepala ke atas saat bayi tersebut dalam keadaan sadar?	① ②
5	Apakah ada perokok di antara anggota keluarga yang tinggal bersama bayi atau sering melakukan kontak dengan bayi?	① ②
6	Apakah ada orang yang merokok di dalam rumah Anda (termasuk di balkon)?	① ②
7	Apakah ada orang yang merokok di dalam mobil tempat biasanya bayi berada?	① ②



Ya ① Tidak ②

1	Apakah bayi menunjukkan respons terhadap suara keras, misalnya terbangun, terkaget, ekspresi wajahnya berubah, dll?	① ②
2	Apakah bayi tampak tenang atau diam untuk mendengarkan suara jika suara tersebut familier baginya?	① ②
3	Apakah bayi mampu menghasilkan berbagai suara (mendenguk, tergelak-gelak/tertawa heboh, berteriak dengan nada tinggi, dll)?	① ②
4	Apakah bayi pernah dirawat di rumah sakit dalam unit perawatan intensif bayi (NICU) setelah 5 hari dilahirkan?	① ②
5	Apakah bayi mendapatkan tes pemeriksaan pendengaran pada saat baru lahir?	① ②
6	Jika Anda menjawab “ya” untuk pertanyaan 5, apakah hasil tesnya baik (lulus tes telinga atau tidak ada keabnormalan)? (Jika jawaban untuk pertanyaan 5 adalah “Tidak”, lewati pertanyaan ini.)	① ②



Edukasi pencegahan kecelakaan

Ya ① Tidak ②

1	Di mana Anda memasang tempat duduk untuk bayi di dalam mobil? ① Tempat duduk depan ② Tempat duduk belakang (Jika Anda tidak memiliki tempat duduk bayi atau mobil ③	① ② ③
2	Apakah Anda memasang tempat duduk mobil untuk bayi dengan menghadap ke belakang?(Jika Anda tidak memiliki tempat duduk mobil atau mobil ③)	① ② ③
3	Pernahkah Anda meninggalkan bayi Anda sendiri di tempat tidur orang dewasa atau sofa meskipun hanya sedetik?	① ②
4	Pernahkah Anda meninggalkan bayi Anda sendiri di bak mandi, bathtub, atau kamar mandi meskipun hanya sedetik?	① ②
5	Pernahkah Anda mengonsumsi minuman panas saat menggendong bayi?	① ②



Indera pendengaran

Ya ① Tidak ②



Edukasi nutrisi

1 Umum	Makanan utama apa yang Anda berikan kepada bayi? ① Hanya ASI (≠ Pertanyaan 2–4, 10) ② Hanya susu formula bubuk (≠ Pertanyaan 5–10) ③ Gabungan ASI dan susu formula bubuk (≠ Pertanyaan 2–10)	① ② ③
2 ASI	Sampai kapan Anda akan terus memberikan ASI kepada bayi Anda? ① Usia 6–11 bulan ② Usia 12–23 bulan ③ Usia lebih dari 24 bulan ④ Saya tidak tahu.	① ② ③ ④
3 ASI	Masalah apa yang Anda alami hingga Anda tidak menyusui secara berkelanjutan? ① Volume ASI ② Jumlah frekuensi menyusui ③ Cara menyusui ④ Menyusui di malam hari ⑤ Lainnya ⑥ Tidak ada masalah	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
4 ASI	Manakah dari yang berikut ini yang dikonsumsi oleh ibu si bayi?	① ② ③
5 Susu bubuk formula	Berapa banyak susu formula yang diberikan kepada bayi dalam satu hari? ① Kurang dari 500 mL ② 500–999 mL ③ Lebih dari 1.000 mL	① ② ③
6 Susu bubuk formula	Apakah Anda menggunakan campuran air panas dan dingin saat membuat susu formula? ① Ya ② Tidak	① ②
7 Susu bubuk formula	Bagaimanakah cara Anda menghangatkan susu formula yang sudah dibuat sebelumnya? ① Penangas air (water bath) ② Microwave ③ Lainnya	① ② ③
8 Susu bubuk formula	Bagaimanakah cara Anda memilih susu formula bubuk yang saat ini Anda berikan kepada bayi? ① Dinilahkan oleh walinya ② Direkomendasikan oleh dokter	① ②
9 Susu bubuk formula	Apa yang Anda lakukan dengan susu formula yang tersisa?	① ②

	① Minuman berkafein ② Minuman beralkohol ③ Rokok ④ Obat-obatan ⑤ Tidak berlaku	④ ⑤		① Menyimpannya untuk nanti ② Membuangnya	
10 Umum	Kapan Anda berencana untuk mulai menyapih dan memberikan makanan tambahan untuk bayi (makanan bayi)? ① Sudah direncanakan sebelum bayi berusia 4 bulan. ② Usia 4-6 bulan ③ Setelah usia 6 bulan ④ Saya tidak tahu.				① ② ③ ④

※ Jika Anda menerima pemeriksaan kesehatan melebihi jumlah yang ditentukan, biayanya akan ditarik kembali dari Anda sebagai pengayaan yang tidak adil.