

# Sebelum pemeriksaan kesehatan 18 bulan anak Anda

Cetak salinan terjemahan formulir Evaluasi Orang Tua untuk Status Perkembangan (SEDS) dari situs internet [www.mhcs.health.nsw.gov.au](http://www.mhcs.health.nsw.gov.au) dan isilah sebelum kunjungan Anda, atau mintalah perawat kesehatan anak Anda membantu Anda.

Jawablah pertanyaan ini tentang anak Anda sebelum mengunjungi perawat atau dokter Anda.

<b>PENDENGARAN</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Tidak pasti</b>
Apakah Anda khawatir tentang pendengaran anak Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda menanggapi percakapan orang lain, terutama dalam situasi bising?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda tetap bertanya "apa"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda melihat muka pembicara secara teliti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda berkerut atau berbungkuk ke depan sewaktu orang berbicara kepadanya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda sulit menentukan dari mana datangnya suatu bunyi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda frustrasi dan menjadi gelisah atau menimbulkan gangguan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah suara anak Anda jelas lebih kuat dari temannya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda sering pilek dan/atau mempunyai hidung beringus hijau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda sering menderita infeksi telinga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda mengucapkan kata-kata tunggal selain dari "mama" atau "dada"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda memahami petunjuk sederhana, misalnya "Letakkan bola di atas meja", "berikan bola kepada saya"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda dapat menunjuk pada bagian tubuh, mainan atau orang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda mendengarkan cerita atau lagu yang sederhana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **PENGLIHATAN**

Apakah Anda prihatin tentang penglihatan anak Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda mempunyai mata yang tidak lurus atau mata malas (squint atau strabismus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda menghadapi kesulitan melihat benda kecil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda mengenal orang atau benda yang dikenal dari jauh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah ada anggota keluarga yang menderita masalah penglihatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jika jawaban untuk manapun dari pertanyaan ini adalah ya, beri tahu dokter atau perawat kesehatan anak dan keluarga Anda**

**Hasil**  Normal  Rujukkan  Tinjau ulang

## Topik pembicaraan pada 18 bulan

- Keselamatan anak, supervisi dan mobilitas yang berubah
- Gizi keluarga
- Tidur/bangun waktu malam
- Kemarahan
- Persoalan saudara
- Merokok
- Praktek menjadi orang tua mis. disiplin, menetapkan batas
- Pelatihan toilet
- Perawatan gigi
- Perlindungan matahari
- Penitipan anak/grup permainan
- Kelakuan untuk menyamakan diri mis. makan jari, mainan favorit, dot
- Imunisasi
- Kemampuan berbicara dan bahasa
- Dukungan keluarga dan segala persoalan lain