

Helping hands in your child's development
Jl. Cipete IV No. 6 Jakarta Selatan
Telp. (+62-21) 7581 6662

SENSORY DEVENSIVENES BEHAVIOR CHECKLIST

Occupational Therapy Assessment Form (Sumber: Willbarger and Willbarger, 1991)

Nama Anak	: L/ P										
Tempat Tanggal Lah	iir:										
Tanggal Assessment											
Usia	·										
Nama Orangtua	: - Ayah:										
_	- Ibu :										
Telp./ HP	·	٠									
Alamat	·										
Pemeriksa	·										
<u> Petunjuk Pengisian:</u>											
) Bila Ya saat ini ada gejala										
* *	. Beri Tanda (-) Bila Tidak ditemukan gejala										
3. Beri Tanda (*)) Bila Ya gejala ditemukan dimasa lalu										
<u>Tanda High Arousal</u>											
 Susah tidur wa 											
	g bangun pada malam hari ()										
	Banyak gerakan saat tidur ()										
4. Sering mimpi											
9	cara/ Tertawa saat tidur ()										
6. Berjalan pada	saat tidur ()										
7. Sering mimpi	saat tidur siang ()										
8. Suka bersemb	unyi di pojok ruang, bawah meja, bawah selimut dll ()										
Saat buang air	besar suka bersembunyi di pojok ruang atau tempat tertentu ()										
10. Susah beradap	otasi/ takut/ cemas di tempat baru ()										
	pada lingkungan sekitar ()										
12. Perilaku impul	Isive dan tidak tertarik untuk mengeksplorasi lingkungan ()										
13. Sering berteria	ak bila sedang takut atau gembira ()										
14. Bereaksi berle	bihan pada rasa takut, suhu panas atau dingin ()										
15. Senang meme	gang benda kecil ditangan ()										
16. Telapak tanga											
-	ada bau-bau tertentu ()										
18. Tidak tahan pa	ada rasa-rasa tertentu ()										
19. Tidak tahan pa	ada suara-suara tertentu ()										



Helping hands in your child's development
Jl. Cipete IV No. 6 Jakarta Selatan
Telp. (+62-21) 7581 6662

Sensory Avoidance Behavior

	Visual/ Penglihatan:
1.	Menghindari kontak mata ()
2.	Menghindari sinar terang, lampu kamera, sinar matahari ()
3.	Menghindari menonton TV secara langsung, lebih memilih bayangan ()
4.	Perhatian mudah teralih oleh stimulus penglihatan ()
5.	Tidak suka difoto ()
	Auditory/ Pendengaran:
1.	Bereaksi secara selektif terhadap stimulus pendengaran ()
2.	Tidak nyaman dengan suara yang datang tiba-tiba ()
3.	Tidak nyaman berada dikeramaian ()
4.	
5.	Sering menutup telinga bila ada suara ()
	Tactile/ Perabaan
1.	Lebih senang memegang daripada dipegang ()
2.	Tidak suka dipegang ()
3.	Tidak suka dipeluk/ dicium ()
4.	Tidak nyaman wajahnya dibersihkan, rambutnya dicuci ()
5.	Tidak nyaman rambutnya dipotong ()
6.	Tidak nyaman kukunya dipotong ()
7.	Tidak nyaman dengan label baju ()
8.	Tidak suka dengan tekstur kain/ pakaian tertentu ()
	Lebih suka memakai baju lama daripada baju baru ()
	Tidak nyaman rambutnya basah saat berenang ()
11.	Tidak nyaman memakai selimut saat tidur ()
12.	Menghindari tekstur kain/ permukaan tertentu ()
	Tidak suka dengan tangan kotor ()
	Tidak nyaman berjalan tanpa alas kaki dipermukaan yang tidak biasa ()
15.	Tidak nyaman ditengah krumunan ()
	Oral/ Pengecapan
1.	Hanya sukamakanan/ minuman tertentu ()
2.	Pemilih makanan/ minuman dengan rasa/ suhu tertentu ()
3.	Tidak suka mencoba makanan tertentu ()
	Menolak makanan/ minuman dengan suhu tertentu ()
5.	Makannya lambat ()
6.	` '
	1 6 7
8.	
9.	1 \ /
	Sering merasa mau muntah/ eneg/ gagging ()
	Tidak suka sekitar mulut kotor saat makan/ sangat rapih ()
12.	Tidak nyaman giginya disikat ()



Helping hands in your child's development
Jl. Cipete IV No. 6 Jakarta Selatan
Telp. (+62-21) 7581 6662

14. 15. 16. 17.	Tidak nyaman gigi depanya disikat () Hanya mau pastagigi dengan merk tertentu () Tidak suka memasukan benda kemulut saat bayi () Keluar air liur dari mulut tidak terkontril () Menyimpan makanan dalammulut/ diemut () Sukamenyembur makanan keluar ()
	Movement/ Gerakan
 2. 3. 4. 5. 6. 7. 	Takut/ ragu-ragu dengan jenis mainan tertentu: ayunan, luncuran () Takut/ ragu-ragu mencoba mainan baru () Takut naik mainan yang digerakan oleh mesin/ battery () Takut ketinggian () Takut pada benda/ objek yang digantung: jam, poster,lampu () Mudah mual, pusing, muntah saat naik mobil, elevator () Takutnaik escalator ()
8. 9.	Takut dengan bayangan () Takut dengan lantai dengan design/ pola tertentu ()
1. 2. 3. 4. 5. 6.	Suka membenturkan kepala Suka mengadu gigi/ teth grinding () Suka membuat suara – suara ditenggorokan/ throaty sounds () Suka mengigit benda: pensil, baju, kuku () Suka mengunyah benda: kain benda lain () Banyak makan snack/ ngemil () Suka mengkrjab-kerjabkan mata () Jalan jinjit ()
10. 11. 12. 13. 14. 15.	Suka melonjat dan melonjak-lonjak/ jump and bounce () Suka memanjat dan berayun/ claim and swing () Suka bila dipeluk erat-erat () Suka bila badannya ditekan () Suka melempar barang () Suka membuat bunyi dengan menekuk sendi sendi jari () Suka meremas atau mencubit orang yang dikenal () Suka menarik rambut orang lain() Suka memukul diri sendiri ()
19. 20. 21. 22.	Suka mengosok-gosokan tangan pada permukaan/ tekstur tertentu () Banyak menggerakan tangan dan kaki saat duduk () Suka melihat benda berputar () Suka memutar benda () Suka memutar badan sendiri () Suka naik elevator ()



Helping hands in your child's development
Jl. Cipete IV No. 6 Jakarta Selatan
Telp. (+62-21) 7581 6662

Pengisi Quisioner

′	-																												,	١	*	•
l	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	•	٠	•	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	•	٠	٠	٠	•	•	٠	,		

Keterangan:

* (Nama dan Hubungan dengan anak)