**SENSORY DEVENSIVENES BEHAVIOR CHECKLIST**

*Occupational Therapy Assessment Form*

(Sumber: Willbarger and Willbarger, 1991)

|  |
| --- |
| Nama Anak : ……………………………………………………… L/ P  Tempat Tanggal Lahir : ………………………………………………………………………  Tanggal Assessment : ………………………………………………………………………  Usia : ………………………………………………………………………  Nama Orangtua : - Ayah:  - Ibu :  Telp./ HP : ………………………………………………………………………  Alamat : ………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………….  Pemeriksa : ……………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………. |

**Petunjuk Pengisian:**

1. Beri Tanda (+) Bila Ya saat ini ada gejala
2. Beri Tanda (-) Bila Tidak ditemukan gejala
3. Beri Tanda (\*) Bila Ya gejala ditemukan dimasa lalu

**Tanda High Arousal**

1. Susah tidur waktu malam ( )
2. Gelisah/ Sering bangun pada malam hari ( )
3. Banyak gerakan saat tidur ( )
4. Sering mimpi buruk ( )
5. Ngelindur/ Bicara/ Tertawa saat tidur ( )
6. Berjalan pada saat tidur ( )
7. Sering mimpi saat tidur siang ( )
8. Suka bersembunyi di pojok ruang, bawah meja, bawah selimut dll ( )
9. Saat buang air besar suka bersembunyi di pojok ruang atau tempat tertentu ( )
10. Susah beradaptasi/ takut/ cemas di tempat baru ( )
11. Tidak tertarik pada lingkungan sekitar ( )
12. Perilaku *impulsive* dan tidak tertarik untuk mengeksplorasi lingkungan ( )
13. Sering berteriak bila sedang takut atau gembira ( )
14. Bereaksi berlebihan pada rasa takut, suhu panas atau dingin ( )
15. Senang memegang benda kecil ditangan ( )
16. Telapak tangan basah ( )
17. Tidak tahan pada bau-bau tertentu ( )
18. Tidak tahan pada rasa-rasa tertentu ( )
19. Tidak tahan pada suara-suara tertentu ( )

**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 pengllihatan ( )
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. Sulit berkonsentrasi bila ada suara ( )
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 ( )
9. Lebih suka memakai baju lama daripada baju baru ( )
10. Tidak nyaman rambutnya basah saat berenang ( )
11. Tidak nyaman memakai selimut saat tidur ( )
12. Menghindari tekstur kain/ permukaan tertentu ( )
13. Tidak suka dengan tangan kotor ( )
14. 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 ( )
4. Menolak makanan/ minuman dengan suhu tertentu ( )
5. Makannya lambat ( )
6. Tidak berselera makan ( )
7. Tidak berselera makan dipagi hari ( )
8. Tidak mau mengunyah/ langsung ditelan ( )
9. Susah menelan tablet/pil ( )
10. Sering merasa mau muntah/ eneg/ gagging ( )
11. Tidak suka sekitar mulut kotor saat makan/ sangat rapih ( )
12. Tidak nyaman giginya disikat ( )
13. Tidak nyaman gigi depanya disikat ( )
14. Hanya mau pastagigi dengan merk tertentu ( )
15. Tidak suka memasukan benda kemulut saat bayi ( )
16. Keluar air liur dari mulut tidak terkontril ( )
17. Menyimpan makanan dalammulut/ diemut ( )
18. Sukamenyembur makanan keluar ( )

**Movement/ Gerakan**

1. Takut/ ragu-ragu dengan jenis mainan tertentu: ayunan, luncuran ( )
2. Takut/ ragu-ragu mencoba mainan baru ( )
3. Takut naik mainan yang digerakan oleh mesin/ battery ( )
4. Takut ketinggian ( )
5. Takut pada benda/ objek yang digantung: jam, poster,lampu ( )
6. Mudah mual, pusing, muntah saat naik mobil, elevator ( )
7. Takutnaik escalator ( )
8. Takut dengan bayangan ( )
9. Takut dengan lantai dengan design/ pola tertentu ( )

**Sensory seeking behavior**

1. Suka membenturkan kepala
2. Suka mengadu gigi/ teth grinding ( )
3. Suka membuat suara – suara ditenggorokan/ throaty sounds ( )
4. Suka mengigit benda: pensil, baju, kuku ( )
5. Suka mengunyah benda: kain benda lain ( )
6. Banyak makan snack/ ngemil ( )
7. Suka mengkrjab-kerjabkan mata ( )
8. Jalan jinjit ( )
9. Suka melonjat dan melonjak-lonjak/ jump and bounce ( )
10. Suka memanjat dan berayun/ claim and swing ( )
11. Suka bila dipeluk erat-erat ( )
12. Suka bila badannya ditekan ( )
13. Suka melempar barang ( )
14. Suka membuat bunyi dengan menekuk sendi sendi jari ( )
15. Suka meremas atau mencubit orang yang dikenal ( )
16. Suka menarik rambut orang lain( )
17. Suka memukul diri sendiri ( )
18. Suka mengosok-gosokan tangan pada permukaan/ tekstur tertentu ( )
19. Banyak menggerakan tangan dan kaki saat duduk ( )
20. Suka melihat benda berputar ( )
21. Suka memutar benda ( )
22. Suka memutar badan sendiri ( )
23. Suka naik elevator ( )

Jakarta, 20

Pengisi Quisioner

(………………………..)\*

Keterangan:

\* (Nama dan Hubungan dengan anak)