

LAMPIRAN-LAMPIRAN

**Modified Clinical Test of Sensory Interaction in Balance Scoring Sheet**

Subject Name:

Date:

Tester:

*Proceed to next condition when one 30-second trial is completed or all 3 trials are performed.*

- Condition 1: Eyes open, firm surface
  - Total time: \_\_\_/30 sec
  - Total time: \_\_\_/30 sec
  - Total time: \_\_\_/30 sec Mean score \_\_\_\_\_
  
- Condition 2: Eyes closed, firm surface
  - Total time: \_\_\_/30 sec
  - Total time: \_\_\_/30 sec
  - Total time: \_\_\_/30 sec Mean score \_\_\_\_\_
  
- Condition 3: Eyes open, foam surface
  - Total time: \_\_\_/30 sec
  - Total time: \_\_\_/30 sec
  - Total time: \_\_\_/30 sec Mean score \_\_\_\_\_
  
- Condition 4: Eyes closed, foam surface
  - Total time: \_\_\_/30 sec
  - Total time: \_\_\_/30 sec
  - Total time: \_\_\_/30 sec Mean Score \_\_\_\_\_

TOTAL SCORE: \_\_\_/120 sec (mean score used for each condition if > 1 trial is performed)

# INDIVIDUAL RECORD FORM

COMPLETE BATTERY AND SHORT FORM

NAME \_\_\_\_\_ SEX: Boy  Girl  GRADE 2  
 SCHOOL/AGENCY \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_  
 EXAMINER Mr. Forbes REFERRED BY \_\_\_\_\_  
 PURPOSE OF TESTING \_\_\_\_\_

**Arm Preference:** (circle one)  
 RIGHT    LEFT    MIXED

**Leg Preference:** (circle one)  
 RIGHT    LEFT    MIXED

	Year	Month	Day
Date Tested	10	1	15
Date of Birth	02	1	10
Chronological Age	8	0	5

**Complete Battery:**

SUBTEST	POINT SCORE Maximum    Subject's	STANDARD SCORE Test    Composite (Table 23)    (Table 24)	PERCENTILE RANK (Table 25)	STANINE (Table 25)	OTHER
<b>GROSS MOTOR SUBTESTS:</b>					
1. Running Speed and Agility . . .	15	<u>8</u> <u>13</u>			<u>8-0</u>
2. Balance . . . . .	32	<u>20</u> <u>10</u>			<u>7-8</u>
3. Bilateral Coordination . . . . .	20	<u>10</u> <u>16</u>			<u>8-0</u>
4. Strength . . . . .	42	<u>17</u> <u>16</u>			<u>8-5</u>
<b>GROSS MOTOR COMPOSITE</b> . . . . .		* <u>55</u> <u>47</u> <u>49</u> <u>5</u> <u>8-10</u>			
<small>SUM</small>					
5. Upper-Limb Coordination . . .	21	<u>15</u> * <u>14</u>			<u>8-5</u>
<b>FINE MOTOR SUBTESTS:</b>					
6. Response Speed . . . . .	17	<u>7</u> <u>15</u>			<u>7-8</u>
7. Visual-Motor Control . . . . .	24	<u>12</u> <u>5</u>			<u>7-8</u>
8. Upper-Limb Speed and Dexterity . . . . .	72	<u>24</u> <u>4</u>			<u>7-1</u>
<b>FINE MOTOR COMPOSITE</b> . . . . .		* <u>24</u> <u>30</u> <u>2</u> <u>1</u> <u>7-5</u>			
<small>SUM</small>					
<b>BATTERY COMPOSITE</b> . . . . .		* <u>93</u> <u>39</u> <u>14</u> <u>3</u> <u>7-10</u>			
<small>SUM</small>					

\*To obtain Battery Composite: Add Gross Motor Composite, Subtest 5 Standard Score, and Fine Motor Composite. Check result by adding Standard Scores on Subtests 1-8.

**Short Form:**

POINT SCORE Maximum    Subject's	STANDARD SCORE (Table 27)	PERCENTILE RANK (Table 27)	STANINE (Table 27)
SHORT FORM . . . . . 98	[ ]	[ ]	[ ]

**DIRECTIONS**

**Complete Battery:**

- During test administration, record subject's response for each trial.
- After test administration, convert performance on each item (item raw score) to a point score, using scale provided. For an item with more than one trial, choose best performance. Record item point score in *circle* to right of scale.
- For each subtest, add item point scores; record total in circle provided at end of each subtest and in Test Score Summary section. Consult *Examiner's Manual* for norms tables.

**Short Form:**

- Follow Steps 1 and 2 for Complete Battery, except record each point score in *box* to right of scale.
- Add point scores for all 14 Short Form items and record total in Test Score Summary section. Consult *Examiner's Manual* for norms tables.

**SUBTEST 2: Balance**

POINT SCORE  
SUBTEST 1  
(Max: 15)

**1. Standing on Preferred Leg on Floor (10 seconds maximum per trial)**

TRIAL 1: 10 seconds TRIAL 2: \_\_\_\_\_ seconds

Raw Score	0	1-3	4-5	6-8	9-10
Point Score	0	1	2	3	4

4

**2. Standing on Preferred Leg on Balance Beam<sup>SR</sup> (10 seconds maximum per trial)**

TRIAL 1: 3.14 seconds TRIAL 2: 2.1 seconds

Raw Score	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9	10
Point Score	0	1	2	3	4	5	6

2

**3. Standing on Preferred Leg on Balance Beam—Eyes Closed (10 seconds maximum per trial)**

TRIAL 1: 1.5 seconds TRIAL 2: 4.8 seconds

Raw Score	0	1-3	4-5	6	7	8	9	10
Point Score	0	1	2	3	4	5	6	7

2

**4. Walking Forward on Walking Line (6 steps maximum per trial)**

TRIAL 1: 6 steps TRIAL 2: \_\_\_\_\_ steps

Raw Score	0	1-3	4-5	6
Point Score	0	1	2	3

3

**5. Walking Forward on Balance Beam (6 steps maximum per trial)**

TRIAL 1: 6 steps TRIAL 2: \_\_\_\_\_ steps

Raw Score	0	1-3	4	5	6
Point Score	0	1	2	3	4

4

**6. Walking Forward Heel-to-Toe on Walking Line (6 steps maximum per trial)**

TRIAL 1: X - - X - X = 3 steps TRIAL 2: X X X X X X = 6 steps

Raw Score	0	1-3	4-5	6
Point Score	0	1	2	3

3

**7. Walking Forward Heel-to-Toe on Balance Beam<sup>SR</sup> (6 steps maximum per trial)**

TRIAL 1: X - - - - - = 1 steps TRIAL 2: X X - X - - = 3 steps

Raw Score	0	1-3	4	5	6
Point Score	0	1	2	3	4

1

**8. Stepping Over Response Speed Stick on Balance Beam**

TRIAL 1: Fail Pass TRIAL 2: Fail Pass

Raw Score	Fail	Pass
Point Score	0	1

1

20

POINT SCORE  
SUBTEST 2  
(Max: 32)

### FORM PEMERIKSAAN ADHD

Nama :

Umur :

Tanggal lahir :

\*setiap item dianggap “ya” bila terlihat setidaknya selama 6 bulan

*gejala isi pada kotak yang sesuai	Tidak sama sekali (0)	Sedikit (1)	Cukup sering (2)	Sangat sering (3)	Diagnosis
<b>ATTENTION (≥6/9)</b>					<b>TOTAL</b>
Tidak mampu memfokuskan diri pada hal-hal detail dan ceroboh					
Kesulitan mempertahankan atensi pada tugas maupun kegiatan-kegiatan yang menyenangkan					
Seperti tidak mendengarkan ketika diajak bicara secara langsung					
Tidak menindaklanjuti instruksi dan tidak mampu menyelesaikan pekerjaan					
Kesulitan mengatur tugas dan kegiatan					
Menghindari tugas yang memerlukan perhatian secara terus-menerus (merasa bosan)					
Kehilangan benda					
Mudah terganggu					
Cenderung pelupa dalam aktivitas sehari-hari					-/9
<b>HIPERAKTIF/IMPULSIF</b>					
Terlihat gelisah dan seperti menggeliat ketika harus duduk					

diam di kursi					
Cenderung meninggalkan tempat duduk ketika diharuskan untuk duduk					
Terlihat selalu gelisah, tidak bisa relaks					
Kesulitan dalam melakukan hal yang menyennagkan secara diam-diam					
Cenderung selalu bergerak					
Berbicara secara terus menerus					
Melontarkan jawaban-jawaban sebelum pertanyaan selesai diucapkan					
Kesulitan menunggu giliran					<u>  </u> /9
Menyela dan mengganggu orang lain					≥6/9
<b>COMMENT :</b>					

## FORM PEMERIKSAAN AUTISM

### The Childhood Autism Spectrum Test (CAST)

Nama :

Usia :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Bacalah pertanyaan dengan teliti dan lingkari jawaban yang sesuai.

1. Apakah anak Anda terlihat sangat senang bermain dengan anak-anak yang lain?	Ya	Tidak
2. Apakah anak Anda sering mendekati Anda secara spontan sekedar untuk mengobrol?	Ya	Tidak
3. Apakah anak Anda mulai mampu berbicara pada usia 2 tahun? Bila tidak tulis usia berapa anak mulai bisa bicara	Ya	Tidak
4. Apakah anak Anda menyenangi kegiatan olahraga?	Ya	Tidak
5. Apakah anak Anda senang untuk bermain dengan kelompok teman yang sebaya?	Ya	Tidak
6. Apakah anak Anda cenderung memperhatikan hal detail yang tidak diperhatikan oleh orang lain?	Ya	Tidak
7.	Ya	Tidak
8. Ketika anak Anda berusia 3 tahun apakah dia mengalami masa bermain peran (seperti seakan-akan dirinya adalah pahlawan)?	Ya	Tidak
9. Apakah anak Anda senang melakukan sesuatu yang sama secara terus-menerus atau melakukan sesuatu dengan cara yang selalu sama?	Ya	Tidak
10. Apakah anak Anda terlihat mudah bergaul atau bersosialisasi dengan anak lain?	Ya	Tidak
11.	Ya	Tidak
12. Apakah kemampuan membaca pada anak Anda sesuai dengan kemampuan yang seharusnya pada usianya?	Ya	Tidak
13. Apakah anak Anda memiliki ketertarikan yang sebagian besar sama dengan anak sebayanya?	Ya	Tidak

14.	Apakah anak Anda memiliki suatu ketertarikan yang terus menerus dilakukan?	Ya	Tidak
15.	Apakah anak Anda memiliki teman, bukan hanya kenalan?	Ya	Tidak
16.	Ketika anak Anda tertarik terhadap suatu benda atau mainan apakah Ia berusaha untuk membawa dan menunjukkannya pada Anda?	Ya	Tidak
17.	Apakah anak Anda menikmati suasana bercanda?	Ya	Tidak
18.	Apakah anak Anda memiliki kesulitan untuk memahami peraturan untuk perilaku sopan?	Ya	Tidak
19.	Apakah anak Anda memiliki ingatan yang tidak biasa terhadap sesuatu secara detail?	Ya	Tidak
20.	Apakah anak Anda memiliki suara yang tidak biasa? (seperti flat, monoton, terdengar seperti terlalu dewasa)	Ya	Tidak
21.	Apakah orang lain penting untuknya?	Ya	Tidak
22.	Apakah anak Anda mampu memakai baju sendiri?	Ya	Tidak
23.	Apakah anak Anda mampu terlibat dalam percakapan dengan orang lain (berbicara bergantian)?	Ya	Tidak
24.	Apakah anak Anda mampu berimajinasi saat bermain dengan teman-temannya dan mampu terlibat dalam main-peran?	Ya	Tidak
25.	Apakah anak Anda sering mengatakan kata-kata yang tidak sepatutnya?	Ya	Tidak
26.	Apakah anak Anda mampu menghitung sampai 50 tanpa ada angka yang terlewat?	Ya	Tidak
27.	Apakah anak Anda memiliki kontak mata yang baik?	Ya	Tidak
28.	Apakah anak Anda memiliki atau melakukan gerakan yang tidak biasa atau gerakan yang selalu diulang-ulang?	Ya	Tidak
29.	Apakah dalam sosialisasi anak Anda cenderung selalu membahas tentang dirinya dan mementingkan dirinya?	Ya	Tidak
30.	Apakah anak Anda sering menggunakan kata-kata “kamu” atau “dia” ketika yang dimaksud sebenarnya adalah dirinya sendiri?	Ya	Tidak
31.	Apakah anak Anda lebih tertarik dengan permainan imajinasi seperti bermain peran atau bercerita dibandingkan dengan angka atau fakta?	Ya	Tidak

32. Apakah dalam percakapan anak Anda sering kehilangan pendengarnya karena ia tidak menjelaskan hal apa yang sedang dibahas atau diceritakan?	Ya	Tidak
33. Apakah anak Anda mampu mengendarai sepeda (meskipun dibantu dalam stabilisasinya)?	Ya	Tidak
34. Apakah anak Anda cenderung memaksakan rutinitasnya pada orang lain sehingga menimbulkan masalah?	Ya	Tidak
35. Apakah ia peduli bagaimana tanggapan teman-temannya terhadap dirinya?	Ya	Tidak
36. Di dalam percakapan, apakah anak Anda cenderung mengubah topik pembicaraan menjadi sesuatu yang ia sukai dibandingkan mengikuti percakapan yang sedang berlangsung?	Ya	Tidak
37. Apakah anak Anda memiliki frase yang tidak biasa atau aneh?	Ya	Tidak
<b>SPECIAL NEEDS SECTION</b>		
38. Apakah guru atau tenaga kesehatan pernah menyatakan kekhawatiran mengenai proses perkembangannya?  Jika ya tolong jelaskan,.....	Ya	Tidak
39. Apakah anak Anda pernah menerima diagnosis berikut ini		
Language delay	Ya	Tidak
Hyperactivity/Attention Deficit Disorder (ADHD)	Ya	Tidak
Hearing or visual difficulties	Ya	Tidak
Autism Spectrum Condition, incl. Asperger's Syndrome	Ya	Tidak
A physical disability	Ya	Tidak
Other (please specify)	Ya	Tidak



DATA HASIL TES CTSIB PADA ANAK NORMAL

(Plaiwan Suttanon, 2006)

Variables	Male		p-value	Female		p-value
	7 – 10 yrs	11 – 15 yrs		7 – 10 yrs	11 – 15 yrs	
<b>Condition 1</b>						
First time	30±0	30±0	1.000	30±0	30±0	1.000
Total time	90±0	90±0	1.000	90±0	90±0	1.000
<b>Condition 2</b>						
First time	25.22±6.45	29.60±1.99	0.001**	24.63±7.69	29.25±3.73	0.004**
Total time	83.38±10.33	88.41±7.97	0.001**	83.48±9.20	89.25±3.73	0.004**
<b>Condition 3</b>						
First time	23.14±9.01	29.01±3.72	0.006**	23.94±9.21	29.34±3.32	0.003**
Total time	78.76±16.68	89.01±3.72	0.004**	78.33±19.19	89.34±3.32	0.003**
<b>Condition 4</b>						
First time	29.75±1.25	29.96±0.22	0.953	30±0	29.75±1.23	0.308
Total time	89.75±1.25	89.96±0.22	0.953	90±0	89.75±1.23	0.308
<b>Condition 5</b>						

DATA HASIL TES BOTMP PADA ANAK NORMAL

(Piyatida Naksakul, 2008)

Item tes	Mean BOTMP anak normal
Item 1	10
Item 2	10
Item 3	6,4
Item 4	10
Item 5	10
Item 6	6
Item 7	5
Item 8	1