

# Q-CHAT-10 Quantitative Checklist for Autism in Toddlers

*Referensi yang singkat yang dapat digunakan oleh Anda para orang tua untuk memeriksa anak Anda (18 – 24 bulan) yang mempunyai kekhawatiran akan autisme.*

**Untuk setiap pertanyaan, lingkariilah pilihan yang paling sesuai dengan situasi Anak Anda:**

		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
1	Apakah Anak Anda melihat Anda pada saat dipanggil namanya?	Selalu	Biasanya	Kadang-kadang	Jarang	Tidak Pernah
2	Apakah mudah bagi Anda untuk mendapatkan kontak mata dengan Anak Anda?	Sangat mudah	Agak Mudah	Agak sulit	Sangat sulit	Mustahil
3	Apakah Anak Anda menunjuk / menggunakan telunjuk untuk menunjuk apabila dia menginginkan sesuatu ( seperti mainan yang tidak dapat dijangkaunya)?	Sering kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu minggu	Kurang dari satu kali seminggu	Tidak pernah
4	Apakah Anak Anda menunjuk / menggunakan telunjuk untuk menunjuk untuk menunjukkan ketertarikannya pada sesuatu pada Anda (seperti menunjuk pada pemandangan yang menarik)?	Sering kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu minggu	Kurang dari satu kali seminggu	Tidak pernah
5	Apakah Anak Anda dapat bermain “berpura-pura” (seperti bermain berbicara di telepon, mengasuh boneka )?	Sering kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu minggu	Kurang dari satu kali seminggu	Tidak pernah
6	Apakah Anak Anda ikut melihat / menoleh apabila Anda melihat sesuatu/ menunjukkan sesuatu padanya.?	Sering kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu minggu	Kurang dari satu kali seminggu	Tidak pernah
7	Apabila Anda/ Anggota keluarga dalam keadaan kecewa / sedih yang nyata terlihat, apakah Anak Anda menunjukkan tanda bahwa Dia ingin menghibur (seperti membelai rambut,memeluk) Anda/Anggota keluarga?	Selalu	Biasanya	Kadang-kadang	Jarang	Tidak Pernah
8	Apakah kata pertama Anak Anda:	Sangat biasa/typical	Agak biasa/typical	Agak kurang biasa/aneh	Sangat tidak biasa/aneh	Tidak berbicara
9	Apakah Anak Anda menggunakan bahasa tubuh / isyarat yang sederhana (seperti melambaikan tangan )?	Sering kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu minggu	Kurang dari satu kali seminggu	Tidak pernah
10	Apakah Anak Anda melongo / menerawang kosong tanpa tujuan melihat sesuatu?	Sering kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu hari	Beberapa kali dalam satu minggu	Kurang dari satu kali seminggu	Tidak pernah

**PENILAIAN /SCORING:** Untuk pertanyaan nomor 1 – 9, apabila Anda memilih jawaban pada kolom C, D atau E , Anda mendapatkan angka/poin 1 untuk setiap pertanyaan. Untuk pertanyaan nomor 10, apabila Anda memilih jawaban pada kolom A, B atau C, Anda mendapatkan angka/poin 1. Jumlahkan semua angka/poin untuk pertanyaan 1 – 10. Apabila Anak anda memiliki angka lebih dari 3 dari 10 pertanyaan diatas, maka Anak Anda sebaiknya dirujuk untuk melakukan Penilaian yang lebih dalam di berbagai bidang/ multi-disciplinary assessment .

**Key reference:** Allison C, Auyeung B, and Baron-Cohen S, (2012) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51(2):202-12.



© SBC/CA/BA/ARC/Cambridge University 1/5/12

Translation by:



W: [www.yayasanbaik.co.id](http://www.yayasanbaik.co.id)

E: [info@yayasanbaik.co.id](mailto:info@yayasanbaik.co.id)

T: +6221-94834083