

Karakteristik Anak Berkebutuhan Khusus di Klinik Tumbuh Kembang Pelangi Kasih, Pontianak, Tahun 2013-2017

Rini Andriani

*Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran
Universitas Tanjungpura Pontianak, Kalimantan Barat, Indonesia*

Abstrak

Tujuan: Mengetahui gambaran karakteristik anak berkebutuhan khusus yang datang ke klinik Tumbuh Kembang Pelangi Kasih, Pontianak, tahun 2013 – 2017.

Metode: Penelitian deskriptif, potong lintang, dengan penelusuran data rekam medis anak berkebutuhan khusus yang konsultasi ke Klinik Tumbuh Kembang Pelangi Kasih pada tahun 2013 hingga 2017.

Hasil: Didapatkan total 302 data rekam medis lengkap, 212 anak laki-laki. Anak yang paling banyak dibawa konsultasi adalah anak urutan pertama sebanyak 195 anak. Kekhawatiran orang tua terhadap perkembangan anaknya rata-rata dimulai di usia 1 tahun 9 bulan. Keterlambatan konsultasi terjadi sekitar 1 tahun 5 bulan. Anak banyak dibawa orang tua untuk konsultasi perkembangan atas inisiatif sendiri dan rujukan keluarga/teman sebesar 64,9%, jauh lebih tinggi dibandingkan rujukan tenaga profesional (dokter, guru, dan dokter anak). Keluhan utama terutama adalah keterlambatan bicara, sebesar 80,8%. Lebih banyak anak yang tidak memiliki faktor risiko gangguan perkembangan (64,6%). Sebagian besar anak memiliki status gizi normal dengan lingkaran kepala normal.

Kesimpulan: Perlu adanya skrining perkembangan rutin untuk meningkatkan kesadaran terhadap gangguan perkembangan pada bayi, terutama pelatihan untuk meningkatkan kemampuan tenaga profesional dalam deteksi dini gangguan perkembangan pada bayi dan anak.

Kata kunci: Anak berkebutuhan khusus, data karakteristik, autisme, gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas

Characteristics of Children with Special Needs at Pelangi Kasih Growth and Development Clinic, Pontianak, 2013 - 2017

Rini Andriani

Department of Child Health, Faculty of Medicine, University of Tanjungpura Pontianak, West Kalimantan, Indonesia

Abstract

Objective: To find out the characteristics of children with special needs who come to Pelangi Kasih Growth and Development Clinic, Pontianak, 2013 – 2017.

Methods: A descriptive, cross-sectional study, from medical record (MR) data of children with special needs who consulted in the Pelangi Kasih Growth and Development Clinic within the period of 2013-2017.

Results: A total of 302 complete MR data were obtained, consisting of 212 boys. The most consulted child were first-born (195 children). Parents' concerns about the development of their children begin on average at the age of 1 year 9 months, but many were consulted after about 3 years old. Delayed time in consultation was around 1 year 5 months. Children were often brought on parents' initiatives and referrals from family/friends (64.9%) higher than referrals from professionals such as pediatricians, general practitioners, and teachers (35.1%). Most major complaint was delayed speech (80.8%). Most children do not have risk factors for developmental disorders (64.6%). Most children had normal nutritional status with normal head circumference.

Conclusion: Development screening should be done routinely to increase awareness of developmental disorders in infants. Special training also in needed to improve the ability of professional in early detection of developmental disorders in infants and children.

Keywords: Children with special needs, characteristic data, autism, attention deficit hyperactive disorder.

Pendahuluan

Orang tua yang memiliki anak berkebutuhan khusus, memiliki penerimaan dan respons awal yang berbeda-beda saat mengetahui dari dokter bahwa anaknya termasuk anak berkebutuhan khusus.^{1,2} Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang menderita berbagai gangguan yang menyebabkan ketidakmampuan fisik seperti anak dengan gangguan motorik, gangguan pertumbuhan, kelainan bicara dan bahasa, gangguan intelektual dan emosional, termasuk ketulian, kebutaan, disleksia, kesulitan belajar, dan masalah perilaku seperti gangguan spektrum autisme, gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas. Selain itu, anak dengan penyakit ataupun kelainan yang menyebabkan kelainan pertumbuhan dan perkembangan seperti palsy serebral, sindrom Down dan anak dengan disabilitas intelektual juga termasuk dalam kategori anak kebutuhan khusus.^{3,4}

Di kota Pontianak, tidak jarang anak berkebutuhan khusus, tidak dibawa oleh orang

tuanya untuk mendapatkan penanganan yang sesuai, melainkan disembunyikan dan hanya diberikan perawatan seadanya karena orang tua merasa malu memiliki anak berkebutuhan khusus. Hal ini menjadi tantangan besar bagi dokter spesialis anak yang bertugas di kota Pontianak ini untuk memberikan edukasi kepada orang tua mengenai tumbuh kembang anak dan juga bagaimana mengatasi semua permasalahan yang timbul baik di keluarga maupun dari lingkungan saat memiliki anak berkebutuhan khusus. Deteksi dini gangguan perkembangan pada anak penting dilakukan agar intervensi dini dapat segera dilakukan. Intervensi dini gangguan perkembangan pada anak sangatlah penting agar anak dapat mencapai kemampuan perkembangannya yang optimal sesuai dengan potensi dirinya pada usianya.^{5,6}

Klinik Tumbuh Kembang Pelangi Kasih merupakan klinik tumbuh kembang swasta terpadu yang pertama di kota Pontianak atas prakarsa dokter anak yang bertugas di kota

Pontianak. Klinik tumbuh kembang Pelangi Kasih bertujuan meningkatkan kesadaran orang tua akan pentingnya pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak, deteksi dini dan intervensi dini untuk perkembangan anak yang lebih baik dan juga memberikan pelayanan terapi, intervensi terpadu untuk gangguan perkembangan anak dengan standar profesionalitas yang baik. Anak yang dibawa orang tuanya berkonsultasi datang dari berbagai kalangan dan daerah-daerah sekitar kota Pontianak, kabupaten-kabupaten lainnya dan bahkan dari daerah perbatasan Indonesia dan Malaysia.

Penelitian ini dibuat dengan tujuan agar dapat mengetahui gambaran karakteristik anak berkebutuhan khusus yang datang ke klinik Tumbuh Kembang Pelangi Kasih, Pontianak, periode Juni 2013 – Juni 2017. Data yang didapatkan diharapkan dapat menjadi data acuan pertama mengenai anak berkebutuhan khusus yang ditangani di kota Pontianak.

Metode

Penelitian deskriptif, potong lintang untuk mendapatkan gambaran karakteristik anak berkebutuhan khusus yang datang ke Klinik Tumbuh Kembang Pelangi Kasih, Pontianak, Kalimantan Barat periode Juni 2013 – Juni 2017. Populasi penelitian ini meliputi semua anak berkebutuhan khusus yang datang ke Klinik Tumbuh Kembang Pelangi Kasih. Sampel penelitian merupakan semua anak berkebutuhan khusus yang datang ke klinik Tumbuh Kembang Pelangi Kasih periode Juni 2013-Juni 2017. Kriteria inklusi adalah data rekam medis yang terisi lengkap semua aspek dan data rekam medis yang tidak terisi lengkap, tetapi orang tua masih dapat dihubungi via telepon untuk mengisi kelengkapan data tersebut. Kriteria eksklusi adalah data rekam medis yang tidak terisi lengkap dan orang tua tidak dapat dihubungi via telepon. Data meliputi data karakteristik orang tua (pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua dan domisili), riwayat kehamilan dan persalinan, faktor risiko anak untuk mengalami gangguan pertumbuhan saat masih di kandungan, usia pertama kali orang tua khawatir dengan perkembangan anaknya, keluhan utama anak, usia konsultasi, dan status gizi anak.

Hasil

Didapatkan total 304 data rekam medis anak berkebutuhan khusus yang terdiri atas 282 data rekam medis lengkap dan 22 data rekam medis tidak lengkap. Sebanyak 20 data rekam medis tidak lengkap akhirnya dimasukkan ke dalam penelitian setelah dapat dilengkapi

dengan wawancara terhadap orang tua lewat telepon. Data yang tidak berhasil dilengkapi sebanyak dua pasien karena pasien merupakan anak adopsi sehingga data riwayat kehamilan, riwayat persalinan dan kelahiran, dan riwayat keluarga tidak diketahui. Satu pasien lagi anak dari orang tua yang sudah hidup terpisah sehingga diasuh oleh nenek, tidak diketahui riwayat kehamilan, riwayat persalinan dan kelahiran.

Pasien terbanyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 212 anak (70,2%). Anak yang paling banyak dibawa untuk konsultasi adalah anak pertama sebanyak 195 anak (64,6%). Distribusi pekerjaan orang tua didata terpisah antara ayah dan ibu. Pekerjaan ayah yang terbanyak adalah di bidang swasta (77,5%), sementara pekerjaan ibu terbanyak adalah ibu rumah tangga sebesar (51,6%). Didapatkan paling banyak ayah dan ibu yang memiliki pendidikan menengah (diploma hingga sarjana strata satu) yaitu 151 orang (50%) dan 163 orang (54%) secara berturut-turut. Ayah dan ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi sejumlah 1 orang (7%) dan 17 orang (5,6%). Sebagian besar pasien berdomisili di dalam kota Pontianak (87,1%), hanya 39 anak (12,9%) yang berasal dari luar kota Pontianak dengan distribusi merata dari berbagai kabupaten. (**Tabel 1**).

Tabel 1. Karakteristik Demografi (n=302)

Karakteristik	n (%)
Jenis Kelamin	
Laki-laki	212 (70,2)
Perempuan	90 (29,8)
Urutan Anak ke-	
Pertama	195 (64,6)
Kedua	70 (23,2)
Ketiga	24 (7,9)
Keempat dan lebih dari empat	13 (3,9)
Pekerjaan Ayah	
PNS	67 (22,2)
Swasta	234 (77,5)
Tidak bekerja	1 (0,3)
Pekerjaan Ibu	
PNS	65 (21,5)
Swasta	81 (26,8)
IRT	156 (51,6)
Pendidikan Ayah	
SD-SMA/Sederajat	130 (43,0)
D1-S1/Sederajat	151 (50,0)
Dokter/S2-S3/Sederajat	21 (7,0)
Pendidikan Ibu	
SD-SMA/Sederajat	122 (40,4)
D1-S1/Sederajat	163 (54,0)
Dokter/S2-S3/Sederajat	17 (5,6)
Asal daerah	
Dalam kota Pontianak	263(87,1)
Luar kota Pontianak	39(12,9)

Usia rata-rata orang tua yang membawa anaknya untuk konsultasi perkembangan adalah 35,7 tahun (ayah) dan 32,5 tahun (ibu). (Tabel 2). Usia anak yang dibawa konsultasi paling muda berusia 4 bulan dan paling tua berusia 10 tahun 10 bulan. Anak paling banyak dibawa konsultasi saat berusia sekitar 40 bulan. Orang tua mulai memiliki kekuatiran gangguan perkembangan pada anaknya rata-rata di usia 21 bulan, sehingga terjadi keterlambatan antara waktu mulai curiga dengan waktu konsultasi rata-rata sekitar 17 bulan (Tabel 3.)

Tabel 2. Karakteristik Usia Orang Tua

Usia Orang tua	Min-Max (n= 302) Mean (SD)
Usia ayah (tahun)	23 -56 35,7 (5,8)
Usia ibu (tahun)	22- 52 32,5(5,1)

Tabel 3. Karakteristik Usia Bayi Saat Pertama Kali Dicurigai Adanya Gangguan Perkembangan dan Pertama Kali Dibawa Konsultasi

Usia Anak	Min-Max (n= 302) Mean(SD)
Usia I saat dicurigai (bulan)	4 – 8 421, 25 (12,8)
Usia I saat konsultasi (bulan)	4 – 13 040,4 (22,9)
Keterlambatan (Gap)	0 - 9717,7 (17,9)

Anak dibawa konsultasi perkembangan terutama atas rujukan keluarga/teman orang tua anak tersebut, sebanyak 113 anak (37,4%), atas inisiatif orang tua yang merasa kuatir sebanyak 83 anak (27,5%). Anak yang dibawa konsultasi atas rujukan dokter spesialis sebanyak 78 anak (25,8%), rujukan guru/sekolah 15 anak (5%) dan rujukan dokter umum 13 anak (4,3%). Anak yang dibawa konsultasi sebagian besar belum pernah mendapatkan penanganan sebelumnya (211 anak, 69%) dan hanya 84 anak (27,8%) yang pernah mendapat terapi sebelumnya.

Anak yang dibawa konsultasi karena memiliki 1 keluhan sebanyak 152 anak (50,3%), 2 keluhan sebanyak 122 anak (40,4%) dan 3 keluhan sebanyak 28 anak (9,3%). Ada 2 anak (0,7%) dibawa orang tua untuk pemantauan rutin perkembangan meskipun orang tua tidak curiga terhadap perkembangan anaknya. Keluhan utama terbanyak yang menyebabkan orang tua membawa anaknya untuk konsultasi perkembangan adalah keterlambatan bicara sebanyak 244 anak (80,8%), diikuti dengan tidak adanya kontak mata, anak tidak fokus,

hiperaktivitas dan keterlambatan motorik kasar. (Tabel 4).

Tabel 4. Riwayat Konsultasi, Terapi dan Keluhan

Riwayat pasien	n (%)
Rujukan	
Spesialis	78 (25,8)
Dokter umum	13 (4,3)
Guru/sekolah	15 (5,0)
Keluarga/teman	113 (37,4)
Sendiri	83 (27,5)
Pernah Terapi	
Ya	84 (27,8)
Tidak	211 (69,0)
Tidak ada keterangan	7 (2,3)
Banyaknya keluhan	
Satu keluhan	152 (50,3)
Dua keluhan	122 (40,4)
Tiga keluhan	28 (9,3)
Keluhan 1	
Keterlambatan bicara	244 (80,8)
Keterlambatan motorik kasar	30 (9,9)
Keterlambatan personal sosial	6 (2,0)
Tidak fokus, tidak kontak mata	17 (5,6)
Hiperaktivitas, tidak ada perhatian	3 (1,0)
Konsultasi tumbuh kembang	2 (0,7)
Keluhan 2	
Keterlambatan motorik kasar	30 (9,9)
Keterlambatan motorik halus	5 (1,7)
Keterlambatan personal sosial	13 (4,3)
Tidak fokus, tidak kontak mata	71 (23,5)
Hiperaktivitas, tidak ada perhatian	31 (10,3)
Tidak ada keluhan 2	152 (50,3)
Keluhan 3	
Tidak fokus, tidak ada kontak mata	7 (2,3)

Selama kehamilan sebagian besar ibu tidak memiliki keluhan (267 ibu, 88,4%) dan hanya 34 ibu (11,3%) yang memiliki keluhan selama hamil. Pemeriksaan selama kehamilan dilakukan teratur (frekuensi 9 kali atau lebih) sebanyak 274 ibu (90,7%), dilakukan oleh dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan pada 286 ibu (94,7%). Sebagian

besar anak dilahirkan dalam kondisi cukup bulan (85,1%); proses persalinan terutama di rumah sakit sebanyak 237 ibu (78,5%) dibantu oleh dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan sebanyak 159 ibu (52,6%). Hanya ada 1 orang ibu yang dibantu oleh dukun dan 1 orang ibu yang melahirkan spontan di rumah dibantu kerabat karena tidak sempat dibawa ke rumah sakit. Ibu yang bersalin spontan sebanyak 182 ibu (60,3%), dengan operasi seksio sesaria sebanyak 117 ibu (38,7%) dan bersalin spontan dengan tindakan sebanyak 3 ibu (1%). Satu pasien tidak diketahui riwayat ibu selama kehamilan dan persalinan karena saat dibawa konsultasi, pasien didampingi oleh nenek, ibu sudah meninggal dan ayah pasien tidak bisa mengingat. (Tabel 5)

Tabel 5. Riwayat Kehamilan dan Riwayat Persalinan (n=302)

Faktor Risiko /Riwayat Kehamilan	n (%)
Pemeriksaan kehamilan ibu	
Teratur	274 (90,7)
Tidak teratur	27 (8,9)
Tidak diketahui	1 (0,3)
Pemeriksaan kehamilan	
Dokter kandungan	286 (94,7)
Bidan	15 (5,0)
Tidak diketahui	1 (0,3)
Riwayat keluhan kehamilan	
Ada keluhan	34 (11,3)
Tidak ada keluhan	267 (88,4)
Tidak diketahui	1 (0,3)
Usia kehamilan	
Prematur	29 (9,6)
Cukup bulan	257 (85,1)
Postmatur	15 (5,0)
Tidak diketahui	1 (0,3)
Cara persalinan	
Partus spontan	182 (60,3)
Spontan dengan tindakan	3 (1,0)
Operasi SC	117 (38,7)
Tempat bersalin	
Rumah sakit	237 (78,5)
Klinik BPS	58 (19,2)
Puskesmas	4 (1,3)
Rumah	3 (1,0)
Penolong persalinan	
Spesialis kandungan	159 (52,6)
Bidan	141 (46,7)

Faktor Risiko /Riwayat Kehamilan	n (%)
Dukun	1 (0,3)
Tidak ditolong oleh tenaga penolong	1 (0,3)

Anak yang pernah dirawat inap sebanyak 137 anak (45,4%), 95 anak (31,5%) pernah dirawat 1 kali, 29 anak (9,6%) pernah dirawat 2 kali, dan 13 anak (4,3%) pernah dirawat 3 kali. Faktor risiko anak untuk mengalami gangguan perkembangan didapat pada 104 anak (34,4%). Anak yang tidak memiliki faktor risiko, namun mengalami gangguan perkembangan ditemukan sebesar 64,6%. (Tabel 6).

Tabel 6. Riwayat Penyakit Dahulu dan Faktor Risiko Gangguan Perkembangan

Riwayat penyakit dahulu dan faktor risiko gangguan perkembangan	n (%)
Rawat inap	
Ya	137 (45,4)
Tidak	165 (54,7)
Frekuensi rawat inap	
1 kali	95 (31,5)
2 kali	29 (9,6)
3 kali	13 (4,3)
Faktor risiko	
Ya	104 (34,4)
Tidak	195 (64,6)
Tidak dapat memberikan keterangan	3 (1,0)

Riwayat imunisasi dasar lengkap didapatkan pada 262 anak (86,8%), tidak lengkap pada 38 anak (12,6%), sedangkan untuk imunisasi lanjutan, 267 anak (88,4%) tidak mengikuti imunisasi lanjutan secara lengkap; hanya 32 anak (10,6%) yang mengikuti imunisasi lanjutan. Anak yang dibawa untuk konsultasi perkembangan juga menjalani pemeriksaan rutin berat badan, panjang/tinggi badan, lingkaran kepala, tes daya lihat dan tes daya dengar. Penilaian status gizi dengan kurva WHO mendapatkan 244 anak (80,8%), sedangkan dengan kurva NCHS hanya didapatkan 202 anak (66,3%) dengan status gizi normal. Anak obesitas ditemukan sebanyak 16 anak (5,3%) dengan kurva WHO dan 17 anak (5,6%) dengan kurva NCHS. Sejumlah 12 anak tidak dapat dinilai status gizinya karena anak hiperaktif, bergerak terus, dan menolak untuk diukur berat badan, tinggi/panjang badannya. Pada peman-

tauan lingkaran kepala ditemukan sebanyak 244 (80,8%) anak normosefali, 50 anak (16,6%) mikrosefali, dan 5 anak (1,7%) anak makrosefali. (Tabel 7)

Tabel 7. Hasil Pemeriksaan Fisis (n=302)

Pemeriksaan fisis	n (%)
Status gizi menurut WHO	
Normal	244 (80,8)
Wasted	17 (5,6)
Risiko <i>overweight</i>	28 (9,3)
<i>Overweight</i>	21 (7,0)
Obesitas	16 (5,3)
Tidak dapat diukur	12 (4,0)
Status gizi menurut NCHS	
Normal	202 (66,3)
Gizi kurang	16 (5,3)
Gizi buruk	8 (2,6)
Gizi lebih	47 (15,6)
Obesitas	17 (5,6)
Tidak dapat diukur	12 (4,0)
Lingkar kepala	
Normal	244 (80,8)
Mikrosefali	50 (16,6)
Makrosefali	5 (1,7)
Tidak dapat diukur	3 (1,3)
Daya lihat	
Normal	263 (87,1)
Curiga gangguan	25 (8,3)
Rujuk	1 (0,3)
Tidak dapat dites/dinilai	13 (4,3)
Daya dengar	
Normal	113 (37,4)
Curiga gangguan	174 (57,6)
Tidak dapat dites/dinilai	15 (5,0)

Diskusi

Penelitian ini merupakan yang pertama di kota Pontianak untuk mendapatkan data demografi dan data yang berhubungan dengan anak kebutuhan khusus yang dibawa orang tuanya untuk konsultasi di Klinik Tumbuh Kembang Pelangi Kasih. Didapatkan anak laki-laki lebih banyak dibawa untuk konsultasi perihal gangguan perkembangan (70,2%) dengan urutan anak yang paling banyak adalah anak pertama. Hal ini sesuai dengan penelitian Dewanti, et al⁷ dan penelitian

lain⁸ bahwa penyimpangan perkembangan seperti di area bicara bahasa, sosial dan kognitif terjadi lebih muda pada anak laki-laki. Usia anak paling muda yang dibawa untuk konsultasi perkembangan adalah usia 4 bulan; rata-rata usia anak saat dicurigai mengalami gangguan perkembangan adalah 21 bulan dengan konsultasi pertama rata-rata di usia 40 bulan sehingga terjadi keterlambatan konsultasi sekitar 17 bulan. Data ini lebih baik dibandingkan penelitian di India, di mana usia median anak yang dibawa konsultasi pertama adalah 7 bulan, dengan kecurigaan terjadinya gangguan perkembangan pada usia 24 bulan dan konsultasi pertama pada usia 42 bulan, sehingga terjadi keterlambatan sekitar 24 bulan. Namun pada penelitian tersebut anak-anak sudah dirujuk untuk rehabilitasi di usia 13 bulan.⁹ Data di Singapura, menemukan keterlambatan sejak rujukan ke konsultasi pertama hanya sekitar 4 bulan.⁸ Penelitian lain menemukan keterlambatan konsultasi sekitar 15,5 bulan dari sejak timbulnya kekuatiran orang tua.⁶ Di penelitian ini juga didapatkan sebagian besar anak belum mendapat penanganan sebelumnya (69%) dan kebanyakan dibawa konsultasi atas inisiatif orang tua sendiri atau keluarga dekat/teman orang tua anak tersebut (64,9%).^{2,9} Hanya 35,1% yang dirujuk oleh tenaga profesional. Hal ini seiring dengan penelitian sebelumnya yang mendapatkan salah satu penyebab keterlambatan anak dibawa konsultasi adalah akibat tidak adanya rujukan dari tenaga medis. Dalam penelitian ini, ditemukan tenaga medis yang justru memberikan saran kepada orang tua pasien untuk menunggu dan menyatakan bahwa anak masih normal.^{7,9}

Keluhan yang paling banyak ditemukan adalah keterlambatan bicara (80,8%). Hal ini sama dengan beberapa penelitian sebelumnya, yang menemukan bahwa keterlambatan bicara adalah masalah umum pada anak usia 2-5 tahun, seperti pada penelitian Tjandrajani, et al yang menemukan gangguan bicara sebesar 46,8% pada pasien dengan keterlambatan perkembangan umum.⁷ Berdasarkan riwayat kehamilan dan persalinan, didapatkan rata-rata anak yang dibawa konsultasi memiliki ibu dengan riwayat pemeriksaan kehamilan teratur (90,7%) oleh tenaga dokter spesialis (94,7%), tidak memiliki keluhan selama hamil (88,4%), hanya mengonsumsi vitamin saat hamil (98,7%), lahir cukup bulan (85,1%) dan melahirkan di Rumah Sakit (78,5%). Data penelitian ini menunjukkan anak yang lahir prematur hanya sekitar 9,6%, meskipun prematuritas merupakan salah satu faktor risiko utama bayi untuk mengalami gangguan

perkembangan.¹¹ Di penelitian ini didapatkan 64,6% anak tanpa faktor risiko; sehingga pemantauan perkembangan rutin dan berkala semua bayi sesuai usia perkembangannya tanpa memandang ada tidaknya faktor risiko merupakan hal yang sangat penting.^{1,2,11}

Sebagian besar anak mendapatkan imunisasi dasar lengkap hingga usia 9 bulan (86,8%) tetapi sebagian besar tidak diberi imunisasi lanjutan (88,4%). Hal ini karena sebagian besar orang tua khawatir akan pengaruh imunisasi terhadap perkembangan anaknya. Jenis imunisasi yang banyak ditakuti oleh orang tua sebagai penyebab gangguan perkembangan adalah imunisasi MMR. Perlu edukasi yang lebih intensif kepada seluruh lapisan masyarakat mengenai pentingnya imunisasi secara umum dan juga penekanan kepada seluruh lapisan masyarakat bahwa imunisasi tidak menyebabkan gangguan perkembangan seperti yang ditakuti berdasarkan data penelitian ilmiah.¹²⁻¹⁴ Pada pemantauan pertumbuhan anak, didapatkan rata-rata anak memiliki status gizi normal berdasarkan WHO (80,8%) dan NCHS (66,3%), serta lingkaran kepala normal (80,8%). Sebanyak 57,4% anak dicurigai mengalami gangguan pendengaran berdasarkan pengamatan pemeriksa. Anak-anak ini harusnya menjalani pemeriksaan fungsi pendengaran yang lengkap seperti pemeriksaan *Otoacoustic Emission (OAE)*, *Automated Auditory Brainstem Response (AABR)* dan *ASSR (Auditory Steady State Response)* untuk diagnosis pasti kemungkinan gangguan pendengaran. Idealnya pemeriksaan skrining pendengaran harus dilaksanakan pada bayi sebelum berusia 6 bulan sehingga dapat diberikan tata laksana dini sebelum terjadi keterlambatan bicara.^{15,16}

Kesimpulan

Penelitian lanjutan dibutuhkan untuk menganalisis korelasi antar faktor untuk mempermudah deteksi, tata laksana, dan tindak lanjut anak yang berkebutuhan khusus.

Perlu adanya skrining perkembangan rutin untuk meningkatkan kesadaran terhadap gangguan perkembangan pada bayi, terutama pelatihan untuk meningkatkan kemampuan tenaga profesional dalam deteksi dini gangguan perkembangan pada bayi dan anak.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh staf Klinik Tumbuh Kembang Pelangi Kasih atas bantuannya sehingga penelitian ini dapat terlaksana.

Daftar Pustaka

1. Levine DA. Growth and development. Dalam: Behrman RE, Jenson HB, Kliegman RM, Marcandante KJ. Nelson essential textbook of pediatrics. Edisi ke-6. Singapore: Elsevier; 2014.h.31–46.
2. Glascoe FP. Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatr Rev.* 2000; 21(8):272–80.
3. Fadlyana E. Child development: The spectrum of disorders. Dalam: Aditiawati, Erwin H, Athiah M. Naskah lengkap pendidikan kedokteran berkelanjutan (PKB) VI Clinical approaches and intervention of growth and development disorders in daily practice. Cetakan ke-1. Departemen Ilmu Kesehatan Anak FK UNSRI-RSMH; 2013.h.1–9.
4. Kesuma Y. Early detection of growth and developmental disorders, why, when and how. Dalam: Aditiawati, Erwin H, Athiah M. Naskah Lengkap Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB) VI Clinical Approaches and Intervention of Growth and Development Disorders in Daily Practice. Cetakan ke-1. Departemen Ilmu Kesehatan Anak FK UNSRI-RSMH; 2013.h.10–22.
5. Departemen Kesehatan RI. Pedoman pelaksanaan: Stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Jakarta: Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat; 2006.h.60–6.
6. Rismarini. Clinical intervention growth and developmental disorder: An algorithm for clinical practice. Dalam: Aditiawati, Erwin H, Athiah M. Naskah lengkap pendidikan kedokteran berkelanjutan (PKB) VI Clinical approaches and intervention of growth and development disorders in daily practice. Cetakan ke-1. Departemen Ilmu Kesehatan Anak FK UNSRI-RSMH; 2013 h.23–40.
7. Tjandrajani A, Dewanti A, Burhany AA, Widjaja JA. Keluhan utama pada keterlambatan perkembangan umum di klinik khusus tumbuh kembang RSAB Harapan Kita. *Sari Pediatr.* 2012; 13(6):373.
8. Lian W Bin, Ho SKY, Choo SHT, Shah VA, Chan DKL, Yeo CL, et al. Children with developmental and behavioural concerns in Singapore. *Singapore Med J.* 2012; 53 (7): 439–45.
9. Jain R, Juneja M, Sairam S. Children with developmental disabilities in India: Age of initial concern and referral for rehabilitation services, and reasons for delay in referral. *J Child Neurol.* 2013; 28(4):455–60.
10. Shevell MI, Majnemer A, Rosenbaum P, Abrahamowicz M. Profile of referrals for early childhood developmental delay to ambulatory subspecialty clinics. *J Child Neurol.* 2001; 16(9):645–50.
11. Charan GS, Vagha J. Study of perinatal factors in children with developmental delay. *Int J Contemp Pediatr.* 2016; 4(1):182.
12. Hendrix KS, Finnell SME, Zimet GD, Sturm LA, Lane KA, Downs SM. Vaccine message framing and parents' intent to immunize their infants for MMR. *Pediatrics.* 2014; 134(3):e675–83.
13. Immunization Action Coalition. MMR vaccine does not cause autism: Examine the evidence. 2015; 17015560(651):1–3.
14. Autism not caused by MMR vaccine. *AAP Grand Rounds.* 1999; 2: 50.
15. Dewanti A, Widjaja JA, Tjandrajani A, Burhany AA. Karakteristik keterlambatan bicara di klinik khusus tumbuh kembang Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Tahun 2008 - 2009. *Sari Pediatr.* 2012; 14(4): 230-234.
16. Andriani R, Sekartini R, Suwento R, Batubara JRL. Peran instrumen modifikasi tes daya dengar sebagai alat skrining gangguan pendengaran pada bayi risiko tinggi usia 0-6 bulan. *Sari Pediatr.* 2010; 12(3):174–83.

