

PREVALENS DAN GAMBARAN KETERLAMBATAN PERKEMBANGAN ANAK DI POLIKLINIK TUMBUH KEMBANG ANAK RSUP SANGLAH

Ricky Theddy¹, I Gusti Ayu Trisna Windiani²

¹Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

²Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/RSUP Sanglah
Denpasar
rickytheddy@yahoo.com

ABSTRAK

Keterlambatan perkembangan merupakan masalah yang sering ditemukan oleh tenaga kesehatan. Keterlambatan perkembangan dapat dideteksi melalui skrining perkembangan dengan menggunakan instrumen yang valid dan reliabel. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui prevalens keterlambatan perkembangan anak di poliklinik tumbuh kembang anak RSUP Sanglah Denpasar. Desain penelitian menggunakan potong selama tahun 2014. Subjek penelitian adalah anak yang berusia kurang atau sama dengan 6 tahun. Skrining perkembangan menggunakan Denver II. Pada hasil penelitian dari 123 anak didapatkan prevalens keterlambatan perkembangan anak 41,5% terdiri atas 31 (25,2%) lelaki dan 20 (16,3%) perempuan, paling banyak pada usia 36-72 bulan. Proporsi anak berdasarkan berat badan lahir yang terbanyak 2500 - 4000 gram (90,2%). Status Gizi gizi normal 75 anak (61,0%) dan lingkaran kepala normosefali 110 anak (89,4%). Berdasarkan jumlah anak, sebagian besar memiliki satu sampai dua anak (64,2%). Pendidikan terakhir orang tua terbanyak pada tamat SMA (52,0%) dan yang masih bekerja (91,1%). Dapat disimpulkan bahwa prevalens keterlambatan perkembangan anak di poliklinik tumbuh kembang anak RSUP Sanglah sebesar 41,5%, sebagian besar pada usia 36-72 bulan.

Kata kunci: prevalens, keterlambatan perkembangan, Denver II

ABSTRACT

Developmental delays are a common problem for health professionals. Developmental delays can be detected through developmental screening using valid and reliable instruments. The purpose of this study to determine the prevalence of developmental delay in children growth and development polyclinic RSUP Sanglah. This study design uses a cross-sectional during 2014. The subjects were children aged less than or equal to 6 years. Developmental screening using the Denver II. On the results of the study from 123 children found the prevalence of child developmental delays obtained 41.5% consisted of 31 (25.2%) men and 20 (16.3%) of women, the highest in children aged 36-72 months. The proportion of children based on birth weight were the highest is 2500 - 4000 g (90.2%). Nutritional normal nutritional status 75 children (61.0%) and head circumference normosefali 110 children (89.4%). Based on the number of children, most have one or two children (64.2%). Most recent education parents in high school (52.0%) and still work (91.1%). It can be concluded that prevalence of child development delay in polyclinic of child development of Sanglah Hospital by 41.5%, mostly at age 36-72 month.

Keywords: prevalence, developmental delay, Denver II

PENDAHULUAN

Perkembangan merupakan bertambah matangnya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai sedangkan pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel di seluruh tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur. Pertumbuhan dan perkembangan memiliki arti yang berbeda namun tidak dapat berdiri sendiri karena saling berkaitan satu sama lain. Fase pertumbuhan dan perkembangan anak terjadi dalam tahun pertama kehidupan adalah waktu yang paling cepat sehingga selanjutnya anak mulai diarahkan.¹

Keterlambatan perkembangan merupakan masalah yang sering ditemukan oleh tenaga kesehatan. Keterlambatan perkembangan di Amerika Serikat 12% sampai 16% bayi.² Masalah yang sering timbul dalam perkembangan anak meliputi gangguan pertumbuhan fisik, perkembangan motorik, bahasa, emosi, dan perilaku.^{3,4} *American Academy of Pediatrics* (AAP) menyarankan skrining secara rutin dengan menggunakan instrumen yang valid dan reliabel. Skrining perkembangan ideal dilakukan saat usia di bawah 5 tahun di *primary care*.⁵ Penelitian di AS mendapatkan hanya 23% dari dokter spesialis anak melakukan skrining perkembangan dan terbanyak menggunakan Denver II.⁶ Pemeriksaan skrining Denver II juga digunakan di poliklinik Tumbuh Kembang RSUP Sanglah Denpasar. Monitoring perkembangan juga merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Dengan melakukan pemantauan perkembangan secara rutin maka dapat dilakukan intervensi dini jika didapatkan gangguan perkembangan.⁷

Periode penting tumbuh kembang anak yaitu pada masa bayi karena pertumbuhan dasar yang akan memengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Pada masa ini perkembangan kemampuan berbahasa, kesadaran sosial, kreatifitas, intelegensi, emosional berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Perkembangan moral serta dasar kepribadian juga dibentuk pada masa itu sehingga setiap kelainan penyimpangan sekecil apapun yang tidak terdeteksi dan ditangani dengan baik akan mengurangi kualitas sumber daya manusia di kemudian hari.^{3,4,7}

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui prevalens dan gambaran keterlambatan perkembangan anak. Data penelitian diambil di poliklinik tumbuh kembang anak RSUP Sanglah Denpasar, dimana rumah sakit ini dapat mencakup hingga kawasan Indonesia Timur. Penelitian untuk dapat sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut.

BAHAN DAN METODE

Pada penelitian ini digunakan rancangan penelitian observasional deskriptif dengan metode *cross-sectional* dan dilakukan di poliklinik tumbuh kembang anak RSUP Sanglah Denpasar dengan menggunakan data dari rekam medis, pada periode Januari–Desember 2014.

Populasi target adalah seluruh anak di Bali dan untuk populasi terjangkau adalah seluruh anak di poliklinik tumbuh kembang anak RSUP Sanglah Denpasar pada periode Januari–Desember 2014. Kriteria inklusi adalah anak berusia 0-72 bulan yang datang ke poli tumbuh kembang anak. Sampel dieksklusi bila anak dengan data rekam medis yang tidak lengkap. Teknik yang digunakan dalam pengambilan sampel yaitu *simple random sampling*. Rumus Lemeshow digunakan untuk perhitungan sampel. Sampel yang diperoleh sebanyak 123 anak. Variabel yang diteliti antara lain keterlambatan perkembangan anak, usia, jenis kelamin, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, jumlah anak ibu, status gizi, lingk kepala, berat badan lahir.

Analisis data meliputi analisis univariat (deskriptif), data yang terkumpul kemudian dicatat dan diolah secara manual. Data dikumpulkan secara statistik deskriptif, hasil pencatatan akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi untuk menggambarkan prevalens dari keterlambatan perkembangan anak.

HASIL

Berdasarkan data yang diperoleh di poliklinik tumbuh kembang anak RSUP Sanglah pada tahun 2014 didapatkan 123 anak berusia 0-72 bulan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, terdiri atas 73 (59,3%) lelaki dan 50 (40,7%) perempuan. Karakteristik anak tertera pada Tabel 1. Sebagian besar anak (39,0%) berada pada kelompok umur 13-35 bulan. Pada hasil Denver II didapatkan 72 anak (58,5%) dengan kategori normal, perkembangan yang suspek 51 anak (41,5%). Proporsi anak berdasarkan berat badan lahir terbanyak adalah bert badan 2500 - 4000 gram (90,2%). Status gizi normal 75 anak (61,0%) dan lingk kepala normosefali 110 anak (89,4%). Berdasarkan jumlah anak, sebagian besar memiliki satu sampai dua anak (64,2%). Pendidikan terakhir orang tua terbanyak pada masa SMA (52,0%) dan yang masih bekerja (91,1%).

Prevalens keterlambatan perkembangan anak pada penelitian ini sebesar 41,5%. Pada Tabel 2 menunjukkan prevalens keterlambatan perkembangan terbanyak didapatkan pada usia 36-72 bulan (25,2%). Kasus keterlambatan perkembangan anak lebih banyak terjadi pada lelaki sebanyak 31 anak (25,2%).

Tabel 1. Karakteristik Anak

Karakteristik Pasien	n = 123
Jenis kelamin, n, %	
lelaki	73 (59,3)
perempuan	50 (40,7)
Usia, bulan, n, %	
0-12	30 (24,4)
13-35	48 (39,0)
36-72	45 (36,6)
Denver II, n, %	
normal	72 (58,5)
suspek	51 (41,5)
Berat badan lahir, g, n, %	
BBLR (<2500)	7 (5,7)
normal (2500 - 4000)	111 (90,2)
BBLB (>4000)	5 (4,1)
Berat lahir, n, %	
obesitas	4 (3,3)
gizi lebih / <i>overweight</i>	8 (6,5)
normal	75 (61,0)
gizi kurang	32 (26,0)
gizi buruk	4 (3,3)
Lingkar kepala, n, %	
mikrosefali	11 (8,9)
normosefali	110 (89,4)
makrosefali	2 (1,6)
Jumlah anak, n, %	
1-2	79 (64,2)
>2	44 (35,8)
Pendidikan ayah, n, %	
SD	5 (4,1)
SMP	28 (22,8)
SMA	64 (52,0)
D3/sarjana	26 (21,1)
Pendidikan Ibu, n, %	
SD	5 (4,1)
SMP	28 (22,8)
SMA	64 (52,0)
D3/Sarjana	26 (21,1)
Pekerjaan ayah	
bekerja	112 (91,1)
tidak bekerja	11 (8,9)
Pekerjaan ibu	
bekerja	112 (91,1)
tidak bekerja	11(8,9)

Tabel 2. Karakteristik anak berdasarkan hasil pemeriksaan Denver II

Variabel	Normal (N=72)	Suspek (N=51)
Jenis kelamin, n, %		
lelaki	42 (34,1)	31 (25,2)
perempuan	30 (24,4)	20 (16,3)
Usia, bulan, n, %		
0-12	30 (24,4)	0 (0,0)
13-35	28 (22,8)	20 (16,3)
36-72	14 (11,4)	31 (25,2)
Berat Badan Lahir, g, n, %		
BBLR (<2500)	3 (2,4)	4 (3,3)
normal (2500 - 4000)	67 (54,5)	44 (35,8)
BBLB (>4000)	2 (1,6)	3 (2,4)
Status gizi, n, %		
obesitas	4 (3,3)	0 (0,0)
gizi lebih / <i>overweight</i>	8 (6,5)	0 (0,0)
normal	44 (35,8)	31 (25,2)
gizi kurang	13 (10,6)	19 (15,4)
gizi buruk	3 (2,4)	1 (0,8)
Lingkar kepala, n, %		
mikrosefali	4 (3,3)	7 (5,7)
normosefali	68 (55,3)	42 (34,1)
makrosefali	0 (0,0)	2 (1,6)
Jumlah anak, n, %		
1-2	45 (36,6)	34 (27,6)
>2	27 (22,0)	17 (13,8)
Pendidikan ayah, n, %		
SD	3 (2,4)	2 (1,6)
SMP	21 (17,1)	7 (5,7)
SMA	36 (29,3)	28 (22,8)
D3/Sarjana	12 (9,8)	14 (11,4)
Pendidikan ibu, n, %		
SD	3 (2,4)	2 (1,6)
SMP	21 (17,1)	7 (5,7)
SMA	36 (29,3)	28 (22,8)
D3/Sarjana	12 (9,8)	14 (11,4)
Pekerjaan ayah, n, %		
bekerja	65 (52,8)	47 (38,2)
tidak bekerja	7 (5,7)	4 (3,3)
Pekerjaan ibu, n, %		
bekerja	65 (52,8)	47 (38,2)
tidak bekerja	7 (5,7)	4 (3,3)

PEMBAHASAN

Skrining perkembangan menggunakan Denver II dapat menilai 4 aspek perkembangan yaitu motorik halus, motorik kasar, bahasa, personal sosial. Skrining gangguan perkembangan sangat penting, namun hasil skrining bukan diagnosis melainkan hanya berupa kecurigaan adanya gangguan atau penyimpangan perkembangan, sedangkan untuk menegakkan diagnosis diperlukan pemeriksaan lanjutan yang lebih spesifik dan mendalam.¹⁸

Berdasarkan pemeriksaan Denver II didapatkan 41,5% anak terdiri dari 31 (25,2%) lelaki dan 20 (16,3%) perempuan didapatkan hasil suspek; 16,3% pada 13-35 bulan dan 25,2% pada 36-72 bulan. Hasil penelitian ini lebih besar dari penelitian sebelumnya sebanyak 13,9% yang terdiri dari lelaki 10,1% dan perempuan 2,8% dilaksanakan di TPA (Tempat Pengasuhan Anak) Werdhi Kumara 1.⁷ Penelitian di Amerika Serikat mendapatkan 17% bayi dan anak-anak menderita keterlambatan perkembangan sedangkan penelitian di 24 Posyandu di Kabupaten Bandung didapatkan suspek keterlambatan sebanyak 9,78%. Hasil penelitian di RSUP Sanglah didapatkan lebih besar dan khususnya pada usia 36-72 bulan karena RSUP Sanglah adalah rumah sakit rujukan dimana kasus-kasus yang dirujuk sudah mengalami keterlambatan.^{2,19}

Gizi merupakan faktor utama dalam perkembangan anak. Tanpa gizi yang kuat anak akan gagal tubuh dan berkembang secara memuaskan dan tubuh tidak dapat ditunjang secara efektif.¹³ Pada penelitian ini 6,5 % subjek digolongkan gizi lebih / *overweight* dan 26,0% gizi kurang. Hasil ini lebih besar dibanding dengan hasil penelitian di beberapa posyandu di Bandung yang terdapat 10,1% subjek digolongkan gizi kurang, sedangkan di TPA terdapat 29% subjek digolongkan gizi kurang. Perbedaan hasil di setiap tempat juga dipengaruhi oleh perbedaan penggunaan instrumen untuk skrining perkembangan anak selain Denver II seperti kuesioner praskrining perkembangan (KPSP) dan *parent's evaluation developmental status* (PEDS)^{7,19-21}

Pendidikan orang tua berpengaruh terhadap perkembangan anak.⁴ Pada penelitian ini didapatkan pendidikan terakhir SMA ayah dan ibu terbanyak 52%, hasil ini lebih besar di TPA yaitu 19% dan lebih kecil dari penelitian di Bandung yaitu 63%.^{7,19} Perbedaan yang besar terjadi akibat pendidikan orangtua pada penelitian ini terbagi dalam kategori yang berbeda dengan tempat penelitian lain.

Kedua orangtua bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari merupakan fenomena saat ini. Pendapatan keluarga yang memadai dapat menunjang tumbuh kembang anak. Hubungan yang erat, selaras, mesra antara orangtua khususnya ibu dan anak serta stimulasi mental yang merupakan syarat mutlak untuk menjamin perkembangan anak.^{3,4}

Penelitian ini memiliki keterbatasan seperti tidak lengkapnya penyimpanan data serta tidak lengkapnya pencatatan mengenai beberapa variabel yang diteliti di dalam rekam medis.

SIMPULAN

Prevalens keterlambatan perkembangan anak di poliklinik tumbuh kembang anak RSUP Sanglah Denpasar periode Januari-Desember 2014 menggunakan Denver II sebesar 41,5%, sebagian besar pada usia 36-72 bulan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Alimul, Azis. Pengantar ilmu keperawatan anak I. Salemba Medika. Jakarta; 2005.
2. Boyle CA, Decoufle P, Yeargin-Allsopp M. Prevalence and health impact of developmental disabilities in US children. *Pediatrics*. 1994; 93:399-403.
3. Soetjningsih. Penilaian pertumbuhan fisik anak. Tumbuh kembang anak. Edisi pertama: Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta; 1997; h. 37-62.
4. Soetjningsih. ASI petunjuk untuk tenaga kesehatan. Edisi ke-1. EGC. Jakarta; 1997.
5. Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*. 2001; 108:192-6.
6. Sand N, Silverstein M, Glascoe FP. Pediatricians' reported practices regarding developmental screening. *Pediatrics*. 2005; 116:174-9.
7. Hartawan, Windiani, Soetjningsih. Karakteristik tumbuh kembang anak di tempat penitipan anak werdhi kumara kodya denpasar. *Sari Pediatri*. 2008; Vol.10, No.2.
8. Suherman. Buku saku perkembangan anak. EGC. Jakarta; 2000.
9. Sacharin RM. Prinsip keperawatan pediatri. EGC. Jakarta; 1996.

10. Depkes RI. Pemantauan pertumbuhan balita. Jakarta; 2002.
11. Tanuwijaya S. Konsep umum tumbuh dan kembang. EGC. Jakarta; 2003.
12. Soekirman. Situational analysis of nutrition problems in indonesia : Its policy, programs and prospective development. Directorate of community nutrition, the ministry of health, World Bank. 2003.
13. Santoso. Kesehatan dan gizi, PT. Rineka Cipta. Jakarta; 1999.
14. Almatsier S. Prinsip dasar ilmu gizi. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta; 2002.
15. UKK Nutrisi dan penyakit metabolik. asuhan nutrisi pediatrik. IDAI. 2011.
16. Hurlock EB. Perkembangan anak, jilid 2. Erlangga. Jakarta; 1990.
17. Frankenberg WK, Dodds J, Archer P. Denver II screening manual. Colorado: Denver Development Materials. 1990; h. 1-48.
18. Damayanti RS. Obesitas pada anak dan permasalahannya. Dalam: Partini PT, Purnamawati S, Damayanti RS, penyunting. Hot Topics in Pediatrics. Naskah Lengkap Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan Ilmu Kesehatan Anak FKUI XLV. Balai Penerbit FKUI. Jakarta; 2002.
19. Gunawan, Fadlyana, Rusmil. Hubungan Status Gizi dan Perkembangan Anak Usia 1-2 Tahun. Sari Pediatri. 2011; Vol.13, No.2.
20. Glascoe FP, Dworkin PH. Surveillance and screening for development and behaviour. Dalam: Wolraich ML, Drotar D, Dworkin PH, Perrin EC, penyunting. Developmental – behavioral pediatrics: evidence and practice. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2008.h.130-44.
21. Artha NM, Sutomo R, Gamayanti IL. Kesepakatan hasil antara kuesioner pra skrining perkembangan, parent's evaluation of developmental status, dan tes Denver-II untuk skrining perkembangan anak balita. Sari Pediatri 2014;16(4):266-70.