

---

# Karakteristik Keterlambatan Bicara di Klinik Khusus Tumbuh Kembang Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Tahun 2008 - 2009

Attila Dewanti,\* Joanne Angelica Widjaja,\*\* Anna Tjandrajani,\* Amril A Burhany\*

\* Kelompok Kerja Neurologi Anak, Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita

\*\* S1 Profesi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

**Latar belakang.** Keterlambatan berbicara dan berbahasa adalah masalah yang cukup umum pada anak-anak usia 2-5 tahun. Prevalensi dari keterlambatan berbicara dan berbahasa bervariasi antara 1%-32% pada populasi normal, dipengaruhi berbagai faktor dan menurut metode yang digunakan untuk mendiagnosis. Keterlambatan dalam gangguan perkembangan berbicara dapat merupakan gejala dari berbagai penyakit, seperti keterbelakangan mental, gangguan pendengaran, gangguan bahasa ekspresif, autisme, selektif mutisme, afasia reseptif dan *cerebral palsy*, dan penyakit lainnya. Gangguan berbicara mungkin sekunder karena keterlambatan perkembangan atau disebabkan bilingualisme.

**Tujuan.** Mengetahui karakteristik keterlambatan bicara di Klinik Khusus Tumbuh Kembang (KKTB) RSAB Harapan Kita, Jakarta.

**Metode.** Desain penelitian deskriptif retrospektif dari rekam medik pasien baru berusia 1-5 tahun yang datang ke KKTB RSAB Harapan Kita pada Januari 2008 sampai dengan Desember 2009.

**Hasil.** Terdapat 260 pasien baru dengan keterlambatan bicara di KKTB RSAB Harapan Kita, 116 (44,6%) anak dengan diagnosis *developmental dysphasia*. Ditemui 69,6% kasus, diagnosis ditegakkan pada usia antara 13-36 bulan, dan lebih banyak anak laki laki 185 (71,2%) anak. Latar belakang pendidikan ibu pasien 65,8% berpendidikan tinggi.

**Kesimpulan.** Keterlambatan bicara di KKTB sebagian besar adalah *developmental dysphasia*. Ibu pasien membawa ke KKTB pada usia dini sehingga dapat ditindaklanjuti dan diterapi lebih cepat sehingga mendapat luaran yang lebih baik. **Sari Pediatri** 2012;14(4):230-4.

**Kata kunci:** keterlambatan bicara, angka kejadian, karakteristik

---

## Alamat korespondensi:

Dr. Attila Dewanti, Sp.A. Staf Divisi Neurologi Anak RS Anak dan Bunda Harapan Kita Jakarta, Jl. Letjen S. Parman Kav. 87, Slipi. Telp. (021) 5668284.

**B**erbicara adalah tindakan berkomunikasi dengan ekspresi artikulasi verbal, sedangkan berbahasa adalah pengetahuan mengenai sistem simbol yang digunakan untuk berkomunikasi secara interpersonal. Anak dinilai

mempunyai keterlambatan dalam berbicara jika perkembangan bicara secara signifikan berada di bawah normal dibandingkan anak seusianya.<sup>1</sup> Gangguan berbicara dan berbahasa adalah masalah yang sangat umum pada anak usia 3-5 tahun.<sup>2,3</sup> Prevalensi gangguan bicara berupa keterlambatan bahasa dengan kosakata ekspresif kurang dari 50 kata dan atau tidak adanya kombinasi kata, diperkirakan terjadi pada 15% anak usia 24-29 bulan.<sup>2,4</sup> Prevalensi gangguan berbicara dan berbahasa bervariasi antara 1%-32% pada populasi normal, dipengaruhi berbagai faktor seperti usia anak, dan metode yang digunakan untuk menegakkan diagnosis. Prevalensi gangguan bicara pada anak prasekolah 3%-15%.<sup>3,5</sup>

Gangguan dalam berbicara dapat merupakan suatu hal normal dalam perkembangan bicara anak, namun dapat pula menjadi suatu gejala dari gangguan psikiatri, neurologis maupun gangguan perilaku anak.<sup>3</sup> Keterlambatan dalam gangguan perkembangan berbicara dapat merupakan gejala dari berbagai penyakit, seperti keterbelakangan mental, gangguan pendengaran, gangguan bahasa ekspresif, kurang psikososial, autisme, bisu elektif, afasia reseptif, dan *cerebral palsy*. Gangguan berbicara dapat disebabkan sekunder karena keterlambatan dari perkembangan atau bilingualisme.<sup>1,5,6</sup>

Berbagai diagnosis gangguan dalam berbicara dan berbahasa menyebabkan seorang dokter harus menentukan diagnosis yang tepat dan cepat. Gangguan berbicara dan berbahasa pada umumnya akan menjadi normal, namun dapat pula menetap dan akan menyebabkan gangguan komunikasi di kemudian hari.<sup>7</sup> Keterlambatan dan gangguan bicara dapat memiliki dampak serius dalam perkembangan pribadi, sosial dan akademik, oleh karena itu diperlukan diagnosis serta intervensi dini. Dengan penentuan diagnosis penyebab, dapat diketahui prognosis pasien di kemudian hari, serta terapi yang tepat.<sup>1,2,4,8</sup>

## Metode

Subjek penelitian adalah pasien baru yang berobat di KKTK di RSAB Harapan Kita Jakarta berusia kurang dari 5 tahun, dengan keluhan gangguan bicara. Data diperoleh dari rekam medis dari bulan Januari 2008 sampai dengan Desember 2009.

Diagnosis keterlambatan bicara ditegakkan apabila didapatkan keterlambatan bicara reseptif atau

ekspresif lebih dari tiga bulan dibandingkan usia perkembangannya. Keterlambatan perkembangan umum (KPU) atau *global developmental delay (GDD)* adalah keterlambatan dalam dua bidang, atau lebih dari perkembangan motorik kasar halus, bicara/berbahasa, kognisi, personal/sosial, dan aktifitas sehari-hari. Istilah tersebut digunakan bagi anak berusia kurang dari lima tahun. Gangguan autisme/autisme menurut DSM IV adalah gangguan perkembangan kompleks pada anak, yang mencakup tiga bidang yaitu sosial, komunikasi, dan perilaku. Gangguan kualitatif dalam interaksi sosial secara timbal balik yang tampak pada paling sedikit 2 dari 4 gejala berikut (1) perilaku non-verbal untuk interaksi sosial, seperti kontak mata, ekspresi fasial dan gerak/bahasa tubuh, hampir tak ada; (2) kegagalan untuk mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sesuai dengan tahapan perkembangannya; (3) kurangnya sifat yang spontan untuk berbagi rasa senang, minat dan keberhasilan dengan orang lain; dan (4) kurang dapat berbagi rasa maupun berinteraksi sosial secara timbal balik. Secara kualitatif terdapat kendala dalam komunikasi, seperti terlihat pada sedikitnya 1 dari 4 gejala berikut, (1) hambatan atau sama sekali tidak berkembangnya kemampuan berbahasa secara verbal (tanpa diikuti usaha untuk berkomunikasi secara non verbal dengan bahasa tubuh/isyarat); (2) pada mereka yang sudah dapat bicara, terdapat ketidakmampuan untuk memulai atau mempertahankan dialog dengan orang lain; (3) pembicaraan sering diulang-ulang dan stereotif dengan bahasa yang idiosinkratik; (4) cara bermain kurang variasi, kurang imajinatif, dan kurang spontan. Pengolahan data dilakukan secara deskriptif dan dengan menggunakan SPSS 11.5.

## Hasil

Didapatkan 260 pasien baru yang datang ke Klinik Khusus Tumbuh Kembang Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita dengan gangguan berbicara.

Tabel 1 memperlihatkan 69,6% pasien dengan gangguan berbicara didiagnosis pada saat berusia 13-36 bulan. Didapatkan bahwa sebagian besar pasien (71,2%) laki-laki. Didapatkan 85,3% pasien mempunyai lingkar kepala yang normal, dan 52,3% dengan status gizi cukup. Sebagian besar pasien lahir sesuai masa kehamilan, yaitu 95,0% dan 93,5% pasien memiliki berat lahir normal. Secara umum pendidikan ibu cukup baik, 65,8% berpendidikan tinggi (lulusan

akademi dan perguruan tinggi).

Tabel 2 memperlihatkan sebaran diagnosis pasien 116 (44,6%) anak dengan *developmental dysphasia*, 80 (30,8%) *global delay development*, 39 (15%) autisme, sisanya 20 (7,7%) sindrom Down, dan 5 (1,9%) anak dengan ketulian (SNHL).

Tabel 1. Karakteristik pasien dengan gangguan bicara

	Frekuensi	Persentase
Usia (bulan)		
0-12	2	1,9
13-36	181	69,6
37-60	74	28,5
Jenis kelamin		
Laki-laki	185	71,2
Perempuan	75	28,8
Lingkar kepala		
Mikrosefali	34	13,1
Normal	222	85,3
Makrosefali	4	1,6
Gizi		
Kurang	56	21,5
Cukup	136	52,3
Baik	60	23,1
Lebih	8	3,1
Maturitas kehamilan		
Premature	12	4,6
Sesuai masa kehamilan	247	95,0
Postmatur	1	0,4
Berat lahir (gram)		
<1500	2	0,8
<2500	15	5,8
>2500	243	93,5
Pendidikan ibu		
Rendah	6	2,3
Menengah	83	31,9
Tinggi	171	65,8

## Pembahasan

Gangguan berbicara dan berbahasa adalah masalah yang sangat umum terjadi pada anak usia 2-5 tahun.<sup>2,3</sup> Prevalensi gangguan berbicara berupa keterlambatan bahasa dengan kosakata ekspresif kurang dari 50 kata dan atau tidak adanya kombinasi kata diperkirakan terjadi 15% pada anak dengan usia 24-29 bulan.<sup>2</sup> Prevalensi dari gangguan berbicara dan berbahasa bervariasi antara 1%-32% pada populasi normal dan dipengaruhi berbagai faktor seperti usia dari anak, cara mendidik anak dengan mengajarkan lebih dari satu bahasa, dan menurut metode yang digunakan untuk mendiagnosis.<sup>9,10</sup>

Sebaran responden, laki-laki (71,2%) lebih banyak dibandingkan dengan perempuan (28,8%). Hasil tersebut sama dengan data epidemiologi bahwa gangguan berbicara dapat mencapai tiga-empat kali lebih banyak pada anak laki-laki dibandingkan dengan anak perempuan.<sup>4,11</sup> Dari beberapa penelitian terdahulu didapatkan bahwa pada laki-laki lebih banyak penyimpangan dalam area kognitif, bahasa, dan sosial.<sup>5,12</sup> Pada penelitian lain dikatakan bahwa anak laki-laki mempunyai perkembangan fisiologis lebih lambat dan lebih rentan untuk mengalami gangguan neurologis.<sup>4</sup> Selain itu anak laki-laki lebih mudah diketahui oleh orang tuanya bahwa mereka mempunyai kelainan dalam perkembangan maupun keterlambatan bicara.<sup>12</sup>

Lebih dari delapanpuluh persen anak mempunyai lingkar kepala normal, separuh anak mempunyai status gizi cukup, dan 91,2% anak dengan berat lahir normal. Ini memperlihatkan bahwa *developmental dysphasia* tidak memperlihatkan gejala lain yang Hal tersebut nyata selain kemampuan bicara terlambat. Temuan tersebut sesuai dengan penelitian Downey dkk<sup>5</sup> bahwa keterlambatan bicara tidak disertai ciri-

Tabel 2. Diagnosis pasien dengan gangguan bicara

Diagnosis	Frekuensi (N=260)	Persentase
<i>Global delay development</i>	80	30.8
Sindrom Down	20	7.7
<i>Development dysphasia</i>	116	44.6
SNHL*	5	1.9
ASD/**autisme	39	15
Total	260	100.0

\*SNHL= *sensory neural hearing loss* \*\*ASD/= *autistic spectrum disorder*

ciri lain. Penelitian lain memperlihatkan anak dengan keterlambatan bicara pada umumnya dihubungkan dengan riwayat prematur, namun kami hanya mendapatkan 12 anak dengan riwayat kelahiran prematur.<sup>13</sup>

Hampir 70% pasien didiagnosis mempunyai keterlambatan bicara pada usia 13-36 bulan, menggambarkan frekuensi diagnosis dini cukup tinggi. Diagnosis dini akan membantu tindakan dini dari berbagai stimulasi serta edukasi orangtua sehingga tumbuh kembang anak optimal, dan akan memberikan hasil yang lebih baik di kemudian hari.<sup>1,5</sup> Pada beberapa penelitian dikatakan 50%-60% kasus dengan gangguan berbicara akan mengalami perbaikan pada usia 3 tahun.<sup>14</sup>

Kesadaran ibu membawa anaknya berkonsultasi ke dokter pada usia lebih dini mungkin berkaitan dengan tingkat pendidikan ibu yang sebagian besar berpendidikan tinggi (65,8%). Tingkat pendidikan ibu yang tinggi mendukung pernyataan bahwa perhatian orangtua pada perkembangan anak diduga berhubungan dengan tingkat pendidikan orangtua. Hal tersebut sesuai dengan penelitian lain, dikatakan bahwa pendidikan ibu berperan dalam faktor yang menentukan perkembangan anak. Pendidikan ibu mempengaruhi stimulasi yang diberikan kepada anak, cara mendidik dan cara untuk mengasuh anak, serta bagaimana cara memecahkan masalah. Ibu dengan pendidikan yang rendah meningkatkan risiko keterlambatan perkembangan pada anak.<sup>9,15-7</sup> Orang tua dengan pendidikan yang tinggi dan juga status sosial yang lebih tinggi, lebih banyak mempunyai kesempatan pada akses informasi serta pelayanan kesehatan. Pada umumnya orang tua dengan pendidikan tinggi, lebih sadar akan gangguan dalam perkembangan anak mereka.

*Global delayed development* merupakan salah satu penyebab paling umum keterlambatan bicara setelah *developmental dysphasia*, kami mendapatkan 30,8% keterlambatan perkembangan umum (KPU) menggambarkan keadaan klinis yang berhubungan dengan berbagai penyebab dan ketidaksesuaian perkembangan adaptasi serta belajar pada kelompok umur tertentu.<sup>1-5</sup> Limabelas persen anak menderita autisme. Mereka datang sebelum usia 2 tahun dengan keluhan utama gangguan bicara, tetapi ternyata didapatkan gejala lain berupa tidak adanya kontak mata dan atau perilaku tertentu yang dilakukan berulang ulang. Hal tersebut sesuai dengan penelitian

Deutsch dkk<sup>18</sup> yang mendapatkan anak autisme pada awalnya mengalami gangguan bicara. Sindrom Down ditemukan pada 7,7% anak yang datang dengan keluhan keterlambatan bicara dan 6 anak dengan keluhan tuli. Pada umumnya anak tuli pada usia kurang dari 2 tahun seringkali tidak disadari oleh orangtuanya, sehingga anak dibawa ke dokter karena keluhan belum bisa bicara.<sup>19-21</sup>

## Kesimpulan

Di Klinik Khusus Tumbuh Kembang, RS Harapan Kita Jakarta pada tahun 2008-2009 pasien yang datang dengan keluhan utama keterlambatan bicara didapatkan sebagian besar mengalami *developmental dysphasia*, 44,6% anak. Sebagian besar (69,6%) didiagnosis pada usia antara 13-36 bulan, lebih banyak pada anak laki-laki 71,2% anak. Latar belakang pendidikan ibu yang tinggi berpengaruh pada usia anak untuk berkonsultasi ke KKTK, sehingga dapat ditindaklanjuti dan diberikan pengobatan lebih cepat untuk mendapat hasil yang lebih baik.

## Daftar pustaka

1. Leung AKC, Kao CP. Evaluation and Management of the Child with Speech Delay. Diunduh dari : <http://www.aafp.org/afp/990600ap/3121.html>. Diakses tanggal 18 Agustus 2010.
2. Buschmann A, Jooss B, Rupp A. Children with developmental language delay at 24 months of age: results of a diagnostic work-up. *Developmental Medicine & Child Neurol* 2008;50: 223-9.
3. Busari JO, Weggelaar NM. How to investigate and manage the child who is slow to speak. *BMJ* 2004;328:272-6.
4. Mcleod S, Harrison LJ. Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *J speech, language, and hearing research* 2009;52:1213-29.
5. Downey D, Mraz R, Knott J. Diagnosis and evaluation of children who are not talking. *Infant and young children* 2002;15:38-48.
6. Mashburn AJ, Myers SS. Advancing research on children with speech-language impairment: an introduction to the early childhood longitudinal study—kindergarten cohort. *Language, speech, and hearing services in schools*. 2010;41:61-9.

7. Campbell TF, Dollaghan CA, Rockette HE, Paradise JL, Feldman HD. Risk factors for speech delay of unknown origin in 3 year old children. *Child development* 2003;74:346-57.
8. Jessup B, Ward E, Cahill L, Keating D. Teacher identification of speech and language impairment in kindergarten students using the Kindergarten Development Check. In *J Speech-Language Pathol* 2008;10:449-59.
9. Glennen S. Language development and delay in internationally adopted infants and toddlers : a review. *Am J Speech Language Pathol* 2002;11:333-9.
10. Carscadden J, Corsiatto P, Ericson L, Illichuk R, Esopenko C. A pilot study to evaluate a new early screening instrument for speech and language delays. *Canadian J Speech-Language Pathol and Audiology* 2010;34:87-95.
11. Shevell M, Majnmer A, Rosenbaum P, Abrahamowicz M. Profile of referrals for early childhood developmental delay to ambulatory subspecialty clinics. *J Child Neurol* 2001;9:645-50.
12. Tang KML, Chen TYK, Lau VWY, Wu MMF. Cognitive outcome of children with developmental delay in Hongkong. Diunduh dari: <http://hkjpaed.org/details.asp?id=662&show=12>. Diakses tanggal 18 Agustus 2010.
13. Harrison LJ, Mcleod S. Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4 to 5 years old children. *J Speech, Language, and Hearing Research* 2010;53:508-29.
14. HO DWL, Whitelhill T. Clinical supervision of speech-language pathology students: comparison of two models of feedback. In *J Speech Language Pathol* 2009;11:224-55.
15. Niccols A, Feldman M. Maternal sensitivity and behavior problems in young children with developmental delay. *Inf child dev* 2006;15:543-54.
16. Delgado CEF, Vagi SJ, Scott K. Identification of early risk factors for developmental delay. *Exceptionality* 2007;15:119-36.
17. Chapman DA, Scott KG, Mason CA. Early risk factors for mental retardation:role of maternal age and maternal education. *Am J Ment Retard* 2002;107:46-59.
18. Deutsch CK, Joseph RM. Brief report: cognitive correlates of enlarged head circumference in children with autism. *J Autism and Developmental Disorders* 2003;33:209-15.
19. Moeller MP. Early intervention and language developmental in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics* 2000;106:43.
20. Skinnar S, Rapin I, Arnold S. Language regression in childhood. *Pediatr Neurol* 2001;24:183-9.
21. Stein MI, Parker S, Coplan J, Feldman H. Expressive language delay in a toddler. *Pediatrics* 2001;107:910-5.